

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.

*

116. ÉVFOLYAM

*

40. SZÁM

*

1975. OKTÓBER 5.

TARTALOMJEGYZÉK

Trencsényi Tibor dr.:
Klinikai szervezéstani,
kényszerű engedmények, ellentmondások
korunk orvostanában 2343

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Lázár Dezső dr.:
Szemléletváltozás a vastagbél-végbélrákok
sebészetében 2351

TUDOMÁNYPOLITIKA

Széll Kálmán dr.:
Kongresszusok forgatagában 2355

KLINIKAI SZERVEZÉSTAN

*Sassy-Dobray Gábor dr.
és Nyíredy Géza dr.:*
Gondolatok a tüdőgyógyászat fejlődéséről ... 2359

KAZUISZTIKA

*Krasznai István dr.
és Kovalkovits István dr.:*
Kétoldali vállficam csuklósérüléssel 2363

IN MEMORIAM

Széll Kálmán dr.:
Megemlékezés Bencze József dr.-ről 2365

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Elképzelések és törekvések
a közegészségügy és a gyógyszerügy
államosítására a századfordulón 2367

Ifj. Purjesz Zsigmond,
az első magyar nyelvű
belgyógyászati tankönyv szerzője 2370

A bábák történetéhez 2372

Elhalálozások 2374

Folyóiratreferátumok 2375

Levelek a szerkesztőhöz 2390

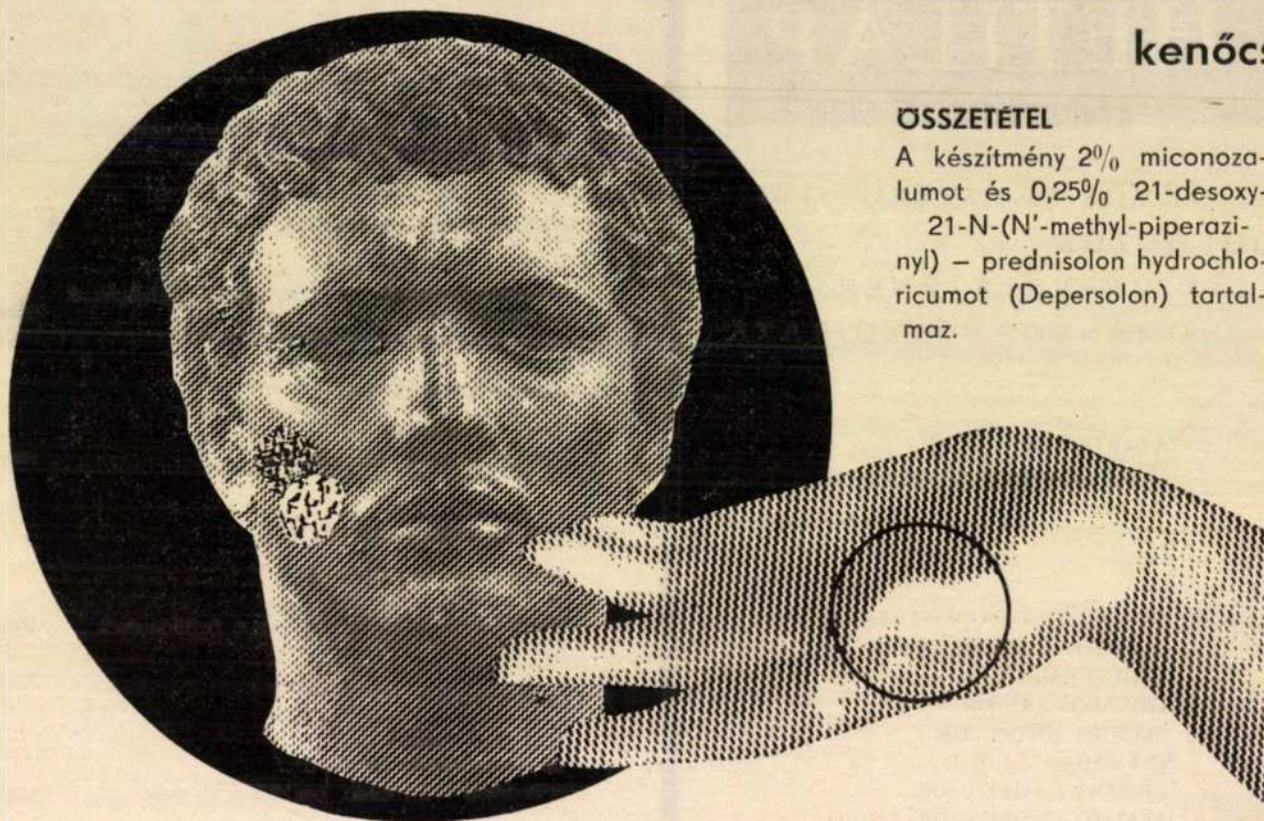
Könyvismertetés 2393

Hírek 2395

Pályázati hirdetések 2400

MYCOSOLON

kenőcs



ÖSSZETÉTEL

A készítmény 2% miconozolumot és 0,25% 21-desoxy-21-N-(N'-methyl-piperazinyl) – prednisolon hydrochloricumot (Depersolon) tartalmaz.

HATÁS

A Mycosolon kenőcs egyesíti magában a miconazol antimycotikus és antibacterialis aktivitását, valamint a depersolon glucocorticoid gyulladáscsökkentő, antiallergiás viszketéscsillapító hatását.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőrinfekciók esetében: naponta 1–2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet Mycosolon kenőccsel.

Köröm-infekciók esetében: a megbetegedett körömrészek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig.

Fül-infekció esetén: naponta két-

szer vezessünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gázcsíkot a teljes gyógyulásig.

MELLÉKHATÁSOK

Ez ideig nem ismeretesek.

ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes-simplex, himlő, bárányhimlő.

CSOMAGOLÁS

15 g-os tubusokban 26 Ft

JAVALLATOK

Dermetophyták vagy más gombák által kiváltott, kifejezetten gyulladással, ill. irritációval kísért bőr- és körömfertőzések: ekzémák, intertrigo, interdigitalis mycosisok, köröm mycosisok, gyulladós ekzémák és mycosisok, hallójárat mycosisok.

MEGJEGYZÉS

A Mycosolon kenőcs localis tűrhetősége igen jó. A készítmény nem hagy foltot a bőrön, a ruhaneműkből pedig kimosható.

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

...mert vétkesek közt cinkos aki néma."
Babits Mihály: Jónás könyve

Klinikai szervezéstán, kényszerű engedmények, ellentmondások korunk orvostanában

Trencsényi Tibor dr.

T. Hallgatóság!

Az emberiség 2000 éves történelme utolsó 25 esztendejének küszöbén a földön, e hazában, Szombathely városában, Markusovszkyról elnevezett kórházában az évfordulók hosszú soráról emlékezhetnénk meg. Az évfordulók oly hosszú soráról, hogy azok mindegyike egy-egy emlékelőadás tárgyát képezhetné.

Az idej Markusovszky-emlékünnepségek különös fényt kölcsönöz az, hogy április 4-én múlt három évtizede, hogy hazánk felszabadult a fasizmus igája alól; mindössze két nappal annak előtte Szombathely városa; 30 éve, hogy a hitleri Németország feltétel nélküli fegyverletételével, a XX. század civilizációjához eljutott emberiség legsötétebb éjszakájára új világ virradhatott. E hajnalhasadás tette lehetővé, hogy Szombathely orvosainak és egészségügyi dolgozóinak kezdeményezése és tevékenysége nyomán megindulhatott az a kegyeletteljes folyamat, amely a nagyon eltemetett, majdnem elfelejtett *Markusovszky Lajos* emlékének életre keltését tűzte ki célul.

Amikor 20 esztendővel ezelőtt, 1955-ben a kórház kertjében mellszobrát avattuk és az utódok kegyelete emléket emelt a gazzal borított sírhant fölé, akkor még arra kellett buzdítani, hogy törjünk meg azt a csendet, amely *Markusovszky Lajos* sírját és szellemi hagyatékát évtizedek óta megüli; akkor még arra kellett serkenteni, hogy a szombathelyi Markusovszky-kultuszt csak kezdetnek tekintve, azt folytatni a magyar orvosok és egészségügyi dolgozók megtisztelő feladata. Azóta két évtized telt el, elérteztünk születésének immár 160. évfordulójához és ma elégtétellel mondhatjuk, hogy sikerült emléket a feledés porától megóvni, születése 160. évfordulójának évében emléke élőbb, mint a halála után eltelt csaknem háromnegyed évszázad alatt valaha is volt (1, 2).

Nagy érdeme ez a Vas megyei és szombathelyi orvosoknak és egészségügyi dolgozóknak. Szeret-

Elhangzott a „Markusovszky Lajos Emlékünnepegy”-en, Szombathelyen 1975. május 10-én. Az előadás egyes részeit változatlanul vettem át néhány megjelent közleményemből, ugyanakkor az előadás szövegét helyenként módosítottam, ill. kiegészítettem.

nék ennek az Orvosi Hetilap szerkesztősége nevében ismételtén és most is hangot adni és azt újlag hangoztatni. Húsz évvel ezelőtt írtam a szerkesztőség nevében a területi bizottság néhai elnökének, *Bencze József dr.-nak* a következőket, és most szó szerint idézek: „Amikor e tevékenységükről tudomást szereztünk, az annak kapcsán érzett őszinte örömünk poharába az önvád ürömcseppjei vegyültek. Tevékenységük vádlón szegezte felénk — a szerkesztőség felé — azt a kérdést, hogy mit tettünk mi, a Hetilap szerkesztősége, a nagy alapító emlékének ápolása terén?” (3). Szombathely példája, és az ennek nyomán támadt önvád vált ösztönzőjévé az Orvosi Hetilap szerkesztősége és benne az én Markusovszky emléket ápoló ama törekvésünknek, amellyel sikerült felzárkózunk az Önök Markusovszky emléket megőrző és azt szüntelenül felvirágoztató tevékenysége mellé.

T. Hallgatóság!

A magyar orvostörténelemből ismert, hogy *Markusovszky Lajos* egyetemi tanulmányait a jogon kezdte el, majd lelke vonzalmát követve az orvosi fakultáson folytatta és fejezte be. Azt a célkitűzését azonban, hogy sebész-klinikusként folytathassa pályáját, nem tudta megvalósítani. Mivel többszöri próbálkozás után sem engedték docentúrához jutni, rezignáltan bár, de fegyelmetten lemondott arról a pályáról, amely iránt hivatást érzett (4). Erről az Orvosi Hetilap 25 éves jubileumán így nyilatkozott: „Az ember élete pályáját saját természeti adományai, társadalmi állása, vagy korabeli fogalmai és egyéb kisebb-nagyobb fontosságú körülményekhez képest választja meg, vagy állíttatja arra, hogy t.i. munkálkodni akar, vagy munkálkodnia kell.

Nekem az emberi ismeretek bővítése, a műveltség terjesztése látszott életem legszebb feladatának; a tudomány, az igazság keresése és búvárlata volt eszményképem.

De amennyire emlékszem, mindég azon meggyőződésben voltam, hogy bármely életpálya, mely nemcsak magára az illetőre, hanem másokra is kivált a közre is haszonnal jár, becsületére válik az illetőnek, és hogy a közjólet és haladás lényegében véve attól függ, hogy kiki tegye meg kötelességét azon a helyen, amelyen van.

Így tapasztalván azt, hogy hazám akkori viszonyai tervezett pályámnak nem kedveznek s a tudomány rohamos haladása mellett az élet gyorsan múlik, egy német mondat vezérfonalán indultam, mely azt tanácsolja: »Kannst du nicht selbst ein Licht sein, so trachte dich wenigstens als Leichter nützlich zu machen.« (»Ha nem lehetsz a tudomány művelője, akkor igyekezz legalább a tudósok, kutatók világító lámpása lenni«), s látván azt, hogy a magyar orvosi irodalom és nemzeti munkálkodás e téren pang, s nem is azért, mintha kiválóan hivatottnak éreztem volna magamat irodalmi munkásságra, de mivel arra senki sem vállalkozott, indítottam meg ügybarátaim helybenhagyásával és pártfogásuk mellett az Orvosi Hetilapot, kijelöltem annak célját, megalapítottam elveit, irányát és utait s szövetkeztem oly

szakférfiakkal, kik az elvet velem osztották és azokat érvényesíteni akarták és tudták is — ez az én művem” (5).

T. Hallgatóság!

Markusovszky kedvezőtlen személyi körülményei így váltak a magyar orvostudomány szerencsésjévé, így lett ő a magyar orvostan legnagyobb szervezőjévé. Tevékenységének eredményeit lemérhetően mindmáig érezzük (1, 6, 7). Szervező munkásságának szinte egyedülálló jelentősége a magyar orvostanban késztetett arra, hogy előadásom tárgyául az általános szervezéstanon túl, a klinikai szervezést, korunk orvostanának kényszerű eredményeit és ellentmondásait válasszam. És tettem ezt annál szívesebben, mert ez a gondolkodásmód juttatja leginkább kifejezésre azt az orvosi szemléletet, amelyet a magaménak vallok, és amelynek kialakító élményei pályám kezdetéig nyúlnak vissza (8). És hogy e szemléletem gondolatainak néhányát előadásomban illeszthetem bizonyítja, hogy aktualitásukból mit sem veszítettek, de azt is, hogy azok egyike-másika csak egynegyed évszázad múltán vált időszerűvé (9).

* * *

T. Hallgatóság!

A betegellátás népi méretűvé válása tűzte napirendre a gyógyító orvos érdekeltségét és részvételét az általános egészségügyi szervezésben. E szükségzerű részvétel folytán nyert polgárjogot világszerte az orvosképzésben az egészségügyi szervezés oktatása. Az általános egészségügyi szervezést azonban a gondozás problematikáján túl, a diagnosztika és terapia organizációs elveiből mit sem tartalmaz. Ezeknek az elveknek a kidolgozásával, felfogásom szerint az egészségügyi szervezést mellett létjogosultsággal bíró, önálló, általam *klinikai szervezéstannak* nevezett *disciplína* hivatott foglalkozni (10). A klinikum szervezéstana problémakörének azonban nem csupán a diagnosztikai és therapiás munka megszervezése — és itt érintkezik a két *disciplína* — hanem az egészségügyi organizáció vertikális és horizontális szintje racionális összműködésének kialakítása is integráns része. Joggal tehető fel az a kérdés, mi teszi szükségessé az egészségügyi szervezéstantól különálló, ún. *klinikai szervezéstant*? E *disciplína* kidolgozása és folyamatos művelése nem várható az általános egészségügyi szervezőtől még akkor sem, ha jelentős *klinikai* múlttal rendelkezik. Nem várható azért, mert a tudományos-technikai forradalom korszakában az orvostudomány fejlődésének irama és gyakorlati alkalmazásának üteme oly gyors, hogy ennek követése csak azoktól várható, akik azokat nap mint nap alkalmazzák, létjogosultságukról, használhatóságukról saját tapasztalatuk alapján tudnak meggyőződni (11).

A diagnosztikai és therapiás irányelvek, módszertani levelek kidolgozása lényegében az országos intézetek, ill. kollégiumaik feladatköréhez tartozik és ezek összességéből fog majdan összeállni a

klinikai szervezéstan ismeretanyaga, monográfiája. A teljesség igénye nélkül a *klinikai szervezéstan* körébe tartoznak a modern vizsgáló eljárások javallatának pontos meghatározása, a gyakorlati eredmények alapján létjogosultságuk elbírálása; a diagnosztikus és therapiás polipragmázia, az ún. rutin vizsgálatok kérdése. A speciál szakmák kialakulásának és fejlődésének tervszerű irányítása. Az elkerülhető veszteségek országos méretű elemzése és nyilvántartása, amely jelentős befolyást gyakorolhatna szervező munkánkra (11). A nosológiai terminológia és syndromatologia újraértékelése és revíziója, mert hiszen teljesen lehetetlen, hogy akad a földön olyan szakorvos, akinek diagnosztikai repertoárja a nyilvántartott 30 000 betegség-kategóriából a speciál szakmájára eső hányadnak akár csak töredékét is ismeri, használni tudja, de nyugodt lélekkel mondhatom, hogy nem elhanyagolható részüknek, a tudomány igényével még létjogosultsága is kétséges (12, 13). E *disciplína* tartozéka még az a magas rendű logikai alkotótevékenység is, amely súlyozza a tüneteket, valójában megállapítja azok diagnosztikai értékét (14). A *klinikai szervezéstan* megalkotása elejét venné annak az ösztönösségnek, amellyel korunkban ismereteket-elveket egymástól és a szakirodalomból oly sokszor kritika nélkül átveszünk (15).

A klinikai szervező a legmesszebbmenően veszi figyelembe a közösség érdekeit és a beteg ellátásában a gazdaságosság szempontjait. Nem bocsátja a beteget a modern orvosi technika és laboratórium futószalagjára pusztán azért, hogy az orvosi gondolkodást megkerülje, pusztán azért, hogy az orvosi munkával együttjáró felelősséget elhárítsa. És ez a szemlélet nem engedi meg azt az ellenvetést, hogy vajon kinek származik kára abból, ha minden beteget a diagnosztikai aparatura legszélesebb keretében vizsgálunk meg, mert a kelletlen nem indokolt vizsgálatokhoz szükséges személyi és anyagi ráfordítást, más betegek indokolt ellátásától kell elvonnunk (9, 16, 17).

Az anyagi tényezőknek hangsúlyozása frivolnak tűnhet ott, ahol emberi szenvedésről, emberéletek megmentéséről van szó, valójában azonban ily módon érvényesül „a legtöbb embernek a legtöbb jót” elvének humanitása (18). *Közgazdasági alaptétel, hogy minden társadalmi rendszer csak annyit oszthat szét tagjai között, amennyit termel és hasonlóképpen minden egészségügyi szervezet csak annyit nyújthat betegellátásban, amennyit személyi és dologi kapacitása megenged. Ez a szemlélet fokozódó mértékben kap súlyt az utóbbi évtizedekben, hiszen köztudott, hogy a modern egészségügy világszerte a nemzeti jövedelem mind nagyobb részét emészti fel és ennek üteme állandóan növekszik (9, 19, 20). Nem mintha sokallanám a nemzeti jövedelemnek az egészségügyre jutó részét. Sokallom azonban a diagnosztikában és therapiában elherdált milliókat. Csupán egyetlen példán szemléltetve: míg Németországban 1883-ban 100 biztosítottra 75 ún. „betegutalvány” jutott, addig 1928-ban 250, 1975-ben pedig 650! (20).*

* * *

Orvosi pályám több mint felét, kerekén 25 ezteendő katonarvosként jártam be. E negyedévszázadnyi tevékenységem motiválja, hogy előadásom tárgykörének kifejtésében katonarvosi ismereteimre is támaszkodjam és mondanivalómat részben ezek tükrében ábrázoljam és világítsam meg. Az orvosi közvéleményben ismert a katonai orvostannak az az alap-princípiuma, amely úgy hidalja át az ellátást igénylők óriási száma és a rendelkezésre álló személyi és anyagi erők közötti ellentmondást, hogy a legtöbb sérült legnagyobb javára tudatosan kényszerű engedményeket tesz. Ez a Pirogovtól származó elv a háború orvostanában a munka szervezethez elvébe helyezi az orvostudományi ismereteknek (21). E híres elv többek között és manifesztan csak arról szól, hogy háborús körülmények között ne terheljük meg az orvosokat teljesen kilátástalan prognózisú sérültek ellátásával; és csupán a gondolatsort folytatva, továbbfejlesztve jutottam el oda, hogy ez az elv nemcsak a már eleve kilátástalan esetekre vonatkoztatva szűkíti be az ellátás mérvét, hanem olyan súlyos sérültekre-betegekre vonatkozóan is, akik közül százalékosan csak elhanyagolható töredék volna megmenthető. Az elv elmélyedő elemzése tehát két irányban igényli a mérlegelést: egyrészt a szükséges orvosi ellátás munkai igényessége, másrészt a várható eredmény szempontjából. A számvetést azonban nem egyedi, hanem globális méretben kell végrehajtani (18). Ez a „kegyetlen” elv a polgári orvosok között, mint a katonai orvostan pejoratív sajátja, a hivatásos orvosok között, mint a háború orvostan sajátja ismert. Mégis, még a hivatásos orvos is, ha szervező munkájában ennek az elvnek konzekvenciáit kell levonnia, megtorpan. Nem meglepő ez, ha szem előtt tartjuk azokat a pszichológiai forrásokból táplálkozó, szinte áthághatatlan gátakat, amelyekkel a gyógyító katonarvos is szembe találja magát akkor, amikor békekörülmények között kialakult orvosi szemléletét a kényszerű engedmények szemléletével kell feleltetnie, s ennek égíse alatt munkájának feltételeit megterveznie. Az orvosi foglalkozás, az orvosi hivatás olyan normáinak megváltoztatásáról van szó, amelyek nemcsak saját életpályánk, hanem orvosi generációk sorának folyamán alakultak ki.

A békeorvostan emlőin nevelődött katonarvos, a katonai medicina alaprincípiumát jelentő engedményes elvet azért tudja olyan nehezen magáévá tenni, mert sohasem elemezte a mindennapi orvosi gyakorlatban azokat a mozzanatokat, amelyek nemcsak a háború, hanem kisebb mértékben és rejtetten a béke orvostanának is ismérvei. Míg a személyi és anyagi erők szűk keresztmetszete, a tábori orvostanban mint annak legősibb princípiuma abszolút mértékben jelentkezik, addig az a polgári orvostanban viszonylagosan és burkoltan nyilvánul meg. Míg a személyi és anyagi erők elégtelensége a háború körülményei között mint a leg-
elemibb egészségügyi segítség hiánya mutatkozik meg, addig a béke orvostanában ez az elégtelenség a legfejlettebb és legképzettebb szakemberek és a legkorszerűbb anyagi felszerelés teljes értékű szol-

gálatásának hiányában nyilvánul meg. A kitűnő szakemberekkel és a legkorszerűbb felszereléssel ellátott magas szintű intézmények szűk keresztmetszete a legjobb szervezéssel is csak csökkenthető, de semmi esetre sem küszöbölhető ki. A békevilág orvostana tehát — igaz látens formában — nem kevésbé szorul engedményekre, mint a katonai orvostan. Nem gyógykezelhet mindenkit a legjobb szakember, és nem mindenkit gyógykezelhetnek a legmagasabb szintű intézetekben. Azok az engedmények, amelyeket ebben az értelemben tenni kényszerülünk, nem kevésbé járnak konkrét veszteségekkel, mint azok, amelyeket a háborús egészségügyi ellátás kényes törvényei megkövetelnek. A gyógyítással foglalkozó orvosok között barátkozik meg ezekkel a törvényekkel, ha világosan látja, hogy kompromisszumok nélkül a béke orvostana sem lehet meg, mihelyt népi mértékben, azaz szervezőként gondolkodik (18, 21).

Az egészségügyi ellátás kényszerű engedményei a legpregnansabban a művesére és veseátültetésre szorulóknak ellátásán szemléltethető.

Jelenleg a transzplantált vesével élő betegek száma világszerte mindössze 15 000 körül van és ennek többszöröse a rendszeres dialysissal kezelték. Talán mondanom sem kell, hogy ezek a számok a kezelésre szorulóknak csupán kicsiny töredéke. A krónikus veseelégtelenségben szenvedők közül Dániában a dialysált és vese-transzplantációval kezelték a populáció 1 millióját alapul véve, 88,4 fő, Svájcban 78,1 fő, Svédországban 65,5 fő, addig Magyarországon alig éri el az 5 főt. Ha figyelembe vesszük azt, hogy még a dán arány is jelentősen mögötte van a szükségletnek, akkor ezek az adatok híven tükrözik a kényszerű engedményeket.* A kényszerű engedményeket tükrözik azok a számadatok is, amelyek szerint az Országos Kardiológiai Intézetben a műbillentyűcserére várakozók között nagyobb a halálozási arány, mint a műtéli mortalitás. Kényszerű engedményről van itt szó még akkor is, ha valójában a kedvezőbb prognózisú eseteket műtötték a súlyosabbak terhére, mert elegendő kapacitás esetén — igaz, nagyobb műtéli veszteséggel — a billentyűcserét a súlyosakon is elvégezhetnék volna (22).

A sebészi munka legközönségesebb mutatószáma a műtéli mortalitás. Minden sebész szakmai pályája versenyfutás saját és sebész kollégái műtéli eredményeivel. Az első százas széria műtéli veszteségeit a további szériák állandó csökkenő mérvű mortalitása követi és minden sebész szakmai színvonala növekedésének emberéletekben kifejezhető ára van. És nem kevésbé, csupán rejtettebben vonatkozik ez a belgyógyász szakmai fejlődésére is. Az orvostudomány haladásának és az orvosi gyakorlat fejlődésének elkerülhetetlen velejárói ezek a veszteségek és az orvos-szervezőnek nem lehet szebb feladata, mint az a törekvés, hogy a kényszerű veszteségeket a legszűkebb keretek közé szorítsa; nem lehet szebb feladata, mint az a célkitűzés, amely a gyakorlat színvonalát a tudomány mindenkorai szintjére megközelíteni törekszik (11).

* Az adatokat Taraba István dr.-nak köszönöm.

Szakmánk e sajátosságai az ún. „kényes kérdések” kategóriájába tartoznak, de attól, hogy nem beszélünk róluk, még nem szűnnek meg tények maradni. Nem beszélni róluk nem méltó társadalmunkhoz és ezzel önmagunk zárjuk el fejlődésünk útját. A valósággal bátran szembenézni, csak ez méltó a XX. század emberéhez, csak akkor válunk méltóvá az ember nevére. — (Istenek lettünk, mielőtt még az ember nevére méltóvá váltunk volna.) — (23).

Az említett abszolút mértékű discrepantiák természetesen csak történelmi kategóriák. És amint a 30-as években az agydaganatok, a szívsérülések, a tüdődaganatok szakszerű sebészi kezelése csak keveseknek juthatott osztályrészlül, és amint a korszerű transzfúziós vizsgálat megszervezése előtt a vérpótlást még vitális indikáció esetén sem kaphatta meg minden rászoruló, ugyanúgy biztosan remélhetjük, hogy a szűk keresztmetszetből adódó kényszerű engedményeknek, és a szelekciónak mind kevesebb szerepe lesz (10, 21).

T. Hallgatóság!

Az engedményes elv érvényesülését további példákkal folytathatnám, ehelyett azonban helyesebbnek vélem azokra az ellentmondásokra rámutatni, amelyek az orvostan engedményes jellege és a diagnosztika, ill. terapia „luxustöbblet”-mérve között fennáll. Míg egyrészt a legmesszebbmőnően törekszünk biztosítani a legkedvezőbb diagnosztikai és terápiás feltételeket, amelyek igaz, sokszor csak látszat feltételek, addig másrészt a legkritikábban élünk olyan időszámvetésekkel, amelyek ezekben a látszatfeltételekbe fektetett munkát felmérve mutatnak rá az orvosi gyakorlatban elherdált gyógyszerek tömegére és orvosi munkórak százezreire.

Az említettek elengedhetetlenül követelik meg, hogy a viszonylagos értékű diagnosztikai és terápiás eljárásokat a legszigorúbb kritikával mérlegeljük abból a szempontból, hogy alkalmazásra kerüljenek, avagy sem. A korszerű orvostan diagnosztikai és gyógyító eljárásai között nem kis számban találunk olyanokat, amelyek orvosi tevékenységünket alig vagy semmivel sem lendítik előre, s amelyekről könnyedén lemondhatunk, hacsak nem akarjuk a „korszerű” oly sokszor csak a látványosság célját szolgáló szempontjainak józan, elfogulatlan gondolkodásunkat alárendelni (10, 21).

Az orvosi technika és methodikák fejlődése eredményezte, hogy a modern vizsgálómódszerek alkalmazása messze túlhaladja a diagnózis biztonságának azt a fokát, amelyre törekedni érdemes.

Azt a klinikai gyakorlatot, amely a kórisme biztonsági fokát minden áron — még a kockázat és gazdaságosság rovására is — növelni akarja, néhány olyan példán szemléltetem, amelyeket klinikai, ill. szerkesztőségi gyakorlatom bőséges anyagból merítettem.

Elsőként — mert abban ismertem fel a diagnosztika biztonsági fokának problematikáját — azt a kéziratot, ill. cikket említeném, amelyben a szerző 16 esetben végezte el a percutan cholangiocholecystographiát és ezek közül 5 betegnek kívánta

érzékeltetni az eljárás diagnosztikus értékét az epekő kimutatásában. Szinte tankönyvi adat, hogy még nem típusos cholelithiasisra utaló anamnesztikus adatok esetén is, ha azok jó kontrasztanyaggal végzett cholecystographia során, nem telődő epehólyaggal párosulnak, az epekő kórisméje úgyszólván biztonsággal kimondható. A szerző azonban maximális diagnózisra törekedve, a diagnózis biztonsági fokát az említett eljárással 100%-ra kívánta növelni. De milyen áron? Ha az említett tüneti konstelláció esetén 2—3%-nyi téves kórismét tételezünk is fel, akkor 100 ilyen beteg közül mindössze 2—3 felesleges exploratív laparotomiát végeztünk, amelyeket 97—98 percutan cholangiocholecystographia elvégzésével tudnánk elkerülni, és ezeknek nemcsak rendkívül jelentős személyi és anyagi ráfordítása, hanem szövődménye és lethálitása is van (24, 25).

A másik példa még plasztikusabban szemlélteti azt a diagnosztikai gyakorlatot, amely a diagnózis biztonsági fokát szinte fétisként kezeli. A kazuisztika kommentárral a Hetilapban megjelent: 58 éves férfibeteg — jobb felső has-quadránsában kb. gyermekfejnyi tömött resistentia tapintható; masszív pyuriája, mérsékelt haematuriaja van. Urographiával, majd infúziós módszerrel j. o. kiválasztás nem volt kimutatható. Úgy vélem, ez már valamennyiünknek elegendő lett volna, de nem így a szerzőknek, akik a vizsgálatokat retrográd feltöltéssel is kiegészítették, amikor is a j. ureter a III. lumbális csigolya magasságában éles széllel megszakad, mintegy amputált. Ezek az adatok vitathatatlanul műtétet javallnak, s az sem kétséges, hogy a választott műtéti behatolás a lumbotomia. Ha azonban a sebész számára a behatolás módjának megválasztásában maximális információra törekszünk — amint ezt a szerzők tették —, akkor az említett vizsgálatokat renographiával is kiegészíthetjük. De milyen áron? A lumbotomiás metszés meghosszabbításának szükségessége az adott esetben aligha éri el az egy százalék valószínűséget és ennek elkerüléséhez 99 esetben kell feleslegesen elvégezni a renographiát a maga kockázatával és gazdasági kihatásával (25).

Az ismertett esetek a diagnózis maximumára való törekvés torz gyakorlatának extremebb formái, de ezeknek kevésbé kiütöző eseteivel ún. kórlapelemzés útján a klinikus a gyakorlatban nap mint nap találkozhat.

*

T. Hallgatóság!

A diagnosztika ésszerűségével foglalkozó irodalomban az utóbbi években mind gyakrabban használják a maximális és az optimális diagnosztika fogalmát. Míg a maximális — minden rendelkezésre álló eljárás felhasználásával törekszik pontos kórismére, addig az optimális diagnosztika a gazdaságosság, ill. ráfordítás, a kockázat és az adott betegségkategoria gyógyításának hatékonyságát is szem előtt tartva, engedményt tesz az ún. „abszolút” diagnózis rovására: optimális minimumra törekszik.

A maximális diagnosztika akkor, amikor minden rendelkezésre álló eljárással igyekszik pontos kórisméhez jutni, lényegében a vizsgálatok legszélesebb körét rutinként alkalmazza. Ugyanakkor az optimális diagnosztika a körelőzmény, a fizikális status és a szűkebb körű alap rutin vizsgálatok elvégzése után előzetes diagnózist konstruálva, minden további vizsgálatot mérlegel és célzottan végez el (19).

Mindkét irányzatnak vannak hívei. Azok, akik a vizsgálatok számát vég nélkül kiterjesztik, e gyakorlatot azzal indokolják, hogy e folyamat feltartóztathatatlan, továbbá azzal, hogy az évenkénti laboratóriumi vizsgálatok 20%-os növekedése az automatikával megoldható.

A racionális irányzat azzal érvel, hogy a vizsgálatok száma vég nélkül nem növelhető, mert előbb-utóbb az automatika teljesítőképességét is meghaladja, mert a növekedésnek anyagi korlátai vannak, mert minél több az elvégzett vizsgálatok száma, annál nagyobb a hibaforrás kockázata, és végül, mert a vizsgálatok növekedésével egyenes arányban szorul háttérbe minden diagnosztikai munka alapfeltétele az orvosi gondolkodás.

**

T. Hallgatóság!

A tudományos-technikai forradalom korának legnagyobb ellentmondása, hogy az a technika és módszer, amelyet az ember alkotó szelleme hozott létre és arra hivatott, hogy munkánkat segítse, egyre inkább háttérbe szorítja azt a teremtő szellemet, amely létrehozta (26).

Korunk egyik fő törekvése a gépek szaporítása, de nem azért, hogy működésünk szellemi részét kiküszöbölje, nem azért, hogy azt elsovassza. A gépek és methodikák jelentősége éppen abban volna, hogy a vizsgálatok elvégzéséhez szükséges időmegtakarítást a magas szintű alkotó jellegű klinikai gyakorlatban használjuk fel (9, 27). *Tragikus ellentmondása hivatásunk tudományos-technikai forradalmának, hogy a megtakarított idő nem serkenti az orvosi gondolkodást, inkább eltespedéséhez vezet (28). És még tragikusabb, hogy amiképpen a marxi tökeelmélet szerint a tőke nem azért tőke, hogy eszköze legyen az embernek az emberiség jólétének elősegítéséhez, boldogulásának gyarapításához, hanem azért, mert az ember válik a tőke eszközévé, annak öncélú gyarapítására. Hasonlóképpen a modern orvosi gyakorlatban oly sok áldást hozó orvosi technika nem mindig a beteg ember javát szolgálja, hanem olykor — s talán nem is ritkán — a beteg ember válik eszközévé és áldozatává az orvosi technikának, az orvosi methodikának, amelyet ha birtokolunk, a szükségessé messze-messze meghaladóan működtetünk (29).*

És hogy miképpen vélekedik hivatásunk vizs-
szásságairól — olykor? sokszor? — a beteg, nem kisebb emberre hivatkozhatom, mint Igor Stravinskyra, aki két évvel halála előtt írta: „In letzter Zeit habe ich den Eindruck: je grösser die medizinische Fortschritte, desto geringer die Chance der Patienten, Ärzte und Krankenhaus zu überleben. Bis zu diesem letzten Abenteuer war mir nicht

bewusst, wie weitgehend Mediziner... das Recht haben, Unrecht zu haben. Mir war auch der Unterschied nicht ausreichend klar zwischen einer medizinischen Wissenschaft um der medizinischen Wissenschaft selbst willen... und der medizinischen Praxis um der Patienten willen...” („Az utóbbi időben az a benyomás alakult ki bennem, hogy minél jobban halad előre az orvostudomány, annál kisebb esélye van a betegnek, hogy túléli az orvosokat és a kórházat. Egészen a legutóbbi betegségemig nem voltam tudatában, hogy milyen messzemenőek az orvosok jogai... arra, hogy igazságtalanok legyenek. Nem volt számomra elég világos, mi a különbség az orvostudomány kedvéért való orvostudomány... és a betegek kedvéért folytatott orvosi gyakorlat között”) (30).

Az elmélet és gyakorlat között fennálló szakadék a legnagyobb elméket eddig is sokat foglalkoztatta. Lenin az elmélet és gyakorlat elkülönülését az emberiség egyik legnagyobb rákfénéjének tartotta. Legmerészebb fantáziája sem láthatta előre a tudomány és technika fejlődésének azt az iramát, amely az elmélet mögött mindinkább elmaradó gyakorlat ellentmondásának áthidalását mind nehezebbé teszi. A szervezőnek éppen ezért nem lehet szebb feladata, minthogy az orvosi gyakorlatot — amelyben a tudomány fejlődésének realizálódnia kell — minél közelebb hozza a tudomány mai színvonalához.

*

T. Hallgatóság!

A modern orvostan adóssága, hogy még nem revidálta a hagyományos medicina által megállapított symptomatológiát a modern vizsgálóeljárások birtokában. Ezt a munkát, amely hivatva volna a nosológiából, a modern differenciált vizsgálóeljárásokkal felszínre hozni a hagyományos orvostan azon elavult anyagát, amely az új és egzaktabb vizsgálóeljárások körülményei mellett már nem állja meg a helyét — avagy olyan elhanyagolható értékűvé vált, hogy elvesztette jelentőségét — még nem végezte el a modern orvostudomány.

Vagy ha a diagnosztika, a symptomatologia problematikája helyett a terapia, a gyógyszeres kezelés kérdését nézzük, vajon nem elvégzendő feladat-e a gyógyszeripar vég nélkül gyártott termékei közül az elavult, avagy értéktelen anyagnak a revíziója? Úgy gondolom, hogy a modern chemotherapeutikumok és más hatékony szerek világában nagyon sok gyógyszernek értékét nem becsülhetjük többre, mint a javasasszonyok, kuruzslók varázsszereit. Azt hiszem, hogy elég sok, de talán nagyon sok azoknak a gyógyszereknek a száma, amelyek ma már csak az orvosi autizmus eszközének szerepét töltik be, és nincs más jelentőségük, mint hogy az „ut aliquid ficisse videatur” látszat terapiája elvének hordozói (31). Pedig helyén volna arra is gondolni, hogy a társadalom fejlődése során, egyszer talán mégis eljutunk ahhoz az embertípushoz, amelynél az orvosi autizmus és az „ut aliquid” és ehhez hasonló elvek anakronizmussá válnak. Nagyon fontos ezt hangsúlyozni korunkban, amikor a népi gyógyítás, ill. kuruzslás

olykor ismeretterjesztő folyóiratokban, rádióban, televízióban kap alátámasztást (32), és amikor az akupunktúra világszerte elterjedőben van, és természettudományos módszerekkel gondolják azt a kurzuslás kereteiből kiemelhetni és való értékét bizonyítani (33, 34, 35).

Helyénvalónak érzem itt *Markusovszky Lajos*-ra hivatkozni és őt idézni. Száz évvel ezelőtt, amikor az orvostan fejlődésének összehasonlíthatatlanul alacsonyabb fokán, a népi gyógyításnak, a kurzuslásnak tágabb tere volt, a homeopathia tanszéke körül dúló harcok során nem habozott és a legélesebben fakadt ki, hogy végül is nem tanszabadság az, „... ha a tudomány igényeivel fellépő oly tanok, melyek a világ tudományos fóruma előtt ilyenekül még el nem ösmertettek... bárki által — legyen az az országgyűlés is — a tudományra és az egyetemre ráerőszakoltatnak, s költségen fenntartatnak.” (36, 41).

T. Hallgatóság!

Míg a technikai fejlődés soha nem remélt módon lendítette előre a gyógyítás természettudományi oldalát — igaz egyben a beteg természettudományos objektummá vált, addig a gépi technika szinte a beteg és az orvos közé türemkedett és ezzel lélektelenné vált az orvos és beteg kapcsolata (26). A társadalomtudományokat, irodalmat, művészeteket oly sokat foglalkoztató kaffkai elidegenedés gyógyító tevékenységünkben ilyen módon nyilvánul meg. És ez tette szükségessé és ezért vált jelszóvá a betegcentrikus gyógyítás, a természettudományos orvostan kizárólagosságát képviselő betegségszempontú szemlélettel szemben.

Az orvostan elmechanizálódása természetesen elsősorban a beteget érinti, aki a sok gép láttán mind fokozottabb mértékben nélkülözi az orvosban a segítő embert. Bármennyire és minden joggal vagyunk is elragadtatva az orvostan technikai haladásától, világosan látnunk kell, hogy ez egyben a beteg ember elmagányosodásához vezet, aminek minden erőnkkel gátat kell vetnünk, ha nem akarunk beletörődni az orvosi hivatás dehumanizálódásába. Nem nyugodhatunk meg abban, hogy az orvosi hivatás mint olyan, áldozatává váljék a társadalmi és tudományos haladásnak (37).

Lényegében ezeket a gondolatokat fejezi ki *Hermann István*, az Eötvös Loránd Tudományegyetem filozófia professzora „Lukács György gondolatvilága” című munkájának utószavában, amikor azt írja, hogy „A XX. század tette nyilvánvalóvá, hogy a technikai fejlődés önmagában nem oldja meg az emberi élet mint emberi élet problémáit. Kiderült az, hogy — s ez most már mindenki előtt nyilvánvaló — a tudomány és technika szárnyalása a legmagasabb és legátfogóbb régiókba egymagában nem biztosítja azt, hogy az emberiség ne találkozzék személyes tragédiákkal, és ne lebegjen felette az általános tragédia kísértete.” (38).

*

T. Hallgatóság!

A betegellátás feladataiban a rangsorolás a sorrendiség megállapítása alapvető szervezési prin-

cípium, amely ha csorbát szenved, megsokszorozzuk az amúgy is meglévő ellentmondásokat. Ezért gondolom, hogy amíg a gyógyításban elkerülhető veszteségeink nagyobbak, mint amennyit lehetőségeink megengednek, amíg a krónikus és veszélyeztetett betegek gondozását átfogóan nem szerveztük meg — mert nem szerveztük meg — addig ellentmondásnak tűnik az egészséges népesség teljes keresztmetszetű szűrésének napirendre tűzése (39). Nem véletlen, hogy a Hetilap április 4-i ünnepi tanulmánya „a minden betegségre vonatkozó rendszeres gondozást... a minden lakosra kiterjedő rendszeresen ismételt komplex szűrővizsgálatok rendszerének kiépítését utódaink egészségpolitikai feladatává teszi” (40). Azok, akik a teljes populáció szűrését már ma időszerűnek tartják, nem látják azokat az alapszűrést követő, óriási energiát igénylő gondozási feladatokat, amelyeket az egy-két évenként ismétlődő szűrésen fennakadó egyének magasabb szintű, rendkívül munkaigényes és költséges rendelőintézeti avagy intézeti diagnosztikájára megkövetel. E ráfordítás sokszorosa az alapszűrés költségeinek.

**

T. Hallgatóság!

Mindazt, amit klinikai szervezéstan, kényszerű engedmények, ellentmondások címén előadásomban elmondottam, lényegében orvosi etika és ez ismételtelen felidézi azt az embert, akiben az intellektuális és morális nagyság olyan szorosan ötvöződött, mint talán a magyar orvostörténelemben senkiben. Nyugodtan állíthatjuk példaképül társadalmunk közéleti orvosai elé, mert példamutató az az erkölcsi bátorság, amellyel elveiért, minden igaz ügyért, még a legmagasabb fórumokkal, még az országgyűléssel szemben is sikraszállt.

Hivatásunk erkölcsének számos oldala van, és ezek közül az, amellyel általában azonosítani szoktuk, amélyről legtöbbet beszélünk, csak azok egyike és nem is legfontosabbika. A legtöbb gond és aggodalom a klinikai kutatásnak abból az irányzatából fakad, amely az embert kísérleti alannyá tette. Vannak, akik úgy gondolják, hogy az orvosi technika fejlődése olyan eszközöket, műszereket adott kezünkbe, amelyek lehetővé és megengedhetővé teszik alapvető kutatások elvégzését egészséges, avagy beteg embereken, szemléleti elmaradottságnak minősítik azt a felfogást, amely még medicinánk fejlett technikájának korában is a kutatás fő eszközének az állatkísérletes modellt tartja. Mindezen csak nagyon keveset enyhít az a fenntartás, hogy az állatkísérlet indokolt lehet olyankor, amikor a vizsgálat elvégzését annak veszélyessége nem engedi meg. Az angio-cardiographia és thoracalis aortographia mortalitását néhány évvel ezelőtt 2%-ra becsülték (42). *Gülzov* könyvében a laparoscopia mortalitása 0,3—0,5% (43).

Az előbbieken vázolt szemlélettel szemben — ha nem is gyakran — elhangzanak intő szavak. A heidelbergi neves fiziológus *H. Schaeffer* „Die Medizin heute” (Theorie, Forschung, Fortbildung) c. munkájában élesen veti fel ezt a kérdést, ami-

kor írja: „Mi történik azonban betegeinkkel általában? Megterhelés és nem veszélytelen vizsgálatok alá vetjük őket — katheret vezetünk szívükbe, avagy veséjükbe —, hogy azután tudományos kutatómunkát üzzünk rajtuk. Egy fiatal orvos mondotta el nekem, hogy közvetlen főnöke egy világhírű klinikán arra utasította, ut exercendi causa asszonyok sorának vénájába helyezzen el kathereteket. ... Egy röntgenológus szériában gyönyörű felvételeket készített, ami a betegek számára távolról sem volt irrelevans, még kevésbé fájdalommentes és mindezt tudományos munka címen. E beteg nők sirtak, amikor reggelente e procedurához kirendelték őket. Arteriákat, sőt a szívet is megpungálják a tudományos kutatás jegyében. Elmebetegek (T. T. megj.: epilepsiások) agyába elektródákat vezetnek, hogy elektrofiziológiai kutatásokat végezzenek és az eredményeket gátolatlanul adják elő nemzetközi kongresszusokon” (34).

„Ismerd meg tenmagadat” nemcsak az egyes ember fejlődésének nélkülözhetetlen feltétele. Társadalmi önismeret nélkül ringathatjuk magunkat abban az illúzióban, hogy minden beteg embernek mindent megadunk, amit a tudomány adott színvonalára lehetővé tesz, áltathatjuk magunkat azzal, hogy elkerülhető veszteségeink nincsenek. Ezzel azonban el is hagytuk a valóság talaját és hiú ábrándok ámokfutójává válunk és ezzel orvosi hivatásunk fejlődésének útját zárjuk el (44).

*

T. Hallgatóság!

A közelmúlt hetekben a német orvosi folyóirat-irodalom egyik legrangosabb lapjában, a D. M. W.-ben a bad-nauheimi Kerckhoff-klinikáról kommentár nélkül olyan cikk jelent meg, amelyben 11 olyan beteget ismertettek, akiknek néhány mellkasi elvezetésében a T hullámok és ST szakaszok eltéréseit számos kockázatmentes eljárással — köztük béta receptor blokkolókkal — eliminálni lehetett. E módszerek közül a beta receptor gátlókkal végzett tesztek világsszerte elfogadottak, és mégis, a szerzők szükségesnek tartották e kockázatmentes eljárások ellenőrzését a jobb és bal szívfél katheretes vizsgálatával, a bal szívfél kontrasztanyaggal való feltöltésével és coronariographia útján. Valamennyi invazív vizsgálat, valamennyi betegen negatív volt, ill. egy híján, mert a szerzők tiszteletre méltó őszinteséggel írják, hogy a szív-katheret okozta endocardialis laesio folytán az EKG elváltozás egy betegen maradandóvá vált (45).

A kényszerű engedményektől megborzadunk, de lelkünk sem rezdül ilyen vizsgálatok olvastán. És mit fűzhet ehhez a szolid klinikus? Csupán kérdezheti: Quo vadis, Medicina?

T. Hallgatóság!

A modern orvosi technika és vizsgálatok értékéről vallott felfogásom félreérthetőségét elkerülendő, előadásomat azokkal a gondolatokkal szeretném befejezni, amelyekkel annak idején „Quo vadis, Medicina?” alrovatunkat megindítottuk.

„A századforduló óta a társadalmi forradalmak — a század dereka óta már a tudomány forradalmának korszakát is éljük szoros összefonódottságban.

A társadalom és tudomány forradalmi fejlődése egyaránt áldozatokat követel. Előadásommal a haladást kívántam szolgálni, ami tudom, áldozatok, veszteségek nélkül nem lehetséges. S éppen ezért, mert ezt tudom, úgy vélem, a beteg ember iránt érzett kötelezettségünkből, a beteg embert gyógyító orvos iránt érzett megbecsülésünkből fakadóan előadásomat méltóbban nem tudom befejezni, mintha Rosa Luxemburgtól, a szocialista mozgalom e nagy alakjától veszem kölcsön azokat a gyönyörű sorokat, amelyeket az első világháború befejeztével mondott, hirdetett és amelyeket az orvostudomány forradalmára is, amelynek részei vagyunk, alkalmazhatónak tartok.”

„A nemzetek háborújának négy éve alatt vér-folyamok ömlöttek. Feltétlenül meg kell őriznünk e becses folyadék minden cseppjét, tisztelettel kristályüvegekben. Fékezhetetlen forradalmi energia és széles emberi érzés — ez a szocializmus valódi lélegzete. Igaz, hogy egy egész világot kell felforgatni, de vádol minden könnyesepp, amely elkerülhető lett volna.”

„Mi, e nemzedék orvosai, az orvostudomány forradalmárai vagyunk, akik tudjuk, hogy orvosi tevékenységünk e forradalmi útját veszélyek, kockázatok és áldozatok hosszú sora övezi, de azt is tudjuk, a beteg ember minden könnyeseppje, szenvedése és halála vádol, ha azt elkerülhettük volna” (46).

IRODALOM: 1. *Trencsényi T.*: Megemlékezés Markusovszky Lajosról. Szoboravató emlékbeszéd a szombathelyi kórház kertjében. 1955. IV. 2.; Orv. Hetil. 1955, 96, 527. — 2. *Trencsényi T.*: Síremlékvató emlékbeszéd Vasegerszegen. 1955. IV. 3. (kézirat). — 3. *Levél Benze József dr.-hoz*, a Vas megyei szakszervezeti bizottság elnökéhez. 1955. jan. 21. (Orv. Hetil. archívuma). — 4. Az orvosi tudomány magyar mesterei. Markusovszky Társaság kiadása, Bp. 1924. — 5. *Hógyes Endre*: Emlékbeszéd Markusovszky Lajos MTA közt. tagról. — 6. Markusovszky Lajos életműve (Szerk. közl.) 1957, 98, 1427. — 7. Az Orvosi Hetilap centenáriumi emlékkönyve. Medicina, Bp. 1959. — 8. *Trencsényi T.*: Orv. Hetil. 1966, 107, 701. — 9. *Trencsényi T.*: Orvosok Lapja. 1949, 5, 441. — 10. *Szerk. közl.*: Orv. Hetil. 1967, 108, 2280. — 11. *Szerk. közl. (T. T.)*: Orv. Hetil. 1970, 111, 2587. — 12. *Leiber, B., Olbrich, G.*: Die klinische Syndrome. Urban u. Schwarzenberg, München, 1972. — 13. *Szerk. közl. (W. R.)*: Orv. Hetil. 1975, 116, 1231. — 14. *Trencsényi T.*: Gross, R.: Medizinische Diagnostik Grundlagen und Praxis. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1969.; *Könyvismertetés*: Orv. Hetil. 1970, 111, 117. — 15. *Trencsényi T.*: Orv. Hetil. 1973, 114, 3123. — 16. *Trencsényi T.*: A diagnosztikai munka iatrogen ártalmai. Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete. Szakmapolitikai előadásorozat, Budapest, 1966. — 17. *Trencsényi T.*: Orv. Hetil. 1968, 109, 1965. — 18. Előadás a honvédervosok főszakorvosi továbbképzésén 1969. Honvédervos. 1971, 23, 1. — 19. Optimierung der Diagnostik. Szerk.: H. Lang—Rick, W.—Róka L. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1973. — 20. *Die Zeit*. 1975, IV. 18., 17. szám. — 21. Tábori belgyógyászat (Segédlet). Előszó. A Honvédelmi Minisztérium kiadása, 1967. — 22. *Lónyai T., Lengyel M., Erdélyi M.*: Orv. Hetil. 1974, 115, 2043. — 23. *Rostand, I.*: Pensées d'un Biologiste, Paris, Stockholm, 1939. — 24. *Patakfalvi A. és mtsai*: Orv. Hetil. archívuma (10. 237.)

- és Magyar Sebészet. 1966, 19, 155. — 25. Varga B. és mtsai: Orv. Hetil. archívuma (14. 927.) és Orv. Hetil. 1973, 114, 26. — 26. Bleuler, M.: Schweiz. med. Wschr. 1970, 100, 89. — 27. Trencsényi T.: Orv. Hetil. 1952, 93, 489. — 28. Trencsényi T.: Orv. Hetil. 1951, 92, 1477. — 29. Trencsényi T.: Orv. Hetil. 1970, 111, 971. — 30. Heim, E.: Zschr. für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse. Jan/März 1975, 21, 1. Vierteljahrsheft 94. o. — 31. Trencsényi T.: Orv. Hetil. 1951, 92, 1. — 32. Szerk. közl. (T. T.): Orv. Hetil. 1969, 110, 427. — 33. Orv. Hetil. archívuma, 1960 (7687). — 34. Schaefer, H.: Die Medizin heute. R. Piper und Co., Verlag München, 1963. 140. o. — 35. Prokop, O.: Medizinischer Okkultismus. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena, 1962. — 36. Markusovszky Lajos: Válogatott munkái (Markusovszky György dr. gondozásában). Bp., 1905. — 37. Müller-Osten, W.: Der Beruf des Chirurgen, Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1970. — 38. Hermann I.: Lukács György gondolatvilága. Tanulmány a XX. sz. emberi lehetőségeiről. Magvető Kiadó, Bp. 1974. — 39. Thiele, H. J.—Tredt, H. J.—Friedemann, H.: Vielfach-reihen-untersuchungen. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1974. — 40. Schultheisz E.: Orv. Hetil. 1975, 116, 723. — 41. Trencsényi T.: Orv. Hetil. 1969, 110, 2677. — 42. Csákány Gy.: Orv. Hetil. 1970, 111, 963. — 43. Jávorszky T.: Gülzow, M., Koelsch, K., Kuntzen, H.: Gastroenterologie. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena, 1969. — Könyvismertetés: Orv. Hetil. 1970, 111, 2573. — 44. Az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete VI. kongresszusán el nem hangzott hozzászólásból, 1971. (kézirat). — 45. Kuhn, H. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 717. — 46. Szerk. közl.: Orv. Hetil. 1971, 112, 1109.

„A megfigyelés a legnehezebb művészet: művelt, józan szellem kell hozzá és iskolázott tapasztalat, amely csak a gyakorlat révén sajátítható el; mert az igazi megfigyelő nemcsak a jelenséget látja meg, hanem a jelenségeket összetevő részeket is és azok összefüggéseit az egészszel. Vannak, akik figyelmen kívül hagyják a jelenségek felét, de vannak olyanok is, akik többről számolnak be, mint amennyit látnak, mert képzeletükkel összetévesztik a valót. Mások látják az egész részeit, de összekevernek olyan dolgokat, amelyeket el kell egymástól különíteni.”

J. Liebig

„Az orvostudomány fejlődésének útjában mindig két akadály állt: a tekintélyek és a rendszerek.”

R. Virchow

„Amit sohasem vontak kétségbe, az nincs bebizonyítva.”

Diderot

Az orvos jogi védelmét nem rendelhetjük fölébe az orvos—beteg kapcsolat humánnumának.

A beteg biztonsága nem rendelhető alá a diagnózis biztonságának.

Zala megye II. Kórháza, Nagykanizsa,
Általános Sebészeti Osztály (osztályvezető: Lázár Dezső dr.).

Szemléletváltás a vastagbél- végbélrákok sebészetében

Lázár Dezső dr.

A vastagbélsebészet nehéz, de hálás területe az onkológiai sebészetnek. A továbblépést hátráltatta, hogy sokáig szűk kör — a vezető sebészek — foglalkoztak csak vastagbélsebészettel és ennek a privilegizált helyzetnek egyre fenyegetőbb hátrányaira külföldön is csak a legutóbbi években figyeltek fel. *Allgöwer* (1) foglalta össze a nehéz és kényes kérdés lényegét 1973-ban a müncheni sebészkongresszuson tartott vitaindító referátumában: „A vastagbélsebészet nem alkalmas a sebészi műfogások megtanulására és begyakorlására. Azok számára kell fenntartani, akik már uralják a sebészet mesterségét és már kifejlesztettek finom, szövetkímélő technikát. Ez nem jelent misztifikációt, »főorvosi előjogot«. Ez kell, hogy bennünket, idősebbeket sokszorosan figyelmeztessen arra, hogy fiatal munkatársainkkal asszisztenciával olyan sokáig végeztessünk vastagbélműtéteket, amíg mi magunk is bizalommal feküdnénk fel a műtőasztalra”. Ezzel szemben áll pl. *Gilbertsen* 1971-ben tett azon megjegyzése (3), hogy mióta a fiatalabb gárda szabadabban végzi klinikáján a vastagbélműtéteket, a mortalitás 5%-ról 20%-ra emelkedett. Az ilyen célzatos, félrevezető közlések segítettek elő a defenzív hajlamú sebészek visszahúzását ettől a területtől. Ezek a gondolatok, úgy vélem, nálunk is égetően aktuálisak. A szakmai lemaradás másik okát abban látom, hogy néhány világvároson kívül *ma is hiányoznak a gastroenterológiai decentrumok* és így nagyszámú sebészeti osztály között szóródik szét az anyag. Erre utalt a legutóbbi időben *Eero Juusela* is és sürgette a vastagbél-végbélrákok modern kezelését irányító központi intézmény sürgős felállítását (2). A sebészet más területén, pl. a tüdő- vagy szívsebészetben évtizedek óta megszületett a centralizálódás és ez tette lehetővé az ugrásszerű fejlődést, de napjainkban különül el világszerte az érsebészet és a plasztikai sebészet is.

A fennálló nehézségeket megnehezíti, hogy a vastagbél-végbélrákok sebészetében azzal is szá-

molnunk kell, hogy a műtétek tekintélyes része (közel egyharmada) acut kórképből adódó nem betervezhető olyan sürgős és életmentő beavatkozás, amit a legközelebbi intézet sebészeti osztályán meg kell tudni oldani. Ebből a körből csak úgy lehet kilépni, hogy hozzáférhető távolságokban jól működő gastroenterológiai decentrumokat kell felállítani modern diagnosztikai felszerelésű részlegekkel (gastro-colonoscopia, cytologia, izotóplaboratórium) és jól képzett hasüregi sebészekkel.

Közel három évtizedre kiterjedő vastagbélsebészeti gyakorlat alapján úgy látom, hogy *a modern pathophysiológián felnőtt fiatalabb sebészgárda sokkal kevesebb gátlással fordul a vastagbélsebészet felé és ér el napjainkban, ezen a nehéz területen, a kérdéssel keveset foglalkozók előtt alig érhető ragyogó eredményeket. Bátor hozzáállás és kockázatvállalás nélkül sohasem volt sebészi siker és hogy mit tud adni pl. egy tumoros subileusos vagy ileusos tünetek között beszállított betegnek a gyors előkészítést követő, nagyon megfontolt primaer vastagbél-resectio, azt csak az tudja igazán átérezni, aki végigküzdötte ezt az elmúlt két nehéz évtizedet és éberem figyelte a defenzív medicina szörnyű balsikereit.*

Ahhoz, hogy a szemléletváltást lássuk, vegyük tárgyilagosan szemügyre, hogy *mi volt a helyzet egy-két évtizeddel ezelőtt, ha subileusos tünetekkel intézetbe került egy vastagbélrákos beteg és az osztály közel került a diagnózishoz. A vastagbélműtéteket magának fenntartó vezető sebésznek telefonon jelentették az ügyeltesek az esetet és arról is beszámoltak, hogy subileusos tünetek is észlelhetők (több napja nem volt széklete a betegnek, hány). A vezető sebész lelkiismeretét ilyenkor már teljesen megnyugtatta az a sokáig átléphetetlen, rendkívül kényelmes dogma, hogy subileus és ileus esetében csak tehermentesítő műtétet szabad végezni. Tehát beöntést és hashajtást rendelt és ennek eredménytelensége esetén arra utasította az ügyeltes sebészt, hogy készítsen tehermentesítő műtétet (caecostomiát vagy sigma anus prae.-t) és ezzel mentse meg a beteg életét. A régi szemlélet tehát tudat alatt az inoperabilitást kereste, mert így nyomban leegyszerűsödtek a problémáik. Az elvégzett dekompresziós műtét az egyetlen elismert életmentő beavatkozás volt. Ezeket a betegeket a detoxikálódás után rendszerint otthonukba bocsátották a bennhagyott és az összetapogatással még jobban szétszórt daganatukkal és a hasfalukra kivarrt vendégnyílásukkal „felerősödés” céljából. A hazaküldött betegekről a körzeti orvos és a beteg környezete már csak annyit tudott, hogy vastagbélrák miatt történt a műtét és látván a beteg és a környezetének szörnyű szenvedését, elborzadtak a vastagbélrák műtétjé-
től. Nagyon nehéz volt ebből a helyzetből az előrelépés és ezért nem szabad eleve elítélnünk a műtéttel kapcsolatos nihilizmust sem. Csak a pathophysiológiai ismeretek forradalmi bővülése, az antibiotikumok megjelenése, a modern gépi narkózisok elterjedése, néhány továbblépést nyújtó technikai újítás bevezetése és a sebész segíteni akarása hozott új szemléletet. A tapasztalatok le-
mérése azonban nem volt könnyű. A nem specia-*

lizálódott intézetekben a kis számok miatt nagyon nehezen gyűltek össze az eredmények és a gyakorlat hiánya miatt a defenzív sebészek részéről minden új, eredményesnek látszó lépés ellenállással találkozott.

Mi 1950 óta fordultunk az ún. „steril” zárt, gépi anastomosisok felé (4). 1954 óta végünk kiterjesztett hemicolectomiát (5, 7), 1957 óta készítettünk rutinszerűen seromuscularis fél-mandzsettát (10, 19) és propagáljuk a bevált end-to-end bél-egyesítést (11). 1959-ben ismertük fel, hogy *intraoperatív decompresszióval levezethető az ileusos tüneteket fenntartó bélpangás* (9) és ilyenkor is megteremthetők a primaer resectio feltételei (15). 1960 óta végünk kettős bélszondával transanalis „áthidalást” és adunk folyamatosan lokálisan Neomycint (9, 16, 17). 1968 óta használjuk rendszeresen a szovjet bélvarrógépeket (18, 20). Ezeket a gyakorlatunkban bevált műtéti továbblépéseket több nyelven ismertettük és műtéti eredményeinket időről időre közöltük (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20). Az Orvosi Hetilapban 1965-ben számoltunk be részletesen tapasztalatainkról (13). Az operált betegek száma napról napra nő (ma már több mint ezer vastagbél-végbél rákot távolítottunk el). Az onkológiai szűrővizsgálatok hozzásegítenek a korai diagnózishoz és így kézbe adják a javuló eredmények kulcsát. Az eredményeket közvetlenül észlelő körzeti orvosok szemlélete is megváltozott, a nihilizmust az önzetlen többletmunkát is vállaló lelkes onkológiai gondozómunka váltotta fel (pl. Pozsgai Jenő munkája, 21). Itt az ideje annak, hogy a teoriák tárgyalása és a régen tanult dogmák ismételtetése helyett a gyógyítás eredményei irányítsák működésünket. A továbblépésre a döntő bizonyítékot a rákgyógyulás kilátásával operált esetek adják. A szemléletváltozás igazolására ismertetni szeretném három operált betegünk rövid kórtörténetét, kiemelve a decursusból osztályunkon követett és a gyakorlatunkban bevált eljárásokat: a félreértések elkerülése céljából most is kiemelem, hogy szó sincs arról, hogy minden ileusos tünetekkel beszállított betegen primaer resectiót szabad ma készíteni. Több ízben gondosan körülhatároltuk a műtét indikációs határait (12, 13, 15, 16, 20), de a szemléletváltozáshoz az kell, hogy az adott esettel szembeállított sebész tudjon arról, hogy a legnyilvánvalóbb anus prae készítése nem az egyedüli és egyáltalában nem bizonyos, hogy a legeredményesebb megoldása a tumoros obstructióknak.

A példaképpen kiragadott első eset végbélrák: K. J., 61 éves férfit fél éves hasi panaszok, véres széklet és 12 kg-os fogyás miatt vettük fel. Rectoscopos vizsgálattal 13 cm-rel a záróizomzat felett „zölddiónyi” lument szűkítő, karfiolszerű, vérzékeny daganatot találtunk, melyből histológiai vizsgálatra vettünk ki. A kórszövetani lelet adenocarcinoma anaplasticum volt. Rövid (5 napos) előkészítés (Sulfaguanidin 4×2 tabl.) és 2 napos Neomycin (per os) 5%-os oldatból kanalanként) után intratrachealis narkózisban végeztük a műtétet. Az ökölnyi rectosigmoideálisan elhelyezkedő daganat szervesen összekapaszkodott egy caecum-közel vékonybélkaccsal is és így nagyon közel járt a könyvekben tanult inoperabilitáshoz. A daganatot az erek magas leköttése és a resectióra kijelölt bélszakasz gaze-csíkokkal történő haránt leszo-

ritásával különítjük el (no touch isolation) és kiterjedt mobilizálás után (a flexura liénalis lebontásával) szabadítjuk fel. Először a vékonybél tumoros segmen-tumát resecáltuk és készítettünk end-to-end „steril” anastomosisot Furniss szerint. Ezután bélvarrógéppel harántul elvarrtuk és resecáltuk a sigma-daganat fölötti kb. 16 cm-nyi és a rectum-daganat alatti 4 cm-nyi bélszakaszt. A bélvégek között transanalisan felvezetett szovjet bélvarrógéppel (cserélhető fejű Sz. P. T. M. 249 K. C.) a gátnál elhelyezkedő asszisztensünkkel synchron dolgozva készítettünk end-to-end gépi anastomosisot. A belősszeköttesen transanalisan kettős bélszondát vezettünk át és az irányító drain hüvelyszerű kihúzása után az orálisan 10 cm-rel az anastomosis fölé erő duodenalis szondával alulról hidal-tuk át a műtéti területet. A hasüregre — 250 mg Tetrán benthagyása után — külön hasfali nyíláson kivezetett és a műtét után szívásra vett Dixon-cső körül elsődlegesen zártuk. A műtét alatt 3×350 ml azonos csoportú vértadtunk cseppinfúzióban. A műtét után a beteget intenzív osztályunkra helyeztük át, ahol intracavalis katéteren napi 2000 ml folyadékot (phys. NaCl + Dextrose keverékét és 2×20 mg Mikrocylint és 2×250 mg Tetránt, egynolcad mg Strophantint és 5 mg Diaphyllint) kapott. Az első 24 órában 1300 ml volt a vizelet mennyisége és a beteg keringése kifogástalan maradt. A szérum állandókat naponta ellenőriztük és a kevés (30 ml) sanguinolens seromát leszívó Dixon-csövet 72 óra után húztuk ki. A beteg a második napon már felkelt és ettől kezdve per os kapott folyadékot. Az intracavalis katétert a műtét utáni 4. napon távolítottuk el. A transanalisan felvezetett duodenalis szondán át 6 óránként adtunk Neomycint (5 százalékos oldatból 10 ml-t), mely közvetlenül a műtét területére jutott. A transanalisan felvezetett áthidaló duodenalis szonda a 4. napon bekövetkezett széklettel együtt távozott el. A 6. postoperatív napon az intenzív osztályról visszahelyeztük a beteget eredeti kórtermébe. A műtét utáni 16. napon elsődlegesen gyógyult sebbel, onkológiai gondozási javaslattal távozott. Székletét kifogástalanul tartani tudta. Egy évig volt panaszmentes a beteg. 8 kg-ot erősödött a műtét után. 1975. február óta ismét székletzavarai jelentkeztek (szorulás, majd hasmenés váltotta egymást) és vért is megfigyelt a székletében. Hányása nem volt, de étvágytalanná vált és 2–3 kg-ot fogyott. Rectoscopos vizsgálattal 13 cm magasan, a megelőző műtét vonalában mogyorónyi ulcerált, vérzékeny recidív tumor-gyanús területet találtunk, melyből histológiai vizsgálat céljából vettünk ki. A szövettani vizsgálat adenocarcinomát igazolt. Gondos előkészítés után 1975. április 17-én újabb explorációt végeztünk és az anastomosis alatt elhelyezkedő almányi recidív daganatot az orális bélvég kivarrása után Hartmann szerint exstirpáltuk. Az anus közeli végbelet vakon zártuk és így a betegnek még ekkor is megmaradhatott az a reménye, hogy később anus prae-je megszüntethető lesz.

Ezzel az esettel azt akartam demonstrálni, hogy a vastagbélrák sebészetében nincs eleve reménytelen eset és a régen tanult elveink értelmében inoperabilis betegen is sokat lehet segíteni.

A második esettel az ileusos állapot intraoperatív rendezési lehetőségét szeretném demonstrálni: Ú. S., 65 éves férfit egy hete tartó mechanikus ileus tüneteivel szállították osztályunkra. Elmondotta, hogy kb. fél éve „akadozik” a széklete, többször volt székletelakadása, majd bűzös, nyákos, hasmenéses széklete, de vért nem vett észre a székletében. Kb. 10 kg-ot fogyott, gyengének érzi magát, étvágytalan. Egy hete nem volt széklete és 3 napja „mindent kihány”. Hasa puffadt, előemelkedő. Kóros restantiát tapintatni nem tudtunk a hasban. Az ismételt adott beöntés eredménytelen volt és az „üres” has átvilágítása nívképződéseket mutatott a belekben. A kontrasztbeöntéses vizsgálat a sigma-bélen teljes elakadást talált és tumor okozta ileust diagnosztizált. Gyors műtéti előkészít-

tés (gyomorleszívás, infúzió, Strophantin) után intratrachealis gépi narkózisban bal oldali laparotomiát végeztünk. A tumor okozta lezáródást a rectosigmoidalis határon elhelyezkedő „almányi” daganat okozta. A malignusnak diagnosztizált tumor a hasfalat is magához vonta, de a környezetétől tompán leválasztható és körüljárható volt. A daganattól orálsan elhelyezkedő belek „hurkszerűen” karvastagságyira felteleődtek pangó béltartalommal. A májban metastasis nem tapintottunk. A „pattanásig” felt vastagbelet a flexura lienalis lebontása után, nagyon gondos technikával nagy szakaszon (kb. 50 cm-es részen) mobilizáljuk, majd a tumor alatt 5—6 cm-rel géppel harántul végigvarrjuk és a kapocsor között elektromos késsel átvágjuk a végbelét és a felszabadított kitégült vastagbelet a műtéti területből kifordítva műtőasztásztensünknek adjuk át, aki mérővödör felett, közvetlenül a tumortól orálsan, a legnagyobb feszülés helyén nyitotta meg a belet és engedte ki a kb. 3—4 liternyi pangó béltartalmat. Nagy nyomással ürültek gázok és darabos béltartalommal kevert híg széklet. A dekomprimált bél nyomban összehúzódott és így resécálhatóvá vált. Ezután a colont a kifordítás határára resécáltuk és félig zárt módszerrel készítettünk Furniss-eszközzel gépi end-to-end anastomosist. A műtéti területet transzanalisan felvezetett kettős bélsondával, egyéni módszerünk szerint hidaltuk át. A beteget a műtét után subintensív szobába helyeztük és gyomrát két napon át duodenalis szondán keresztül szívásra vettük. Napi 2500 ml folyadékot (NaCl + Dextrose keverékét), Mikrocylint és Tetránt adtunk cseppinfúzióban és 6 óránként lokálisan Neomycint a transzanalisan felvezetett, a műtéti területet áthidaló szondán át. A beteg széklete a 3. napon spontán megindult. Szérumállandóit naponta ellenőriztük. Egyhetes lázas szak után a sebben suppuráció lépett fel, ezért gyógyulása elhúzódott, 37 ápolási nap után távozott. A kórszövettani lelet adenocarcinomát igazolt és a tumor-közeli nyirokmirigyekben dedifferenciált metastasisokat talált, ezért a műtétet nem soroltuk a curatív beavatkozások közé. A beteg három évvel van a műtét után, panaszmentes, dolgozik, székletét kifogástalanul tartja.

A demonstrálás céljából kiemelt 3. eset irodalmi érdeklődésre tarthat számot:

T. J.-né első ízben 1957-ben kereste fel osztályunkat hasi panaszai miatt. Ekkor 33 éves volt. Körzeti orvosa appendicitis gyanújával utalta be. Destruens appendicitist könnyen ki tudtuk zárni és a jobb alhasban tapintott „kisalmányi” kóros resistentiát periappendicularis infiltrátumnak gondoltuk, de a fvs.-szám és a sedimentatio normál értéket mutatott és az anamnézist visszakerdezzve sem tudtunk acut appendicitisre adatot kapni. A széklet Weber vizsgálata ismételtlen pozitív értéket hozott, ezért beöntéses rtg-vizsgálatot is kértünk. A kontrasztvizsgálat a caecumban exulceratiót és tumor-gyanús kiesést talált. Gondos műtéti előkészítés után jobb oldali laparotomiából végeztünk explorációt. A caecum falában zöld-diónyi tömörülést tapintottunk, amit inkább idegentest penetrációját kísérő infiltrátumnak véltünk, de mivel tumor lehetőségét sem tudtuk kizárni, jobb oldali hemicolectomiát végeztünk és Furniss-eszközzel készítettünk „steril” end-to-end ileocolicus anastomosist. A műtét utáni gyógyulás szövődménymentes volt. A kórszövettani lelet adenocarcinoma muciparumot diagnosztizált. A beteget fiatal kora és meglepő histológiai lelete miatt gyakran és nagyon gondosan ellenőriztük és fél évvel műtéte után second lookra gondolva, újból felvettük kórházi átvizsgálásra. Négy kilogrammot erősödött a műtét után és laboratóriumi leletei nem mutattak eltérést. A beöntéses rtg-vizsgálat a jobb colon hiányán kívül csak a jól ürülő ileo-transversalis anastomosist találta meg. Ezért újabb műtétet nem indikáltunk és a beteg munkakörébe visszavert. Onkológiai kontroll vizsgálaton gyakran megjelent és az 5 és 10 éves utánvizsgálat alkalmával is recidivamentesnek találták, ezért gyógyult eseteink között tartottuk számon. 1972-ben — 15 évvel cae-

cum-rák műtéte után — kereste fel újból osztályunkat. Elmondotta, hogy az elmúlt évben urológiai osztályon bal veséjét távolították el (kérésünkre közölték, hogy a nephrectomia oka „veserák” volt). Körzeti orvosa most a veseműtét helyén vélt abscessust tapintani, ezért utalta osztályunkra. Tályog valószínűségét ki tudtuk zárni és a bal hasfélben tapintott tömött, alig érzékeny, tojásnyi, kötött kóros resistentiát tumorgyanúsak tartottuk. A beöntéses rtg-vizsgálat most is elvezetett a diagnózishoz: „a colon transversum distalis részén a beadott kontraszt elakadt és 6—8 cm hosszú szűkületet és »diónyi« kiesett területet talált”. A laboratóriumi értékek ekkor is közel normál értékeket mutattak és a rectoscopos vizsgálat sem talált eltérést. A széklet Weber vizsgálata azonban ismételtlen pozitív volt és a rtg-vizsgálattal talált szűkület megfelelt az általunk tapintott kóros resistentiának. Újabb, második colon-tumort tételezve fel, gondos előkészítés (5 napig 4×2 tabl. Sulfaguanidin és 2 napig per os Neomycin) után végeztünk bal oldali pararectalis feltárásból explorációt. A daganatot a colon descendensen találtuk meg. A rtg-lokalizációs tévedést a 15 éve végzett hemicolectomia okozhatta. Máj-metastasis most sem tapintottunk, de a mesocolonban néhány tumorgyanús nyirokmirigyét találtunk. Ezeket is eltávolítottuk és histológiai vizsgálatra küldtük. Ez a második colon-daganat „férfiökölnyi” volt és a bél ürterét körkörös szűkítette. A flexura lienalis lebontása után bal oldali hemicolectomiát végeztünk és Furniss-eszközzel készítettünk „steril” end-to-end gépi belősszekötést. Az első műtét helyén nem tudtunk recidivára utaló elváltozást tapintani. Az anuson keresztül kettős gumi-draint vezetünk fel az anastomosis fölé és a vezető-drainból „kilógó” duodenalis cső fémgombját a bél falán át rögzítve húztuk ki a vezetősondát és helyeztük el a duodenalis szondát úgy, hogy kb. 10 cm-rel érjen orálsan a műtéti terület fölé. A kórszövettani lelet adenocarcinomát diagnosztizált. A műtéti preparátum közelében levő nyirokmirigyekből a histológus nem tudott metastasis kimutatni. A műtét utáni gyógyulás, rövid subfebrilis szak kivételével, most is eseménytelenül telt el. 1975. május 6-án mentők szállították osztályunkra a beteget. Sápadt, „kivérzett” benyomást keltett. Elmondotta, hogy az éjjel nagy mennyiségű vér ürült a székletével, de már megelőzően is panaszkodott orvosának bélvérzésről, ekkor aranyeres kúpokot kapott. A heveny vérvesztés pótlása után végeztük el a beöntéses rtg-vizsgálatot. A kontrasztfeltöltés rendkívül meg rövidült vastagbelet talált és a haránt vastagbél lehajlása kezdetén talált „mandulányi” tumornak diagnosztizált kirágott szélű kiesést. *Harmadik vastagbélrákra kellett gondolnunk, ezért a szérumállandók beállítását és cardiális előkészítést után, supraumbilicalis harántbehatalásból kerestük fel a kisebb, „diónyi” daganatot. Kiterjesztett mobilizálás után készítettünk a rendkívül rövid colon transversum és a rectum között „steril” gépi end-to-end anastomosist. A műtéti területet most is kettős szonda segítségével „hidaltuk” át. A májban és a hasi nyirokmirigyekben metastasis nem tudtunk tapintani, ezért ezt a harmadik colon-resectió beavatkozásunkat is curatív műteteink közé soroltuk. Némi meglepetést hozott a preparátum felvágása, mert a tapintott tumoron kívül attól orálsan találtunk még egy kisebb „mogorónyi” széles alapon ülő polypot is. Az elsőnek leírt elváltozás kórszövettani lelete carcinoma intramucosum volt, az általunk polypnak vélt elváltozást a histológus adenocarcinomának diagnosztizálta.*

A beteg gyógyulása most is zavartalan körülmények között, 33 nap alatt következett be. Sebe elsődlegesen gyógyult. Ez a 3. eset nemcsak a vastagbélrák sebési gyógyíthatóságát igazolja, hanem bizonyíték arra a szemléletváltozásra, mely arra irányul, hogy minden erőnkkel keresnünk kell a műtéti gyógyítás momentán lehetőségeit. Itt igazolható a legkönnyebben az a régi megállapításunk, hogy nincs elveszett, csak elveszített eset és

	No.		Curativ	Palliativ	Exit.	%
Vastagbélrák	459		368	90	17	3,7
Végbélrák	499		375	124	37	7,3
Műtétek megoszlása:						
		Polyp ect.		Resect.	Belső anast.	Több szak
458 vastagbélrákból		49		380	38	31
499 végbélrákból		92		Intra abd. elülső (Dixon) 140	Abd. sacr. (Miles) 155	Hartmann 112
Összesen	957	141	743	214	54	5,6%

a legváratlanabb recidiv műtéttel operált beteg előtt is van remény a gyógyulásra.

Minden válogatást nélkülöző operált eseteket 1953 és 1975 között táblázatban állítottuk össze (lásd táblázat). 1975. január 1-ig 957 vastagbél- és végbélrákot sikerült eltávolítanunk. 141 esetben a rák kezdeti stádiumban került hozzánk és így csonkító műtét nélkül recto-colonoscopiával vagy partialis „ék” resectióval volt eltávolítható. 743 esetben véltük curativ beavatkozásnak eljárásunkat és 214 esetben már a műtét alkalmával úgy ítéltük meg a rákdaganat kiterjedését, hogy műtétünket palliativ jellegű beavatkozásnak kellett tekinteni.

A műtétek össz-letalitása 5,6%. Részletezve: vastagbélrákot 458 esetben távolítottunk el, 17 betegünk halt meg a műtét kapcsán, letalitásunk 3,7 százalék. Végbélrákot 499-et távolítottunk el 20 év alatt, 37 betegünket veszítettük el a beavatkozások kapcsán, letalitásunk 7,3%.

A műtétek száma egyre nagyobb mértékben nő és ezzel parallel nő az operabilitási százalék, jelenleg kb. 96% az operabilitás és 72% a resecabilitás osztályunk anyagában. A műtéti mortalitás éveken át csökkenést mutatott, de az utolsó három évben emelkedett. Gilbertsennel ellentétben (3) mi a mortalitás emelkedését a 70 éven felüli betegek nagy számának, a resecabilitás kiterjesztésének és a palliativ jellegű daganateltávolító műtétek nagyfokú szaporodásának tulajdonítjuk. A palliativ jellegű resectiók számát még sincs szándékunkban csökkenteni, mert az 5 éves túlélés ellenőrzése kapcsán találtunk 3 olyan beteget, akik műtétkor ebbe a palliativ csoportba voltak csak sorolhatók, és — előttünk is váratlan módon — mégis az 5 éves túlélők közé kerültek.

Igyekeztünk ma oda irányulni, hogy a beteg életének pillanatnyi megmentésén kívül arra is gondoljunk, hogy rákbetegségének ma még egyetlen gyógyítási lehetőségét — a radikális sebészi eltávolítását — is próbáljuk meg minden esetben, a legtöbb valószínűséget nyújtó első beavatkozással megadni. A cél tehát mindig ebbe az irányba kell hogy vezessen, még akkor is, ha még ma sem biztosíthatók minden intézetben a primaer radikális műtét személyi és eszközös feltételei.

Negyed évszázadnyi vastagbél- és végbélrák

műtéti tapasztalatai alapján arra a konklúzióra jutottunk, hogy nagyon gondos mérlegelés után, a pathophysiológiai alapok és a sebészet modern eljárásai egyre nagyobb lehetőséget adnak a primaer daganateltávolító műtétek körének a kiszélesítésére — a rákbeteg gyógyítására. A továbblépés lehetősége abban van, hogy a fiatal sebészgeneráció előtt — a sebészeti ismeretek megszerzése után — szabaddá kell tenni az utat minél több vastagbél- és végbélrák műtétjének elvégzésére. A jól felszerelt gastroenterológiai decentrumok felállításától, a műtéttel meggyógyított rák betegek számának a regisztrálásától és az eredmények széles körben történő tudatosításától remélhető, hogy ez a ma is nagyon nehéz kérdés hazánkban is szemléletváltást kapjon és így kimozduljon a holtpontról.

Összefoglalás. Hosszú vastagbélsebészeti gyakorlatok alapján rámutat arra a szemléletváltásra, ami a vastagbél- és végbélrákok kezelésében az elmúlt két évtizedben végbement. A szakmai lemaradás okát abban látja, hogy ma is kevesen foglalkoznak onkológiai sebészettel és a vastagbélsebészet specializálódása elmaradt. Gastroenterológiai decentrumok felállításától és a vastagbél- és végbél rákos anyag lehetőség szerinti koncentrálásától vár továbblépést. Három demonstrálás céljából kiválasztott casuistikával mutat rá a modern vastagbél- és végbélráksebészet egyre bővülő lehetőségeire és az osztályán bevezetett bevált technikai újításokra.

IRODALOM: 1. Allgöwer, M.: Langenbeck's Arch. 1973, 334, 87. — 2. Eero Juusela: Ann. Chir. Gynaec. Fenn. 1972, 61, Suppl. 181. — 3. Gilbertsen: Cancer. 1971, 27, 143. — 4. Lázár D.: Honvéderos. 1950, 7, 1. — 5. Lázár D.: Der Chirurg. 1951, 22, 457. — 6. Lázár D.: Der Chirurg. 1957, 27, 31. — 7. Lázár D.: Acta med. Acad. Scient. Hung. 1957, 11, 45. — 8. Lázár D.: Orv. Hetil. 1958, 99, 604. — 9. Lázár D.: Der Chirurg. 1970, 41, 519. — 10. Lázár D.: Orv. Hetil. 1963, 104, 1009. — 11. Lázár D.: Magy. Seb. 1964, 17, 75. — 12. Lázár D.: Acta Chir. Acad. Scient. Hung. 1965, 6, 385. — 13. Lázár D.: Orv. Hetil. 1965, 106, 150. — 14. Lázár D.: Orvosképzés. 1967, 42, 223. — 15. Lázár D.: Subileusos és ileusos tünetekben végzett vastagbél-resectio. Nagykanizsa Városi Tanács Kórházának Évkönyve. 1969, 2, 51. — 16. Lázár D.: Orv. Hetil. 1970, 111, 1694. — 17. Lázár D.: Magy. Seb. 1970, 23, 289. — 18. Lázár D.: Orv. Hetil. 1972, 113, 2833. — 19. Lázár D.: Zbl. f. Chir. 1973, 98, 220. — 20. Lázár D.: Acta Chir. Scient. Hung. 1974, 15, 59. — 21. Pozsgai J.: Med. Univ. 1974, 7, 3.

Kongresszusok forgatagában

Széll Kálmán dr.

Az Orvosi Hetilapban 1974-ben közzétett kongresszusok, társasági ülések és egyéb tudományos rendezvények száma csaknem 500-at tett ki. Ezek közül majdnem 50 tovább tartott 1 napnál. Mint-hogy számos rendezvény meghívója nem is szerepelt a Hetilapban, feltételezhető, hogy a valóságban ennél sokkal több rendezvényünk volt. Egy német pulmonológus kolléga nemrég kiszámította, hogy ha minden rendezvényre — amire név szerinti meghívót kapott — elment volna, úgy szabadságát is leszámítva csak évi 5 hetet dolgozott volna. Nyugaton akad olyan professzor, aki valóságban csak fél évet dolgozik, az év másik felét utazással tölti ki. Önként felmerül a kérdés, hogy vajon van-e szükség ennyi tudományos rendezvényre? Van-e az előadóknak ennyi hasznos és közérdeklődésre számotartó mondanivalója? Attól tartok, hogy mindkét kérdésre nemmel kell válaszolnunk.

A KSH adatai szerint hazánkban 1973-ban 1145 orvos végzett kutató munkát az orvostudományban. Lehet, hogy tévedek — mert nehéz megítélni —, de úgy vélem, hogy ezzel az imponálóan magas számmal nincsenek arányban eredményeink. Attól tartok, hogy a „műkedvelő tudósok” vagy „hobby kutatók” nem képesek megfelelő határfokkal dolgozni. S ezt, úgy érzem, becslétesebb kimondani, mint a mennyiségi eredményekkel magunkat áltatni. A jó határfok eléréséhez elmélyültebb munka, tervszerű összehangolás és nem utolsósorban anyagi befektetés (beruházás, ráfordítás) szükséges. *Nem lehet folyton aratni, vetni is kell!* Elsősorban műszerezettségünket kellene erőteljesen javítani, mert anélkül a kutatás — de a betegellátás is — eleve korszerűtlenségre van ítélve.

Természetesen nem akarom elmarasztalni vagy lebecsülni a gyógyító orvos által végezhető s főként a klinikai megfigyelésekre épülő tudományos munka értékét, mert ezek hatalmas rejtett tartalékot jelentenek. Mezőgazdasági példával élve, a nagyüzemi forma döntő és meghatározó jellege nem tette feleslegessé a háztáji gazdaságokat, amelyek számos egyéni energia hasznosítása révén nemcsak előnyösen egészítik ki a nagyüzemet, de országos szinten összegezve ma is jelentős termelési tömeget képviselnek. Az izolált spontán, nemegyszer ötlet-

szerű kutatások azonban — véleményem szerint — legfeljebb kísérői, kiegészítői, de nem helyettesítői a szervezett, összehangolt, számos esetben főfoglalkozásszerűen folytatott tudományos munkának. Mindez azért érdemel említést, mert a tudományos munka értéke többek közt a rendezvények színvonalából is lemérhető.

A tudományos rendezvények (továbbiakban kongresszusok) tekintetében világszerte bizonyos elfajulási folyamatnak vagyunk a tanúi. Ez érinti a rendezvények számát, méretét, stílusát, amelyek — tisztelet a kivételnek — a mennyiségi növekedés, drágulás, nagystíluság, öncélúság és ineffektivitás irányába tolnak el. Úgy gondolom, ideje lenne legalább „kerítésen belül” ezeket a kinövéseket lenyesegetni, hogy a ház elejét szó ne érhesse.

De nézzük csak sorjában. Általában mondhatjuk, hogy *laza a kongresszusi morál*. Ez kezdődik az előadásra való jelentkezéssel. Először is az előadók gyakran nem tartják be a jelentkezési határidőt, ezért a rendezők azt tudatosan nem is követelik meg. A rutinos előadók jól ismerik már ezt a bekalkulált türelmi időt, ezért nem is sietnek túlságosan. A kongresszusig terjedő idő sok esetben kevés ahhoz, hogy az előadó — még ha egyéb munkáit azonnal félretenné is — komoly munkát végezhesen. Így elsősorban azokra lehet számítani, akik már foglalkoznak a témával s van is valami a tarsolyukban. Ez még nem lenne baj, de a szereplés lehetősége — különböző indítékokkal — ellenállhatatlanul ösztönző. Ebből születnek az ötlet- és alkalmyszerű, improvizált, vagy „összege-reblyélt” előadások, amelyek rendszerint utólagos feldolgozásokra épülnek. Tegyük fel, hogy a főtéma a postoperatív légzési szövődmények kérdése. Ennek hallatán számos munkahelyen felteszik a kérdést: „Nézzük meg visszamenőleg az anyagukat, mi sül ki belőle?”. És még mielőtt bármi is kiszülhetett volna, az előadás máris be van jelentve, a bejelentett előadást pedig meg kell tartani. A feldolgozást rendszerint a legfiatalabb orvos végzi el. Ennek során gyakran kiderül, hogy a kórlapok és leletek csak korlátozott mértékben hasznosíthatók. De azért megszületik az alapjában semmitmondó előadás. *Egy olyan előadás, amely időt és energiát vont el a hasznos munka elől*. Mennyivel értékesebb lenne az *előre megtervezett kutatásra épülő munka eredményeinek ismertetése*. S ha valahol, úgy éppen a szocialista egészségügyben az is megvalósítható lenne, hogy több intézet előre megtervezett kutatási programját összehangolja, hogy majd az eredményekről közösen számoljon be.

Az előadások bejelentésekor sokszor az „illik szerepelni”, az egyén, vagy munkahely látszólagos presztízse is szerepet játszik. Bár ezek adott esetben tiszteletre méltó ösztönzők lehetnek, de helytelen értelmezésük révén születhetnek meg az erőltetett előadások, amelyek a munkahelyen éppen folyamatban levő kutatást a címhez adaptálják. Lényeg, hogy a címben valami kapcsolat lássék a főtémához. De így keletkeznek az „izzadtság-szagú”, csak a szereplésért elmondott, ún. „alibi előadások” is, amelyek révén az előadó részt vehet

a kongresszuson, s uram bocsá' (mert ilyen is van!), eggyel több előadást tud felmutatni, ami adott esetben súlyt jelenthet egy beosztás elnyeréséhez. Mert újabban a pályázók a közlemények mellett azt is fel szokták sorolni, hogy hány előadást tartottak. Talán ez is oka annak, hogy egyre több társszerző szerepel az egyes előadásokban. Vannak előadók, akik egy előadást (némi címváltoztatással vagy anélkül) 2—6 helyen is elmondanak, ami természetesen nem mindig indokolatlan, de visszaélésre is bőven ad alkalmat. Az elmondott visszasságok jelentős része jó lehet az egyénnek, sőt talán a munkahelynek is, de sok esetben nem több mint az egyéni vagy csoportérdek felemelése a közösségi érdek fölé.

Az előadók jelentős hányada nem küldi be idejében a gyakran előre kért összefoglalókat. De ha be is küldi, azokban gyakran nem sok köszönet van. Miután a legtöbb előadó még nem tudja pontosan, hogy mit is fog elmondani, az összefoglalók jelentős része csupán általánosságokra szorítkozik. A kész előadás kéziratát sokan késve küldik be — nem csoda, hiszen néha utolsó pillanatban készülnek el —, az elvileg nyomdakész előadásokat az előadás után nem hajlandók leadni, de sokszor évek múltán sem lehet azokat megszerezni.

Nem meglepő ezekután, ha a meghívók olykor csak a kongresszus kezdetén készülnek el, ami lehet hogy postaköltséget takarít meg a rendezőknek, mégsem tekinthető szerencsés megoldásnak.

Nem ritka, hogy az előadók nem kapnak választ arra, hogy előadásukat elfogadták-e vagy sem. A jelentkezők néha csak a nyomtatott meghívóból értesülnek, hogy szerepelnek. Olyan is előfordult, hogy valaki egy levélben 2 előadást jelentett be, de az egyik előadás tévedésből „elveszett”, így be sem került a programba. Általában úgy tűnik, hogy a mai profirendezők és hozzájuk csatlakozó vendéglátó és idegénforgalmi intézmények tévedései nem kevesebbek, mint régen, amikor a rendezvényeket lelkes társadalmi munkával szervezték.

Néha az is gyanítható, hogy a hivatásos rendezők nem a tudományos, hanem a társadalmi rendezvényekre helyezik a fő súlyt.

A meghívókkal és értesítőkkal kapcsolatban versengés folyik a rendező szervek között. Megjelennek a meghívón a gémeskutak és csikósok, a szövegben pedig gyakran elfelejtünk magyarul. A résztvevőket „regisztrálják”, a szállodai elhelyezést az „arrangement árák” tartalmazzák, a rendezvény után pedig a „post-Congress túrá”-ra hívják a résztvevőket.

A rendező szervezeteknek legtöbbször nincs módjuk arra, hogy az előadásokat értékük szerint szelektálják, ezért a cím (?) vagy az összefoglaló alapján kényszerülnek a válogatásra. Sok esetben senkit sem akarnak megsérteni, máskor esetleg anyagi megfontolásból egyetlen potenciális résztvevőt sem akarnak kizárni, s így mindenkinek szót juttatnak, természetesen az előadási idő rovására. Félreértés ne essék. Magam sem vagyok híve annak, hogy az előadó a téma Ádám és Éva óta eltelt előzményeivel, szerzői nevek felsorolásával s főként mások munkájának ismertetésével terhelje a

hallgatóságot. Azt valloim, hogy az előadó mondanivalóját saját munkájára és általában a lényegre korlátozza. Vannak azonban olyan témák, melyeket 5—8 perc alatt képtelenség elmondani. Hogyan segít magán ilyenkor az előadó? Vagy elhagyja az előadást (s tolmács legyen a talpán, aki azt lefordítja), vagy az előadással párhuzamosan épp hogy csak felvillantja a diaposzítívet, de a hallgatóság azokból semmit sem képes megjegyezni. A nemegyszer zsúfolt, komplikált vagy túldekorált ábrák legfeljebb az előadó tudományos felkészültségének füstjét reprezentálják, de gyakorlati hasznuk erősen vitatható.

A kongresszusok kis ördögei rendszerint a vetítőgépekbe vagy emberekbe bújnak bele. Szinte nincs rá példa, hogy a vetítés zavartalan legyen.

Gyakori az is, hogy a tolmácsok a hallgatókkal azonos teremben egymást és az előadót igyekeznek túlkiabálni.

Az előadási idő udvariatlan be nem tartása — hála a szigorú elnököknek — szerencsére egyre ritkább, de néhol még baj van az időfegyelemmel is.

Az előadásoknak is van iratlan törvénye. Köztudott, hogy az felépítésében és hangnemében más, mint a közlemény. Lényegre törőbb, jobban dokumentált, az ábrák a szöveget vizuálisan is alátámasztják, a mondanivaló és az ábrák nem tartalmazhatnak felesleges adatot, nem léphet fel a teljesség igényével stb. A szigorú tudományosságot nem sérti néhány szellemes fordulat, vagy hasonlat. Mindez lazaságra is csábít. A diavetítő árnyékában sok mindent büntetlenül el lehet mondani. A szó elrepül s az „eretnek tanok” hirdetőit pedig nehezen lehet megfogni. De éppen, mert a szó végleg elrepül, az igazán értékes mondanivalót végül is megíscsak le kell közölni. Így a komoly érték vonatkozásában bizonyos párhuzamosság mutatkozik. De vajon minek kell végighallgatni sok balasztot, ha végül is a lényegét úgyis leközlük?

A kazettás magnók, úgy látszik, áttörtek a szó múlandóságát, de ez sem jelent igazán kivezető utat. Az egyik skandináv kongresszuson a megkérdezett résztvevők fele bevallotta, hogy a felvett anyagot sohasem hallgatják vissza, csak biztonság kedvéért veszik fel az előadásokat.

A — néha elkerülhetetlen — párhuzamos szekciók sajnos kizárják a hallgatókat a kongresszus egy jelentős részéről. Ha pl. 3 szekció van, akkor a résztvevő gyakorlatilag csak egyharmad kongresszuson vehet részt. Zavaró lehet az is, hogy hasonló témájú szekciók párhuzamosan futnak (pl. postop. légúti szövödmények és tartós gépi lélegeztetés). Ezáltal legalizáljuk a pendlizést, ami viszont folytonos udvariatlan jövés-menés eredményez. Olykor az egyes szekciók látogatottsága olyan szánalmasan kicsi, hogy szinte csak az előadók hallgatják meg egymást, de néha még azok is elmennek saját előadásuk után.

Itt kell megjegyezni, hogy olykor úgy tűnik, hogy a tudományos rendezvényeken a lényeg nem a hallgatáson, hanem a szereplésen van. E tekintetben az elnökök sem kivételek. A rendezőség legnagyobb gondja néha, hogy vajon melyik elnökjelölt sértődik meg, ha történetesen kihagyják.

A rendezvények sokaságába belefáradt „nyájas hallgató” viszont, úgy látszik, már immunizálódott és nem jön el. Néha ez a rendező szervek hibája, de legtöbbször az érdektelenség következménye. Egyik nagy szakmai társaság tudományos ülésén pl. alig tett ki 30-at az a néhány lelkes érdeklődő, aki a tudományos gyűlést végighallgatta. Még híres embereket sem kímél meg ez a korbetegség. Astrup professzor egyedülálló budapesti előadását csak kicsiny hallgatóság élvezte végig. Egy hozzánk Moszkvából Szombathelyre jövő professzor előadásán alig voltak hűszen, s nemrég egy 250 km távolságot utazó ismert budapesti professzor — orvosoknak és biológiai tanároknak tartott — kitűnő előadására csupán 3 orvos és néhány középiskolás diák jött el. Egyetlen biológia tanár sem jelent meg. Mi ez? Teljes közöny vagy abszolút telítettség? *Ha közöny, úgy félok, hogy az az előadások devalválódásának jele, ami csak a minőség emelésével védhető ki. Ha telítettség, akkor meg kellene fontolnunk, hogy a kereslet-kínálat törvénye szerint talán kevesebbet kellene a jövőben kínálnunk.* Az az érzésem, hogy mindkét tényező szerepet játszik.

A sok előadás és szekció háttérbe szorítja a vitát, pedig elvileg csaknem annyi idő kellene a vitához, mint amennyi az előadásokhoz. Éppen a vita teszi elevenné és sokoldalúvá a kongresszusokat. Ennyiben többek és élőbbek ezek a közlemények halmazánál. Sajnos kicsit leszoktunk a vitáról és nem is tudunk vitakozni. Legfeljebb hozzászólunk, de a válasz után már nem tartjuk illőnek tovább disputálni. Az előadó és a hallgatók zöme az elvi vitát sajnos személyes ellentétnek veszi, pedig elvi nézetkülönbség jó barátok közt éppúgy lehetséges, mint ahogy ellenségek között is lehet nézetazonosság. Sokan attól félnek, hogy a vita által ellenségeket szereznek, ami nálunk nem is mindig alaptalan feltevés. Az udvariatlan, lehangoló, kioktató stílusú vita persze lehet bántó. Aki vitába száll, annak presztízvesztés nélkül vállalnia kell, hogy esetleg éppen neki nincs igaza, s ezért nem lehet túlérzékeny. Hogy kinek van egyébként igaza, az nem is mindig derül ki a helyszínen. Az elnöknek sem kötelessége, hogy a vitát minden áron a helyszínen lezárja. A discussio nemegyszer a folyosón is folytatódik s nem egyet csak az élet zár le. Egy biztos; beosztás vagy tudományos fokozat nem döntheti el azt.

A vitának (szándékosan nem írtam „hozzászólás”-t) is vannak fonák figurái. Egyes hozzászólók előadást ugyan nem jelentenek be, de gondosan felkészülnek, és hozzászólás címén a „hátsó bejáraton” saját kutatásaikat „lopják be” a köztudatba. Mint ahogy a jó apa zsebében a gyerekek fényképe, nála is ott lapul egy kézirat és egy tucatnyi diaposzítív, s nemegyszer a megengedett előadási időnél is hosszabbra sikerül a hozzászólás címén elmondott illegális kiselőadás. Ezek a kongresszusok „törvényen kívüli lovagjai”, akik a vita örve alatt formabontó módon, övön aluli ütással agyoncsapják magát a vitát. Nevezhetném őket a kongresszus hiénáinak is, akik alig várják az otthagytott témát, hogy bölcsességüket fitogtatva kedvük szerint lakmározhassanak a koncon.

A kongresszusi részvételi díjak sokszor igen magasak és úgy látszik, névértékük folyton növekedik. Jó volna, ha a MOTESZ a részvételi díjába nem építene bele „kapcsolt” társadalmi rendezvényeket, mert az számos fiatalnak igen nagy anyagi erőpróbát jelent. Miért kényszerítsük a tudomány-szomjas, de esetleg botfűlű érdeklődőt arra, hogy tudomány címén operába menjen, különösen ha a befizetés időpontjában még azt sem sejtji, hogy mit fog megnézni? De ne fizetessük meg a résztvevőkkel egy olyan fogadás költségeit sem, melyre esetleg el sem megy. Anélkül oda menne, ahová akar, s azt enne, amit rendel, míg a fogadáson az emberi kontaktusok felvétele helyett sok résztvevő esetleg megbotránkozik, hogy neves kollégák milyen ügybuzgalmat szentelnek a táplálkozásnak. Amíg a tisztán tudományos belépti díjat nem választjuk külön ezektől az osztályon felüli juttatásoktól, addig nem lehet elvárni az intézetektől, hogy ezeket a luxusszámba menő kiadásokat finanszírozzák.

E tekintetben külföldön még rosszabb a helyzet. Egy német kolléga nemrég mesélte, hogy egy kongresszuson egy luxusszálló swimming poolja mellett tartottak fogadást. Számos résztvevő úgy berúgott, hogy a női résztvevőket az úszómedencébe dobálták. Azt hiszem, alig fér kétség ahhoz, hogy ennek semmi köze sincs a tudományhoz.

A hagyományos kongresszus továbbképzési értéke sajnos csekély. Az 1971-es bécsi anaesthesiológus továbbképző konferencián egy amerikai előadó saját előadása után tesztet íratott a hallgatókkal annak megállapítására, hogy mennyit jegyeztek meg. Az eredmény lesújtó volt.

Igazán prominens résztvevők kötetlen kerekasztal-megbeszélései és vitái méltán népszerűek, de éppen az időfegyelem megsértése miatt nehéz azokat jól moderálni. Sokszor azonban előre kiosztott szerepek előadászerű felolvasása csúfolja meg ezt az életrevaló formát.

Hasznos, ha a kongresszus határozatokat, ill. ajánlásokat hoz, amelyeket a szaklapok is közzétesznek. Ezek — ha nem is dogmaként — iránytűi lehetnek a cselekvésnek és a kritikus kutatásnak. Sajnos kevés ilyenrel találkozunk.

Sokan azt tartják, hogy a kongresszus elsősorban arra jó, hogy a személyes kapcsolatok kiépítését elősegítse, általa külföldi barátokat szerezünk, ill. hogy kongresszus ürügyén világot lássunk. Úgy gondolom, hogy ha ezek egy jó kongresszus melléktermékei, akkor hasznosak, de elsődleges célként nem tudom őket akceptálni, hisz ugyanezek a célok olcsóbban és kevésbé körülményesen is megvalósíthatók.

Sajnálatos viszont, hogy az élvonalbeli nagy nemzetközi kongresszusokról sokszor elmaradnak a magyar résztvevők. Még nagyobb baj, hogy a kongresszusi kiadványok méregdrágán kaphatók meg. A kyotói 5. anaesthesiológiai világkongresszus egy részének anyaga megjelent az Excerpta Medica gondozásában. A szakkönyvek (sőt számos műszer esetén is) alkalmazott valutaátszámítási kulcs erkölcsstelenül magas volta miatt a 492 oldalas munka idehaza 2430 Ft-ba került. Ez a magas ár negatív ösztönzője a tudománynak és tanulni vá-

gyásnak. De talán még ez a csillagászati összeg is megéri, ha arra gondolunk, hogy mennyi benzint, útiköltséget, napidíjat és munkaidő-kiesést pazarolunk el, sokszor kétes értékű rendezvényekre.

Ezekután felvetődik a kérdés, hogy milyen következtetéseket vonjunk le az elmondottakból. Ne rendezünk talán kongresszusokat? Szó sincs róla! Az általam *leírt anomáliákat semmiképpen sem szeretném általánosítani.* (Akinek nem inge, ne vegye magára.) A kongresszusoknak mindig megvolt a maguk szerepe. Az orvostörténelemben számos korszakalkotó dolgot tudományos fórumon adtak elő vagy mutattak be. Érthető és dicsérendő a társaságok és kórházak aktivitása is, bár a rendezvények száma nem tekinthető sikeres működésük egyetlen és nem is legfontosabb paraméterének. Bizonyos fokban a nemzetközi szokások elől sem térhetünk ki. Tudom, hogy ezek nem könnyű kérdések. Mégis azt hiszem, hogy inkább rendezünk kevesebbet, de jobbat. Mennyiség helyett minőségre törekedjünk. Körültekintő módon tűzzük ki a főtémákat, mégpedig olyanokat, amikről nekünk is van mondanivalónk. (Évek múltán is a magyarok humorérzékét dicsérte az a tengerentúli kolléga, aki egy 10 évvel ezelőtt tartott hazai nemzetközi symposionon olyan főtémát hallott exponálni, amiből egyetlenegy szakemberünk sem volt.) Néhány nivós nemzetközi rendezvény mellett legyenek válogatott számban, szerényebb külsőségű hazai rendezvények. Ez nem zárja ki az egészségügyi intézmények saját falain belül tartandó előadások lehetőségét, amelyen az előadók megtanulhatnak előadni és vitatkozni egyaránt. Tartsuk meg azt, ami egészséges, de állítsuk meg az elfajulás folyamatát s nyessük le a káros kinövéseit. Tegyük helyére a kongresszusok iratlan törvényeit és illemszabályait mind az előadás, mind a vita és a hallgatás során. Az előadásokat meggondolt kritikával jelentsük be. Elsősorban a munkahelyeknek kell növelni az igényesség mércéjét. A határidőket reális időben kérjük és teljesítsük. *Jelentesen rangot és elismerést, ha valaki az előadói emelvényre léphet.* Szaporodjanak az olyan elutasítások, mint pl. „Előadását nem tudtuk elfogadni, mert a bejelentés vagy összefoglalás későn érkezett”, vagy: „mert az összefoglaló csupán általánosságra szorítkozott”, vagy: „mert az előadás közérdeklődésre nem tart számot” stb. Égig emelkedő kongresszusi részvételi díjak helyett elviselhető, nyereség nélküli kalkuláción belül mozog-

junk. A külsőségeiben szerényebb kongresszus tudományosan nyújtsaon valamit a hallgatóknak, hogy az a betegellátásban is kamatozzék. Ellenkező esetben csupán növeli az államköltséges szabadságok számát, mely a betegellátásból vonja el a gyógyító orvost s ezáltal több kárral mint haszonnal jár.

Ezen túlmenően az egyéni vagy kiscsoportos kutatást a jövőben az eddiginél nagyobb kritikával és több erőbevetéssel kellene folytatni. Ahogy Marx mondja: „A tudományhoz nem visz széles országút. Csak azok remélhetik, hogy napsütötte ormait elérik, akik nem riadnak vissza attól, hogy meredek ösvényeinek megmászása fáradságos”. Sajnos néhány előadás vagy közlemény a kényelmes, széles úton, öncéllal, a kutatási, ill. közlési morál mellőzése árán születik. Nem ritka a hamis vagy kozmetikázott adatok közlése, a kórlefolyás megszépítése, közre nem működő előadótársak vagy társszerzők feltüntetése. Nyilvánvaló, hogy az egyéni érvényesülés által kierőszakolt felszínes eredmények valójában értéktelenek s az ezekbe fektetett energia tulajdonképpen a betegellátás kárára termi kétes gyümölcsseit. Sajnos még az elmullyult, komoly kutatás is bizonyos fokban óhatatlanul elvonja a kutatót a betegről, mégpedig úgy időben mint a szűkebb területre visszavonuló érdeklődés kihatásai miatt. E tény azonban azért nem hangsúlyoznám túlságosan, mert féltő, hogy ez az argumentum a kutatásra képes, de arra rest orvosok olcsó menlevelévé válna. Pedig a kutatás nemcsak áldozattal, hanem olvasással, tanulással, és a felfedezés izgalmaival, vagyis sok haszonnal és örömmel is jár. A gyógyítás szempontjából az az orvos tekinthető ideálisnak, aki folyamatosan és sokoldalúan képzi magát, s a tanultakat a betegágy mellett kritikusan alkalmazza. (Sajnos ezt nagyon nehéz objektíven lemérni!) Ha ezen kívül (és nem ehelyett!) még értékes tudományos munkát is képes végezni és előadásokat is tud tartani, azért csak dicséret és elismerés illeti meg. De ne utóbbiak legyenek működésének egyetlen, még csak nem is legfontosabb parameterei.

Hiszem, hogy az elmondottak nemcsak orvosetikai problémákat tárnak fel, de felvetik az idő, pénz és szellemi kapacitás takarékoságának szükségességét éppúgy, mint a kongresszusi munka termelékenységének és hatékonyságának kérdését is.

Budapest Főv. János Területi Vezető Kórház
(főigazgató főorvos: Takó József dr.),
I. Tüdőbelgyógyászati Osztály
(főorvos: Sassy-Dobray Gábor dr.)
és IV. Tüdőbelgyógyászati Osztály
(főorvos: Nyíredy Géza dr.)

Gondolatok a tüdőgyógyászat fejlődéséről

Sassy-Dobray Gábor dr. és Nyíredy Géza dr.

A tüdőgyógyászati ténykedést az élet átalakította, mindig több nem tbc-s beteget utaltak be a tüdőosztályokra, ennek következtében megtanultuk a nem gümős tüdőbetegségek speciális diagnosztikáját és gyógykezelésük módját. A tüdőgyógyászati módszerek és eszközök ismeretében és a tüdőgyógyászati szemlélet birtokában ez az önkéntes átképzés különböző fokon bár, de aránylag könnyen ment.

Az így kialakult helyzetet szentesítette a 9/1969-es Eü. M. rendelet, mely az idült tüdőbetegségeket fokozatosan a tüdőgyógyászat hatáskörébe utalta, a tbc visszaszorítása mértékétől függően. Fentiek szemléltetésére bemutatjuk, hogy a tbc, tu. és aspecifikus tüdőbetegségek megoszlása a tüdőosztályokon és mellkasebészeti osztályokon 1960-ban és 1974-ben az alábbiak szerint alakult (2):

	Tbc ⁰ / ₀	Tumor ⁰ / ₀	Aspec. tüdőb. ⁰ / ₀
1960	84 ⁰ / ₀	4 ⁰ / ₀	12 ⁰ / ₀
1974	30 ⁰ / ₀	12 ⁰ / ₀	58 ⁰ / ₀

A tüdőgyógyászat mint új disciplina kialakulása világjelenség, mely vagy a régi tbc-hálózatra épül, mint sok nyugati országban, vagy új hálózatot hoznak létre az aspecifikus pulmonalis betegek ellátására, mint a Szovjetunióban. Az USA-ban egyre inkább az általános orvosok kezébe csúszik át mind a specificus, mind az aspecificus tüdőbetegségek kezelése. Az intézeti kivizsgálást és kezelést a belgyógyászati osztályok és a még meglévő tüdőgyógyintézetek látják el. A helyzet államonként is változó és nem teljesen kiforrott. A Chest szerkesztőségi közleményében Stead (5) felteszi a kérdést, hogy ki kezelje a tbc-s betegeket a szanatóriumi rendszer felszámolása után? Arra

a megállapításra jut, hogy a tbc-s betegeket tüdőosztályokon kell koncentrálni, mert csak így biztosítható, hogy sok esetet látó, gyakorlott tüdőgyógyászok szakszerűen kezeljék őket.

Mint látható, még a tbc szempontjából egyik legkedvezőbb helyzetű országban is szükség van tüdőosztályokra és tüdőgyógyászokra. Az érem másik oldala az aspecificus tüdőbetegségek kérdése, mégpedig abból a szempontból, hogy ki kezelje őket?

A kialakult gyakorlat felmérése és tisztázása érdekében az USA egyik vezető mellkasi — tehát tüdő és szív — kérdésekkel foglalkozó folyóirata, a Chest, kérdőíveket küldött az amerikai és kanadai tüdőgyógyászok társasága 6131 tagjának, valamint a Chest azon 921 előfizetőjének, akik nem voltak tagjai a társaságnak. A kérdések a következők voltak:

1. Rendszeresen kezel-e a cardiologus bronchitisben, emphysemában, asthmában vagy pneumoniában szenvedő betegeket?
2. Mi jellemzi a belgyógyász, tüdőgyógyász vagy mellkasebész praxisát?

A válaszokból kiderült, hogy 1. a tüdőspecialisták rendszeresen kezelnek cardiovascularis betegeket. 2. Hasonlóképpen, a cardiologusok többsége felelősséget érez a pulmonalis betegek iránt. 3. Belgyógyászok, akik érdeklődése mint subspecialitásra, cardiológiai és pulmonológiai betegségekre irányult, mindkét csoport betegeit kezelték. 4. A válaszoló mellkasebészek kevés kivétellel egyaránt operáltak pulmonalis és cardiológiai betegeket.

Ily módon a válaszok rámutattak egy multidisciplinaris szakma, illetve cardiorespiratoricus klinikus létezésére, mind a belgyógyászok, mind a „tisztán” cardiologusok és tüdőgyógyászok között.

Soffer (4), a Chest főszerkesztője, egyik szerkesztőségi közleményében ezt úgy határozta meg, hogy a *chest physician*, tehát a tágabb értelemben vett tüdőgyógyász, olyan klinikus, aki jól tájékozott a respiratio, circulatio és társrendszerek disciplínáiban. A tüdő és szív egy biológiai rendszer komponensei, egyik hibás működése gyakran káros a másik teljesítményére. Megállapítja Soffer, hogy az orvosi hibák, amelyek következtében a szív és tüdő működése károsodik, napjaink egyik legnagyobb megoldatlan epidemiológiai problémáját jelentik. Véleménye szerint, amelyet úgy gondolom, elfogadhatunk — ennek legfőbb ellenszere a *multidisciplinaris, tehát cardiorespiratoricus irányú képzés és továbbképzés*.

Hazai vonatkozásban az egészségügy integrációjára való törekvés közepette is leszögezte egészségügyi miniszterünk: „Nem tagadva a túlszakosodás súlyos veszélyeit, mégis azt kell mondani, hogy a szakosodástól nem kell visszariadni, hanem a tervszerűség és szükségszerűség szabta határokon belül szervezeten, összpontosítottan és tudatosan elő kell segíteni” (Schultheisz, 3). A pulmonológia fejlődésében kétirányú mozgás figyelhető meg, ami kívánatos is: egyrészt specializálódás, másrészt két subdisciplina, a szorosabb értelemben vett tüdőgyógyászat és a cardiologia — különösen egyes területeinek — integrációja.

Ezért hazai vonatkozásban a tüdőgyógyászati képzés elsősorban cardiológiai, illetőleg cardiopulmonalis vonatkozásban erősítendő meg.

Az általános orvos, gyermekgyógyász, belgyógyász, fül-orr-gégész képzés vonatkozásában fontos feladatok hárulnak ránk abból a szempontból, hogy az *acute* tüdőbetegségek epidemiológiája nem választható külön az idült légzőszervi betegségek járványtanától, mint azt a szocialista államok eu. minisztereinek 1971. évi konferenciájáról *Hutás és Mosolygó* (1) beszámolója is leszögezi. Az acute légzőszervi betegségek kezelésében ma még ritkán érvényesül a *chronicussá* válás megelőzésére irányuló, céltudatos, radikális szemlélet.

Ugyancsak fenti beszámoló hangsúlyozza, hogy: „Ahogy csökken a gümőkór jelentősége, a tüdőgyógyászati hálózatot be kell vonni a chr. aspecificus légzőszervi betegségek problémájának megoldásába, ezzel biztosíthatjuk a magas színvonalú tömeges felkutatást, therapiás és rehabilitációs központok létrehozását. A hálózat feladatává kell tenni a chr. aspecificus légzési betegségben szenvedők gyógyító-megelőző ellátását. Elengedhetetlen az intenzív tudományos kutatás ezen a területen, éppen ezért helyesnek tartanánk, hogy a szocialista országok országos intézeteinek kutatási terveit összehangolják és bekapcsolják a bronchitissal kapcsolatos élettani, immunológiai, genetikai, enzimológiai, biológiai, járványtani kutatásokat”.

„A tudományos kutatómunkában a következő alapvető feladatokat jelöli ki a tanácskozás:

1. A chr. aspecificus légzőszervi betegségek etiológiájának és pathogenezisének tanulmányozása, különös tekintettel azokra a mechanizmusokra, amelyekben az acute folyamatok chr. formába mennek át.
2. Immunológiai kutatások, ugyancsak ennek a folyamatnak a tisztázására.
3. A heveny és idült tüdőgyulladás klasszifikációja és a légzéscsökkentés korai funkcionális diagnosztikája.
4. A nem specificus légzőszervi betegségek járványtana és azok összefüggése a vírusos légzőszervi megbetegedésekkel és a levegőszennyezettséggel.
5. A meglévő eszközök és módszerek tökéletesítése, új eljárások kidolgozása a diagnosztikában, kezelésben és rehabilitációban.

Külön feladatnak jelöli meg a konferencia azoknak a tényezőknek a tanulmányozását, amelyek a gyermekkori hörghurutok és tüdőgyulladások későbbi recidívait és végül is idült légzőszervi betegségeket eredményeznek.

Feladatokat jelölt ki a konferencia a szaporító tüdőrák és a chr. porártalom, valamint a pneumoconiosisok problémáinak kutatása és megoldása érdekében.

Óriásiak a feladatok, de óriási a *perspektíva* is a chr. tüdőbetegségek megelőzésével és időben történő, végleges gyógyulást ígérő kezelésével.

Ezen, méreteiben igen nagy, lefolyásában igen súlyos betegcsoport elleni eredményes küzdelem lehetőségének feltétele azonban, hogy ne adjuk el jövőnket egy tál lencséért, a tüdőgyógyászati hálózatot és ágyakat néhány elfekvő osztály létesítése érdekében. Annál inkább, mert sok, még curabilis, valóban pulmonalis beteg is átadható lenne a belgyógyászati osztályokról.

Egy céltudatosan keresztülvitt preventív és curatív pulmonológiai program révén nemcsak nagyot lépni előre a chr. aspecificus légzőszervi betegségek ellátásában és megelőzésében, de sok belgyógyászati ágy is felszabadulna. Ennek feltétele azonban a pulmonológia mint disciplina és mint szervezet kiteljesedése.

Összefoglalás. Szerzők röviden utalnak hazánkban a tuberculosis elleni küzdelem hálózatának pulmonológiai hálózattá való átalakulására, majd az így kialakult állapot szentesítésére. Bemutatják a különböző betegcsoportok arányának változását.

A külföldi irodalom és a szocialista országok egészségügyi miniszterei értekezletének állásfoglalása alapján rámutatnak a cardiorespiratoricus disciplina kialakulásának szükségességére és a hazai tüdőgyógyászati hálózat nagy jelentőségére az idült légúti betegségek és a tüdőrák elleni küzdelem vonatkozásában.

IRODALOM: 1. *Hutás I., Mosolygó D.*: Orv. Hetil. 1972, 113, 155. — 2. *Németh T. és mtsai*: Az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet 1975. A/49. sz. methodikai levele. — 3. *Schultheisz E.*: Orv. Hetil. 1975, 116, 723. — 4. *Soffer, A.*: Chest. 1972, 62, 495. — 5. *Stead, W.*: Chest. 1971, 60, 309.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

Heves megyei Tanács Kórháza, Eger,
Baleseti Sebészeti Osztály (főorvos: Kovalkovits István dr.)

Kétoldali vállficam csuklósérüléssel

Krasznai István dr. és Kovalkovits István dr.

Különböző erőbehatásra ritkán fordul elő symmetricus ízületi károsodás; a kétoldali ficamok rendszerint vele születettek.

A vállizület traumás luxatiója az összes ficam mintegy felét teszi ki (1, 5, 7, 9, 12, 14). Ez a gyakoriság a vállizület anatómiai felépítéséből, nevezetesen a laza tokszalagból, a sekély vápából, valamint a relative nagy fejből adódik. Az ízületi tok annyira túlméretezett, hogy önmagában nem képes a humerus-fejet az ízületi árokban megtartani, ehhez hozzásegíti a légnyomás, valamint az izületet körülvevő köpenyizmok működése. Experimentális adatok szerint még 600 kg-os húzóerő sem képes önmagában tokszalagszakadást előidézni, viszont 60 kg-os rotációs erő — abducált felkar esetén — már ficamot eredményez (7). Mind az erőbehatás, mind a ficam létrejöttének mechanizmusa alapján a kétoldali traumás vállizületi luxatio raritásnak számít (3).

A külföldi irodalomban Pilsz (11) 57 esetet gyűjtött össze 1847 és 1922 között. Néhány magyar szerző (3, 7, 8) korábbi adatain kívül az utóbbi években Pestessy (10) foglalkozott ezen ritkának tekinthető kórképpel. Vannak közlemények, melyek kétoldali töréssel szövődött vállficamokról számolnak be (9, 13).

A bilaterális vállizületi luxatio elsősorban nyújtott karokra történő előre- vagy hátraeséskor, epilepsiás vagy tetanusos görcsrohamokban, esetleg relaxatio nélkül végrehajtott elektroshock kezeléskor jöhet létre (6). De előfordulhat polytraumatisatio részeként is, valamint nagyobb magasságból történő lezuhanáskor. Főleg középkorú és idősebb sérülteken írták le. Leggyakrabban a ficam praeglenoidalis formájával találkozottak.

A beteg megtekintésekor és fizikális vizsgálatkor már kórismézhető a sérülés. Polytraumás sérültek esetében különös figyelmet kell fordítani a symmetrikus ízületi károsodások lehetőségére. A pontos diagnosis érdekében több irányú röntgenfelvételt kell készíteni a vállizületről.

A diagnosis felállítása után minél előbb reponálni kell a ficamot.

Külön szeretnénk szólni a traumatológusok által jól ismert, azonban a körzeti gyakorlatban alig alkalmazott repositiós módszerről: az Arlt-féle eljárásról. Ennek igen nagy jelentőségét az adja meg, hogy a módszerhez érzéstelenítés nem szükséges és friss esetekben a vidéki körzeti rendelőkben a vállficamok nagy százaléka reponálható lesz, ha megfelelő módon alkalmazzák (2). A sérültet egy kipárnázott — vagy külön ezen célra készített, emelhető — támlájú székre ültetjük úgy, hogy a ficamodott oldalon a hónaljárok a támla szélére kerüljön. Az orvos egyik kezével a sérült oldali alkart derékszögbe hajlítja és a csuklónál megtartja. Másik kezével a könyök alatt erős hosszanti húzást gyakorol a végtagra, miközben óvatos rotációs mozgásokat végez a vállizületben. Néhány másodperc vagy perc alatt — állandó egyenletes húzás mellett — repositio hallhatóan is bekövetkezik (1. ábra).

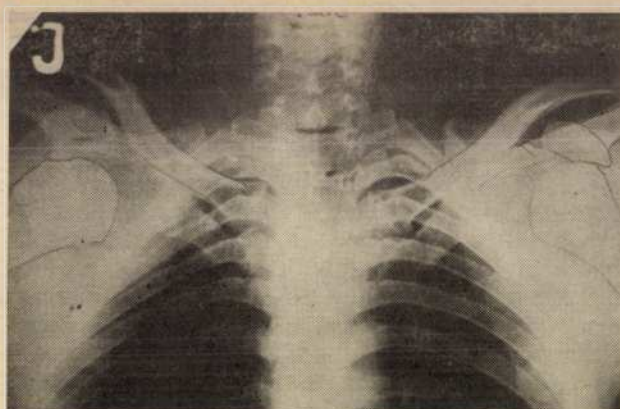


1. ábra.

Böhler (4) 500 esetből több mint 400-at ezen módszerrel reponált. Osztályunkon hosszú évek óta ezen eljárással kezdjük a repositiós kísérletet, mely az esetek döntő százalékában — még több napos ficamok esetén is — eredménnyel járt. Messzemenően javasoljuk alkalmazását a vidéki körzeti rendelőkben. Kétoldali vállficamban is alkalmazható. Amennyiben a körzetben történik a helyretétel, utána Desault-kötést kell felhelyezni és haladéktalanul szakintézetbe kell a sérültet utalni, mivel elengedhetetlen a postrepositiós helyzet röntgenkontrollja, valamint az esetleges kísérő törések kimutatása! Az irodalom 1—3 hetes rögzítést tart szükségesnek a beteg életkorától függetlenül, majd szigorú utókezelés következik.

Esetismertetés

B. I., 61 éves férfit 1971. április 14-én szállítják osztályunkra. Az anamnesis szerint munkahelyén kb. 10 m magasságból aknába zuhant, azóta mindkét válla fáj, mozgatni nem tudja, a jobb csuklója dagadt. A



2. ábra.



3. ábra.

sérült elmondja, hogy 1953-ban csuklója már egyszer eltört, 6 hónapig gipszben kezelték, majd műtétet akartak végezni nem gyógyuló csonttörése miatt, amibe nem egyezett bele.

A beteg keringése rendezett. Mindkét oldalon a vállízületi vápák üresek, a felkarok enyhe abductió kényszertartásban, rugalmasan rögzítettek, mozgásai beszűkültek, fájdalmasak. A jobb csukló erősen duzzadt, a volaris oldal konkavítása megszűnt, az ujjak középhajlított állásban vannak, s a csuklóízület mozgása erősen beszűkül. Keringési, beidegzési zavar a végtagokon nincs. Az elvégzett rtg-felvételeken mindkét oldalon *praeglenoidalis vállficamot*, a jobb csuklón az *os scapuloideum* állízülete mellett *dorsalis perilunaris ficamot* találunk (2., 3. és 4. ábra).

Ez utóbbi sérülés különösen ritka, mivel egy nem kezelt, sajkacsont-állízülettel rendelkező csuklón jött létre a luxatio perilunaris carpi.



4. ábra.

Artl módszere szerint reponáltuk a vállficamokat, majd tartós húzással — *Böhler* leírása alapján — sikerült megszüntetni a perilunaris ficamot is.

Mindkét oldalra 1 hétre *Desault*-kötést, csuklójára gipszrögzítést helyeztünk fel. A 2. héten erőteljes vállízületi tornát kezdtünk, a gipszkötést 6 hétig fennhagytuk. Mi is megajánlottuk a sérültnek az *os scapuloideum* állízület műtéti kezelését, azonban a sérült ebbe nem egyezett bele. Egy év után kontrolláltuk a beteget, aki eredeti munkakörében dolgozik, a vállízületek funkciója teljes mértékben visszatért, csuklója fájdalmas, de fizikai munkáját elvégzi.

Összefoglalás. A szerzők rövid áttekintést nyújtanak a kétoldali vállficamok irodalmáról. Felhívják a figyelmet azon esetekre, ahol gondolni kell a fenti sérülés lehetőségére. Az ellátás friss esetekben nem jelenthet nehézséget és messzemenően ajánlják a vállficamok repositiójához az *Artl-féle* módszert. Esetük érdekességéhez tartozik a duplex vállficamhoz társult *os scapuloideum* állízület mellett kialakult perilunaris ficam.

IRODALOM: 1. *Anglada, B.*: Arch. internat. Chir. 1908, 2, 587. — 2. *Artl, B.*: Chirurg. 1908, 2, 587. — 3. *Balácsi S. és mtsai*: Magy. Traum. 1972, 3, 210. — 4. *Böhler L.*: A csonttörések kezelése. Medicina, Budapest, 1963. II. 637. — 5. *Gueterbock, P.*: Berliner klin. Wschr. 1885, 22, 345. — 6. *Kovalkovits I., Vályi S.*: Orv. Hetil. 1962, 12, 562. — 7. *Mutschenbacher T.*: Orvostudium. 1922, 12, 19. — 8. *Nagy Z., Volnai Gy.*: Magy. Traum. 1959, 2, 57. — 9. *Pear, B. L.*: New Eng. J. Med. 1970, 16, 283. — 10. *Pestessy J.*: Magy. Traum. 1969, 12, 62.; Magy. Traum. 1972, 3, 210. — 11. *Pilz, W.*: Arch. klin. Chir. 1924, 123, 400. — 12. *Shaw, J.*: Bone Jt. Surg. 1971, 53, 1437. — 13. *Zenker, W.*: Berliner klin. Wschr. 1885, 22, 612. — 14. *Zesas, L.*: Wiener. med. Wschr. 1886, 38, 1242.

Megemlékezés Bencze József dr.-ról (Egy elkésett nekrológ)

Az ember nem akkor hal meg igazán, amikor eltemetik, hanem amikor elfelejtik. Jóllehet egy életmű még sokáig eleven erőként hat és az alkotó szellem még jóval a halál után is érvényesül, a mában dolgozó kortárs, még inkább pedig a hálátlan utókor gyakran észre sem veszi, hogy már a feledés pora lepi azt az egyént, akinek munkája gyümölcsét élvezik, vagy éppen folytatják. Éppen ezért úgy érzem, *Bencze József dr.* emlékének is tartozunk, aki nem volt ugyan hírneves professzor avagy feltaláló, még csak főorvos sem, mégis maradandót alkotott.

Bencze József a Vas megyei Uraiújfaluban született 1893-ban. Apja cipőfelsőrészkesztő. Az első világháború szinte az iskolapadból szőlítja a katonasághoz, ahol hegyivadászként szolgált és hét kitüntetést kapott. Közben nyomorúságos körülmények között végezte egyetemi tanulmányait is. Budapesten szerzett orvosi diplomája elnyerése után 1920 óta szülőfalujában volt körorvos, ahol alkalma volt megismerni és felmérni a falusi nép és zsellérek elmaradott egészségügyi viszonyait és népi orvoslását. Az itt szerzett tapasztalatok mély benyomást gyakoroltak rá s meghatározói lettek későbbi pályafutásának. A munkásmozgalomba 1920-ban kapcsolódott be, majd 1945 óta tagja a pártnak és szakszervezetnek. Hamar felismerte, hogy abban a táborban van a helye, ahol népünket egy igazságosabb társadalom megvalósítása felé vezetik. Szeretett Vas megyéjében aktívan tevékenykedett a szocialista egészségügy megteremtéséért. Eközben nap mint nap tanúbizonyságot tett arról, hogy az egyszerű néphez tartozónak vallja magát. 1945 után csaknem haláláig városi orvos, ill. körzeti orvosként tevékenykedett. A szakszervezetben hamarosan vezető szerepet töltött be, s ő lett Vas megye megyebizottságának elnöke. Ebben a minőségben szervezte azokat a tudományos előadásokat, amelyekbe szinte az egész ország tudományos tekintélyét bekapcsolta s amely nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a szombathelyi kórház orvosi karának érdeklődése a gyógyító tevékenységen túl már akkor a rendszeres továbbképzés és a tudományos munka felé fordult.

Magas kulturájú humanista orvos volt. Nem volt nagyravágyó, haláláig mindenkinek csak *Bencze Józsi* bácsi maradt. Szenvedélyesen szerette az orvostörténelmet és fáradhatatlan kedvvel gyűjtötte az orvostörténeti emlékeket.

Élvezetes társalgó és előadó volt, aki az egyszerű néptől örökölt mesélő kedvvel, ízes magyar nyelven adta elő mondanivalóját. Ő volt az, aki „egyszerű körorvosként” elsőnek szerezte meg a kandidátusi fokozatot Vas megyében. Disszertációjának tárgyát is a majorok és tanyák népi orvoslásából merítette. Az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet Orvostörténeti Szakcsoportjának első főtitkára (1958), majd a Magyar Orvostörténeti Társaság első elnöke (1966) volt. E munkaköreiben, valamint az Orvostörténeti Múzeum főmunkatársaként igen termékeny szervező, kutató és irodalmi tevékenységet fejtett ki. Gyógyító, továbbá tudományos szervező, orvostörténeti és társadalmi munkásságának elismeréseként a Szocialista kultúráért kitüntetést, majd érdemes és kiváló orvosi elismerést kapott.

Töretlen munkakedvét és humanitását nem ingatta meg, hogy közben életét egyéni tragédiák sora tépázta meg. Kétszer megsebesült, egyetlen nagyfiát elvesztette. Megjárta a haláltáborokat és felesége Auswitzban halt meg. Második feleségét is eltemette s a halála előtti évtizedben már egyedül élt. Hosszas betegség után 1970. október 23-án költözött el az élők sorából.

*Bencze József*nek egyik, talán legkiemelkedőbb tevékenysége a Vas megyei Markusovszky-kultusz felelőssége és táplálása volt. Az ő kezdeményezésére és számos szerv megértő segítségével hozták rendbe a vasegerszegi Markusovszky síremléket. Radnóti Kovács Árpád festőművész a kórház számára megfestette Markusovszky olajportróját, leplezték Majtényi Károly szobrászművész által alkotott Markusovszky-szobrot, amely előbb a kórház rózsakertjében talált méltó helyet, ma pedig a Markusovszky út sarkán van elhelyezve. A szombathelyi megyei kórházát 1955. január 1. óta Markusovszkyról nevezték el, s azóta írják ki évenként Vas megyében a Markusovszky-pályázatokat, amelyekre évről évre több pályamű érkezik, s amely jelentős szerepet tölt be a megye orvosi karának tudományos életében. *Bencze József* kezdeményezése volt ezek mellett az is, hogy a Markusovszky-kúria falára emléktáblát helyeztek el. Markusovszky halálának évfordulójához közelebb egyik tavaszi hét végén rendezik meg 1955 óta Szombathelyen a Markusovszky-ünnepséget, amelynek keretén belül hazánk egyik kimagasló tudósa, illetve orvosgyógyásza Markusovszky-emlékelőadást tart, s ez alkalommal nyújtják át a Markusovszky-emlékplakettet. Ugyanekkor Vas megye egészségügyi intézményei megkoszorúzzák Markusovszky Lajos síremlékét is. Mindezt abban a szellemben, amelyet *Bencze József* keltett életre, aki fáradhatatlan lelkesedéssel írt, beszélt és tevékenykedett azért, hogy a magyar orvostörténelem egyik legkiemelkedőbb alakjának, a haladó szellemű Markusovszky Lajosnak szűkebb pátriájában méltó emléket állítson s életművéből éppen az a megye merítsen legtöbbet, ahol Markusovszky második hazát és örökös nyugvóhelyet talált. Mi pedig valahányszor a Markusovszky-kultuszt ápoljuk, egyúttal *Bencze József*ről sem feledkezhetünk meg.

Széll Kálmán dr.



ELENIUM[®] dragée 20X5 mg

(Chlordiazepoxid)

Kis tranquillans — izomrelaxans

JAVALLATOK: Félelmi, feszültségi állapotok kezelésére neurovegetatív zavarokban. Idegesség, ingerlékenység, hangulati labilitás, lámpaláz. Neurogen eredetű gastrointestinalis és cardiovascularis zavarok. Izomspasmusok. Szorongási állapotok műtét előtt, a szülészetben is; menstruációs és climaxos zavarok.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravis.

ADAGOLÁS:

Felnőtteknek napi 2-4×1-2 draszté

Gyermekeknek napi 1-2×1 draszté

Súlyos esetekben napi 4-6 draszté

MELLEKHATÁS: Bágyadtság, néha álomosság. Az alkoholfogyasztás kerülendő. Gépkocsivezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók egyéni tűrőképességének figyelembevételével az adag körültekintő meghatározásával alkalmazható. Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

1 fiola (20 db) 17,- Ft

KÓRHÁZAKNAK:

Drg. 500×5 mg

Inj. 5×100 mg

Információ: „POLFA” Tudományos Információs Iroda

1075 Budapest VII., Tanács körút 25. I. 3.

Telefon: 427-723

Exportálja:

Ciech

CIECH-Polfa Vegyipari Külkereskedelmi Vállalat

Gyógyszerészeti termékeket gyártó osztálya

00-950 Warszawa

Jasna 12, Pf. 271

Lengyelország



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI
DOKUMENTÁCIÓS
SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója
20. szám

Elképzelések és törekvések a közegészségügy és a gyógyszerügy államosítására a századfordulón

Magyarországon az Elnöki Tanács 1950. évi 25. sz. törvényerejű rendeletére egy negyedszázaddal ezelőtt, 1950. július 28-án került sor a közforgalmú gyógyszertárak általános államosítására. Ez az intézkedés — amint azt a Szabad Nép július 29-i közleménye is közölte — csaknem 1200, addig magántulajdonban állt közforgalmú gyógyszertárat érintett (pontosan 1102 gyógyszertárat). Az ország közforgalmú gyógyszertárainak száma akkor 1429 volt (1); az 1948-ban megalakított Állami Kezelésbe Vett Gyógyszertárak Nemzeti Vállalat (ÁKVGY N. V.) az ország egész területén mintegy 320 gyógyszertárat foglalt magában (2). Az államosítás időpontja előtt egy hónappal a népjóléti kormányzat intézkedésére az OTI rendelőintézetek házi-gyógyszertárai közegészségügyileg és szervezetenként egyaránt beolvadtak az ÁKVGY N. V. keretébe (3).

A 25 évvel ezelőtt lebonyolított gyógyszerforgalom, valamint a lakosság társadalombiztosításban részesülő részének alacsony voltát jól jellemzi az a számadat, amely szerint a magángyógyszertárak társadalombiztosítási számlái évi 100 millió forint körül mozogtak. Így egy gyógyszertárra — ha ezt átlagosan számítanánk — kb. havi 7500 Ft jutott volna. Ezzel kapcsolatban nem érdektelen összehasonlító adat, hogy egy fél évszázaddal korábban, a századfordulón évi 2 millió koronát fordítottak a betegsegélyező pénztárak a gyógyszer-számlák kiegyenlítésére (4), azaz egy gyógyszertárra átlagosan havi 150 korona jutott. A két számadat értékét összehasonlítva megállapítható, hogy az államosítást megelőző 50 év alatt a fejlődés hozzávetőlegesen hétszeres. Ismeretes, hogy azóta a gyógyszerforgalom — nem utolsósorban a biztosítottak számának megtöbbszöröződése következtében — a sokszorosára emelkedett.

Mielőtt a gyógyszertárak államosítása ténylegesen megvalósult volna, számos alkalommal tettek erre javaslatot a legkülönbözőbb oldalról. Az államosítást emberöltőkkel korábban, még a dualizmus idején elsősorban a munkásmozgalmat szervező, a szocialista átalakulást sürgető baloldali politikai körök követelték. Érdekes módon azonban több adat bizonyítja azt, hogy a gyógyszertár-tulajdonosok jelentős többségét kitevő kis falusi egyszintenciák is szimpatizáltak ezzel a gondolattal.

A szociáldemokrata párt programjának megfelelően a Népszava 1894. február 2-i számában (5) a következőket olvashatjuk: „Minden téren tapasztaljuk, hogy a társadalomnak az a rétege, mely saját munkája után tartja fenn magát, az ekzsisztencia biztosítása érdekében a közösséget, az államosítást keresi. Legújában az orvosok indítottak mozgalmat az egészségügy államosítása érdekében, ami annyit tesz, hogy az orvosi teendők és a gyógyszerügy szintén államilag szervezve legyenek. Ez is egy lépés a szocializmus felé, mely a közös termelést tűzte ki fő követeléséül. Az orvosok és a gyógyszerészek érdekképviselőket is követelnek a maguk számára a parlamentben, ami igen jó ujjmutatás a munkásmozgalm javára...”.

Az a tény, hogy a politikai szempontból ekkor legbaloldalibb pártnak ez volt az állásfoglalása, eléggé köztudott. Annál kevésbé ismert — és így bizonyos mértékig meglepő —, hogy olyan *polgári elemek* is a közegészségügy, ezen belül a gyógyszerügy államosítása mellett foglaltak állást, akik politikai felfogásban távol álltak a századforduló munkásmozgalmától. Az egészségügy államosítása érdekében elindult mozgalom az 1885. évi orvosi és közegészségügyi kongresszus után bontakozott ki; e kongresszus fő témája ugyanis az egészségügyi közigazgatás reformja volt. Ezt követően vizsgálatot tartottunk a témaként találkozunk e problémákkal a korabeli szaklapokban. Így pl. a Békés megyei Közegészségügyi Egyesület éves közgyűlésén dr. Zöldy János tiszti főorvos javasolta, hogy az Egyesület hívja fel a köztörvényhatósági bizottságot arra: kérvényezze az országgyűléstől az összes közegészségügyi intézmény államosítását (6). Kétség sem fér ahhoz, hogy ebben az időben a közegészségügy orvosi vonalának államosítása alatt elsősorban az államkincstár terhére történő fedezet biztosítását értették. A hitelbiztosítást elvileg ugyan előírta a törvényhatóságok számára az 1876. évi XIV. törvénycikk, a gyakorlatban azonban e haladó törekvéseket kifejező közegészségügyi törvény tényleges megvalósítása meglehetősen elmaradt volt. Ez összefügg azzal, hogy hazánkban hagyomány volt a területi önkormányzati szervek önállóságának, ezekre az egészségügyi közigazgatás a központi irányítás viszonylagos gyengesége mellett tekintélyes jogokat ruházott át. Mivel ennek gyökerei a régi időkbe nyúltak vissza és ezt az alkotmány erős pillérének tartották, megváltoztatása csak igen lassan és fokozatosan történhetett és teljes felszámolására soha nem került sor.

Adatunk van arra is, hogy az Országos Köz-

egészségügyi Tanács még 1893-ban részletes javaslatot készített a belügyminisztérium számára az egészségügyi közszolgálat államosítására (7). Ennek indítéka a nemesi vármegyék jogutódjaiként működő vidéki önkormányzatoknak a fejlődés ütemével lépést tartani nem tudó tehetetlensége volt (8). Felismerték azt, hogy a burzsoá állam egészségügyi téren viszonylag haladó célkitűzései is inkább érvényesülhettek a központi kormányzatban, mint a nemesi vármegyében. Felmerült a kórházak államosításának szükségessége, és Fodor József pl. szükségesnek tartotta az oltásügy államosítását is, szemben az ekkor létesült magánvállalkozásokkal (9).

Az állategészségügy államosítása

1899-ben országszerte megszorodtak a közegészségügy államosítását követelő javaslatok. Ennek legfőbb indítéka az volt, hogy nyilvánosságra került Darányi földművelésügyi miniszternek az állategészségügy államosítására vonatkozó terveze (10).

Rövidesen azt is hírül adták (11), hogy az állatorvosok milyen rang- és fizetési fokozatokat fognak elnyerni.

Mínt hogy a jogszabályok (12) a kinevezett állatorvosok számára a magánprakszist is megengedték, érthető módon jelentős volt azoknak az alacsony jövedelmű orvosoknak és gyógyszerészeknek a száma, akik egzisztenciájuk biztosítását látták volna az államosításban.

Elfeledkeztek azonban arról, hogy a századfordulón a mezőgazdaságnak, ezen belül az állattenyésztésnek rendkívül nagy szerepe volt a magyar nemzetgazdaság egyensúlyának fenntartásában, így a nemzeti jövedelem megtermelésében nagy szerepet játszó ágazat fontosabb volt a humán közegészségügynél. Erről Fodor József így írt: „Bezzeg, ha baromjárvány üt ki valahol az ország legtávolabb zugában, rögtön ott terem a kormánybiztos s a járvány csakhamar el van nyomva. De ha az ország reménye, az ifjú nemzedék pusztul százanként, ezrenként veszélyes járvány által, s ez egyre magasabb hullámokat vet, azzal alig törődik valaki” (13).

Javaslatok a gyógyszerészet államosítására

A gyógyszerterek államosításának gondolatával a tulajdonos gyógyszerészek egy része már csak azért sem állt élesen szemben, mert abban az időben az államosítás elképzelhetetlen volt a magánvagyon teljes értékű megváltása nélkül. „A mai rossz viszonyok között falusi kartársaink készséggel felcserélnék sanyarú és bizonytalan önállóságukat a méltányosan fizetett állami gyógyszerész címével” — írta az egyik szaklap kommentárja (14).

A közhangulatot befolyásoló és a dolog természeténél fogva laikus újságírók azonban az akkori körülmények között irreális elképzeléseket is felvetettek. Így pl. a Pécsi Napló 1900. október 4-én megjelent vezércikkének szerzője a közegészségügy államosításával kapcsolatban úgy vélte,

hogy a gyógyszerészet igazi reformja az volna, „ha az állam megváltaná az összes gyógyszerterület jogokat és állami gyógyszerterületeket létesítené, melyekben a gyógyszerek a termelési és kezelési árakon árultatnának és a mutatkozó haszon meghatározott humánus célokra volna fordítandó” (15).

A korabeli szaklapok arról is beszámoltak (16), hogy külföldön is foglalkoznak a gyógyszerészet megreformálásával, államosításával. Így ismertették azt az olasz tervezetet, amely a gyógyszerészi ügyeket — beleértve a gyártást, a raktározást és az utánpótlást is — az egészségügyi minisztériumhoz kívánja csatolni. E tervezet szerint minden 5000 lakossal bíró helység gyógyszerterületet kapna. A „gyógyszerész-hivatalnokok” vidéken a szabad lakáson kívül 2400 líra fizetést kapnának, míg a tartományi „inspektorok” ennek kétszeresét (17). A lap szerint, amennyiben ezt a tervezetet az olasz kormány magáévá tenné és államosítaná a gyógyszerészetet, annak „legjobban örvendének a szabadipar gyönyöreit élvező és emiatt Magyarországon is sokaktól irigyelt olasz kartársaink”.

Tulajdonviszonyok a gyógyszerészet területén

Ebben az időben Olaszországban — hasonlóan a legtöbb nyugat-európai országhoz — a gyógyszerterület létesítéséhez elegendő volt a szükséges képesítést nyújtó gyógyszerész diploma. Ugyanakkor az Osztrák—Magyar Monarchiában — hasonlóan pl. Németországhoz — a gyógyszerészi képesítés önmagában még nem jogosított önálló gyógyszerterület alapítására, hanem ehhez a belügyminisztérium engedélye is szükséges volt. Történelmi távlatból megítélve egyik rendszer sem felelt meg maradéktalanul a közegészségügyi követelményeknek. A szabadipar ugyanis nem korlátozta a gyógyszerterület számát, így azok egymás mellé települve éles gazdasági versenyt folytattak. Ez viszont könnyen a veszéllyel járt, hogy a kiszolgáltatott gyógyszerek minősége nem volt előírászerű. Breith János gyógyszerész leírásából értesülhetünk arról (18), hogy az éles konkurenciaharc a svájci gyógyszerészt arra is kényszerítheti, hogy a drágább hatóanyagot olcsóbbal pótolja. Csalódását ki is fejezi: „Nekem eladdig sokban imponált a kifejezés: »művelt nyugat«, mióta azonban látok az Alpokon túlról is terjedt, sokszor mosolygok felette...”.

A nálunk is érvényben levő ún. koncessziós rendszer hívei éppen ezzel érveltek, mert a megfelelő jövedelem biztosítását tartották a gyógyszerész etika egyik bázisának. Ebben sok igazság volt. Mégis a koncessziós rendszer súlyos hibája következtében rendkívül szélesre tárult a protekcionizmus, a gazdasági és politikai összefonódás, sőt a megvesztegetés lehetősége is, hiszen — éppen a monopólium miatt — egy-egy jó városi gyógyszerterületi jogosítvány jelentős anyagi értékkel bírt. A tulajdonosi érdekképviselőt érthető módon emiatt következetesen harcolt az új jogadományozások ellen. E téren olyan megvesztegetési botrányok is felszínre kerültek, hogy azokkal nemcsak a napi sajtó, hanem a parlament is foglalkozott (19).

Mindez érthetővé teszi, hogy az államosítás kérdésében is eltérő volt a gyógyszerészek álláspontja. Természetes, hogy nem a több alkalmazott gyógyszerészt foglalkoztató, jó jövedelmű városi és fővárosi, hanem a falvakban egyedül működő, nehéz megélhetést nyújtó kis és törpe gyógyszerésztárak tulajdonosai remélhették sorsuk jobbrafordulását az államosítástól. Ez utóbbiak voltak viszont túlnyomó többségben. A Magyarország c. lap 1900. június 14-i száma „A gyógyszerésztári ügy szabályozása” címmel a belügyminisztériumban akkor készülő (de soha el nem készült) törvénytervezetre való hivatkozással részletes kimutatást közölt hazánk gyógyszerésztárainak számáról, illetve településükről. Ezen adatok alapján (20) megállapítható, hogy az ország kb. 1500 közforgalmú gyógyszerésztárának kétharmada egy községben egyedül működött. Mindössze a gyógyszerésztárak egyhatoda koncentrálódott a fővárosra és további 32 városra, ahol négynél több gyógyszerésztár működött. Ebből Budapest egymaga 71 közforgalmú gyógyszerésztárral szerepel.

Jövedelmi viszonyok

Az említett táblázat hozzávetőleges jövedelmi összehasonlításra is módot nyújt. A működő gyógyszerésztáraknak a lakosság lélekszámával történő összevetése ugyanis rendkívül szélsőséges értékeket mutat. Amíg a fővárosban és egyes településeken tízezer lakosra jutott egy-egy gyógyszerésztár, addig számos kisebb községben vagy városban két-három ezer lakosnak kellett „eltartania” egy gyógyszerésztárat, miközben e számadatokat még az a körülmény is kedvezőtlenül befolyásolta, hogy a városokban koncentrálódott lakosság gyógyszerfogyasztása fajlagosan is nagyobb. Ennek nemcsak az az ismeretes jelenség az oka, hogy az urbanizáció bizonyos kulturális, egészségügyi stb. fejlődést is magával hoz, hanem az akkori korra jellemzően az is, hogy a városokba áramló munkásság betegségi biztosítása lényegesen előrehaladottabb volt, és ha nem is volt teljes, mégsem lehetett összehasonlíttani a falvak ilyen irányú ellátatlanságával. Ezen az állapoton a gazdasági munkás- és cselédpénztárakról szóló 1900. évi XVI. tc. próbált segíteni.

A falusi gyógyszerésztárak megélhetési viszonyaira jellemző az a szerkesztőhöz írt levél, amely a Gyógyszerészi Közlönyben (21) jelent meg: „Hány gyógyszerész van, a ki szerényebb igényű, és hány gyógytár van ma 2—2500 frt forgalommal, a melynek jövedelme alig 7—800 forint?”. Ez az összeg még akkor sem nagy, ha koronára való átszámítását kettővel szorozva figyelembe vesszük.

A budapesti gyógyszerészek jövedelmére vonatkozóan is sikerült adatot találni. A székesfőváros pénzügyi bizottságának 1900. november 24-én tartott tárgyalásán *Heltai Ferenc* bizottsági tag a hazai adóerkölcsöt ítélte el. Megállapítása szerint nálunk mindenki kevesebb jövedelmet vall be, mint amennyi jövedelme ténylegesen van. Példaként — többek között — a budapesti gyógyszerészeket is megemlítette, akik átlagosan évi 2700 forint jövedelmet vallottak be. A gyógyszerész szakajtó (22) kommentárjában természetesen megvédi

a gyógyszerészeket, de összehasonlító számai mindenképpen figyelemre méltóak. Az adatok szerint a mézárások 13000, a pékek 900, a hentesek 670, a tőzsdeügynökök 900, az építési vállalkozók 2000, az ügyvédek 790, az orvosok pedig 780 forint átlagos jövedelmet vallottak be.

Pontosabb adatokkal rendelkezünk az alkalmazott gyógyszerészek keresetéről. A korabeli gyógyszerészeti szaklapok minden száma jelentős mennyiségben közöl állást kínáló hirdetéseket, szinte kizárólag csak vidéken. Az okleveles gyógyszerészek számára felajánlott „segédi állomások” havi 80—100 korona fizetést és teljes ellátást vagy ellátás nélkül 150—180 koronát helyeztek kilátásba, az emelés későbbi lehetőségét megcsillogtatva. E béreket a jelentős munkaerőhiány tartotta magas színvonalon. Érdekes ellentmondás az, hogy a többi értelmiségi pályához viszonyítottan magas bérek ellenére a gyógyszerész pálya kezdett elnéptelenedni. Oka volt ennek a gyógyszerésztárak hosszú — napi 12—14 óras — és folytonos éjszakai szolgálata, a szociális ellátottság hiánya, emiatt a betegségtől, munkaképtelenségtől, öregkortól való félelem, továbbá nem utolsósorban a gyógyszerésztári szolgálat helyhez kötöttsége, a kedvezőtlen munkakörülmények. Más értelmiségi pályákkal való összehasonlítás e tekintetben feltétlenül a gyógyszerészek hátrányát bizonyította. A tisztviselők „megkapják 1—2 hónapi szabadságukat” s ennek utána üdülten fognak hozzá a napi 6—7 órai munkájukhoz. Még a gyógyszerész segédek is élveznek sok helyen 2—3 heti szabadságot, mindenütt van pihenőnapjuk vagy délutánjuk, csak a tulajdonosoknak jut ki a folytonos rabság — panaszkodik egy olvasó (23). A megoldás útját csak az államosítás, a gyógyszerésztári jogok amortizálása, a jelenről és a jövőről való állami gondoskodásban látja.

Így érthető, ha a pálya vonzása csökken, és ennek megfelelően kevesebben választották élethivatásukul. Az 1899-es év közegészségügyi viszonyairól a képviselőház elé terjesztett kormányjelentés adataiból megállapítható, hogy az elmúlt 9 év alatt az orvostanhallgatók száma 37%-kal, a gyógyszerész hallgatók száma 39%-kal csökkent (24).

A gyógyszerésztárak kedvezőtlen gazdasági helyzete összefüggött az orvosokéval. A szaklapok a századforduló idején erről ismételtelen hírt adtak. „A magyar orvosi kar betegsége” című közlemény (25) arról ír, hogy a fővárosban orvossztrájk készül. A budapesti orvosok nagyobbik fele „az intelligens nyomor áldozata, a munkátlanság proletárja”, pedig jólétük nem öncél, hanem a társadalom érdeke. A mintegy ezer fővárosi orvos közül legfeljebb 200 él anyagi jólétben, a többi nyomorog. Ezért van az, hogy annak ellenére is vállalják, sőt keresik a betegsegélyező pénztárak állásait, hogy ott lecsökkentették a honoráriumot, így a nappali látogatásért 40 krajcár helyett csak 18, az éjszakaiért 80 helyett 36 krajcár jár. E helyzet ismeretében érthető, hogy az orvosok nagy többsége számára kedvező lett volna az egészségügy államosítása. Annak ellenére, hogy ez nem történt meg, a századfordulón már azt is tudni vélték (26),

hogy a községi és körorvosi intézmény államosítását célzó törvényjavaslat milyen orvosi fizetéseket fog tartalmazni. Eszerint a létesítendő körorvosi állások alapfizetése évi 1200 korona lenne, amelyet egy nyugdíjba be nem számító működési pótlék egészítene ki. Ez utóbbi sem haladhatná meg az 1200 koronát.

Allamosítás a Tanácsköztársaság idején

A sokirányú javaslatok ellenére a magyar közegészségügy államosítása a világháborúig nem történt meg. A háborút követően a Tanácsköztársaság — fennállásának rövid ideje alatt is — határozott lépéseket tett a kérdés megoldására. A Forradalmi Kormányzótanács XLVII. számú, 1919. április 1-ről keltezett rendeletével, amely a hivatalos lap április 9-i számában jelent meg, köztulajdonba vette a gyógyszerárakat. A rendelkezés 1. §-a a következőket mondta ki: „Minden gyógyszervegyészeti üzem (gyár, iparvállalat), amely gyógyszerek előállításával, feldolgozásával foglalkozik, minden gyógyszeráru kereskedés, minden gyógyszertár, továbbá a kötőzszerek, orvosi műszerek, betegápolási cikkek gyártásával és elárulásával foglalkozó vállalatok köztulajdonnak nyilváníthatnak”. A rendelet végrehajtására a Munkaügyi és Népjelölti Népbiztoság kapott felhatalmazást. A végrehajtási utasítás az ún. kisüzeműnek vett gyógyszertárakat, tehát azokat, amelyekben a tulajdonos, a bérlő, a kezelő vagy a gondnok gyógyszerész segéd alkalmazása nélkül látta el a gyógyszerügyi szolgálatot, a köztulajdonba vétel alól egyelőre mentesítette (27).

Ezt a megkülönböztetést azért is tartottam szükségesnek kiemelni, hogy ezzel is bizonyítást nyerjen: milyen éles differenciálást alkalmazott a Tanácsköztársaság is az alkalmazott nélkül, egyedül dolgozó kistulajdonosok javára.

A Tanácsköztársaság bukása után még 3 évtized telt el az államosításig.

Kempler Kurt dr.

JEGYZETEK: 1. Magyar Gyógyszerészet, Medicina, 1968, 98. old. 2. Vezekényi András, az ÁKVGY N. V. akkori főkönyvelőjének adata. — 3. A Gyógyszerésztudományok Évkönyve, 1950, 299–300. old. — 4. Gyógyszerészi Közletem (Gy. K.) 1900, 700–702. old. — 5. Népszava, 1894, 5. sz. 5. old. — 6. Gyógyszerészi Hetilap (Gy. H.) 1899, 320–321. old. — 7. Gy. K. 1900, 331–333. old. — 8. *Hahn-Melly*: Fodor József élete és munkássága, 1965, 142. old. — 9. i. m. 144. old. — 10. Gy. H. 1899, 888. old. — 11. Gy. K. 1900, 106. old. — 12. Az állatorvosi közszolgálat államosítását az 1900. évi XVII. tc. iktatta törvénybe; végrehajtásáról a 95 000/1900 F. M. rendelet intézkedett. — 13. *Fodor József*: A diphtheritistről. A Hon, 1878, 76. sz. — 14. Gy. K. 1900, 393. old. — 15. Gy. K. 1900, 605–606. old. — 16. Gy. K. 1900, 810. old. — 17. A századforduló idején 100 olasz líra kb. 90 koronának felelt meg. — 18. Gy. K. 1900, 840. és 856. old. — 19. Gy. K. 1899, 709–710. old. — 20. Gy. K. 1900, 411–413. old. — 21. Gy. K. 1900, 574. old. — 22. Gy. K. 1900, 791. old. — 23. Gy. K. 1899, 514–515. old. — 24. Gy. K. 1900, 700–702. old. — 25. Gy. H. 1899, 564–565. old. — 26. Gy. K. 1900, 605–606. old. — 27. *Baradlai-Bársony*: A magyar gyógyszerészet története, 1930, II. köt. 488–490. old.

ifj. Purjesz Zsigmond, az első magyar nyelvű belgyógyászati tankönyv szerzője

A kortárs Purjesz Zsigmondokat generációs jelzőkkel szokás megkülönböztetni, noha a senior mindössze egy évvel volt idősebb. Hacsak a junior két évtizeddel hosszabb élete nem indokolja. A sokat ígérő nevek korán így rögzültek a köztudatban. Az idősebbik belgyógyász lett, *Korányi*-tanítvány és ókorral foglalkozó orvostörténész magántanár, az ifjabbik a *Wagner*-klinikáról került Kolozsvárra és harminc évnél tovább oktatta ott a belgyógyászatot.

A tizenegy gyermekes szegény szentesi szatócsboltos legkisebbik fia 1846-ban született, középiskoláit Kecskeméten járta. Amikor baromfikereskedők ekhós szekerén Pestre megérkezett, a hasonlóan szegény névrokon medikus-földijéhez költözött, akihez hasonlóan orvos szeretett volna lenni. A Duna-parti kis albérlet harmadik lakója *Lieb Mihály* festegető ex-asztalosinas volt, aki ez idő tájt vette fel a *Munkácsi* (később *Munkácsy*) nevet. Az ő útja hamar Bécsbe, majd Párizsba, a világhír felé kanyarodott, a Purjesz-fiúk közül a fiatalabb a gazdag *Herzog* családnál lett anyagi gondtól mentes nevelő. Az (egy évvel) idősb 1869/70-ben végzett, utána rögtön a *Korányi*-klinika kötelékébe került.

Az ifjabb 1870/71-ben *Högyes Endre* és *Klug Nándor* évfolyamtársaként nyert orvosdoktori, ill. sebész-szülész-mestri oklevelet. Kezdetben dehogyan akart ő klinikus lenni, ifjú hévvel hazament szülőföldjére a Csongrád megyei tanyavilágba. Sajnos, az igény kevés volt, annál több az elengedett komondor, ezért rövid vidéki orvoskodás után hosszabb időre meg sem állott Kolozsvárig. Ott előbb *Genersich* kórbonctanára, majd *Machik Béla* belgyógyászati kórodájába került. Célja azonban Pest volt, hamar sikerült is *Wagner* klinikájára bejutnia, *Lechner Károly* és *Ángyán Béla* gyakornokok társaságába.

Tollából 1874-ben jelent meg „A különös kór- és gyógytan kézikönyve”. E magyar nyelvű kompendium a medikusok és gyakorló orvosok alapvető igényét volt hivatva kielégíteni. A régi és az új súlymértékek használatának időhatárán a gyógyszer dózist egyrészt unciában (pl. a dest. víz), granumban (pl. a pulv. r. Ipecac.) és drachmában (pl. a sach. lactis), másrészt ugyanezeket grammokban is megadta. Az 1874-beli könyvben még nem meglepő, ha a tüdővész nem az idült fertőző betegségeknek szerepel. Az angina diphtheritica a heveny fertőzéseknél, a hártás torokgyík pedig a légzőszervi betegségeknek olvasható. Milyen találó magyarítások vannak benne! Például az acné rosacea = rézpír, a coma = kábálom. Nemhiába lett később munkatársa a *Balogh Kálmán* szerkesztette Orvosi Műszótárnak. A könyv szerény tiszteletdí-

ját a szűkös körülmények közt élő testvéreinek küldte.

Sokat foglalkozott az alkaloida mérgezések antidótumaival. 1876-ban magántanári rangra érdemesítették. 1879-ben tíz esztendei tanárság után fiatalon elhunyt *Machik Béla*, így a kolozsvári tanszék árván maradt. A kar a pesti pályázók közül *Purjesz Zsigmond* személyéhez ragaszkodott, *Trefort* miniszter (nem tudni, mi okból) vonakodott őt kinevezni, majd *Wagner* tanár közbelépésére mégis megtette. *Purjesz* tudta, mit vállalt. Huszonnegyás kis zugosztály, csatorna, vízvezeték és világítás nélkül. Pesten a *Korányi*-klinikán a diagnosztikához elengedhetetlen kellék volt a laboratórium, itt ilyen egyáltalán nem volt.

Ahogy szorult esetekben előfordul, a hiány pótlására fordított energia néha kamatosan megtérül. A tanszékörökös *Jancsó* szerint *Purjesz* praxis és laboratórium hiányában az idő kitöltésére írta meg az első magyar nyelvű belgyógyászati tankönyvet. Az előtte való belgyógyászatok (a *Benne Ferencé*, a *Sauer Ignácé*) latinul íródtak. Megjelenésekor érezték, hogy az nem világnyelveken összeolvasott tucat-kompiláció, hanem az elméletet és gyakorlatot mértéktartóan egyeztető verbéli klinikus munkája. A kompendium óta tíz esztendő telt el, közben *Koch* felfedezte a gümöbacillust. A tüdővész átkerült az idült fertőző betegségek fejezetébe. Az oldalszám négyszeresére nőtt. Az ismertető sorrend: kóroktan—kórbonctan—körlefolyás—kórisme—gyógyeljárás. Nekünk meglepő, hogy amíg a tbc kórbonctani leírásánál *Laënnec* neve többször is felbukkan, addig a cirrhosisnál egyszer sem. A könyv *Wagner János* „ötven éves tudori jubileuma alkalmából” 1885-ben jelent meg először. A kiadást tíz éven belül háromszor megismételték, elismerésül *Balassa*-díjjal jutalmazták.

Közvetlenül a könyv megjelenése előtt nagy összefoglaló táblázatos közleményt írt a lebenyes tüdőgyulladás kóroktanáról, amelyben az egyoldalú symptomatológiai szemlélettel szemben (*Hildebrandt*: *Frigus unica pneumoniae causa est*) a sok egyéb szervezetbeli tényező mellett a bakteriológiai faktort hangsúlyozza.

1893-ban nagy kolerajárvány tartotta rettegésben a város lakosságát. A minisztérium a körorvosi éveiben kolera-tapasztalatokat szerzett kiváló klinikus *Purjesz Zsigmondot* nevezte ki kolerabiztossá. A szorult helyzetben sikerült a csatornázást és a szemétkihordás rendszeresítését keresztülvinnie. Majd 1898-ban felépült a 100 ágyas új klinikai osztály, külön fertőző lazarettel és szeparált, 65 ágyas tüdőbeteg osztállyal. A laboratórium négy helyiséget kapott. Elmélyülten foglalkozott a folyadékgyülemek citodiagnosztikájával.

Egyre javuló közérzetét zavarta, hogy a Pestről jött tanártársak: *Klug*, *Högyes*, *Ajtai K. Sándor*, *Belky János*, lassan mind visszapályáznak. Midőn szeretett mestere, *Wagner János* 1887-ben nyugalomba vonult, *Purjesz* is megpályázta a pesti I. sz. tanszéket. A kar első helyre *Kétly Károlyt*, a másodikra *Müller Kálmánt*, a harmadikra *Purjesz Zsigmondot* jelölte. *Kétly* kapta meg a kated-

rát, *Korányi Frigyes* viszont *Bókay Árpádot* szeretette volna kineveztetni. Ez *Purjesz* nagyon érzékenyen érintette. Rejtett neheztelése szakmai vitákban olykor a személyeskedésig hevült. Pest Iránti nosztalgiája sohasem szűnt meg, noha újra Pestről jött professzorok gyűltek köréje. A hívó jelet mindig várta, hacsak egy előadás felkérésére is.

Jancsó szerint a tudás és a kétely, a cselekvésvágy és a nyugalom szeretete bámulatos egyensúllyal volt meg egyéniségében. Hallgatóit nem lexiális adathalmazra, hanem logikus (a saját szávaival aetiologikus) gondolkodásra sarkallta. Klinikai hierarchiája nem tekintélytisztelenten alapult, mindenki tanult mindenkitől, egyenrangú vélemények szembesültek. *Jancsó* jegyezte le az alábbi humoros anekdotát: valaki orvos állította, hogy pp-t szellemi túleröltetéstől is lehet kapni. „Elég szégyen ránk, hogy mindnyájan nem kaptuk még meg” — hangzott a szellemes megjegyzés, minden ellenérvnél hatásosabban.

A szérumterápia kezdetének ő volt az egyik kételkedője. Nemcsak a *Kochénak*, hanem a *Behringének* is. *Flesch Nándor* Heti Szemléjében *Bókay* eredményeit már engesztelően fogadta. Sokan konzervatívnak tartották, ő maga nem törődött a látszattal.

Tanárként egy-egy sikertelen szigorlat mindig lehangolta, a saját oktatási kudarcának tartotta. Legkiválóbb tanítványa *Jancsó Miklós* az ő intenciójára kezdte meg híres maláriakutatásait. *Jancsó* 1902-ben adjunktusi kinevezést kapott, attól kezdve az irányítás terhei megoszlottak. Országszerte keresett orvos volt, magánéletében szemérmesen kiegyensúlyozott.

Félt a klinikán túlélni „konzervatív” önmagát, ezért 1911-ben minden marasztalás ellenére nyugalomba vonult. Az utódot biztosítottak látta *Jancsó* személyében. Leánya Kolozsvárra ment férjhez, fia ott lett orvos, de ő újra Pestre vágott. Nyugdíjas korát fogyó egészséggel és növv munkakedvvel már a fővárosban élte. A stenocardia szorító pántja hiába fűzte mozdulatlanul a székhez, oldódáskor tovább folytatta a rendelést. 1913-ban *Müller Kálmánt* és a nyugdíjas *Purjesz Zsigmondot* kérték fel a *Balassa*-előadás megtartására. Élete legnagyobb elismerését látta benne. Magyar és német nyelvű munkásságának bibliográfiáját a századfordulótól *Szinnyei* és a *Högyes*-emlékkönyv sorolja fel. Az utána következő évtized dolgozat-termése már jóval szerényebb. Hosszú, harmincegy éves tanszékvezetés és hétéves nyugtalan nyugdíj után 1918-ban költözött el a keservek közt élők ritkuló soraiból. Jellemző a kolozsváriak ragaszkodására, hogy nyugdíjazása után emlékszobrot emeltek neki a klinika kertjében, majd holttestét az akkori nehéz viszonyok közt is odaszállították. Díszsírja sokáig zarándokhely volt.

A *Purjesz*-iskola hagyományai Szegeden és Romániában folytatódtak kiváló klinikus-tanárok továbbításával.

Szállási Árpád

A bábák történetéhez

Az orvostörténelemnek nem csupán az a célja, hogy a diplomás doktorok személyiségével és ténykedésével foglalkozzék, hanem számba kell vennie azt az alacsonyabb képesítéssel rendelkező gyógyító gárdát is, amely az orvosokban szükködő időkben a lakosság egészségügyi ellátottságát biztosította. Európában a középkortól egészen a 19. századig a borbélysebszerek hárult mindenféle és fajta orvosi feladat, kezdve a foghúzástól az amputációig. A nép gyógyítói voltak a bábák is — népszerűségük, számuk, de sokszor a tekintélyük is messze felülmúlta a tanult orvosokét. A 18. század folyamán a bábák száma kétszerese volt az egyemet végzett doktorokénak, mégis a nőgyógyászat- és a szülészettörténeti művek teljességgel elhanyagolják ténykedésüket, szerepük méltatását.

A bábák története egyidős az emberiség történetével. A szülésben való segítség, a gyermekek ellátása, ápolása mindenkor a nők feladata volt, bár a ma élő természeti népeknél szép számmal szerepelnek férfi szülések is. A letűnt századok Európájában ugyancsak a női szülész, a bába volt közzismert és bizalmat keltő.

A régi civilizációkból a bábákról kedvező benyomású emlékeink vannak. A szüléskor segédkező, többnyire idős asszony alakja feltűnik nemcsak a skandináv Eddában, hanem a bibliában is. Az utóbbi tanúsága szerint Mózes anyja is bába volt, Egyiptomban élt és tevékenykedett. Ismeretes, hogy a régi Egyiptomban szüléssel kizárólag nők foglalkoztak, többnyire a legidősebb asszony irányításával és a számtalan egyiptomi isten segítségével. Az egyiptomiak ismerték már a szülésszékét és alkalmazták is országszerte.

Az ókor más jelentős államaiban — Indiában, Mezopotámiában, Kínában és Babilóniában — ugyancsak közzismert és elismert volt a bába-mesterség. Babilóniában azt a bábát, aki segédkezet próbált nyújtani magzatelhajtásban, halállal büntették, és ugyanez a sors várt a gyermekcsempészőkre is.

Az ókori Görögországban és a rómaiaknál a bábaasszonyok tudása, felkészültsége magas szintű volt — ez persze nem zárta ki, hogy az egyiptomiakhoz hasonlóan ne hívják segítségül isteneiket a szüléseknél. Szokrátesznak, az időszámítás előtti 5. században élő görög bölcselőnek az anyja szintén szülész nő volt — a fiú büszkeséggel emlegette őt. Érdekes a híres filozófus véleménye anyja mesteriségéről: a bába fő feladata a köldökzsinór elvágása, de tudnia kell enyhíteni a szülési fájdalmakat is különböző csillapítókkal, s kell lenni a táskájában magzatelhajtó szernek is — így Szokrátesz nem tekintette halálos bűnnek az abortuszt. Érdekes kikötésük volt a görögöknek, hogy a bábának túl kell lennie azon az életkoron, amelyben ő maga is szülni tud. A görög szülész nők nemcsak a gyermek világra jöttében segédkeztek, hanem házasságközvetítéssel is foglalkoztak — ezen tisztüket igen komolyan fogták fel és élesen elkülönítették magukat a kerítőkötől.

A régi Róma is tisztelte és becsülte a bábát, gondoskodott a képzésükről. A leghíresebb római szülészeti szakíró, a görög származású Soranos leírta, hogy milyenek kell lennie az ideális szülész nőnek: nem elég az írni és olvasni tudás, sebészi, diétetikai és gyógyszerészeti ismeret is szükséges. A szakmai tudáson túl erkölcsi feddhetetlenséget is követeltek tőlük: emberséget, megvesztegethetetlenséget, az alkohol mámorának megvetését. A jó bába nem lehet babonás — írta Soranos — az álmok nem befolyásolhatják a praxisát, nem bízhat az amulettek bűvös erejében. A nehéz szülést nem földöntúli erők okozzák — teszi hozzá —, hanem a szűk medence vagy a magzat rendellenes fekvése.

Szüléskor a római nők ugyanolyan segélykérő könyörgésekkel fordultak isteneikhez, elsősorban Junóhoz, mint a görög vagy mezopotámiai asszonyok; a templomokban elhelyezett ex votók is tanúskodnak erről. A római birodalomban királyi törvény, lex regia gondoskodott a gyermek épségéről, az anya halála esetén is — ez a gyakorlat szükségessé tette, hogy a bábákat magas fokú sebészi oktatásban részesítsék.

Bábák a középkorban

A korai középkorból jóformán alig tudunk valamit a szüléskor tudományos vagy éppenséggel tudománytalan helyzetéről. A 13. században halunk először „madám”-okról Franciaországban és ún. „bölcsek asszonyok”-ról, szülész nőkről, Németországban. A szülész női foglalkozást a társadalom már kevésbé becsülte, ennek oka talán a boszorkányüldözések fellángolásában rejlik — a foglalkozásukat amúgy is mágiikus jegyekkel övező asszonyok könnyen keveredtek boszorkányság gyanújába. 1687-ben Württemberg udvari sebésze, Völter arról tudósított, hogy egy bába máglyahalált halt, mivel boszorkányság vádjával illették — a kivallatáskor ugyanis bevallotta, hogy vagina atresiát idézett elő varázslattal. Völter maga is erősen hitt a bábáknak az ördög általi veszélyeztetettségében.

Az inkvizíció sok áldozatot szedett a bábák sorából, ugyanakkor azonban felhasználta őket a boszorkánynak vélt egyének „leleplezésében”, kézreadásában.

Az első bábarendtartások egyike 1452-ből, Regensburgból származott. Nem sokkal ezután, 1513-ban látott napvilágot a középkor első bábatan-könyve, szerzője Rösslin, frankfurti orvos volt.

A bábarendtartások rögzítették az ókorból ismeretes lex regia elvét azzal a módosítással, hogy a gyermek kivétele a halott anya testéből nem a bába, hanem a borbélysebsz feladata lett.

A rendtartások egyik sarkalatos pontja volt az ún. szükségkeresztelés: az életképtelen csecsemők lelki üdvének érdekében a bába részesítette az újszülöttet a kereszttség szentségében. Katolikusoknál nagyon sokáig életben volt ez a szokás.

A középkori dokumentumok őrzik még a bábaválasztás fogalmát — ez azt jelentette, hogy valamely helység lakosai, asszonyai megválasztották a maguk bábáját. Előfordult az is, hogy a vá-

rosi előjáróság jelölte ki a megválasztandó szülésznt.

A szülészetből a középkor szigorúan kitiltotta a férfiak beavatkozását, mindenekelőtt vallási és erkölcsi tilalmak alapján. E gyakorlat érvényben volt Nyugaton és Keleten egyaránt, olyannyira, hogy még a 18. században is gondot okozott az orvosoknak: „Tehát mely nagyon hibáznak azon tompa, képmutató, és rágalmazó Asszonyok, vagy magok hasznát kereső rossz tanácsadók, kik a' mi szent religiónkat bal értelemre magyarázván, ama' szorongatott anyákat mindennemű férfiúi segítség-től, melly gyakorta nékiek leg szükségesebb volna, el-ijesztik, és úgy ... tellyes reménységű anyáknak, és szerelmes magzatiknak egészségét, és gyakorta életét, némelly rosszul értett szentség-ből ... kotzkára vetik. Mi több, nem kételkednek meg tiltani tellyességgel: hogy sebgyógyító (Borbély) a' szemérmes testnek nyavalyáját láthassa, tapogathassa, vagy ápolgathassa. Vallyon miért volna a' férfiúnak segedelme illetlen? melly két embert egyszer'smind az halál veszedelméből ki mentene, vagy ha már a' magzat megmenthetetlen, leg-alább az anyát meg-tartaná”. (*Steidele: Magaviselésére rendmutató regulák, melyeket a terhes, szülő és gyermekágyas asszonyoknak hasznára ... kiadott és magyarrá ford. Gellei Mihály. Buda, 1789.*)

A szülészet színvonala az ókorhoz viszonyítva szemlélatomást csökkent. Valamennyi szülészetről szóló középkori arab írás teljes mértékben teoretikus jellegű volt nélkülözve minden empiriát, hiszen a mohamedán vallás tiltotta, hogy idegen férfi, még ha orvos vagy szülésmester is, megérintsen idegen asszonyt.

A 17. századig a bábák tudásszintje ijesztően alacsony volt. Babonaság, durvaság, iszákosság és tudatlanság vádjával illették őket általában, és nem alaptalanul. Az alkoholizmusukat egy évszázadokig uralkodó rossz szokás alapozta meg: ugyanis ha a természet segítségével sikeresen lezajlott egy szülés, a család nagy ivászzattal ünnepelte az eseményt, s ebben nem részt venni illetlenségnek és sértésnek számított.

Bábák az újkorban

Az anatómiai gondolkodás eredményezte, hogy a 17. században a szülészet is fejlődésnek indult. A szakszerűbb születeket a borbélysebészek kezdték lebonyolítani. A képzetlen, többnyire analfabéta bábák elől nem volt nehéz learatni a babért. Franciaországban XIV. Lajos karolta fel először a férfi születeket — ezeket küldte a családja körében vajdó asszonyokhoz. Az Hôtel Dieu-ben működött e kor híres szüléste, *Mauriceau*, aki elsőként hangsúlyozta a medence anatómiai ismertetének szükségességét.

A 17. században került sor Franciaországban majd Hollandiában a magasabb szintű bábaképzésre. A párizsi Hôtel Dieu-ben 1630-ban szülészeti osztályt nyitottak, ezt megelőzően 1595-ben a pápai udvar orvosa, *Scipione Mercurio* előjáróinak utasítására bábakönyvet írt.

A Napkirály századában akadt még néhány kiváló bába, ezek nevei fennmaradtak az utókor számára is. Ilyen volt *M. L. Bourgeois* (1564—1644), a francia udvar bábája, egy elszegényedett sebész felesége. Elsőként írta le a köldökzsinór előreesését és az arctartást. Könyvét számos verssel tarkította. Hasonlóan híres volt a lausanne-i sebész, *Fabricius Hildanus* felesége, *Marie Colinet* (1560—1634) — nemcsak jóhírű szülész volt, hanem kiváló sebész is, ugyanúgy, mint a brandenburgi udvari bába, *Justine Siegemundin*.

A szülészetnek a 18. században bekövetkező fejlődése fontos stádiuma volt a fejlődő orvostudományban — ebben a pozitív irányú változásban azonban a bábáknak már semmi szerepük nem volt. A szülőfogó elterjedése nagyban hozzájárult a gynekológia szintjének emeléséhez. Ez a század kezdeményezte a bábaképzés nagyobb szabású reformját. 1728-ban *J. J. Fried* megnyitotta az első híres szülészeti iskolát szülővárosában, Strassburgban, ahol eleinte csak bábákat oktattak, majd megindult az orvostudomány is. A század folyamán egyre több hasonló rendeltetésű intézetet nyitottak meg: Berlinben, Göttingenben, Stockholmban, Bernben, Baselban, Párizsban.

A felvilágosodás kora addig soha nem tapasztalt mértékű figyelmet szentelt a pedagógiának, a gyermekápolásnak és a gyermekágyas asszonyok egészségügyi ellátottságának. A korabeli jeles orvosok közül jó néhány érdeklődött e kérdések iránt, így nálunk *Weszprémi István*, a svájci *Tissot* és *Venel. Weszprémi* „Bába mesterségre tanító könyv”-e 1766-ban jelent meg. A bécsi *Crantz* professzor műve alapján írott könyvecske volt az első magyar bábakönyv, melyért a híres debreceni orvos egy gyémánttal ékesített arany emlékérmét kapott *Mária Teréziától*. *Weszprémi* volt az első, aki kárhóztatta a magyar bábák „vastag” tudatlanságát. Ezt próbálta orvosolni az 1770-ben életbe lépő *Generale Normativum in Re Sanitatis* által, hogy megszervezte a vármegyei szülésznek költségen való taníttatását. Mindezek ellenére hazánkban kevés volt a jó szülész, s tág tere nyílt a kuruzslásnak.

Magyarországon először 1799-ben akartak szülőházat létesíteni. A terv nem valósult meg, de ettől kezdve felvették a kórházakba a jelentkező szülő nőket.

A 19. század a modern szülészet és nőgyógyászat kezdete volt, a bábák azonban még a következő század elején is „divatban” voltak, főleg faluhelyeken, de a városokban is, az alacsonyabb néprétegek körében. A szülész az egészségügyben fontos szociális tényező volt, hosszú századokig jól, rosszul, de betöltötte az orvos szerepét. A bába a mai Európában már elvesztette hajdani rangját, de a fejlődő országokban még fontos teendők várnak rá.

E. H. Ackernecht
„Zur Geschichte der Hebammen”
c. cikke nyomán,
a „Gesnerus” c. folyóiratból

Friedrich Ildikó

Elhalálozások

Arató Károly dr. (szül. 1910) a fővárosi János Kórház Rendelőintézetének röntgen szakfőorvosa 1975. június 17-én;

Bakonyi József dr. (szül. 1906) nyugdíjas járási főorvos Körmenten 1975. július 11-én;

Bereczki József dr. (szül. 1904) nyugdíjas Állami közegészségügyi felügyelő Nyiregyházán 1975. március 12-én;

Csábi Imre dr. (szül. 1920) körzeti orvos Kalocsán 1975. június 27-én;

Demeter Katalin dr. (szül. 1924) az Országos Orvostudományi Intézet főorvosa 1975. március 29-én;

Doby József dr. (szül. 1898) a fővárosi X. ker. Rendelőintézet nyugdíjas belgyógyász szakorvosa 1975. május 27-én;

Flamm Mária dr. (szül. 1900) az Orvostovábbképző Intézet Rendelőintézetének nyugdíjas idegyógyász szakfőorvosa 1975. április 30-án;

Fóti Mihály dr. (szül. 1896) a fővárosi Gyáli úti Kórház röntgenosztályának nyugdíjas vezető főorvosa 1975. május 2-án;

Galcsik Boldizsár dr. (szül. 1902) az Országos Orvostudományi Intézet nyugdíjas főorvosa 1975. április 8-án;

Gyulai D. Kálmán dr. (szül. 1894) az acsádi Begetothon nyugdíjas intézeti orvosa 1975. április 17-én;

Horkay Ferenc dr. (szül. 1909) a fővárosi Trefort utcai Rendelőintézet baleseti sebész szakorvosa 1975. április 6-án;

Hornik Malvin dr. (szül. 1887) a fővárosi V. ker. Rendelőintézet nyugdíjas gégyész szakfőorvosa 1975. április 6-án;

Jávorszky Ödön dr. (szül. 1906) a váci Városi Kórház sebészeti osztályának nyugdíjas osztályvezető főorvosa 1975. június 21-én;

Jeney László dr. (szül. 1899) a fővárosi IV. ker. Rendelőintézet nyugdíjas gégyész szakfőorvosa 1975. április 6-án;

Kaponya József dr. (szül. 1897) a dombóvári MÁV Rendelőintézet nyugdíjas fogász szakorvosa 1975. május 8-án;

Kellner Béla dr. (szül. 1904) akadémikus, egyetemi tanár, az Országos Onkopathológiai Kutató Intézet igazgatója 1975. július 17-én;

Kerékyártó Emma dr. (szül. 1895) a veszprémi Rendelőintézet nyugdíjas fogász szakfőorvosa 1975. május 15-én;

Kiss Ferenc dr. (szül. 1904) nyugdíjas körzeti orvos Tiszakécskén 1975. június 7-én;

Kovács Károly dr. (szül. 1945) a fővárosi Tétényi úti Kórház Rendelőintézetének urológus szakorvosa 1975. május 1-én;

Kovács Mihály dr. (szül. 1889) a kisvárdai Rendelőintézet fogász szakorvosa 1975. június 11-én;

Malán Katalin dr. (szül. 1911) a fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház Rendelőintézetének nyugdíjas sebész szakorvosa 1975. május 4-én;

Markovich Dezső dr. (szül. 1892) az esztergomi Bőr és Nemigondozó Intézet nyugdíjas főorvosa 1975. február 6-án;

Micheller Ferenc dr. (szül. 1912) körzeti orvos Győrött 1975. június 11-én;

Papp Terézia dr. (szül. 1934) körzeti orvos Tiszavasváron 1975. április 14-én;

Schneider Zoltán dr. (szül. 1909) a székszárdi Rendelőintézet nyugdíjas nőgyógyász szakfőorvosa 1975. május 1-én;

Smidt Lajos dr. (szül. 1903) a szombathelyi Városi Tanács egészségügyi osztályának nyugdíjas üzemorvosa 1975. június 30-án;

Szűgyártó Mária dr. (szül. 1915) a Magyar Izraeliták Országos Képvisellete Szeretkórházának segédorvosa 1975. május 3-án;

Szily Tibor dr. (szül. 1898) nyugdíjas iskolaorvos Debrecenben 1975. február 14-én;

Vereckei Imre dr. (szül. 1922) körzeti orvos Gődön 1975. június 18-án és

Vetter Ambrus dr. (szül. 1893) a kaposvári Rendelőintézet onkológiai rendelésének nyugdíjas vezető főorvosa 1975. január 26-án elhunyt.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTAP” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.



Anyagcserebetegségek

Glucose-tolerantia vizsgálat: tévedési lehetőségek a diabetes mellitus diagnózisában. M. D. Siperstein (Dept. Med. Univ. Calif., VA Hosp., San Francisco): *Advances in Internal Medicine* 1975, 20, 297—323.

A genetikus diabetes mellitust (d. m.) egyrészt az insulin-elválasztás relatív vagy abszolút csökkenését követő hyperglycaemia, másrészt a szervezet csaknem minden capillarisát érintő alaphártya-megvastagodás (mikroangiopathia) jellemzi. Mivel a plazma insulinszintjének meghatározása, vagy a mikroangiopathia elektronmikroszkópos kimutatása egyelőre nem végezhető el rutinszerűen, a d. m. klinikai diagnóza az éhgyomri hyperglycaemia kimutatásán alapul. A klinikus korábban felállítja a diagnózist akkor, ha a beteg glucose-tolerantiája (GTT) csökkent, azaz 100 g glucose elfogyasztása után 1 órával 160, 2 órával 120 mg₁₀₀ fölé van a vércukorszint. A szerző ennek a gyakorlatnak a helytelenségét kísérli meg bizonyítani, szembe helyezkedve a közfelfogással és az amerikai diabetes-társaság álláspontjával is.

Az említett kritériumok elfogadása esetén a GTT eredménye igen gyakran kóros, egyes közlemények szerint 50—60%₁₀₀-ban, tehát a d. m. elfogadott 2—6%₁₀₀-os praevalettiájának többszöröse. Az életkor, a tartós ágyynyugalom, az elhízás, egyes gyógyszerek, fertőzések, az étrend oly nagy mértékben befolyásolhatják a GTT eredményét, hogy *Fajans* már 1964-ben azt javasolta, hogy a vizsgálatot csak egészséges, ambuláns, 50 évnél fiatalabb egyének végezzék!

A szerző mindössze 3 olyan közleményt talált az irodalomban, melyből csökkent GTT-s betegek késői utánvizsgálatáról értesülhetünk. E cikkek szerint 5—25 évvel a vizsgálat után csak 10—27%₁₀₀-ban fejlődött ki manifeszt diabetes, tehát kóros GTT esetén legalább 70%₁₀₀-ban helytelen lett volna d. m.-t diagnosztizálni. Kétségtelen, hogy a d. m. manifesztálódása, továbbá a retinopathia és proteinuria későbbi előfordulása gyakoribb azokban az esetekben, melyekben a GTT során a 2 órás vércukorérték meghaladja a 200 mg₁₀₀-ot.

Tekintve, hogy a szerző kétségbevonja a „standard” GTT megbízhatóságát és jelentőségét, nyilvánvaló, hogy a cortison-GTT gyakorlati értékét még kevesebbre becsüli, és nincs jobb véleménnyel az intravénás GTT-ről sem. Hajlandó kórosnak tekinteni a próbát akkor, ha az

1 órás vércukorszint eléri a 260 mg₁₀₀-ot, a 2 órás pedig a 220 mg₁₀₀-ot, 40 év alatti egyénekén.

A beteggel csak akkor közöljük, hogy diabeteze van, ha az éhgyomri vércukor ismételt meghaladja a 140 mg₁₀₀-ot és ha hyperglycaemiát okozó egyéb betegségek (Cushing-kór, phaeochromocytoma, pancreatitis, hyperlipaemia) kizárhatók. Amennyiben a cukortolerancia a hagyományos kritériumok szerint csökkent, a beteggel közöljük ezt a tényt, de ne beszéljünk cukorbetegségről. Időközönként ellenőrizzük, ismételtük meg a próbát, és az elhízott beteget próbáljuk rábeszélni a fogyókúrára. (Nem bizonyos, hogy a cukorfogyasztás megszorítása javítja a toleranciát!). Ne beszéljünk „kémiai” és „latens” diabetesről és semmi esetre se adjunk a betegnek hypoglycaemizáló szereket.

Kétségtelen, hogy erre az álláspontra helyezkedve a d. m. diagnózist néha megkétszerezhetjük fel, de a beteg számára ebből nem származik hátrány; specifikus kezelést úgysem kaphatott volna. A dg. emocionális hatásán kívül hátrányok érhetik: elhelyezkedési nehezítések, magasabb életbiztosítási díj, genetikus ártalmaktól való indokolatlan aggodalom, felesleges gyógyszeres kezelés. Orvosi-szemléleti veszélye a latens d. m. kórismének az, hogy korán elkezdett, jó kezelésnek tulajdonítjuk a késői komplikációk elmaradását olyan egyéneknek, akiknek eredetileg sem volt cukorbetegségük. A közismert amerikai UGDP-vizsgálat sokat vitatott következtetéseit, amely szerint a tolbutamiddal kezelt betegek között több volt a szívhalál, mint a kezeletleneken, kétségtelenül ezzel függnek össze: az ún. diabeteses betegek több mint 40%₁₀₀-ának valószínűleg nem volt valódi diabeteze.

A szerző hangsúlyozza, hogy az „overdiagnosis” veszélye lényegesen nagyobb, mint az „underdiagnosis”-é, ezért mindaddig, míg jobb módszerünk nincs, a d. m. kórismét csak éhgyomri hyperglycaemia esetén állítsuk fel. Felhívja egyszerűen a figyelmet arra, hogy diabeteses mikroangiopathia elektronmikroszkópos, sőt klinikai manifesztálódása előfordulhat teljesen normális GTT-vel is.

(Ref.: A referátum-jellegű közlemény bizonyára sok vitára ad alkalmat, hiszen következtetéseit éles ellentétben állnak az elfogadott gyakorlattal. A szerző álláspontja azonban mindenestre elgondolkodtató, és nem lehetünk biztosak abban, hogy a gyakorlatban meggyökeresedett nézetek mindig helyesek.)

Winter Miklós dr.

A kezeletlen kémiai diabetes tartós megfigyelése. Logie, A. W., Stowers, J. M., Dingwall-Fordyce, I. (Diabetic Clinic, Royal Infirmary, Aberdeen.): *Brit. Med. J.* 1974, 4, No. 5945, 630.

A szerzők a korai cukorbetegség „természetrázát” vizsgálták. 72 beteget figyeltek 1-től 9 évig terjedő időn át, kiknek éhgyomri vércukruk normális volt, de per os cukorterheléssel diabetoid görbét produkáltak. A cukorterhelés indikációját diabetesre utaló anamnesztikus adat képezte (pl. családi terheltség, óriás magzatok, stb.). A betegek az észlelési idő alatt csak placebo kezelésben részesültek! (Étrendjükben a cukorbevitt „korlátozták”).

Meglepő módon csak 4 betegben (5,6%₁₀₀) alakult ki az észlelési idő során klinikailag manifeszt diabetes.

A szerzők hangsúlyozzák — eredményeiket másokkal összehasonlítva — a kontroll-csoportok fontosságát.

Csapó Gábor dr.

Therapiás kérdések

A digitális kezelés indikációi. Új szemlélet. J. N. Cohn (Veterans Administration Hospital, Washington): *JAMA*, 1974, 229, 1911—1914.

Az a régi nézet, amely szerint minden keringési elégtelenségben szenvedő betegnek digitális készítmény adható, oda vezetett, hogy manapság egyike a legkiterjedtebben használt gyógyszernek. Több vizsgálat bizonyította, hogy a kórházi betegek kb. 20%₁₀₀-a digitális kezelésben részesül, és ezek több mint 20%₁₀₀-a manifeszt digitális intoxicációba kerül, amely akár letális is lehet. Ezen a helyzeten némileg javított az, hogy az utóbbi időben jobban megismertük a digitális készítmények pharmacokinetikáját és a vér digitális szintjének mérésére is lehetőség nyílt.

Nem lehet továbbra sem megkérdőjelezni a digitális készítmények hasznát supraventricularis tachyarrhythmiában. Ilyenkor általában az ellenőrzés sem nehéz, a szívfrekvenciája jól eligazít. Sokkal kevésbé egyértelmű és ugyanakkor sok tekintetben ellentmondó használatuk a szívizom contractilitás növelésében.

A digitális terapia indikációjának revíziója esetén először is szólni kell a pangásos szívelégtelenség diagnózisáról. Ez a kórisme igen különböző abnormalitást foglal magában. Általában a diagnózis a keringés pangásából eredő tüneteken vagy az ún. „hátrafelé” elégtelen keringés tüneteinek alapszik sokkal inkább, mint a csökkent verőterfogaton, az ún. „előrefelé” elégtelen keringés tüneteinek. Valóban, az alacsony verőterfogattal járó állapot nem jár folyadék visszatartással (nem pangásos szívelégtelenség) és ezért gyakran nem ismerik fel annak ellenére, hogy ilyenkor a

szívműködés javítása sürgős beavatkozást igényel. Ezzel szemben vénás distenzió, oedema képződés és szívmegnagyobbodás többnyire azonnali digitális kezelést von maga után, pedig gyakran nincs szoros összefüggés a szívdiszfunkció foka és a pangásos tünetek súlyossága között.

A digitális terapia célja az, hogy növeljük a szívizom contractilitását, és ezzel biztosítsuk a szív átvitelét egy jobb Frank-Starling-funkciós görbére. Ennek eredménye lehet a nagyobb verőtérforogás az alacsonyabb szív-telődési nyomás ellenére. Szívizom contractilitás csökkenés esetén — amikor ez az oka a pangásos szívelégtelenség klinikai tünetcsoportjának — adaequat kezelés a digitalizálás. Ha a contractilitás depressiója permanens, úgy a fartsós digitalizálást kell alkalmazni.

A contractilitás csak egyik meghatározója a szív-funkciónak. A szív előtti (véna) és utáni (arteriális) terhelés, valamint a szívfrekvencia külön megítélést követel. A szív előtti terhelés csökkentése diureticummal — néha a verőtérforogás csökkentése árán — megszüntetheti a keringési elégtelenséget. Szív utáni terhelést jelent a hypertonia, amely részben a peripheriás vascularis resistenciától függ. Vérnyomás-csökkentővel, értágítókkal segíthetünk ilyenkor a keringési elégtelenségen. Természetesen súlyos tachycardia vagy bradycardia rendezése ugyancsak gyorsan javulást eredményez.

A szívizom O_2 -fogyasztása egyenesen arányos a vérnyomással, a kamra nagyságával, a szívizom contractilitással és a szívfrekvenciájával. Az O_2 -fogyasztás befolyásolása különös jelentőséggel bír merev coronariák esetén, amikor az O_2 -igény növekedésével nem tart lépést az erek tágulékonyasága. A contractilitás fokozása révén a digitális növeli az O_2 -fogyasztást, bár a kamra nagyságának, a szív előtti és utáni terhelés csökkenése végül is az O_2 -fogyasztás esetét eredményezheti. Hypertoniás cardiomyopathiában lehetséges tiszta, csak hypertoniás eredetű szívelégtelenség, valamint olyan szívelégtelenség, amelyben concomitáló coronaropathia is részt vesz. Mindkét fajtaiban a keringési elégtelenséget kiváltó ok az a nagy resistencia, amely a kamrai kiáramlás útjában van. A legtöbb esetben antihypertensív szerrel meg lehet szüntetni a keringési elégtelenség tüneteit, egyúttal digitális adása itt nem egyértelműen indokolt; ennek toxicitását még fokozhatják a hypertoniában alkalmazott hypokalcaemizáló vízajtók. Ebben a szívelégtelenségben digitális készítmény adása csak akkor indokolt, ha meggyőződünk, hogy az antihypertensív kezelés nem oldja meg a szívelégtelenséget.

A cor pulmonale ugyan olyan hypertoniás cardiomyopathiának tekinthetjük jobb oldalt, mint ami-

lyenről előbb tettünk említést a bal szívfélén. Digitalissal javítani lehet a jobb szívfél-funkcióját, de itt is, mint az előbbieknél, elsődleges fontosságú a tüdő betegségeinek javítása. Jól ismert ebben az állapotban a digitális intoxicatio incidenciájának emelkedése.

Valvularis és congenitalis szívhibában, ha megvan a structuralis correctio lehetősége, annak kell lennie a választandó kezelésnek. Egyébként a szív dilatációval, a hypertrophiával járó keringési elégtelenség hatásos gyógyszere a digitális, így ilyenkor nem hobbazunk az alkalmazásával. Súlyosabb esetekben gyors, látványos javulás nem várható.

Primer cardiomyopathiát különböző betegségek idéznek elő. Ilyenkor a szívelégtelenség oka a contractilitás csökkenése, de a digitalisra való reakció függ a kiváltó októl is. Így pl. alcoholos cirrhosisban a leromlott szív-funkció nem javul digitalisra. Az esetleges oki kezelés mellett itt is a digitális készítményektől várhatjuk a keringési elégtelenség javulását. Az oki és tüneti kezelés helyes összeegyeztetése hozza meg a legjobb eredményt. Sajátságos típusa a primer cardiomyopathiának a hypertrophiás subaortikus stenosis. Itt ellenjavallt a digitális készítmények adása, mert fokozzák a kiáramlási pálya obstrukcióját. Heveny szívinfartusban a keringési elégtelenség kezelése is külön megfontolást igényel, mert meg kell vizsgálni a digitalissal való kezelést. Digitalissal — contractio javítása révén — az O_2 -igényt fokozzuk és ezzel ronthatjuk az ischaemiát, növelhetjük a necrosis kiterjedését. Ismeretes, hogy infartusban nagyobb a digitalissal szembeni érzékenység, továbbá a peripheriás vaso-constrictio hatása ugyancsak hátrányosan befolyásolhatja heveny szívinfartusban a keringési viszonyokat. Mindezek ellenére szóba jön a digitális alkalmazása jelentősebb szívdilatatio esetén. Chronikus ischaemiás cardiomyopathiában a digitális készítmények már nem ronthatják az ischaemiát, feltehetően azért, mert csökkentik a dilatált kamrák nagyságát. Ebben az állapotban nagyon fontos a járulékos tényezők, mint pl. hypertonia kezelése, mert egyébként digitalissal fokozzuk a kamrai ejectio útjában levő emelkedett resistenciát. Ugyancsak hátrányos lehet a pozitív inotrop hatású gyógyszer, ha a kamra falában dyskinetikus szegment van, mert növeli a szegment környéki normális szívizom összehúzódását.

Tüdő oedema esetén a heveny bal szívfél elégtelenség kiváltásának oka nem mindig ismert, legalábbis a kezelés elindításakor. Valószínű, hogy a szív előtti és mögötti terhelés fontosabb szerepet játszik, mint a contractilitás csökkenése. Ilyenkor a heveny epizódban helyesebb morphint, értágítókat és vízajtót adni mint digitális. Shockban — amelyet nem heveny szívinfartus okoz — jó hatású az inotrop thera-

pia, ha a vérpályát adaequatán feltöltöttük, és még mindig persistál a shock.

Prophylactikus digitalizálás szükségessége szívbeteg esetében nehezen vitatható, ha nagyobb terhelésnek vannak kitéve, mint pl. műtét. Rövid ideig történő alkalmazása electrolyt control mellett nem veszélyes.

A hosszú digitális korszak jelen szakaszában bizonyos revizióra szorulnak nézeteink. A veszélyes digitális intoxicatiók számának növekedése, a szívelégtelenség pathophysiológiájának jobb megismerésére vezetett el a klasszikus felfogás bizonyos változásához.

Széplaki Ferenc dr.

A vírusfertőzések kemoterápiája.

Weinstein, L. Chang, T. W. (New England Medical Center Hospital, 171 Harrison Ave., Boston, Mass. 02111): The New England Journal of Medicine, 1973, 289, 725—730.

A szerzők a közleményben röviden összefoglalják a víruskemoterápia jelenlegi állását. Felhívják a figyelmet arra, hogy a vírusok szaporodása nagymértékben függ az élő sejt tevékenységétől, ami leszűkíti a lehetőséget csak a vírusra ható gyógyszerek felfedezésére. A másik nehézség: jelenleg nem áll rendelkezésünkre megfelelő standard módszer vegyületek vírus-ellenes hatásának mérésére. Az említett nehézségek ellenére világszerte kiterjedt vizsgálatok folynak vírus-ellenes hatású vegyületek felfedezésére és a sok vizsgált vegyület közül mindössze a Symmetrel, Cytosar és a Stoxil került klinikai használatba az USA-ban, valamint a Marboran Nagy-Britanniában. A továbbiakat az egyes használatos vegyületeket röviden jellemzik a szerzők. A referátumban csak a leglényegesebb szempontokra mutatunk rá.

Methisazon. Kémiai elnevezése 1-methylsatin-3-thiosemicarbazone (Marboran). A késői vírusfehérjék szintézisét gátolva megakadályozza a komplett vírusrészecskék kialakulását, feltehetőleg a vírus-részecské összeépülésekor. Elsősorban a poxvirus-csoport tagjai ellen hat, de egyéb vírusokra is hatásosnak találták. A himlő megelőzésére, valamint a vakcinációk szövődésméneinek gyógyítására használják. Először Indiában próbálták ki, hatásosan megakadályozta a himlőfertőzést a kezeltékben járványos időszakban. A gyógyszer adagja 4 napig naponta $2 \times$ másfél gramm, ez majdnem tökéletes védelmet nyújt. A kialakult himlőfertőzés esetén a methisazon lényegében hatástalan, bár a komplikációk kezelésében — amelyek a védőoltást követően léphetnek fel — a gyógyszer adása javasolt. Tablettá és szirup formájában került forgalomba. Mellékhatásként hányinger és hányás alakulhat ki.

Amantadin. A vírusok gazdasejtbe való bejutását gátolva elsősor-

ban az A-2 influenza vírussal szemben hatásos, de a többi influenza vírusra is hat. Elsősorban az A-2 influenza fertőzések megelőzésére alkalmazható, hatása lényegesen megegyezik az immunizációval elért eredményekkel. Adagja felnőtteknek 200 mg naponta egyszer adva. Az adagolást a járvány felléptekor meg kell kezdeni és minimum 10, maximum 30 napig kell folytatni. A szer tökéletesen felszívódik a gyomor-bél rendszerből. A gyógyszer alkalmazásakor központi idegrendszeri komplikációkat észlelték, elsősorban idősekben, valamint azokon, akik a javasolt dózisonál többet kaptak. Ezek a megfigyelések vezettek arra, hogy a központi idegrendszerre gyakorolt hatást részletesebben tanulmányozzák. (Magyarországon Viregyt néven mint a Parkinson kór hatásos gyógyszere van forgalomban. Az USA-ban forgalomba hozott gyógyszer neve: Symmetrel. — Ref.)

Indoxyridin. Kémiai elnevezés: 5-iodo-2'-deoxyuridine, IDU, vagy IUDR. Forgalomba hozott gyógyszer neve Stoxil. A DNS szintézist gátolva a DNS vírusok, elsősorban a herpesvírusok szaporodását gátolja. A herpeszes keratitis kezelésében sikeresnek találták, 0,1%-os oldatból óránként egy cseppet csepeptenek a szembe napközben, éjszaka ezt 2 óránként folytatják. 0,5%-os kenőcs kevésbé hatásos. Némely szerző a herpesvírus fertőzést követő encephalitis kezelésében is hatásosnak találta. Ebben az esetben 80–100 mg/testsúlykg/nap dózisban intravenásan alkalmazzák 5 napig. A májban és az agyban levő enzimek gyorsan inaktiválják. Intravenás alkalmazását csontvelő károsodás követheti. Intravenásan csak közvetlen életveszély esetén javasolt.

Cytarabin. Kémiai elnevezés: 1-beta-D-arabinofuranosylcytosine, cytosin arabinosid. Szintén a DNS-szintézist gátolva elsősorban a herpes vírusokra hatásos. Herpeszes keratitis és herpes által okozott encephalitis kezelésére javasolt. Adagja: naponta 40 mg/m², 5 napon keresztül. A máj és a vese enzimek gyorsan inaktiválják. Alkalmazásakor csontvelőkárosodás kisebb-nagyobb mértékben létrejön. Előnye az előbb említett idoxyridinnel szemben, hogy a 2-es típusú herpes vírusra a cytarabin hatásosabb, és rezisztencia ezzel a szerrel szemben nem alakult ki.

A cytarabin központi idegrendszeri fertőzésekben hatásosabb, mert ez a vegyület az agyban nem inaktiválódik. Az USA-ban Cytosar néven hozzák forgalomba.

Herpesvírusok fotodinamias inaktiválása: Bizonyos heterociklikus festékek, mint acridine-orange, proflavin, neutrál vörös, toluidin-kék, a vírus nucleinsavval komplexet képeznek, s közönséges fény hatására létrejövő kémiai változások a vírus fertőzőképességének elvezetéséhez vezetnek. Ezt az eljárást sikerrel alkalmazzák herpeszes bőrfertőzések

kezelésére. Neutrál vörös 0,1%-os vizes oldatával sötétben bekenik a megbetegedett felületet, majd 30 perces állás után 14 wattos fluoreszcens lámpával 15 cm távolságból 15 percig megvilágítják. Ezt a kezelést szükség esetén órák múlva meg lehet ismételni. Káros mellékhatást nem észleltek.

Egyéb vírus-ellenes anyagok: A szerzők a számos kísérleti stádiumban levő vírus-ellenes anyag közül kettőre hívják fel a figyelmet. A Rifampicin in vitro igen hatásos adeno- és pox vírusokkal szemben, állatkísérletekben azonban mind ez ideig semmilyen hatást sem észleltek. Az interferonok igen nagy érdeklődést váltottak ki, s nagy a biológiai jelentőségük. Mind ez ideig azonban a klinikai gyakorlatban nem bizonyultak hatásosnak, feltehetően a rövid élettartam (a beadást követő 10 perc a felezési ideje) és fajspecifitásuk következtében. Talán az interferon szintézisét indukáló anyagok — amelyek kísérleti stádiumban vannak — a klinikai gyakorlatban használhatónak fognak bizonyulni.

Gergely Lajos dr.

A Haemophilus influenzae antibiotikum érzékenysége. Williams, J. D. Andrews, J. (Dudley Road Hosp., Birmingham): Brit. Med. J. 1974, 1, 134–137.

A Haemophilus influenzae fontos légúti kórokozó és különösen jelentős szerepet játszik az akut és chronikus bronchitis aetiologiájában. A mikroba antibiotikum érzékenységére vonatkozó adatok nem egységesek, ezért meghatározták 68 légúti fertőzéstől kitenyésztett kultúra in vitro resistenciáját 15 antibiotikum, ill. chemoterápiás szer iránt. A vizsgálatokat Levinthal agaron végezték és az eredményeket a vérszintek alapján értékelték.

Valamennyi törzs érzékenynek bizonyult chloramphenicolra, ampicillinre, amoxycillinre és trimethoprimre. A sulfametoxazol egymagában kevésbé volt hatásos, de erősítette a trimethoprim aktivitását. Tetracycline a törzsek 12%-a resistensnek mutatkozott. A cephalosporinok közül legaktívabb volt a cephamandol és a cephalothin, a resistencia határán, vagy a resistencia tartományában helyezkednek el a cephaloridin, cephacetril és cephalixin gátló koncentrációi. Erythromycinre, rifampicinre és clindamycinre minden törzset érzékenynek találtak, lincomycinre gyakori volt a resistencia.

A laboratóriumi vizsgálatok és az eddigi klinikai tapasztalatok alapján a légúti H. influenzae fertőzések terápiájára elsősorban az ampicillin, trimethoprim-sulfametoxazol kombináció és a chloramphenicol alkalmas, de ugyanilyen kedvező hatás várható a nemrég forgalomba került, ampicillinhez hasonló amoxycillintől. A széles körben

használt tetracyclinek esetében gondolni kell resistens törzsek előfordulási lehetőségére, a cephalosporinok közül a parenterális készítményekkel érhetünk el megfelelő vérszintet. Az újabb antibiotikumok közül a clindamycin látszik kipróbálásra érdemesnek.

Füzi Miklós dr.

Streptococcus pharyngitis. J. H. Merenstein, K. D. Rogers. JAMA, 1974, 227, 1278–1282.

Kb. 100 000 új rheumás beteget diagnosztizálnak évente az USA-ban. A betegek 2/3-án figyelhető meg a betegség első jelei. Ezek fele fordul orvoshoz, kb. 50%-uk nem részesül megfelelő kezelésben.

Azonnali kezelésben részesítettek 62, különböző korú tonsillitises, pharyngitises, torokfájásról, nyelési fájdalomról panaszkodó, fájdalom nyirokcsomójú, subfebrilis, enyhe toxikus állapotban levő beteget, streptococcus aetiológiát tételezve fel.

Baktériumtenyésztéshez torokváladékot vettek le. A bevezetett azonnali kezelés során a betegek 50%-a placebót kapott, a többiek orális penicillin kezelést kezdtek. A tenyésztési lelet pozitívítása esetén valamennyien 10 napos penicillin kúrában részesültek, míg a negatív lelettel rendelkezők eredeti terápiájukat kapták tovább 72 óráig. Tíz nap eltelte után a betegek kontroll fizikális vizsgálatnak vetették alá.

A tenyésztési eredményt meg nem várva penicillin kezelésben részesültek sokkal gyorsabb javulást mutattak a 24 órával később elkezdett kezelési csoporthoz képest. A „teljes gyógyulás” állapota azonban lényeges időbeli különbséget nem mutatott a csoportok között. A pozitív tenyésztésű csoportból az azonnali penicillinnel kezelték láza az első napon már megszűnt. Nem mutatkozott ilyen különbség negatív tenyésztési lelet esetén.

A tapasztalatok nem támasztják alá a korai kezelés penicillin reakcióinak elméleti hátrányait. Miután pedig a felsőlégúti fertőzés, az akut pharyngitis a legbanálisabb betegségnek tűnik az elsődleges betegellátási gyakorlatban, a gondozó nővérek számára is fontos területet képviselnek. A szerzők a nővérek által felállított klinikai és bakteriológiai diagnózist az orvosokéval összehasonlítva, megbízhatónak találták.

Véleményük szerint Streptococcus pharyngitis esetén elvégzendők: 1. torokváladékból tenyésztés, 2. 24 órán belül penicillin kezelés, 3. pozitív tenyésztési lelet esetén 10 napos kúra folytatása, 4. jó általános állapot és negatív tenyésztési lelet esetén a kezelés felfüggesztése, 5. komoly klinikai panaszok esetén negatív lelet mellett is 10 napos penicillin kúra.

Rejtő Kálmán dr.

Trópusi medicina

A trypanosomiasis parazitológiai diagnosztikája. Doucet, J.: Médecine d'Afrique Noire, 1973, 20, 283—287.

Az álomkór Kelet- és Nyugat-Afrikában egyaránt endemiás betegség. A nyugat-afrikai trypanosoma gambiense okozta betegség általában krónikus, míg a T. rhodesiense fertőzés akut lefolyású.

A szerzők ezen beszámolóban ismertetik a trypanosomiasis parazitológiai kimutatásának direkt és indirekt módszereit.

Mind a direkt, mind az indirekt eljárások a betegség stádiumaihoz igazodnak. Eszerint a kórokozó *direkt* meghatározása történhet a primer bőrszcarificatióból, a ganglion cervicalis punctatumából, a vérből és a liquor cerebrospinalisból. Tenyésztésre a Tobie—Brandt táptalaj, festésre a May—Grünwald eljárás használatos.

Az *indirekt* módszereket összefoglalva felsorolják a *nem specifikus sejtreakciókat*: anaemia, hyperleucocytosis plasmocytosissal, monocytosissal, vacuolus érett plasmocyták, Mott sejtek megjelenése, a liquorban polynuclearis sejtek és vörösvértestek előfordulása, *nem specifikus serológiai változásokat* (plasma és liquor proteinek alakulása: vvt süllyedés, formológiai kicsepási vizsgálatok, Sia reakció, kolloidlabilitási próbák, liquorban Benjoin, Lange reakció, immunodiffúziós eljárás, immuno-elfo a serum proteinek kvalitatív és kvantitatív értékelésére), valamint a *specifikus serológiai reakciókat*: adhaerens reakciók, melyek a betegek vérében levő antitesteken alapulnak, a trypanosomák légzésének gátlása (megfigyelhető Warburg készülékkel), complement fixációs eljárás, praecipitációs reakciók, agglutinációs reakciók: trypanosomák, vörösvértestek, különleges sensibilizált szénrészecskék agglutinációja, latex részecskék agglutinációja; indirekt immunfluoreszcenciás eljárás.

Végül megállapítják, hogy a ganglion punctatum, a vér és liquor parazitológiai vizsgálata együttesen szükséges a trypanosomiasis diagnosztizálásához, a serológiai módszereknek pedig a betegség kifejlődésének vizsgálatában és a kezelés hatásosságának ellenőrzésében van különösen nagy jelentősége.

Sike Teodóra dr.

Az afrikai human trypanosomiasis (T. gambiense) cardiovascularis tünettana 187 eset kapcsán. Bertrand, E. és mtsai (Chaire de Clinique Médicale du. C. H. U. d'Abidjan, Service des Grandes Endémies de Côte d'Ivoire, de Haute-Volta): Médecine d'Afrique Noire, 1973, 20, 327—338.

A szerzők tanulmányozták a trypanosoma human formájának cardiovascularis tünettanaát az abid-

jani egyetemi klinikán kezelt 187 beteg adatai alapján. A trypanosoma gambiense esetében eddig ritkán figyeltek meg cardiovascularis elváltozásokat, leggyakoribbak ezek az amerikai trypanosomiasisban, vagy Chagas betegségben.

A tanulmányozott beteganyag nem szerinti megoszlása: 139 azaz 71% férfi, 53 azaz 29% nő. Az átlagos életkor 24,6 év. Minden betegnél elvégezték a szükséges fizikális, EKG, röntgen, valamint haemodinamikai vizsgálatokat. A trypanosoma valamennyi esetben kimutatható volt, ganglionokban, vérben, liquorban egyaránt.

A betegség *klinikai* tünettanaival kapcsolatos megfigyeléseik: palpitió 9%, praecordialis atypusos fájdalom 6%, dyspnoe 16% gyakorisággal volt észlelhető. Szívzöreje 21%-ban, gyorsabb ritmus 32, lelassult ritmus 38%-ban volt megfigyelhető. A hypersomniás stádiumban általában szabályosan lelassult, a terminális stádiumban erősen felgyorsult ritmussal észleltek. Az arteriális tensiót gyakran emelkedettnek találták, a pulzus általában deprimált volt. Serosus pericarditist 3 esetben, endomyocarditist egy esetben figyeltek meg.

Radiológiai jelek: a szív nagysága 44,9%-ban normális, 33,8%-ban megnagyobbodott, 21,1%-ban kisebb volt.

EKG tünetek: negatív T hullám 85%, alacsony feszültség 8%, balkamrai hypertrophia jelei 9%, extraszistolék 5%, vezetési zavar 8%-ban volt található. A vezetési zavarok (2 betegen jobb szárblock, 3-nál auriculo-ventricularis block) corticoid adására gyorsan visszafejlődtek. Az egyik vezetési zavar következtében meghalt beteg szívének szövettani vizsgálata a His-kötegben és szívizomzatban histolympocytás beszűrődést, valamint fibrosist mutatott. Úgy tűnt a *mechanocardiographiás* vizsgálat elvégzésekor, hogy ez érzékenyebb a myocardialis elváltozásokra. Az anomáliák főként a praeejección fázisban mutatkoznak, amely megnyúlt, és elhúzódozó isometriás contractiók észlelhetők.

A 22 elhalton végzett *pathológiai* vizsgálat többségben kicsi szívet (145—210 g) mutatott, a szövettani elváltozások többnyire fibrosisba átmenő gyulladáshoz jutottak. Az arzén-encephalopathiás esetekben nincsenek a cardiovascularis tünetek előtérben. Viszont a trypanosomiasissal járó cardiovascularis elváltozások általában súlyosak, és gyakran okozzák a betegek halálát.

Sike Teodóra dr.

Az afrikai human trypanosomiasissal kapcsolatos májelváltozásokról. Le Bras, M. és mtsai (Clinique Médicale du. C. H. U. d'Abidjan): Médecine d'Afrique Noire, 1973, 20, 343—353.

A tanulmány első részében 3 infectiós májártalom képében jelent-

kező trypanosomiasist ismertettek, majd a klinikán kezelt elefántcsontparti és felső-voltai betegek klinikai, laboratóriumi, laparoscopiás, szövettani és pathológiai adatai alapján részletesen elemezték a trypanosomiasis májelváltozásokat.

A három hepatitis infectiosa gyanúval beutalt fiatal (30—35 év) beteg esete mutatja, hogy a hepatitis vagy más betegség maszkjában jelentkező trypanosomiasis felismerése rendkívül nehéz.

A trypanosomiasis máj részletes vizsgálatát 30 esetben végezték el (21 férfi, 9 nő). Subjectív tünetet, jobboldali hypochondriális fájdalmat 4 alkalommal észleltek. Fizikális vizsgálattal a máj 13 esetben volt nagyobb, 17 esetben normális nagyságú, consistentiája 3-ban tömött, 27-ben normális volt. Enyhe icterust 4 alkalommal, oedemát 6 esetben észleltek. Adenomegáliát 24, lépnagyobbodást 20 betegen találtak. A laboratóriumi vizsgálatok közül a prothrombin érték csökkent, a serum albumin ugyancsak csökkent, a SGOT érték enyhén fokozott, a flocculációs reakciók enyhén pozitívak voltak.

A laparoscopiás eredményeket 21 betegen értékelték, 5 alkalommal a máj csaknem normális, 6 esetben fibrines összenövés, diszkrét peritonealis beszűrődéssel, 8-szor subcapsularis infiltratio, 4-szer fibrosis volt megfigyelhető.

A histológiai vizsgálat rendszerint a mesenchyma és parenchyma együttes érintettségét mutatta. A mesenchymában portalis és sinusoidalis mononuclearis infiltratiót, valamint Kupffer sejt hyperplasiát észleltek 22 esetben, parenchymalis cellularis károsodást 15 esetben, egyéb anomalia, mint sinusoid ecstasia 6 alkalommal volt megfigyelhető a biopsiás leletek alapján.

A szerzők megállapítják, hogy a trypanosomiasis domináló hepatikus tünetekkel járó alakja nagyon ritka. A máj szövettani és biológiai elváltozásai csak ezekben az esetekben észlelhetők tartósan a betegség tartama során. A trypanosomiasis májanomáliák egyébként diszkrét, klinikai laboratóriumi és szövettani szempontból egyaránt.

Sike Teodóra dr.

A trypanosoma gambiense okozta afrikai trypanosomiasis kezelésének szempontjai. Rive, J. és mtsai (Service de Médecine Sociale et de Clin. Med. du. C. H. U. d'Abidjan): Médecine d'Afrique Noire, 1973, 20, 379—387.

A szerzők a beszámoló első felében a trypanosomiasis jelenlegi kezelési lehetőségeiről, majd az Abidjan-i klinikán és később ambulánsan figyelemmel kísért 112 betegen alkalmazott therapiás eredményekről és károsodásokról adnak tájékoztatást.

A Lomidine-Pentamidin alkalmazása 4%-os solutióban, 4 mg/kg napi adagban főleg a betegség első szakaszában, a generalizálódás ide-

jén hatásos. Im. adása rendkívül fájdalmas és gyakran syncopét okozott. Majd az arzén-készítmények részletes ismertetése következik. A *Trimelarsan* néven ismert *tryparamide* készítmény jól hat az idegrendszeri laesiókra, de trypanocid hatása kétséges. Az *Arsobal* 0,5–3 mg/kg napi dosisban iv. injectio formájában használatos. Az inj. beadása után 5 óra fektetés szükséges. Antihistaminikumok, valamint B. A. L. antitoxikus készítmény együttes adása szükséges. A kúra tartama alatt tej-diéta szigorú betartása ajánlatos. Részletesen tárgyalják az *Arsobal* toxikus mellékhatásait, melyek már az első inj. beadása után jelentkeznek hányinger, szédülés, majd oliguria, albuminuria, erythemák, purpurák, végül a 3–15 nap között kifejlődő vasomotoros zavarok, arzén-encephalitis alakjában.

A *Moranyl* nevű készítményt is megemlíti, melynek adása előtt az albuminuria keresése a vizeletben elengedhetetlen és tryparsamiddal együtt alkalmazható.

Az abidjani egyetemi klinikán mellékhatásai ellenére az *Arsobal* bizonyult a leghatásosabbnak. A haemo-lymphaticus fázisban adva komoly therapiás károsodás nem történt. Bevezetése előtt lényeges a vérkép, liquor, vizelet (albumin, üledék) alapos vizsgálata, részletes parazitológiai vizsgálat, ezenkívül EKG és mellkas rgt.

A bevezető nem specifikus kezelés minden esetben corticoid adásával történik 1 mg/kg, majd 0,75 mg/kg és 0,50 mg/kg napi adásával, mindegyik adag 3 napon keresztül.

Ezután a speciális kezelés következik *Arsoballal*, mindig promethazin inj. kíséretében.

A liquor sejt számától függően adagolják az *Arsobal*: 20 sejt alatt összesen 3 inj., napi 1. 20–80 sejt között: 2 szériában 3–3 inj., közte 1 pihenő héttel, 80 feletti sejt számánál 3 szériában 1–1 pihenő hetet közbe iktatva történik 3×3 inj. adása.

A therapiás eredmények 112 betegre vonatkozólag a következők alakultak: 61 (54,4%) gyógyult; 29 azaz 25,8% kezelés alatt, a gyógyulás útján; 11 azaz 9,8% meghalt; 11 azaz 9,8% arzén-resistens.

A 11 halálesetből 5 trypanosomiasis következtében, 6 azaz 5,3% arzén-encephalitis miatt történt. Az *Arsobal-corticoid* kezelés után 4 kontroll vizsgálatot végeztek a betegeken a liquor sejt számára és fehérvérjére vonatkozólag. A sejt számot kezelés után 4,8%-ban találták emelkedettnek.

Megállapítják, hogy az *Arsobal* ugyan rendkívül aktív gyógyszer, de nagyon veszélyes. Azokban az esetekben, ahol még sem klinikai, sem laboratóriumi jelei nincsenek az idegrendszeri károsodásnak, eleendő a *Lomidine* adása. Csak a kezelés eredménytelensége esetén ajánlatos az *Arsobal*-t alkalmazni.

Sike Teodóra dr.

Endocrinologia

Endocrin factorok hatása a táplálék felvételére. Bray, G. A. (Department of Medicine, Harbor General Hospital, Torrance, California 90 509.): Federation Proceedings 1974, 33, 1140–1145.

A *hypothalamus* szabályozó szerepét röviden összefoglalva a szerző megállapítja, hogy a *hypothalamus* ventromedialis magcsoportja a táplálékfelvételt többnyire gátolja, a lateralis magcsoport stimulálja. Ennek megfelelően az előbbieket ingerlése hypophagiát, az utóbbiaké hyperphagiát okoz.

A *hypophysis* szerepére utal az a tény, hogy hypophysectomisált állatokon a ventromedialis *hypothalamus* (VMH) laesiója után a normál állatokon bekövetkező hyperphagia és obesitas nem jön létre.

A *növekedési hormon* hatása nagymértékben függ az állat nemétől és korától. Pl. hím patkányon jobban fokozza a táplálék felvételt, mint nőstényen, szopós állatokra nem hat.

A *glycocorticoidok* hatása nem egyértelmű. Hypercorticisumban hyperphagia és obesitas következik be, de ua. a mellékvesék kiirtása nem befolyásolja a VMH laesio utáni hyperphagiát és hizást.

A *catecholamin* túlproductio nem befolyásolja a táplálék-felvételt, de parenterálisan adott adrenalin csökkenti a táplálkozást. Adrenalin a VMH magvaihoz juttatva fokozott táplálék felvételt eredményez.

Az *insulin* hypoglycaemiát okozva és ezáltal a LH magvait ingerelve hyperphagiát okoz. Glucose adásával, ill. a lateralis *hypothalamicus* terület laedálásával az insulin hatás kivédhető. Az insulinnak szerepe van a VMH laesióját követő obesitas kialakulásában is, amit az bizonyít, hogy diabeteses állaton a laesiót követően nem alakult ki obesitas.

A *glucagon* adás hatására a táplálék felvétel és a testsúly szignifikánsan csökken, de lehetséges, hogy ebben szerepe van a glucagon gyomor-bél peristalticát csökkentő hatásának is.

Az *oestrogenek* hatásával kapcsolatos az a megfigyelés, hogy nőstény patkányok oestrus ciclusának megfelelően változik a táplálék felvétel is. Castratio után és a terhességben a periodicitás megszűnik, de oestradiol adva ismét megjelenik. Progesteron a folyamatot nem befolyásolja. A szerző feltételezi, hogy az oestrogenek a *hypothalamus* catecholamin szintjének befolyásolása által hatnak a táplálék felvételére.

Szigeti Ágnes dr.

Az energia egyensúly és táplálék felvétel hypothalamikus szabályozása. Panksepp, J. (Department of Psychology, Bowling Green State University, Bowling Green, Ohio 43 403): Federation Proceedings 1974, 33, 1150–1165.

A testsúly állandósága mintegy indikátora a táplálék felvétel és energiaegyensúly szabályozásának. A szabályozás alapja az anyagcsere hatása az idegrendszerre és ennek visszahatása a táplálék felvételre.

Melyek azok a tényezők, melyek az idegrendszeri központokat befolyásolják? 1. az étkezés után közvetlenül bekövetkező — rövid ideig tartó — gátló hatású telítettség érzés, 2. a tartós hatású tápanyagellátottság, 3. a felvett táplálék íz kvalitása.

Melyek azok az idegrendszeri központok, ahol ezek a tényezők hatnak? 1. ventromedialis *hypothalamus*, (VMH), melynek laesiója után hyperphagia, majd obesitas alakul ki. Ezt a központot elsősorban a szervezet és agyszövet tápanyagellátottsága befolyásolja. A szervezet zsírraktárai a se. FFA szint befolyásolása révén hatnak a VMH-ra. A szerző szerint a testsúly csökkentő gyógyszerek egyrésze is a se. FFA szint emelése útján rontja az étvágyat. Az essentialis aminosavak hiányos bevitelére is a táplálék felvétel reducióját eredményezheti. A szénhidrátok a VMH glucoreceptoraira hatnak. Eljutásukat a receptorokhoz az insulin segíti elő, és ez lehet egyik magyarázata az insulinhiányban észlelt hyperphagiának.

2. Lateralis *hypothalamicus* area (LHA), melynek laesiója hypophagiához vezet. Ezt az idegrendszeri központot a táplálkozás utáni teltségérzés és a felvett táplálék íz kvalitása befolyásolja. A jóllakottságérzés a LHA-ban is meglevő glucoreceptorokon keresztül hat és valószínű, hogy a nagy éhségérzetet keltő hypoglycaemia is itt fejti ki hatását.

A táplálkozás minőségi és mennyiségi változásai a *hypothalamus* megfelelő területein morphológiai és biokémiai elváltozásokat hoznak létre. Pl. a VMH neuronjainak nucleolusai megkisebbednek éhezés alatt, ugyanakkor a LHA területén nincs változás.

Milyen hatást gyakorolnak egymásra az egyes idegrendszeri központok? A VMH részben izgató, részben gátló hatást fejti ki a LHA-ra. Ezek a hatások külön úton jutnak el az effector területre és ezért létrehozható azok izolált sértése is. Az izgató hatás kiesésekor az állat indítékszegénnyé, lustává válik; de normális körülmények között rendszeren táplálkozik. Korlátozott táplálkozási lehetőségekhez azonban már nem tud alkalmazkodni, pl. éhezés után nem fokozza a táplálék bevitelét. A gátló hatás kiesésekor hyperphagia következik be. Korlátlan táplálkozás mellett például nem következik be az intact állatokon észlelt fokozatos táplálék felvétel csökkenés.

A szerző véleménye szerint a VMH-on és a LHA-n kívül más agyi struktúrák is befolyásolhatják a táplálkozást. Ezek egy része a *hypothalamus*ban van és a VMH-ra hatva a táplálék-felvétel stabiliz-

tását és cyclikus rhythmusát biztosítja. Más részük a hypothalamuson kívül helyezkedik el. Ilyen pl. a formatio reticularis, vagy a nigrostrialis rendszer, melyek sértése aphagiához vezet. *Szigeti Ágnes dr.*

A thyreotropin-releasing hormon (TRH) klinikai alkalmazása. Hershman, J. M. (Vet. Admin., Wadsworth Hosp. Ctr., Los Angeles): New Engl. Jour. Med. 1974, 290, 886.

Az 1969-ben szintetizált és több állat hypothalamusában kimutatott TRH fő hatása a hypophysis thyreotrop sejtjeinek membrán receptoraira hatva a ciklikus AMP növekedésével a TSH kiválasztása. A szintézist is fokozza, de ez csak másodlagos hatás. Intravénásan adva a TSH 15–30 perc múlva emelkedik, és értéke 1–4 óra alatt normalizálódik. 15–500 mikrogrammig dózisdependens a hatás. Ezt a hatást corticosteroid nagy adagban, hosszú időn át adva csökkenti. Cushing-kórban előfordul, hogy egyáltalán nincs reakció. Fokozza a prolaktin kidobást is, mégpedig gyorsan és kifejezettebben, mint a TSH-ét. 6–100 μg intravénás TRH adag adásakor a dózistól függ a válasz. A L-dopa mind a prolaktin, mind a TSH reakciót csökkenti.

A következő kórképekben használható fel diagnosztikusan. Hyperthyreosisban a reakció elmarad. A magas keringő T_4 és T_3 miatt ki sem mutatható az alap TSH és ilyen is marad. Néhány betegen észlelték, hogy a kezelés hatására történő T_3 csökkenés visszaállítja a választékosságot, még akkor is, ha a thyroxin szint magas maradt. A reakció elsősorban a T_3 serumszintjére érzékeny. A pajzsmirigy normofunkciójával járó Basedow-kór eseteinek kétharmadában ismeretes, hogy abnormális a Werner-próba, azaz a pajzsmirigy jódfelvételére nem suppressibilis T_3 -mal. Ezeknek az eseteknek legnagyobb része nem válaszol TRH-ra. Ez a teszt sokkal egyszerűbb, mint az izotóp jódfelvétel ismételt meghatározása és lehet, hogy hamarosan ki is szorítja. Ha ilyenkor normális vagy fokozott a TSH secretio TRH hatására, meg kell csinálni a Werner-tesztet, mert néhány közülük suppressio hiányt fog mutatni. Ilyen eset lehetséges, ha Basedow- és Hashimoto-kór együttesen fordul elő. Primer hypothyreosisban a magas bazális TSH-szintet túlzott reakció is kíséri. A TRH-próba azokban az esetekben hasznos, ahol a hypothyreosis klinikai képében nem volt egyértelműen magas a bazális TSH-szint. Göbös pajzsmirigy esetében a mirigy csökkentése érdekében sokszor pajzsmirigy hormont adnak. A TRH válasz direkt eszköz lenne annak megállapítására, mikor megfelelő a TSH secretio gátlása, de ezt még nem tanulmányozták eléggé. A Werner-próba nem eléggé jellemző e tekintetben. A TRH-próba alkal-

mas a hypophysis TSH tartalékának vizsgálatára. Secunder hypothyreosisban nincs reakció. A hypothalamus laesiójához csatlakozó hypothyreosis esetében viszont határozott a válasz, bár elhúzódó. Ilyen reakciót kaptak törpe hypothyreotikus gyerekekben. Valószínű, a növekedési hormont serkentő faktor is hiányos. Néhány euthyreotikus állapotú nem funkcionáló hypophysis tumoros beteg hiányos TSH rezervet mutatott. Még nem lehet tudni, hogy az ilyen betegeken később hypothyreosis lép-e majd fel. Mindenesetre helyes az ilyen reakciókat mutatókat pajzsmirigy hormonnal kezelni. Normális pajzsmirigy funkcióval járó akromegáliában gyakran nincs reakció.

Eleinte úgy gondolták, hogy a hypothalamus releasing factorai speciálisak egyes hypophysis hormon tekintetében. ATSH és a prolaktin együttes kiválasztása ellentmond ennek. A LH és FSH emelkedése is együttesen történik. Normálisan a TRH nem emeli a növekedési hormont, de akromegáliások nagy részében és veleszületett hypothyreosisban igen. Magyarázat lehet, hogy nagy koncentrációban képes aktiválni a növekedési hormont termelő sejteket, illetve a daganatos sejtek receptora elveszti specificitását. Az is lehetséges, hogy a specificitás a metabolizálás kapcsán változik meg. A TRH felhasználható lenne akkor, amikor funkcionáló pajzsmirigy carcinoma hatásos izotóp kezelése érdekében TSH stimulációra van szükség. Eddig ez borjúmirigyből származó TSH-val volt lehetséges, ami többször allergiás, sőt anaphylaxiás reakciót is okozott. Megfigyelték, hogy a hypophysectomizált állat agyára stimuláló a TRH. Ilyen alapon próbálták depressziós betegeknek adni. Átmeneti javulást láttak tőle. Most nagyobb beteganyagon folytatódik a vizsgálat. A TRH vagy hasonló anyag helyet találhat a depresszió kezelésében.

Az a vélemény, hogy a TRH diagnosztikus és egyéb felhasználásának helye most van kialakulóban.

Gyulai Ernő dr.

TSH-stimulatio kis dózisokkal az autonom adenoma kórismézésében. H. G. Heinze és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 1236–1239.

A scintigráfias vizsgálattal decompensálnak tartott autonom adenoma 26 esetében a TSH-próba elvégzésekor $2 \times 2,5$ I. E. TSH-t adtak i. m. (Thyrostimulin Organon, 1 amp.: 30 I. E., 300 tengerimalac-egység), s az inj. adása előtt és után elvégezték a következő vizsgálatokat: ^{131}I -felvétel és -tárolás, színes scintigráfia, a beütés-szám meghatározása az autonom adenoma és a paranodularis pajzsmirigy rész fellett, serum thyroxin-szint. A kapott leleteket összehasonlították azon 43 beteg vizsgálati eredményeivel, akik a fenténél nagyobb adagú TSH-t

kaptak: 2×5 , 3×5 vagy 3×10 I. E.-t

Azt találták, hogy a ^{131}I -tárolás független a TSH dózistól, vagyis már a $2 \times 2,5$ I. E. is maximális stimulációt váltott ki. A scintigráfias vizsgálat során a paranodularis pajzsmirigy rész $2 \times 2,5$ I. E. TSH paranodularis pajzsmirigyszövet után is minden esetben ábrázolódt; ami az autonom adenoma és a beütés-viszonyát illeti, ez 100:11%-ról 100:49%-ra emelkedett, az adenoma feletti beütés-számot 100%-nak véve. Eszerint a diagnosztikus biztonság 100%-osnak mondható. Nagyobb TSH adagok nem eredményeztek erőteljesebb stimulációt. A serum thyroxin-szintje $2 \times 2,5$ I. E. TSH után az esetek $1/6$ -ában emelkedett hyperthyreosisnak megfelelő magasságra, nagyobb adagú TSH után ugyanakkor a pajzsmirigyhormon-szint ilyen mérvű emelkedését az esetek felében mutatták ki. Világos tehát, hogy a pajzsmirigy-túlműködés provokálásának a veszélye jelentősen csökken, ha kis TSH-adagokat alkalmazunk.

A szerzők állítása szerint az exogen TSH az adag nagyságától függő mértékben nemcsak a pajzsmirigy paranodularis részében, hanem magában az adenomában is fokozza a hormon-synthesist és -kiválasztást.

A TSH-próba kockázata tehát kis TSH-dózissal csökkenthető, anélkül, hogy a vizsgálat veszítene diagnosztikus értékéből. Ezért a szerzők ellenzik a $2 \times 2,5$ I. E.-nél nagyobb adagú TSH adását, sőt véleményük szerint a $2 \times 2,5$ I. E. tovább csökkenthető $2 \times 1,5$ I. E.-re.

Katona András dr.

A glucagon-kiváltotta insulin válasz diagnosztikus használata. Insulinomás, ill. más eredetű hypoglycaemiás betegeken végzett vizsgálatok. Kumar, D. és mtsai (Dept. Med., Diabetes Sect., Sch. Med., Univ. So. Calif., Los Angeles, Calif.): Annals of Internal Medicine 1974, 80, 697–701.

Kívülről bevitt glucagon stimulálja a glycogenolysist és a glyconeogenesis, emeli a vércukorszintet, fokozza az insulin-secretiót. Kézenfekvőnek látszik, hogy a glucagon-kiváltotta insulin válasz nagyságának mérése segítséget nyújthat az insulinomás, ill. más eredetű hypoglycaemiák differenciál diagnosztikájában.

Reggel éhgyomorral egy mg glucagon gyors intravénás beadása után 3–5 perccel vizsgálták a plasma insulin-koncentrációját 60 perccel át 28 egészséges felnőttben; 7 insulinomás betegben; 20 betegben, akiken a glucóse-terhelés után jelentős fokú reaktiv hypoglycaemiát észleltek; valamint 9 különböző egyéb aetiológiájú hypoglycaemiás betegen (hepatoma, májcirrhosis, alkoholizmus, stb.).

Egészséges felnőttekben glucagon adását követően a vércukor szintek

átalga 79-ről 140 mg⁰/₁₀₀-ra emelkedett, a plasma insulin koncentrációk átlaga pedig 9-ről 61 μU/ml-re. Az insulin szint csúcsa a beadást követő 3. és 15. perc között volt, és nem haladta meg a 100 μU/ml értéket. Hasonló eredményeket kaptak a nem insulinomás hypoglykaemiás betegeken.

Műtétet igazolt insulinomás betegek műtét előtti vizsgálatakor azt találták, hogy az éhezési vércukorszint 50-ről 99 mg⁰/₁₀₀-ra emelkedett glucagon adására, az insulin szintek 2–62 μU/ml-ről 138–343 μU/ml-re emelkedtek. A plasma insulin szint csak rövid időre emelkedett, a csúcs megjelenésének időpontja igen változó volt, a 3. és 30. perc között volt észlelhető. Egy betegüktől csak 15 percnél vettek vért, valószínűleg ezzel magyarázható, hogy a legmagasabb mért insulin koncentráció nem haladta meg az egészségesek csúcs-értékének felső határát, a 100 μU/ml-t. Sikeres műtét után a glucagonra adott insulin válasz is normalizálódott.

Kövér, ill. tolbutamidval kezelt betegeken tévesen pozitív lehet a teszt (insulinomára utaló magas insulin csúcs). Téves negatív (egészségesekre jellemző insulin válasz) észlelhető viszont diazoxidval, hidroklorothiaziddal vagy diphenylhydantoinnal kezelt insulinomás betegeken.

A glucagon kiváltotta insulin válasz vizsgálatával tehát elkülöníthető a funkcionálisan insulinomák egyéb eredetű hypoglykaemiás állapotoktól, ha 1. elég sűrűn történik vérvétel, 2. a reakciót befolyásoló gyógyszerek adását abbahagyjuk a vizsgálat előtt néhány héttel. A vizsgálat veszélytelen, alig van mellékhatása. Glucagon beadása után egy órával a betegek ismét ehetnek, így nem jön létre olyan veszélyes fokú hypoglykaemia, mint amilyen az insulinoma felderítésére eddig használt provokációs teszteknel előfordulhat (tolbutamid-teszt, leucin-teszt).

Sólyom János dr.

Glucagon-stimulációs próba: a plasma növekedési hormon, immunoreaktiv insulin, cortisol és glucose szintjére kifejtett hatása gyermekeken. Vanderschueren-Lode-Weckx, M. és mtsai (Dept. Pediat., Katholieke Universiteit Leuven, Belgium): *J. Pediatrics* 1974, 85, 182–187.

Számos beavatkozásról mutatták ki, hogy a növekedési hormon (STH)-release fokozódására vezetnek (insulin-hypoglykaemia, tolbutamid-infúzió, glucose-terhelés késői fázisa, arginin-infúzió, testmozgás, elalvás). A hypophysis STH termelési képességének kimutatására általában használt arginin-infúzió technikailag nehezen kivitelezhető, az insulin-hypoglykaemia pedig veszélyes lehet.

A szerzők megvizsgálták egy újonnan leírt módszer, a glucagon

stimulatio használhatóságát gyermekeken. 0,1 mg/kg glucagon i. m. adása után 30 perccel egészséges gyermekekben a vércukor-szint emelkedésével párhuzamosan jelentősen nőtt a plasma insulin szintje. A 60. perc után a vércukor szint esése volt észlelhető, amit az STH-koncentráció emelkedése követett a 120. percben. Ezután nőtt a cortisol-szint is (150. perc).

Az STH-görbe csúcserőke (általában a 120., ill. 150. percben) az egészségesekével egyező volt kisélekdedve növekvő gyermekekben, primordiális törpékben, chondrodystrophiásokban, valamint Laurence-Moon-Biedl-szindrómában és pseudohypoparathyreoidismusban. Hypopituiter gyerekek STH szintje nem emelkedett glucagon adására. Thyroidea-zavarban, ill. coeliakiában normális és subnormális reakciót is észleltek.

A hypopituiter betegek glucose és insulin plasma-koncentrációja ugyanúgy nőtt glucagon adása után, mint az egészségeseké.

A glucagon-adást követő STH csúcserőke (29,5 ± 2,8 ng per ml) magasabb volt, mint ugyanezen gyerekek csúcserőke insulin-adás után (13,7 ± 1,7 ng per ml).

A glucagon-tesztet 80 gyermeknél végezték el, ezek közül csak 20-on észleltek enyhe, átmeneti, spontán elmúló panaszokat (hányinger, hányás, hasi fájdalom).

Ezen eredmények szerint a hypophysis STH-termelő képességének megállapítására a glucagon-teszt egyszerűbb és veszélytelenebb az eddig alkalmazottaknál. Megfelelő dózisu glucagon adása után végzett ismételt vérvételekkel (90., 120., 150. perc) érzékeny és megbízható funkcionális próbának látszik.

Sólyom János dr.

Csökkenet renin-aktivitás sekunder hypoaldosteronizmussal. Ved. V. Gossian és mtsai (Department of Internal Medicine University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati.): *Archives of Internal Medicine* 1973, 132, 885–890.

Primer hypoaldosteronismus létezését Conn tettezte fel 1956-ban és 1957-ben Hudson írta le az első beteget. A normális cortisol-szint mellett csökken az aldosteron elválasztás, symptomás hyperkaliaemia és szívritmus-zavarok jelentkezhetnek főleg fokozott aldosteron-secretiót igénylő állapotokban, pl. sóhiányos táplálkozás esetén.

Két betegük részletes körlefolysát közlik. Vizsgálták a betegek Na⁺- és K⁺-háztartását alacsony és magas sótartalmú diétán, a sóhiányos periódus végén fludrocortison-acetát adásával határozták meg a vese reagálóképességét a mineralocorticoidra. Mérték a plasma-renin aktivitást, az aldosteron-secretiós rátát, az adrenalin-, noradrenalin-, vanilyl-mandulasav-, 17-ketosteroid-, desoxycorticosteron-,

corticosteron-ürítést és a plasma cortisol és aldosteron szintjét.

Mindkét esetben normális cortisol-functio mellett az aldosteron secretio alacsony volt és nem emelkedett sóhiányban, ez renalis só-vesztéssel és hyperkaliaemiával járt. Fludrocortison normalizálta az elváltozásokat, tehát a vesetubulusok reagálóképések. A betegek vese-functioi normálisak voltak.

Mindkét esetben alacsony volt a plasma renin aktivitása. Ez ellentétet a várttal a renin-angiotensin rendszer és az aldosteron secretio ismert viszonya miatt. ACTH és angiotensin infusio hatására fokozódott az aldosteron-secretió, ez kizárta a primer corticalis eredetű hypoaldosteronismus fennállását és a renin-angiotensin rendszer primer zavarára utalt. Hogy a hyperkaliaemia miért nem stimulálta az aldosteron-termelést nem tisztázott, talán a chronikus aldosteron hiány nagyobb stimulust jelent, mint a hyperkaliaemia, vagy az angiotensin-II. az aldosteron biosynthesis korábbi fázisára hat, mint a kálium.

Az alacsony plasma renin aktivitás oka nem tisztázott. Szerepet játszhat az abnormális afferentatio a vesék felé, az alacsony renin-productio sejt-szinten, az insufficiens, vagy abnormális renin-substrát, vagy a rendszer valamelyik pontján érvényesülő gátlás. Hypoaldosteronismus előfordulhat ölomérgezésben, a plasma renin aktivitást gátolja kálium-terhelés és heparin adás, eseteikben ezeknek a szerepe kizárható volt.

Kálló Kamil dr.

A cortisol-szint és a cortisol-kötés jellegzetességével „cushingoid” szindrómás lányokban. Krawczuk, A és mtsai (Inst. Obstet. Gynecol., Med. Acad. in Bialystok, Poland): *Endokrinologie* 1973, 62, 350–358.

13–24 éves cushingoid alkatú lányokat vizsgáltak azon célból, hogy tisztázzák, kövérségük és egyéb tünetek (holdvilág arc, hasi striák, stb.) visszavezethetők-e fokozott corticosteroid hormon secretióra. A competitiv fehérje-kötéses módszerrel végzett vizsgálatok szerint plaszmájuk össz-cortisol szintje normális volt, cortisol kötő kapacitását azonban alacsonynak találták. A 12 betegből 8-ban a koruknak megfelelő értéknel alacsonyabb oestrogen ürítést észleltek a vizeletben.

Ismertes, hogy oestrogenek fokozzák a plasma transcortin szintjét, ezért betegeiket 10 napon át stilboestrol kezelésben részesítették, ami a cortisol kötés kapacitás növekedésére vezetett. Véleményük szerint a cushingoid alkatú lányok egyrészt oestrogen secretio elégtelensége a transcortin szint csökkenésén és a szabad cortisol szint emelkedésén át vezet elhízásra, így oestrogen kezeléstől az állapot javulása várható.

Sólyom János dr.



A plasma aldosteron koncentráció rendhagyó reakciója testhelyzet változtatásra aldosteront termelő adenómák esetében. Ganguly, A. és mtsai (Endocr. Div., Dept. Med., Stanford Univ., Calif.): J. clin. Endocr. Metab. 1973, 36, 401—404.

Egészséges emberre jellemző, hogy fekvő helyzetből felállva fokozódik plasma aldosteron koncentrációja. Ugyanez észlelhető essentialis hypertoniában, ill. bilaterális mellékvesekéreg hyperplasiával járó hyperaldosteronizmusban. Ezzel szemben 9 unilateralis mellékvese adenomával bíró betegből 7-ben a magas nyugalmi aldosteron szint kifejezetten esett függőleges testhelyzet felvételekor. A megfigyelés elősegíti a hyperaldosteronizmusos betegek differenciáldiagnosztikáját.

Sólyom János dr.

Pasqualini-syndroma („fertilis eunuchoidismus”). Hornstein, O. P. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 1907.

E ritka kórkép 5 esetét mutatják be, 3 veleszületetten, 1 feltehetően pubertás-zavar kapcsán, 1 pedig posttraumásan alakult ki. Mind-egyiknél feltűntek a túl hosszú végtagok, a széles medence, a bitrochanter átmerőknek a biacromialist meghaladó volta, a has alján és a csípőkön levő zsírszövet megnövekedése (kettőnél lipogynaecomastia is fennállt), a sápadt bőrszín, szakállatlan, ráncos arc. A szőrzet általában hiányos volt, az izomzat hypoton, a hang gyermekesen magas. A penis hypoplasiás, a herék viszont normális-subnormális térfogatúak; prostata és ondómirigyek alig tapinthatók. Két betegnél maximális oligospermia. Karyogramm mind-egyiknél 46/XY. A herebiopsiás képeken spermatogenesis észlelhető, a spermatoocytá stádiumig a szokott jelleggel és intenzitással, onnan lelassulva, de ondósejtek is feltűnnek. Leydig-féle interstitiális sejtek viszont csak szórványosan észlelhetők a tubulusok közt. A plasma radioimmun vizsgálata a FSH—ICSH viszony olyan eltolódását mutatta, mely a praepuberalis fejlődési stádiumban észlelhetőhöz hasonlított. Az LH/ICSH—RH-tesztek (synthetikus LH-releasing hormonnal) eredménye szerint az eltérés hypothalamikus, nem pedig hypophysar alapra utal, mivel 100 μ g LH/ICSH—RH iv. adása után bőven és azonnal ürült ICSH. A negyedik betegnél puberalis átmeneti fejlődési zavar látszott a syndromát indokolni, pubertás retardata szerepelt; az ötödiknél (postpuberalis korban) agyi trauma után alakult ki a kép, felvetve azt a lehetőséget, hogy az ICSH—hiány, kiesés trauma következményeként is jelentkezhet.

Molnár Jenő dr.

Az agy térfogata acromegáliában. Encephalographiás tanulmány. C. Radberg (Regionsjukhuset, Univer-

sity of Linköping, Sweden): Acta Radiologica Diagnosis 1974, 15, 113—133.

Az endocrin betegségeknek a központi idegrendszer morfológiájára való kihatásait kevéssé ismerjük. Erre irányuló radiológiai vizsgálatok alig történtek eddig. A szerzőnek feltűnt, hogy acromegáliások pneumoencephalogramján az agykamrarendszer kiterjedése kisebb, mint normális esetekben. Ezért 30 acromegáliás, 34 chromophob adenomás beteg és 52 kontrollként szereplő egyén pneumoencephalogramján összehasonlító méréseket végzett. A nyert adatok statisztikai elemzése kimutatta, hogy acromegáliás betegek agykamrarendszere csökkent térfogatú, az agyfélzsin barázdái sekélyebbek, mint a kontroll esetekben. Még kifejezettebb ez az eltérés a chromophob-adenoma esetekkel összehasonlítva, melyek viszonylag gyakran járnak kérgi atrophíával. Ezek az eredmények bizonyítják, hogy acromegáliában az agy parenchyma állománya megnő. A hagyományos szövettani vizsgálóeljárásokkal eddig nem sikerült az agyban acromegáliával kapcsolatba hozható elváltozást kimutatni. Ezért az egyéb szervekben kialakuló splanchnomegaliához hasonló módon az agyállomány gyarapodása nem értelmezhető. A közlemény beküldése után sikerült kimutatni Westermark-nak és munkatársainak, hogy a nemrégiben izolált somatomedin B nevű részben tisztított humán növekedési hormon szövettenyésztésben stimulálja a gliasejtek DNA synthesisét. Ezen adat ismeretében elképzelhető, hogy acromegáliában a glia felszaporodása okozza az agyállomány növekedését.

Gyakorlati jelentőségű az a feltevés, hogy az agyállomány növekedése okozhatja az acromegáliásokat gyakran kínzó, állandó fejfájást. Ezt korábban elsősorban hypophysis-adenoma kiterjedésével, környezetére gyakorolt nyomásával magyarázták, ez azonban nem helytálló. Az agyállomány encephalographiával kimutatható növekedése műtéti vagy sugárkezelés javallata lehet a kínzó fejfájás enyhítésére és a kérgi atrophia megelőzésére. Ezzel kapcsolatos rendszeres vizsgálatok még nem ismereteselek.

Laczay András dr.

Clofibrat a centralis diabetes insipidus kezelésében. Oster P., Raetzer, H., Schlierf, G. (Heidelberg, Belklinika): Deutsche med. Wschr. 1974, 99, 1564.

A diabetes insipidus injekciós kezelését a betegek nehezen tűrik. A szippantóporok használatakor localis kellemetlenségek lépnek fel, tekintettel a vasopressin rövid felezési idejére és arra, hogy emiatt nagy dosisokat kell alkalmazni, amelyek az orr nyálkahártyán vasoconstrictiót és következményes

zavarokat okoznak. A betegség kezelésében kipróbált diuretikumok és chlorpropamid elektrolyt-háztartási zavart és hypoglykaemiát okoznak. Ezért keresnek egyre újabb anyagokat a betegség kezelésére. A Clofibrat (Atromid S, Miscleron) bizonyult hatásosnak egyes diabetes insipidus esetekben.

A szerző három olyan esetéről számol be, ahol a diabetes insipidus mellett pre-beta-lipoprotein szaporulatot (Fredrickson-féle IV. típus) találtak. Ebben szerepet tulajdonít a túl nagy mennyiségű CH-tartalmú folyadék-felvételeknek is.

A betegek insipidusa fiatalon kezdődött és centralis típusúnak tartották. $3 \times -4 \times 0,5$ g clofibratra a vizeletmennyiségek feleződtek s a lipoprotein-tűkőr is normalizálódott.

Röviden érinti a szer feltehető hatásmechanizmusát: fokozott ADH-áramlás a nucl. supraopticusból, amit a fokozódó renális ADH-kiválasztás bizonyít. Totalis centralis ADH-képzési hiánynál (pl. genetikusan nucl. supraopt. defektus) a szer hatástalan.

Ha a betegek clofibratra nem reagálnak kellőképpen, úgy sószegény diétával, diureticumokkal (pl. hydrochlorothiazid) egészíthető ki a kezelés.

Hankiss János dr.

Az osteoporosis aetiologiája. A parathormon szerepe. G. M. Berlyne és mtsai: JAMA, 1974, 229, 1904—1905.

Ma még a senilis osteoporosis oka ismeretlen, bár vannak adatok a mellékpajzsmirigy esetleges kóros működésére. A szerzők vizsgálat sorozatukban a vér mellékpajzsmirigy hormon szintet, serum carbamid nitrogent (CN) és a morfometrián mért osteoporosis nagyságát hasonlították össze. A vizsgálatokat önkéntes fiatal egészséges csoporton és idős, jelentősebb betegségben nem szenvedő szociális otthon lakókon végezték. Az előbbi csoportban 10 fő volt 18,5 év átlagos életkorral (7 férfi, 3 nő), míg az utóbbiban 16 idős egyént vizsgáltak 76,8 év átlagos életkorral (7 férfi, 9 nő). A röntgen-vizsgálatot standard körülmények között végezték és az ún. „terület arányt” a bal 2. metacarpuson mérték a $(T^2 - M^2) : T^2$ képlet szerint, micrometer segítségével. T-vel jelölték a metacarpus középrészének milliméterben mért szélességét és M-mel az ugyanitt mért csontvelői szélességet. A parathyreoidea hormont (PTH) radioimmunológiai módszerrel határozták meg.

Megállapították, hogy a PTH az időskorúak csoportjában szignifikánsan ($p \leq 0,0005$) magasabb a fiatal csoporthoz képest. A területi arányszámmal kifejezett osteoporosis ugyancsak jelentősen kifejezettebb az idős csoportban ($p < 0,00025$), valamint ugyanebben a csoportban a CN is szignifikánsan magasabb ($p < 0,005$). A PTH szint

magasságával kapcsolatban megjegyzzük, hogy hasonló szintű, mint a tartós dialysis kezelés alatt álló osteodystrophiások PTH koncentrációja.

Időskorban az atrophizáló nephronok miatt csökken a glomerulus filtrációja és az az egészségesekhez képest lényegesen magasabb \overline{CN} szintet eredményez. Azt már régebben bizonyították, mind fiatalokon, mind állatkísérletekben, hogy a vese-functio csökkenése parathyreoidea hyperfunctiót eredményez. A szerzők úgy vélik, hogy vizsgálataik során indirekt bizonyítékát nyújtják annak, hogy az időskori osteoporosisban fokozott a PTH aktivitás. Megállapították továbbá, hogy a második metacarpalis csonton mért terület-arány kiválóan alkalmas a csont-mineralizáció megítélésére. Feltehetően tehát a normális öregedéssel járó elváltozás a vesében elindítója a renalis osteoporosisnak, és a többi tényező, mint a diéta, postmenopausalis alacsony oestrogen szint hozzájárulnak ehhez a folyamathoz.

Széplaki Ferenc dr.

Az emberi növekedési hormon szekréciója. I. Napi szekréciós értékek, a testhelyzet és az alvás hatása. Alford, F. P. és mtsai (Medical Research Centre, Prince Henry's Hospital, Melbourne, Australia): Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 1973, 37, 515—520.

A hypophysis hormonok secretiójának direkt mérése az elfolyó vénás vérből — elsősorban az anatómiai viszonyok miatt — emberben nem vihető keresztül. A plasma szintből és a hormonnak a plasmából való eltűnési sebességéből (metabolikus clearance ráta) azonban kiszámolható. Ezek mérése adott pillanatban ma már nem probléma, de az egész napot jellemző érték megállapítása nehéz, ha a plasma szint, ill. a metabolizáció üteme napi ritmust mutat, ill. ha ezen ritmus is csupán apróhullámú oscilációk feddőgörbéje, mint ahogy ez a növekedési hormonnál (STH) fennáll.

A szerzők ezeket a nehézségeket úgy hidálták át, hogy egy a felső-végtagi vénába beépített kanülön át folyamatosan gyűjtötték a vért 24 órán át. A 3—4 órás periódusok vérért összegyűjtötték, így az ezt az időszakot jellemző integrált STH koncentrációt egy mérés (radioimmunoassay) meghatározhatták. A metabolizáció ütemét (MCR) részben jelzett részben jelzetlen STH injectiója után, folyamatosan levett vérminták analízisével határozták meg.

6 egészséges, 23—27 éves férfi végezték el a fenti vizsgálatokat. A nappali órákban függőleges testhelyzetben mért értékekhez képest az éjszakai értékek (fekve) magasabbak voltak. Az STH plasma koncentráció, ill. a MCR enyhe, de egyidejű emelkedése azt jelenti, hogy

az STH secretió sokkal magasabb (kb. 3-szorosa) éjszaka (fekve), mint nappal (függőleges testhelyzetben).

Vízszintes testhelyzetben mért MCR a nappali órákban is magasabb, mint állva, ami az álló helyzetben kisebb splanchnikus és vese keringés következménye lehet, az STH metabolizációja ugyanis főleg ezen szervekben zajlik.

Sólyom János dr.

A plasma-testoszteron napszakos változása emberben. Barberia, J. M. és mtsai (Division of Reproductive Biology, Department of Scientific Investigations, Mexico): Steroids 1973, 22, 615—623.

Kilenc egészséges, 21—34 éves férfitől 24 órán át 4 óránként vettek vért. A plasmából „competitive protein binding” módszerrel határozták meg a testoszteron koncentrációt.

A plasma testoszteron szintje kifejezett diurnális ritmust mutatott. A legmagasabb értéket hajnali 4 órakor észlelték (9,28 ng/ml). Ezután a testoszteron koncentráció csökkent, egészen este 8 óráig. Ekkor 2,66 ng/ml-es átlag értéket találtak. Ehhez képest az éjfél plasma-minta már kifejezetten magasabb szintet mutatott.

A testoszteron kisebb része mellékvesekéreg eredetű, és secretiója a plasma ACTH szintjétől függ, amely utóbbi szintén reggel magas, délután alacsony. A szerzők irodalmi adatok alapján mégsem erre vezetnek vissza az általuk kimutatott jelenséget, mivel a plasmában levő testoszteron döntő része a here interstitialis sejtjeiből származik, amely elsősorban a LH (luteinizáló hormon) hatása alatt áll. Ismeretesek olyan irodalmi adatok, miszerint férfiban a LH plasma koncentrációja rövid intervallumú folyamatos oscillációt mutat, és pedig úgy, hogy a csúcsok száma a korreggeli órákban a legnagyobb.

(Ref.: Az utóbbi években egyre több anyagról derül ki, hogy plasma szintje kifejezett napszakos ritmust mutat jelentős amplitúdóval. Ez a közlemény is felhívja a figyelmet arra, hogy csak az azonos napszakban levett vérmintákból nyert adatok hasonlíthatók össze. Ezen szempont figyelmen kívül hagyása hypo-, ill. hyperfunkciós körképek félreismerésére vezethet. Például Luisi és mtsai, Steroids Lip. Res. 1973, 4, 213—223, hypogonadismusos férfibetegekben — reggel — 1—3 ng/ml testoszteron koncentrációt mért, ami egyezik egészséges férfiak esti értékével.)

Sólyom János dr.

Gastroenterológia

Carcinoma és felső gastrointestinalis tractus vérzés. A vérzés benignus okainak bemutatása endoscopyal. Lightdale, Ch. J. és mtsai

(Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, and Cornell University Medical College, New York): JAMA 1973, 226, 139—141.

Rosszindulatú tumoros betegségben szenvedőkön gyakran fordul elő vérzés a felső gastrointestinalis tractusból, és ez sok esetben komoly problémát jelent. A szerzők szerint a neoplasmás betegség ellenére a vérzések oka nagy valószínűséggel benignus.

1969-től 1972-ig 81 betegen végeztek endoscopyás vizsgálatot felső gastrointestinalis tractusból történő vérzés esetén, hogy dokumentálják a vérzés eredetét. A 81 betegből 58 esetben malignus tumoros betegség is előfordult (72%). 38 esetben (47%) találtak haemorrhagiás gastritist. Ez volt a leggyakrabban előforduló oka a vérzésnek. Kiváltásában exogen (Aspirin, prednison, chemotherapeuticumok, indometacin, phenylbutazon) és endogen okok (nagy stress hatás mint pl. shock, sepsis) szerepeltek. Gyakoriságban ezt a chr. peptikus ulcusból történő vérzés (18 beteg — 22%) követte. Az elvégzett endoscopyák során 19 gyomor tumort fedeztek fel, ebből azonban csak 10 esetben volt a tumorból történő vérzés az acut vérzés forrása. A primer gyomor tumor és a secunder gastrikus lymphoma eseteiben vérzett direkt a tumor, míg a metastatikus elváltozások nem véreztek. A vérzést csekély számban okozta oesophagitis vagy oesophagus varix.

Az eredmények azt igazolták, hogy a rosszindulatú daganatos megbetegedések esetén a felső gastrointestinalis vérzések oka leggyakrabban a súlyos alapbetegséget komplikáló stress hatás következtében kialakuló haemorrhagiás gastritis.

Carcinomás betegeken fellépő felső gastrointestinalis vérzés eseteiben lényegesnek kell tartanunk a sürgős endoscopya elvégzését, mely a diagnosztikában, de főleg a megválasztandó terápiában döntő jelentőséggel bír.

Beró Tamás dr.

A Mallory-Weiss-szindróma. D. J. B. St. John és mtsai (Monash University Medical School, Alfred Hospital, Melbourne 3181, Australia): British M. Journ. 1974, 1, 140—143.

Mallory és Weiss 1929-ben írták le a tünetegyüttest; lényege erőltetett hányások után fellépő véres hányadék, anatómiai substrátuma pedig a gastro-oesophagealis átmenetben vagy közvetlen az alatt elhelyezkedő nyálkahártyán egy vagy több hosszanti repedés. 1929 óta egyre többen számoltak be — főleg az endoscopya, leginkább pedig a száloptikás flexibilis eszközök bevezetése óta — arról, hogy a tünetegyüttes a felső gastrointestinalis traktusból eredő masszív vérzések 4—5%-ában fordulhat elő.

A szerzők 1970-től 3 és fél éven át egy 480 ágyas ausztráliai kórház

bel- és sebészeti osztályára haematemesisrel vagy melaenával vagy mindkettővel beszámított 121 beteget vizsgáltak. Kivéve olyan helyzeteket, ahol azonnal műtétileg kellett beavatkozni, endoscopyt, szükség esetén röntgen-vizsgálatot is végeztek a shocktanulmány után azonnal 6–8 órán, de legalább 24 órán belül.

Eleinte Olympus EF készüléket, majd Olympus GIF panendoscopyt használtak, mégpedig gyomorkiemelés nélkül a műszeren keresztül történő öblítéssel, előzetes művi sérülések kiküszöbölése érdekében. 16 betegen a 121 közül — Mallory—Weiss-szindrómára jellemző endoscopy jeleket találtak. Csak 9 betegnél volt a diagnózisra jellemző az anamnesis. További 4 beteg kór-előzményében nagyobb mennyiségű alkohol fogyasztás szerepelt a közelmúltban. Mind a 16 beteg életben maradt.

Az endoscopy gyors diagnosis különlegesen hasznos volt azokban az esetekben, ahol a vérzés mesziszív és tartós volta miatt sebészi beavatkozásra került sor, de konzervatív megoldható esetek kezelésében is hasznosnak bizonyult. Azt, hogy a körkép előzetes hányások, sőt esetleg haematemesis nélkül is létrejöhet, egyik tanulságos esetük is bizonyítja, ahol a súlyos collapsus és melaena miatt duodulcusra gondoltak, gyomor rgt-t végeztek csupán, vérzés okát nem találták és csak a laparotomia során derült ki, hogy az oesophago-cardialis határ alatti vonalas nyálkahártya repedésből származott a nagyfokú vérzés.

Hangsúlyozzák a korai endoscopy fontosságát a masszívabb felső gastrointestinalis vérzések esetén 24 órán belül — gastroduodenalis szonda levezetése előtt még — mert 24 órán túl a laesio begyógyulhat, és így korrekt diagnosis nem tudunk felállítani azokban az esetekben, ahol pedig az alkohol fogyasztás eltávolítása révén a helyes diagnosis felállításának profilaktikusan döntő jelentősége van.

(Ref.: A közlemény újabb adalék annak demonstrálására, hogy erősebb felső gastrointestinalis vérzés esetén az endoscopy korai elvégzésének — lehetőleg az első 6–8 órában — nagy jelentősége van. Biztos, hogy a Mallory—Weiss-szindróma a mi viszonyaink között is szaporodóban van, mint ahogy az alkohol fogyasztás nálunk is egyre nagyobb méreteket ölt.)

Prónay Gábor dr.

Az akut pancreatitis kezelése glukagonnal. Holub, K.; Om, P. (2. Chir. Abt., Wilhelminenspital Wien): Zbl. Chir. 1974, 99, 748.

A glukagon jelentősége, mint ismeretes, a pancreas megbetegedéseiben az, hogy csökkenti a gyomorsecretio és a pancreas-nevny nyenyiségét, megváltoztatja az utóbbi összetételét. E változásokat ember-

ben is megfigyelték glukagon adagolásakor, s ez adta az ötletet a glukagon felhasználására pancreas fistulás, acut és chronicus pancreatitis betegek kezelésében.

A glukagon adagolása az irodalom szerint iv. injectióban vagy iv. infúzióban történhet. Mivel egyesek infúziós adagolás esetén a tüdőerekben — klinikai tüneteket nem okozó — hyalinképződést észleltek, a szerzők a glukagon praeparatumot subcutan, vagy ritkán im. adták. Kezdetben nem állt rendelkezésre depot-készítmény, s a pancreatitis súlyosságától függően 2–8 mg/24 óra glukagon adtak többszörre elosztva. A depot-glukagonból egységesen 5 mg/12 óra mennyiséget adnak. A protein-cink-glukagon előnye, hogy a mindig megfigyelhető vércukorszint-ingadozás (csökkenés) szűkebb határok között marad. A szerzők kiemelik a fájdalomcsillapítás jelentőségét, hiszen a fájdalom önmagában is vércukorszint-emelő.

A glukagon kezelés contraindicationját képezi jelentős hypertonia, hypokalaemia és phaeochromocytoma; az anticoagulans hatást a glukagon potencálja.

50 glukagonnal kezelt pancreatitis betegről számolnak be; a körismét a szokásos klinikai és laboratóriumi leletek alapján állították fel (serum- és vizelet-diastase, lipase, electrolytok — mindenekelőtt Ca — valamint transaminasok stb.). Gyakran ellenőrizték a vércukorszintet és vérképet. Öt esetben különösen heves hasi tünetek miatt laparotomiát végeztek, a lelet kiterjedt necrosis volt. Egy műtetre nem került nöbeteg a glukagon kezelés megkezdése után 10 órával meghalt, a boncolás haemorrhagiás necrosis talált, a haláluk masszív tüdőembolia volt. Az operált esetekben diagnosztikus laparotomia történt, draine behelyezésével az exsudatum elvezetésére.

Részletesen ismertetik egyik intenzív terapiában részesített beteg esetét. Az 51 éves beteget a reggeli órákban szívinfartus kóris-mével szállították a belosztályra, ahol pancreatitist diagnosztizáltak, s intenzív kezelését megkezdtek; délelőtt infúzióban 800 000 E, délután 400 000 E Trasylol-t kapott, állapota azonban nem javult, fájdalomai erősödtek, shockba került. Sebészeti consilium és áthelyezés után laparotomiát végeztek (súlyos necrosis), és draint helyeztek be. A shockot az erős dyspnoe tovább súlyosbította. A Trasylol-kezelést megszüntetve glukagon adására tértek át. Ezek után a beteg állapota gyorsan javult, enyhe diabetessel bocsátották haza. Hasonló terapiás hatást észleltek több beteg esetében.

A szerzők a glukagon alapvető kedvező hatását a gyomor- és pancreas-nevny termelés gátlása révén a pancreas nyugalomba-helyezésében látják. Feltehetik, hogy a glukagon csökkenti e szerv vérátáramlását is. Mivel a pancreatitis esetén-

ként igen eltérő lefolyású és kimenetelű lehet, a glukagon-therapia biztos megítélése is nehéz. Az eredmények alapján azonban a szerzők ajánlják e kezelést minden pancreatitissal szövődött műtét esetén is.

Habis György dr.

Az epesavak enterohepatikus körforgásának dinamikája. LaRusso, N. F. és mtsai: New England J. Med. 1974, 291, 689—692.

Normális májfunkció esetén emberben az epesav-konjugátumok táplálkozás utáni szintje az epesavak enterohepatikus körforgalmának dinamikáját jelzi; szintjét meghatározza ezen epesavak intestinalis absorptiója, ami az epehólyag összehúzódásától és az ileumban bekövetkező absorptiótól függ.

A szerzők, általuk leírt érzékeny radioimmun meghatározással, az epesavak glicin és taurin konjugátumait (CCA) határozták meg a serumban 24 órán keresztül egészséges emberben, epehólyag eltávolítás után és ileum-resectio után kialakult epesav-malabsorptiós szindrómában. Folyékony vizsgálati táplálékot adtak (30 kal/testsúlykg; 40% fehérje, 20% zsir, 40% szénhidrát) reggel 8 órakor, 12.30-kor és 17.30-kor. A kontroll éhgyomri értékek után nappal 15—30 percenként, éjszaka 1—2 óránként vettek 5 ml vénás vért.

Nyolc egészséges emberben minden táplálékfelvétel után emelkedett a serum CCA koncentráció, 90—120 perc múlva maximumot ért el és 4 órában belül a kiindulási értékre tért vissza. Az emelkedés 3—10-szeres, nagysága mindhárom étkezés után azonos, nem függ az életkortól és nemtől. A CCA koncentráció megváltozását a táplálkozás hozza létre, mert négy esetben 22 óras éhezéssel a serum CCA koncentráció nem változott.

Cholecystectomy utáni állapotban (öt eset) az első táplálékfelvétel után a serum CCA koncentráció maximális értéke kisebb volt, mint egészségesekben, és azután a nap folyamán emelkedett szinten maradt, és csak 14 órával az esti étkezés után tért vissza a kiindulási szintre. A maximum eléréséhez szükséges idő nem különbözött az egészségesekétől.

Ileum-resectio után kifejlődő epesav-malabsorptiós szindrómában (6 eset) az első étkezés után a serum CCA koncentráció emelkedés szignifikánsan kisebb volt, hamarabb érte el a maximumot és hamarabb tért vissza az éhgyomri szintre, mint egészségesekben; a második étkezés után alig volt emelkedés, s az esti táplálékfelvétel után egyáltalán nem következett meg a serum CCA koncentráció növekedés. Nem találtak korrelációt a resecált ileum-hossz vagy a steatorrhea mértéke és az éhezési vagy táplálékfelvétel utáni serum CCA-szint között.

Az epesav malabsorptiónak patogén szerepe lehet egy sor diarrhoeás állapotban, ami egyes esetekben orális epesav-bevitelre javulhat, s ezért a meghatározás klinikai jelentőségét hangsúlyozzák.

Farkas Mária dr.

Orr-, fül- és gégebetegségek

A váratlan idiopathiás sensoroneuralis sükettség és kezelése. Malik, G. H. és mtsai (The Long Island College Hospital, Brooklyn, New York): Bulletin of the New York Academy of Medicine 1974, 50, 507—916.

A váratlan idiopathiás sensoroneuralis sükettség vagy hirtelen, vagy gyorsan, 24—48 órán belül alakul ki. Lehet részleges, teljes, egy- vagy kétoldali. Kóroktana ismeretlen. A trauma, congenitalis syphilis, kanyaró, mumps, agyhártyagyulladás, középfülgyulladás, ototoxicus gyógyszerek, acusticus neurinoma, leukaemia, az arteria cerebellaris posterior inferior thrombosis vagy sclerosis multiplex okozta károsodás nem tartozik e szinonimába. Sürgős gyógykezelés céljából a beteget azonnal kórházban kell elhelyezni. Az ismeretlen eredetű sükettség gyakoribb az ismeret eredetű süketésnél. Gyakran spontán is megszűnik, sokszor a beteg nem megy orvoshoz.

Keletkezését egyesek belsőfülvérzéssel, görcs okozta érelégtelenséggel, a belső fül arteriáinak thrombosisával, emboliával magyarázták. Ez ellen szól, hogy a hirtelen sükettség a legtöbbször generalizált érelváltozástól mentes fiatalokon fordult elő. A vírus-eredet mellett az a körülmény szól, hogy az eddig közölt esetek egyharmadában a hirtelen sükettség mumpshoz, kanyaróhoz, herpes zosterhez, A és B influenza-fertőzéshez társult. 26 eset közül 23 esetben emotionalis stress járult hozzá a hallás elvesztéséhez.

Rubin 1968-ban a váratlan hallásvesztésnek 3 típusát különítette el: I. típus: Az alacsony frequentia csökkenése a 2—8 kilohertz közti küszöb némi emelkedésével, a beszédhallás csökkenésével. II. típus: A beszéd-frequentia 50—60 decibellel való vesztesége egyenletesebb és súlyosabb küszöbemelkedéssel. III. típus: Teljes sensoroneuralis sükettség.

Ennek a beosztásnak a terapia szempontjából van jelentősége. Az I. típusú halláskárosodás akkor is jól reagálhat a kezelésre, ha a károsodás több napig is tartott. A III. típusú halláskárosodás kórjólata akkor is rossz, ha a károsodás csak néhány órája keletkezett.

A váratlan hallásvesztés leggyakoribb a 40 évnél fiatalabb férfiakon. Rendszerint hallásvesztéssel kezdődik, vagy hirtelen, vagy lapangva, néhány órán, esetleg néhány napon belül alakul ki. Ezt az állapotot a betegek 25%-ában cory-

za, vagy láz előzi meg. Az elváltozás legtöbbször féldoldali. A sükettség az esetek 80%-ában fülfűgás, ritkán szédülés, hányinger, hányás kíséretében jön létre.

A kezelés az elváltozás helye és típusa szerint változik. Minél korábbi a kezelés, annál eredményesebb, bár jelentős hallásviszátérést észleltek akkor is, ha a kezelést az első tünet jelentkezése után 5—6 hét múlva kezdték meg. A retrocochealis elváltozás általában vírus-eredetű, ezért adrenocorticotrop hormont vagy steroidokat kell adni. Ér eredetű elváltozás esetén értágítók, éspedig autonóm blokkoló gyógyszerek: procain, atropin, tolazolin, vagy simaizom relaxansok: nicotinsav, histamin, nitrit, papaverin adása indokolt. Ezeket a szereket kombinálni is lehet. Egyesek a ganglion stellatumot blokkolják procainnal és kedvező eredményt értek el felső hátsó sympathectomiával is. Kezeleni kell a stress, a kimerülés, a lelki tényezők, az allergia okozta zavarokat is. A kezelés időtartama a javulás mértékétől függ. Ha a hallás 1—2 héten belül visszatér, a gyógyszeradást fokozatosan 2 hét alatt abba lehet hagyni. Ha nem javul a hallás, a kezelést 6 héten túl nem érdemes folytatni. Fokozatos javulás esetén viszont a gyógyszereket 8 hétig kell adni.

A szerzők therapiás módszere: 1. 250 ccm 5%-os dextrosban, vagy physiologiás konyhasóban oldott 2,75 mg histaminból naponta kétszer 45—60 csepp infusio 60—90 percig. Ajánlatos a betegnek a histamin okozta hyperaciditas ellen savkötő gyógyszert is adni. 2. Naponta háromszor 100 mg hydrocortison iv. Ezt a kezelést 3—5 napig folytatják, majd ezt követően 6 héti szájon át 50—100 mg nicotinsavat adnak.

A váratlan sensoroneuralis halláskárosodás gyakoribb, mint általában gondolják. A szerzőknek egy év folyamán 10 ilyen esetük volt. A betegség okát nem sikerült megállapítaniuk. Kombinált histamin-steroid kezelésre a betegek 40%-a javult.

Pongor Ferenc dr.

Otitis maligna. Padron Durán, R. S. és mtsai (Inst. Endocrinol. Univ. La Habana): Rev. Cuban. Med. 1974, 13, 353—357.

Chandler 1968-ban ismertetett 13 otitis externa maligna megbetegedést. Valamennyit Pseudomonas aeruginosa okozta. A betegek idős emberek voltak, 10 cukorbeteg és 2 rejtett cukorbeteg volt. A fertőzés valamennyin ráterjedt a környéki lágyrészekre, roncította a porcszöveteket és a csontot, s 8 esetben maradandó bénulás fejlődött ki.

1971-ben Dinapoli és Thomas 3 hasonló esetet ismertettek (Diabetes, Ps. aeruginosa fertőzés.)

A szerzők egy 62 éves cukorbeteg férfi külső fülgyulladását ismertetik, e betegen szintén Pseu-

domonas aeruginosa volt a kórokozó. A hallási zavarok után működési zavarokat észleltek a IX, X, XI és XII-es agyideg területén. Az általános vizsgálat mérsékelt anaemiát mutatott ki, a magas cukorértékek megfelelő kezelésre megszűntek. A kezelés először Polymyxin B-vel történt, ami nem járt eredménnyel, a későbbiek során erőteljes antibiotikum adagolás hatására. (Nem tüntetik fel, hogy mit adtak és milyen mennyiségben. Ref.) A fülbántalom, amely sértette a környéki lágyrészeket, sarjszövetképzéssel járt, visszafejlődött, a VI-os és VII-es agyidegek területén mutatkoztak még bénulások.

Hat hónap múlva az ellenőrző vizsgálat során az említett két ideg területén a csökkent működés megmaradt, de a hallászavarok regressziáltak, a gyulladós folyamat nem terjedt tovább.

A szerzők szerint az otitis externa maligna jellemző sajátosságai: 1. időskorú betegek, 2. diabetes jelenléte, 3. a kórokozó Pseudomonas aeruginosa, 4. a külső hallójáratban sarjszövetképződés, 5. a szomszédos lágyrészek, porc- és csontszövet roncálása bekövetkezhet, 6. néha az elváltozás röntgenvizsgálattal nem deríthető fel, 7. idegrendszeri szövödmények, esetleg meningitis, súlyosbítják a kórképet, 8. a hallás megjavulása mellett, egyes idegrendszeri következmények megmaradhatnak, 9. az antibiotikum kezelést helyileg és általában kell végezni, ha szükséges, a folyamatot sebészileg kell megoldani, 10. a betegség prognosisa rossz.

Nikodemusz István dr.

Physiotherapia

Mozgás és psziché. E. Hesse (Salzburgi Idegklinikai): Zschr. Bänder u. Klimaheilk. 1974, 21, 267—272.

A motorium, vegetativum és psziché functionalis egységet képez. A motoros aktivitás az anyaméhben kezdődik, a mozgás érzése örömet, a mozgás hiánya félelmet okoz az anyának. A gyermek mozgása — illetve esetleges mozgáskorlátozottsága — és a psziché fejlődés között szoros összefüggés van. A mozgás nemcsak civilizációs károsodások, szív- és érbetegségek megelőzése szempontjából, hanem a személységfejlődés — affektív zavarok kompenzálása — szempontjából is nagy jelentőségű.

A betegek milyen százalékban okozói betegségüknek? Míg 30 évvel ezelőtt a kórházi betegek 10 százalékában lehetett ilyen okot feltételezni, most már a betegek több mint egyharmadában található ilyen ok: sok dohányzás, kövér-ség, alkohol-abusus, az életvezetés hibái, ismétlődő konfliktusok, elpuhulás, mozgáshiány, a vegetativum, testi, ill. lelki teljesítmény zavara.

Egyes neurológiai kórképek — gerintrauma, encephalitis, ill. poliomyelitis utáni állapot stb. — terápiájának előterében áll a mozgásterápia. Nem szabad azonban megteledkezni a mozgásterápiáról izolációhoz vezető pszichiatriai kórképekben, mániás-depressziós fázisban, schizophrén katatonában sem. Különös jelentősége van a mozgás és psziché egymásrahatásának idős korban — az egészséges életvezetés, a társasélet elősegítése, a vitalitás-érzés szempontjából. Amint egy beteg akut stádiumát átvészeli a beteg, előtérbe kerül a maximális testi aktivitás, pszichés terhelhetőség, ill. teljesítőképesség helyreállításának kérdése.

Fröhlich Lóránt dr.

A mozgás — szív- és keringési betegségek megelőzésére. L. Prokop (Bécsi Sportorvosi Intézet): Zschr. Bäder u. Klimaheilk. 1974, 21, 196—202.

Az ember fizikai és pszichés fejlődése — az örökletes faktorokon kívül — szoros összefüggésben van a milió által támasztott követelményekkel. Ha a hagyományos, természetes életkörülmények nem biztosítják az ingereket, úgy ezeket tudatos eljárásokkal kell biztosítani. A szükséges biológiai ingerek — mint amilyen a mozgás is — nincsenek meg a modern életkörülményekben, így ezekhez az alkalmazkodás sem fejlődik ki megfelelően. Mivel a mozgás és a psziché szoros korrelációban van, a mozgások beszűkülése az egész személyre is kihat.

A modern élet stresszei által okozott sympathicotonia, vegetatív dystonia organikus cardiovascularis elváltozások kifejlődését segíti elő. A tervszerű, kondíciójavító tréning viszont a szívet nagyobb percvolumen teljesítményre készíti, fokozott kapillarizációt, ún. tréning-vagotoniát eredményez. Ezáltal a szív nemcsak acut megterhelésekhez, hanem pl. betegségekhez is teljesítményrezervet nyer. Míg a nem sportolóknál a hypertonia hajlam az életkorral együtt fokozódik, a tréningezettak systolés vérnyomása az átlag alatt van: a 45 éveseken 15, az 55 éveseken 20, a 65 éveseken 25, a 70 éveseken 30 Hgmm az átlagos különbség a sportoló és a nem sportoló populáció értékei között. A fizikailag nem tevékeny, 56—60 évesek között a 200 Hgmm feletti vérnyomás 7-szer oly gyakori, mint azoknál, akik sportot űznek. (Noha a sportolók selectált populációt képeznek, az adat figyelemre méltó.)

40 év felettieknek hetenként 2—3-szor 10—15 perces tréning ajánlatos. Előtérben áll a staféta, síelés, kerékpározás, úszás. Hatástalan, sőt veszélyes a kizárólag izometriás tréning — pl. a televízióban ajánlott napi többszöri 6 másodperces izomfeszítés; ugyanígy a súlyemelés, térdhajlítás, fekvőtámasz, expander nem ajánlatos.

Az idősebbeknek rendelt mozgásgyakorlatok tekintetében még orvosok is hajlamosak a „primum nil nocere” elv helytelen értelmezésére. E túlzott tartózkodással szemben áll viszont a korhoz nem adaptált, túlzott tréning, amely ugyancsak tartós sympathicotoniás állapotot, a felgyógyulási képesség beszűkülését jelenti. Alapelve, hogy a mozgásgyakorlatokat erőszakolni nem lehet; csak a vidáman — különösen a szabad levegőn — végzett mozgásterápia az effektív, amely megfelel a páciens adottságainak. A „civilizációs fáradságérzés”-re rendelt mozgásterápia előtt természetesen ki kell zárni egyéb betegség jelenlétét. A keringési betegségek megelőzésére rendelt mozgásterápiát orvosnak kell irányítani, aki e kezelést egybeköti egészséges életvezetésre neveléssel, személyiségfejlesztéssel.

(Ref.: *Noha nem ismeretlen dolgokat tartalmaz a cikk, érdeme, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy a fiataloknak — orvosilag, társadalmilag támogatott — sportlehetőségeivel szemben az idősebbek sporttevékenysége még nem terjedt el.*) Fröhlich Lóránt dr.

Milyen testgyakorlás szükséges időseknek? E. Lang (Erlangeni Kórház, Kardiól. Oszt.): Zschr. Bäder u. Klimaheilk. 1974, 21, 230—235.

Az idős kornak jellegzetes vonása az adaptációs képesség csökkenése. A szervezet trenírozhatósága a 30. év körül elért maximum után fokozatosan csökken, egyes sportágak viszont az idősebbeknek is kínálkoznak — bizonyos megszorításokkal —, így a futás az árnyas, nem egyenetlen parkutakon, erdei utakon, turisztika, kerékpározás, evezés, úszás. Ha a fizikai teljesítőképesség nem is növelhető, mégis fontos a mértékletes turisztikának a vegetatív systemát befolyásoló, vagotonizáló hatása.

Nagyon kívánczó sportág időseknek az úszás — különösen a 28 °C-os vízben. Ha ennél hidegebb a víz, úgy fokozatos hozzászoktatás szükséges. A kifejezetten hideg víz — a hozzá nem szokott egyéneknél különösen — a bőrerek hirtelen szűkülését, a vérnyomás jelentős emelkedését okozza károsodott érrendszerűeknek nem veszélytelen, anginás rohamot válthat ki.

A szerző — egyhangúságuk miatt — kevéssé ajánlja az otthoni tréningezőkészülékeket, a teniszt is inkább azoknak, akik már előzőleg is űzték e sportágat. A csoportos gimnasztika — ügyességfejlesztés, légző-functio javítása céljából is — jó, de ügyelni kell, hogy egyforma teljesítményűek kerüljenek egy csoportba.

A tréning intenzitásának egyszerű mércéje a pulzusszámolás. Az ötödik évtizedben 120—130, a hatodik évtizedben 115—120, a hetedik évtizedben 110, 80 év felett pedig 100 percenkénti pulzusszámot

érjünk el a tréning után. Ilyen rendszeres testgyakorlat után a vagotonizálódás jelei mutatkoznak: csökken a szívfrekvencia, csökken a vérnyomás, meghosszabbodik a diastolés idő, javul a coronaria-ke-ringés. Bizonyos tréningintenzitás után nemcsak a nyugalmi szívfrekvencia, hanem a terheléses frekvencia is csökken, javul a szív munkaökonomiája. A tréningintenzitás olyan további emelése, amely már a szív megnagyobbodásával járó tréningfázisnak felel meg — idősök esetében veszélyes.

Nem ajánlatosak idősek részére az olyan sportágak, amelyek statikailag terhelnek, hirtelen erőltetéssel, préréssel járnak, s vérnyomásnövekedést és hirtelen kamrai volumenemelkedést okoznak (súlyemelés, szertorna, fekvőtámasz stb.).

A szerző ajánlja, hogy a testi aktivitást olyan korán, amint csak lehet, kezdjük el; idősök csak akkor sportoljanak intenzíven, ha a sportolás folyamatosan, fiatal koruk óta rendszeres, illetve ha az alapos orvosi vizsgálat nem mutat ki előrehaladott érbetegséget. Az idősök sportját fokozatosan kell beállítani, és orvosnak kell kontrollálni.

(Ref.: *A mozgásterápiára berendezett fürdők — orvosi kontroll mellett — megfelelő lehetőséget biztosítanak az idősek sportjához.*)

Fröhlich Lóránt dr.

Chronikus gyulladós rheumás betegségek fizikális kezelése. H. Drexel, P. Posse: Internist. 1974, 15, 322—327.

Nem szabad a fizikális terápiát figyelmen kívül hagyni. Csak a célzott, orvos által előírt és szakszemélyzet által systemásan végzett fizikai gyógy módoknak van eredménye.

A polyarthrit progressiva chronica (p. c. p.) kezdő stádiumában a kezelés a contracturák megelőzésére irányul; hőelvonó kezelésekkal antiphlogistikus, analgetikus hatást akarunk elérni. A p. c. p.-s betegek elhelyezése sima ágyon, a csípőízületek és térdízületek kinyújtott állapota, a lábak védelme mellett történjék. Hasznos a keznek correctiois sínézése — legálább éjjelre —, továbbá a vállak abductiois alápárnázása.

A hideg borogatások, hidegiszapkezelések, egyenáramú vagy diadynamiás kezelések analgetikus hatása csökkenti a corticosteroid igényt. A korai passzív mozgás, isometriás gyakorlatok csökkentik a capsularis zsugorodások, sublaxatiók lehetőségét. Az aktivitási tünetek csökkenésével intenzívebb, ellenállásos gyakorlatok, a reggeli merevség oldására teshőfokú fürdők jönnek szóba. Célzott mozgásgyakorlatok, a trophicát javító massage — az érintett ízületek kivételével — subaqualis mobilisatio, üdülőhelyi kezelés. Késői, inak-

tív stádiumban az elektromos teljesfürdő, iszappakolás, túlmelegítő fürdő, s magas-frequenciás elektromos kezelés indokolt.

Ha a tervszerű fizioterápia ellenére ankylosisok, subluxatiók jelentkeznek, úgy sebészi megoldások szükségesek, gimnasztikus elő- és utókezeléssel. A korai stádium kivételével mindig szükséges a munkaterápiás foglalkozás. A bőjtök, magashegységi tartózkodás eredményére vonatkozó megfigyelések még nem széles körűek.

A spondylitis ankylosans fizioterápiája: lapos fektetés — kezdetben hasonfektetés —, aktív gyakorlatok, légzőtorna. A melegkezelések fájdalomcsillapítók, a tendinosisok, izomkeményedések ellen jó az ultrahang kezelés. Aktivitási jelek (erős dysproteinaemia, magas vvt.-süllyedés) esetén egyenáramú kezelések, iontophoresisek, elektromos teljesfürdő.

A chronikus gyulladással rheumás betegségek kezelésében fontos a fizikai gyógymódoknak, gyógy-

szeres kezelésnek és sebészi beavatkozásoknak tervszerű koordinálása.

Fröhlich Lóránt dr.

A természetes források gyógyhatásának megítélése. H. Göpfert (Freiburgi Balneológiai és Klímaphysiológiai Intézet): Zschr. Bäder-u. Klimaheilk. 1974, 21, 375—389.

A gyógyvízzé minősítés követelményének szabja meg a Fédération International du Thermalisme et du Climatisme a komplex fizikai, kémiai, biológiai, pharmacodynamias vizsgálaton kívül a klinikai megfigyeléseket, a kedvező klíma-viszonyokat és megfelelő kúrabe rendezéseket. A szerző az elapadt sáckingeni forrás helyén feltárt új gyógyvíz vizsgálata kapcsán ismerteti a hazai szokásokat. Az ismételt fizikai és kémiai vizsgálaton kívül foglalkoznak a fürdő történetével. Vizsgálják a geológiai viszonyokat is, hogy várható-e kiadós hozam és összetételstabilitás. Megállapítják, hogy a vízben dominánsan jelen levő natriumchlorid nem resorptio, hanem főként a bőrön

való depositio által hatékony. A bőranyagcsere fokozódása elektronmikroszkópos és bőrhőmérsékletvizsgálatokkal kimutatható.

A klinikai vizsgálatot kvantitatív funkciódiaosztikai mérésekkel és a munkaképesség értékelésével végzik. Megállapították, hogy a mozgásszervi és keringési betegségek 88 százaléka javult a kúra után. A kúra előtti 36%-os munkaképtelenség 12%-ra csökkent. Az angiographián is kimutatható eltéréseket mutató 3000 beteg öt év után is 80%-ban munkaképes volt. Inhalálva a gyógyvizet, annak expectorans hatása észlelhető. Kevésbé koncentráltan ivókúrára alkalmas, a bélmotilitás fokozódása, a gyomorsavtermelés regulációja érhető el az ivókúrával. Az indiciók mellett foglalkozik a balneológiai szakvélemény a contraindicationokkal s végül állást foglal az új forrásvíznek gyógyvízként való állami elismerése mellett.

(Ref.: Helyesen hívja fel a cikk a figyelmet arra, hogy a balneológiai hatások objektíven kimutathatók.)

Fröhlich Lóránt dr.

TEKINTSE MEG

az orvosi műszer-, készülék- és berendezés kiállítást

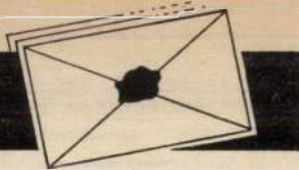
1975. október 7-től október 10-ig
a SZOT Irodaházban Budapest XIII., Váci út 69-79.

NYITVA: 7-én 10–17 óráig
8, 9, 10-én 9–17 óráig

RENDEZI:



ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT



A vertikális integráció nehézségeiről és hiányosságairól.

T. Szerkesztőség! A szokottnál is nagyobb érdeklődéssel olvastuk *Gergely Mihály dr.* és *Imre József dr.*: „Kizáródott Morgagni-sérv” c. dolgozatát, mely az Orv. Hetil. (116, 1280—1284) 22. számában jelent meg. Az eset, melyet részletesen ismertettek, s melynek sebészi megoldásáért ezúton is köszönetet mondunk, osztályunkról került a klinikára. A cikket tanulmányozva, úgy éreztük, két kiegészítést kell az esethez tennünk, annak ellenére, hogy a leírtak *betű szerint* igazak, s azokkal egyetértünk.

Hangsúlyozzák a szerzők, hogy a beteg két napos kórházi tartózkodás után került a klinikára, holott felvétele napján a diagnózis már ismert volt. Ez így leírva, valóban igaz. Szeretnénk kiegészíteni e rövid, tényszerű megállapítást. A beteg 1972. szept. 2-án, *szombaton*, a déli órákban került felvételre, exsiccalt állapotban, időnként enyhén ködös tudattal. Hypotóniás (RR: 90/70), hypokalaemiás (se. K: 3,7 mval/l) és azotaemiás (RN: 89 mg%) volt. Infúsiók, kaliumpótlás, antiemetica és cardialis támogatás mellett sebész consiliumot kértünk, és a consiliáriussal egyetértve sürgős mellkas-üres has rgt-t, majd irrigoscopiát végeztünk. Ezek után, szept. 3-án, *vasárnap* 0.30-kor a sebész consiliárius műtétet javasolt, a beteg azonban hosszas rábeszélés, magyarázkodás után is megreven elzárkózott ettől. A rgt-vizsgálatok már ekkor felvetették a cikkben leírásra kerülő rekeszsérvformát: „A jobb rekesz *elülső harmada fölött* sima falú, almányi, légtartó üreges árnyék.” illetve: „a jobb rekesz fölött helyezkedik el a colon középső harmada, és lehetséges, hogy a gyomor antralis része is itt van.”

A beteg állapota a nap folyamán tovább romlott, mind somaticusan, mind cerebrolisan. Miután az ismételt felvetett műtéttől most már nem tudott elzárkózni, sebész consiliárius szóbeli javaslatára 14.00-kor telefonmegbeszélés történt a szegedi I. Seb. klinikával. Műtét miatt az ügyeletes tanárségéd csak 16.00-kor tudott velünk beszélni: *főorvosi consiliumot* javasolt. E consilium a műtétet objektív nehézségekre hivatkozva nem vállalta, klinikai elhelyezést javasolt (szept. 3. 20.00.). 21.00-kor újabb telefon a klinikára: az ügyeletes adjunctus másnap reggeli átvételt tartott indokoltnak. Szept. 4-én, *hétfőn* 8.45-kor ismét beszélt consiliumot kértünk: a beteg állapota tovább romlott, de szállítható.

A cikkben „kétnapos intézeti megfigyelés”-sel jelzett időben a

megfigyelésen kívül a fent leírtak történtek a beteggel. Kórházunk orvosi ellátottságát is figyelembe véve, meg vagyunk elégedve az ilyen tempójú „megfigyelés”-sel.

Másik észrevételünk a megbeszélés utolsó bekezdésében található „utólag küldött rgt-felvételek” kitétellel kapcsolatos. A filmek valóban a beteg után érkeztek a klinikára, ugyanis a *mentőgépkocsiban maradtak*. A mentős kollegák elfelejtették a klinikán leadni; magukkal vitték állomáshelyükre, mely a két eü. intézmény közti útvonalon fekszik. A klinikáról kapott telefonértesítés után, mivel tudjuk, hogy a mentőgépkocsi csak *beteg* szállíthat, *vért* vagy *rtg-filmet* nem, egyikünk (főorvosa kérésére) azonnal gépkocsiba ült, s útközben a mentőállomásra felvéve a filmeket, a telefonértesítés után két órán belül azokat a klinikára eljuttatta. (Oda-vissza 240 km.) Ez derül ki az esetismertetés második és harmadik bekezdéséből, ahol a műtét előtt, illetve alatt revideálták a szerzők a kórismét a beteggel küldött rgt-felvételek alapján.

Hangsúlyozzuk, hogy jelen esetben nem csak a sebész kollegák, hanem a belgyógyászok és radiológusok is a maximális teljesítményt nyújtották, amikor a beteg ellátásához a részletezett módon hozzájárultak. Reméljük, hogy kiegészítésünk, észrevételünk a klinikával való eddigi jó kapcsolatunkat tovább fogja erősíteni, s még inkább reméljük, hogy az ilyen, egyértelműen tisztán sebészi esetek átvételét a jövőben nem belosztályunknak kell lebonyolítania, még akkor sem, ha a beutaló orvos a beteget belosztályra szállíthatná otthonából.

Delé László dr.
Hutter Károly dr.

Tudományos acceleratio.

T. Szerkesztőség! Az acceleratiót udvariasságból írom: tulajdonképpen tudományos bang (bumm?) vagy előadásdumping címet kellene adnom ennek a pár tanácstalan sornak. Arról van szó, hogy érdekel a tudományunk haladása és különösen érdekel azokon a területeken, amelyeken önmagam is dolgoztam. Ezért beírom a naptáramba a számomra érdekes üléseket. De nem először történik, hogy — noha elég nagy naptárt használok — nem fér el rajtuk az aznapi előadások listája. Ime 1975. május 23., péntek:

1. A Magyar Gyermekeorvos Társaság egésznapos ülése a Szabadsághegyi Gyermekszanatórium jubileuma alkalmából. Ide el kell mennem, mert érdekelnek az előadások, de illik is, mert a Társaság elnöke vagyok.

2. Magyar Biológiai Társaság protozoológiai ankétja Tihanyban. Szeretnék ezen részt venni, mert fiatal korom több évét töltöttem el a giardiasis és amoebiasis kutatásával és szeretném ismerni a mai helyzetet.

3. A Magyar Nőorvos Társaság 16.30-kor ülést tart az újszülött reanimációról. Attól eltekintve, hogy ez a főtémám, melyről könyvem és cikkeim jelentek meg és éppen egy perinatális monográfián dolgozom, szeretném meghallgatni például a kitűnő Ahnefeldet — kit ráadásul ismerem is — meg a többi előadót, hogy mi újat tudnak mondani e téren.

4. Az American College of Cardiology és a Magyar Kardiológusok ülésén 15 órakor William Friedman a vele született szívhibák diagnózisáról és kezeléséről beszél. Persze, hogy szeretném hallani.

5. A Fertőzőbetegségek Társasága is ülést tart, melynek több gyermekgyógyászati előadását szívesen meghallgatnám.

6. De ugyanaznap 14.30 órakor az Endocrinológiai Társaság is ülést rendez és ha lenne rá időm, legálábbis a gyermekgyógyászati vonatkozású előadásokra elmennék.

Még hozzátehetnék egyet és mást, de talán ez is elég a helyzet ecsetelésére. Rosszabbul érzí magát az ember, mint Buridán számára, mert annak csak kettő és nem hat között kellett volna választania. Hogyan lehetne megoldani a kérdést? Szeretnék egyelőre egyben maradni, így azt nem javaslom, hogy vágjuk szét magunkat annyira részre ahány ülés, mint Majakovszkij Iván Ivánicsa tette. De talán a kongresszusokat olyan kitűnően egyeztető MOTESZ hajlandó lenne néhány ifjúsági tagunk bevonásával a tudományos üléseket is ésszerűen egyeztetni. Sokunkat kötelezhetnének ezzel halálra.

Véghelyi Péter dr.

Az urogenitális tuberculosis és a szűrés.

T. Szerkesztőség! Hutás Imre dr. közleménye az Orv. Hetil. 26. számában az EF szűréshez csatlakozó komplex szűrésről vetette fel az alábbi gondolatokat bennem. Utalnék a szerző soraira: „Az ernyőfénykép szolgálat a magyar egészségügy legjobban szervezett szűrő eljárása...” Eppen ezért, úgy gondolom, s ezen a helyen is sürgetem, hogy fel kellene használni ezt a jól szervezett eljárást a Hutás dr. közleményében említettek *kívül* az urogenitális (továbbiakban ug.) tbc szűrésére is. Régóta és gyakran emlegetett igény ez. Igaz, hogy az ug. nem népbetegség, de az is igaz, hogy incidenciája nem csökken kelőképpen, sőt a nyilvántartott ug. tbc-sek száma emelkedik. Mint ahogy már sok előadásban és közleményben elhangzott: el kellene érni, hogy a ma már teljesen tünetszegényen induló ug. tbc-s betegeket idejekorán kiemeljük és így

gyógyszeresen meggyógyíthatassuk. A jelenlegi gyakorlat alapján, sajnos, erre csak az esetek mintegy felében van lehetőség. A panaszokkal orvoshoz forduló ug. tbc-s betege folyamata már rendszerint annyira előrehaladt, a destruktívok a vese és a vizelet-elvezető rendszer területén már olyan fokúak, hogy műtét-, hosszú prae- és postop. gyógykezelés nélkül kevéssé oldhatók meg.

Évek óta ismétlődő téma ez az ug. tbc-vel foglalkozók körében és egyre sürgetőbb a megoldás. Hutás dr. modelljében a vizeletcukor meghatározás mellett beiktatott vizelet Donné-próba már eldönthetné a beteg további sorsát. Pozitivitás esetén urológiai vizsgálat következne (nem a szűrés keretén belül) s ott kiderülne a pyuria oka. Azt gondolom, hogy ezzel az egyszerűen elvégezhető vizsgálati eljárással sok kora, s éppen ezért konzervatív kezeléssel maradéktalanul gyógyítható ug. tbc-s beteget sikerülne megóvni a későbbi szövődmenyekről.

Feldolgozás alatt álló közleményünkben megemlítem, hogy mi végeztünk ilyen szűréseket Szabolcs-Szatmár megye területén. Igaz, hogy nem az egészséges lakosságot szűrtük, hanem a tüdő-residuummal nyilvántartottakat, ahol 3/0-os pozitívítást találtunk. Ez igen nagy szám, ha országos viszonylatban nézzük. Ennyire magas incidencia biztosan nincs az egészséges lakosság körében, mégis, javasolom az említett vizsgálat bevezetését, annál is inkább, mert az ug. tbc-s szűrés még megoldatlan hazánkban.

Murányi János dr.

A tetanus bacillus „Gram-negativitásáról” és néhány szerkesztéspolitikai szempontokról.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1974. 50. számában (2995—96. oldal) Horváth Attila, Böröcz János és Wensofszky Ibolya: „Acut leukaemia és tetanus egyidejű előfordulása” címmel megjelent közleményéhez néhány megjegyzést szeretnék fűzni.

Teljesen félreérthető és helytelen a közlemény 2. bekezdése. Milyen „Gram negatív” fertőzésekre gondolnak a szerzők? Has-typhusra, paratyphusra, talán vérhasra, amelyekben a has-typhus kivételével a védőoltásoknak nincs jelentőségük? A dolgozat témája és a mondat fogalmazása alapján nyilván tetanusról van szó; a tetanus bacillus azonban erősen Gram pozitív és csak idős tenyészetekben válik a Gram festés bizonytalanná; nem sorolható tehát a tetanus a Gram negatív fertőzések csoportjába. Ugyanezen okból a 3. bekezdés első mondata is helytelen: „A Gram negatív kórokozók elsősorban a tetanus...”. Ugyanitt, a tetanus elleni védekezés alapja nem mint a szerzők állítják a „prophylaktikus serum” adása, hanem tetanus toxoiddal (tehát vakcinával)

végzett, megfelelő alapimmunitást biztosító védőoltás és az emlékeztető védőoltások. (Remélem, hogy a szerzők nem tévesztették össze a szérumot a vakcinával.) A szérum adása csak abban az esetben indokolt, ha a sérült nem részesült szükséges, kellő mértékű védőoltásban, amint azt a szerzők által is idézett egészségügyi minisztériumi rendelet pontosan és részletesen előírja (Egészségügyi Közlöny, 1969, XIX, 17. sz.).

Megragadom az alkalmat, hogy az Orvosi Hetilap szerkesztésének néhány kérdéséről gondolataimat kifejtsem.

1. **Könyvismertetések.** Mindnyájan tudjuk, hogy az Orvosi Hetilap milyen fontos szerepet tölt be az orvosképzésben, az orvosok széles körű, általános tájékoztatásában és milyen kevés a rendelkezésre álló oldalszám. Szerény megítélésem szerint az Orvosi Hetilapban megjelenő könyvismertetések túlságosan részletesek és hosszúak. Megemlítem pl., hogy az 1974. 48. számban megjelent két könyvismertetés közel 2 1/2 oldal terjedelmű! Úgy gondolom, hogy egy általános jellegű folyóiratban, mint amilyen az Orvosi Hetilap is, a könyvismertetés célja nem lehet a könyv minden fejezetének részletes ismertetése, hanem csak rövid, kritikai tájékoztatást kell nyújtania egy műről, figyelembe véve jelentőségét is. Legyen szabad a Lancetben, British Medical Journalban, vagy a Deutsche Medizinische Wochenschriftenben megjelent rövid, tömör, a lényegre szorító könyvismertetésekre hivatkoznom. Megítélésem szerint egy-egy könyvismertetés terjedelmét legfeljebb egy hasábján kellene megszabni. Kisebb mértékben ugyan, de ugyanez vonatkozik tanulmányutakról és kongresszusokról írt számos beszámolóra is. Ezáltal egyébként értékes és fontos anyag számára nyernénk több helyet.

2. **A védőoltások** (aktív és passzív) közegészségügyi-társadalmi jelentősége közismert. Ezzel a területtel, megítélésem szerint, a folyóiratreferátumokat tartalmazó rovat nem megfelelő formában foglalkozik: hol a mikrobiológia és fertőző betegségek, hol a praeventio kérdései, hol pedig az immunológia és serológia (vagy másutt) rovatban bukkanunk egy-egy védőoltásokkal foglalkozó referátumra. Véleményem szerint egységesebb, átfogóbb képet, jobb tájékoztatást kapna az olvasó külön a védőoltásokkal foglalkozó, kb. kéthavonként megjelenő rovatban.

Joó István dr.

T. Szerkesztőség! Köszönettel vettük Joó István dr. hozzászólását, ill. jogos megjegyzéseit, amelyekkel magunk is egyetértünk. Az általa észlelt elírást (amely elsősorban szerzői és többszörös lektorálási hiba) a közlemény megjelenésekor már magunk is észrevettük,

azonban utólag már nem volt módunkban korrigálni.

Joó István dr. azon megjegyzésével; amely szerint „a serum adása csak abban az esetben indokolt, ha a sérült nem részesült szükséges, kellő mértékű védőoltásban”, nem értünk teljes mértékben egyet, mivel a tetanus elleni védőoltásokról szóló egészségügyi minisztériumi rendelet a 74. § 1. bekezdésében kimondja, hogy „azt a személyt, aki tetanusz fertőzésre gyanús sérülést szenvedett, sebesült ellátásban (feltárásban, idegterest eltávolításban, stb.) és tetanusz elleni védőoltásban kell részesíteni”. E kitétel alól felmentést lehet adni a 74. § 2/a, b, pontjai alapján, ami egyedi elbírálást igényel, és enyhe sérülés esetén tetanusz toxoidot (anatoxint) lehet adni. Azonban súlyosan roncsolt, földdel szennyezett, idegterestek tartalmazó sérüléseknél vagy fejsérüléseknél, valamint shock, kivérzés, súlyos égés és radioaktív sugárzás esetén a 74. § 2/a, b pontjai alapján nem lehet kivételt tenni és 1500 IE tetanusz elleni immunsavót kell adni. Ezek szerint a tetanusz megelőzésére a sebesült ellátás után (súlyos roncsolódáskor stb.) a prophylaktikus serum adása elengedhetetlen.

Horváth Attila dr.

Böröcz János dr.

Wensofszky Ibolya dr.

Szerkesztőségi megjegyzés: Joó István dr. főorvos levelét olvasóink nevében is köszönjük. Köszönjük figyelmét, hogy felfedte és helyreigazította Horváth Attila dr. és mtsai „Akut leukaemia és tetanus egyidejű előfordulása” c. dolgozatának a szerkesztőségi szűrőn fenn nem akadt hibáját. Ezzel egyben elismerjük saját körültekintésünk hiányát is, amely részben oka volt annak, hogy a megjelent dolgozat téves információt tartalmazhatott. Ugyanakkor t. Levélírónk biztosan tudja, hogy milyen körültekintő kritikával és igényességgel igyekszünk a dolgozatokat elbírálni. Nem áztatjuk magunkat, hogy minden esetben egyenlő mértékben sikerül kritikai szándékunkat érvényesítenünk — ahogyan ez jelen esetben is történt. Mindez természetesen nem jelenti azt, hogy nem törekedtünk eddig is — és a jövőben is még inkább a hasonló vagy más természetű hibák megelőzésére.

Horváth Attila dr. és mtsai levelének magyarázata nem fogadható el. Az, hogy a tetanus kórokozóját a Gram-negatív baktériumok csoportjába sorolták, tévedés. Állításukat, hogy az ismételt hibás besorolás csupán elírás lenne aligha fogadjuk el, mert azt módjuk lett volna az átdolgozásra visszaküldött kéziratban, legkésőbb pedig a hasáblevonatban kijavítani. — De alkalmat adtunk volna az utólagos helyreigazításra is, ha ennek érdekében közvetlenül a cikk megjelenése után jelentkeznek a szerkesztőségben. — Az elírás lehetőségét

akkor is elfogadnánk, ha a kézirat egyéb tekintetben mentes volna a kifogásolható állításoktól, hiányosságoktól. Erről azonban nincs szó, mert a cikket még a lap imprimaturájából is ki kellett emelni, további korrekciók érdekében. — A szerkesztőség természetesen nem kívánja elhárítani az őt terhelő felelősséget a hibás információ közreadásáért — ahogyan nem háríthatják el a felelősséget a dolgozat lektorai sem — az azonban belátható, hogy lexikális ismeretek tekintetében a szerkesztőség jóhiszeműen előlegezi a bizalmát a szerzőknek és feltételezi, hogy egy dolgozat megírása egyben a dolgozat témájában való elmélyülést is jelenti, amely biztosítja az adatok és ismeretek megbízhatóságának.

És ez elsősorban a szerzők és előljáróik feladata, felelőssége és kötelessége.

Visszatérve Joó főorvos levelére: ami a Könyvismertetések terjedelmét illeti, annak magunk is racionális határokat próbálunk szabni. Ennek ellenére előfordulhatnak feleslegesen terjedelmes recenziók. Ugyanakkor véleményünk szerint a Könyvismertetés olyan önálló kritikai műfaj, amelynek ismeretterjesztő, pedagógiai feladata van, sőt alkotó jellegét is vitathatatlanak tartjuk. Akkor értékel egy művet helyesen a recenzens, ha annak tartalmára is kitér érdeme szerint, hiszen az olvasó és orvosi könyvtárak gyakran a Könyvismertetés alapján döntenek el, megérdemli-e a könyv az alaposabb megismerést, a beható tanulmányozást és a könyv

beszerzése érdekében tett erőfeszítéseket? És ez további szempont.

A védőoltásokat referáló alrovat hiányát kifogásoló megállapítását megértéssel olvastuk. Ha legalább három, a védőoltásokkal kapcsolatos cikk referátumát biztosítaná negyedévenként, akkor mérlegelnék a javasolt alrovat megindítását. Hogy mind ez ideig ilyen alrovatunk nem volt, azt a megfelelő számú, egyértelműen ide illő referátumok hiánya magyarázta. Aki ilyen besorolást naponta, rutin-szerűen végez — és többnyire többen, felváltva végzik — természetesen tartja, hogy a védőoltásokkal foglalkozó referátumok ez ideig több, különböző alrovatba kerültek (mikrobiológia, fertőző betegségek), mert egyértelmű kategorizálásuk érthetően nehézségekbe ütközik.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszertárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapével.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritis urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acu. folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválólóg hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre alkalmazható:

- I. sz. hát – váll, felkar – mell
- II. sz. derék – végtag
- III. sz. lábfej – boka (csizma)
- IV. sz. kézfej – csukló
- V. sz. has (főleg gynecológiai területen)





KÖNYVISMERTETÉS

Lydtin, H., W. Meesmann (Hrsg.): *Kardiale Sympathikolyse als therapeutisches Prinzip.* G. Thieme Stuttgart. 1975. 257 oldal, 163 ábra, 40 táblázat. Ára: DM. 29,80.

A kötet az 1972 novemberében Rottach-Egern-ben megrendezett nemzetközi szimpozium 40 előadását, az elhangzott vita és egy kerekasztal-konferencia szövegét tartalmazza. 63 nagyrészt ismert szerző fejti ki véleményét a β -blockoló szerekéről. A könyv anyaga a selectiv hatásúknak tartott practolol (Eraldin, Dalzic) készítmény köré csoportosul. Vezető német és angol pharmacologusok és klinikusok ismertetik angina pectorisban, szívrythmuszavarokban, hypertoniában, hyperkinetikus keringési syndromában és functionális keringési zavarokban practolollal elért kitűnő eredményeiket.

A fejezetek részletes ismertetése helyett a kötethez két megjegyzést kell fűzni: 1. Vajon miért telt el közel két és fél év a szimpozium megrendezése és a könyv megjelenése között? A nagymúltú Thieme kiadó általában gyorsabban dolgozik. 2. Újabb, a kötetben meg sem említett észlelések szerint a practolol több országban és számos esetben conjunctivitist, cornea ulcust, keratoconjunctivitist, látásromlást, vakságot, lupus erythematosus szerű syndromát, psoriasis-szerű bőrjelenségeket, hányást, súlyos abdominalis panaszokat, sclerotizáló peritonitist, retroperitonealis fibrosist, agranulocytosist okozott; a súlyos mellékhatások prognosisa ma még meg sem ítéhető. A hasi panaszok miatt több esetben laparotomiára került sor [irodalom: *Brown, P.* és *mtsai*: *Lancet*. Dec. 21 (1974), 1477; *Szerk. Közl. Münch. med. Wschr.* Aktuelle Medizin. 117: No. 17 (12) és No. 27 (18) 1975.]. A mellékhatások miatt a practolol forgalombahozatalát számos országban betiltották. A Thieme cég ezt követően adta ki a practololt propagáló kötetét.

Mindezek ellenére, de az elmondottak tudatában, a β receptor blockoló szerekkel foglalkozó pharmacologusok és klinikusok a könyvet haszonnal forgathatják: a szer vizsgálataira alkalmazott módszerek érdekesekek, az ismertetett többi β receptor blockoló szerre vonatkozó adatok korszerűek. Számos értékes irodalmi adat is található a könyvben. Kár, hogy a practolollal éven át végzett szorgalmas kísérletes pharmacologiai kutatómunka minden eredménye egyszerre elvész a súlyos mellékhatások miatt. De még szomorúbb, hogy a civilizált világban egyre szigorúbbá (és sok országban egyre bürokratikusabbá) váló gyógyszerregisztrálási eljárás-

sok sem védik meg feltétlenül a beteget egyes „gyógy”-szerek okozta súlyos károsodásoktól.

Szám István dr.

L. Rohland—H. Spaar: „Die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR. — Geschichte, Funktion und Aufgaben”. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1973. (325 oldal).

Az elméleti és gyakorlati orvostudomány fejlődésében fontos szerepet játszanak a tudományos társaságok. Működésük nemcsak az általuk képviselt szakágazat tudományos és technikai fejlettségét tükrözi, hanem egyúttal kifejezője azoknak a társadalmi-politikai törekvéseknek is, amelyeknek keretében működésüket kifejtik. Az egyes társaságok működése, célkitűzéseik és eredményeik szoros összhangban állnak azokkal a feladatokkal, amelyek az egészségügy általános haladását elősegítik; az orvostudományi társaságok szervezettsége és felépítése pedig általános jellemzője az egészségügy fejlettségének. Így azok a munkák, amelyek egy-egy ország tudományos társaságainak kialakulását, struktúráját, célkitűzéseit, és működését mutatják be, méltán számíthatnak elsősorban az egészségügy tudományos és gyakorlati irányításában érdekelt szakemberek érdeklődésére. A szerzők a Német Demokratikus Köztársaság orvostudományi társaságainak kialakulását és jelenlegi struktúráját ismertetik könyvükben, amely 5 nagyobb fejezetre oszlik.

Az első fejezet az orvostudományi társaságok kialakulásának politikai, tudományos és szociális aspektusait ismerteti röviden a múlt és a jelen századi Németországban, a II. világháború befejezéséig. Orvostörténeti szempontból is érdekes és tanulságos annak a 184 orvosi társaságnak a felsorolása, amelyek 1808—1910 között alakultak és működtek. Ugyanebben a fejezetben értékes adatok találhatók a korai német—oros, a két világháború közötti időszak német—szovjet orvostársasági kapcsolatokról, valamint a német orvosi társaságoknak a II. világháború idején tanúsított működéséről. A könyv második fejezete az NDK orvostudományi társaságainak megalakulását ismerteti a demokratikus fejlődés egymást követő periódusaiban, 1947—1971 között. A tudományos társaságok megalakulása, a társaságok működésének fejlődése, a társaságoknak a szocialista egészségügy kialakítása érdekében kifejtett munkássága kitűnően megismerhető az eredeti dokumentumokkal illusztrált fejezetből.

A harmadik fejezet az NDK orvostudományának és szocialista egészségügyének jelenlegi helyzetét és szervezetét ismerteti. A negyedik fejezet az orvostudományi társaságok nemzetközi kapcsolataival foglalkozik; részletesen elemzi és méltatja azokat a kapcsolatokat, amelyeket az NDK orvostudományi társaságai a szocialista országok hasonló társaságaival kialakítottak. A fejezet második része az NDK orvostársaságainak a nemzetközi tudományos életben való részvételével, az internacionalis kapcsolatok kialakításának és jelenlegi helyzetének ismertetésével foglalkozik. Végül a könyv ötödik fejezete összefoglalja azokat a feladatokat, amelyek az orvostudományi társaságokra várnak a szocialista orvostudomány és egészségügy további fejlesztésében.

A könyv végén tabellaris felsorolásban igen értékes adatok találhatóak a II. világháború előtti és utáni orvostudományi társaságokról, a társaságok tudományos aktivitásáról, a jelenlegi nemzetközi tudományos kapcsolatokról, az NDK-ban kiadásra kerülő szakfolyóiratokról stb. *Rohland* és *Spaar* könyve igen értékes tanulmány mindazok számára, akik tudományszervezéssel és irányítással foglalkoznak, akik tudománypolitikai kérdések, egyesületi élet és tevékenység irányításában aktív szerepet vállalnak. A mű jelentőségét fokozza, hogy eredeti dokumentumokat és idézeteket tartalmaz és a közelmúltból számos, orvostörténeti szempontból is figyelemre méltó adatot közöl; ezáltal a könyv az NDK orvostudományi és egészségpolitikai helyzetének kitűnő keresztmetszete.

Juhász Jenő dr.

W. Presber, W. de Nève, K. Rose: *Technische Hilfen für den Versehrten in der Wohnung und auf der Strasse.* VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1973. 159 old., 122 ábra. 15,80 M.

A súlyos és legsúlyosabban megbetegedett és megrokkant egyéneknek a beilleszkedését a társadalomba, családba sokrétű rehabilitációs munkával segítjük. Ez már az egészségügyi intézményekben elkezdődik, de folytatódnia kell a családban, munkahelyeken, bizonyos esetekben ott is, ahol egészségesek és rokkantak egyaránt megfordulnak, a közutakon vagy szórakozóhelyeken.

Az orvostudomány és technika sokrétű fejlődése napjainkban számos olyan rokkant számára teremti meg az önállóság lehetőségét, akiket azelőtt magatehetetlennek minősítettek és egész életükben mások gondoskodására, gondozására voltak utalva. A magatehetetlenség élménye károsan hatott a megrokkant egyénre is, meg az őt ápoló-ellátó családi környezetére is. A társadalom napjainkig felismerte, hogy ilyen esetekben mindenképpen se-

gíteni kell. A tevékeny segítség két úton érvényesül. Egyrészt közvetlenül, ha az önállóvá vált, mozgáskárosodott, vagy érzékszervi fogyatékos lelkileg is egyensúlyba kerül és ezután gyakran még saját termelőmunkájával is hozzájárul önfenntartásának költségeihez. A közvetlen hatás mellett azonban a segítségnek egyéb hatása is van a sérült környezetére. A sikeres rehabilitáció munkaerőt szabadít fel, a családtagok ápolás helyett más munkát vállalhatnak.

A szerzők könyvükben számos olyan ismeretet közölnek, melyek ma már szinte nélkülözhetetlenek mindazoknak, akik terveznek és termelnek: a holnap lakótelepeit, vagy lakóházait, bútort vagy fürdőszobaberendezést, gépjárművet vagy tolokocsit, konyhaeszközöket vagy mozifeljárót, egyéb mindennap használatos tárgyakat. A rokkantakra gondolni kell tömegközlekedési eszközök tervezésénél, berendezésénél is, mert nagyon sok olyan mozgásszervi fogyatékos van és lesz, aki hasznos munkát szeretne végezni, tanult, vagy tapasztalatokban raktározott ismereteit szeretné gyümölcsöztetni, de ezt azért nem tudja megtenni, mert nem tud közlekedni, nem tud odajutni, ahol dolgozhatna. Szerzők hasznos útmutatást adnak azoknak, akik járműfejlesztéssel foglalkoznak, de ötleteket adnak azoknak is, akik a gépjárművezetésre alkalmasság különleges eseteit elbírálják.

A könyv decimális rendbe szedett fejezetei jól tükrözik, hogy milyen jelentőséget tulajdonítottak a szerzők egy-egy kérdésnek. Az első fejezet a rokkantaknak nyújtott „technikai segítség” fontosságát, lényegét emeli ki. A második a különböző okból megrokkantakat osztályozza. A harmadik fejezet a mozgásszervi károsodottak sajátos helyzetét fontolja és elsősorban a helyzetváltoztatásukat lehetővé tevő, megkönnyítő eszközöket ismerteti. A negyedik fejezet a legnagyobb terjedelmű. A lakásépítésben és azok berendezésében rokkantaknak nyújtható technikai segítségek egész sorát találjuk a könyvben írva és rajzolva. Szerzők új épületek tervezőinek éppúgy hasznos ismereteket közölnek, mint azoknak, akik meglévő akarnak átalakítani. Egy-egy szellemes alaprajzi módo-

sítással kocsin mozgó járásképtelenek is közlekedőképesekké válhatnak a lakásban. Ezáltal önmagukat is elláthatják, mert eljutnak a kocsival a megfelelően kialakított fürdőszobába, konyhába. Külön fejezet szól a háztartási eszközökről, azokról a tárgyakról, melyek segítik a rokkantakat önmaguk mindennapi ellátásában. Sok ötlet, együttérző szív és sokoldalú szaktudás rejlik e fejezet sorai és ábrái mögött is. A hatodik fejezetben ajánlást találunk ahhoz, hogyan közlekedjenek a rokkantak a közutakon. Szerzők itt ismét különös figyelemmel vannak a mozgásszervi károsodottakra, a nekik nyújtható technikai segítségükre.

Szerzők a kötet végén röviden összefoglalják a lényegét, amikor ismét rámutatnak arra, hogyan tudjuk a rokkantaknak a társadalomba való újra beilleszkedését elősegíteni. A jól áttekinthető, szemléltető rajzokkal gazdagon illusztrált könyv hasznos olvasmány lesz azoknak, akik rehabilitációval foglalkoznak. Hézagpótló azoknak is, akik rokkantak számára korszerűt, hasznosat akarnak alkotni. Ezért építészeknek, berendezőknek, háztartási eszközöket gyártó szakembereknek, vagy akár gépjárművezetőknek is érdemes lenne e kis könyvet tanulmányozni.

Berentey György dr.

G. Heidelmann: Das Gichtsyndrom. (A köszvényes tünetcsoport). Theodor Steinkopf Verlag, Dresden, 1973, 199 oldal.

A szép kiállítású, képekkel és ábrákkal gazdagon illusztrált könyvnek a bevezetőjéből megtudjuk, hogy nem csupán egy szenvedést okozó, kevésbé ismert betegségről olvashatunk, hanem a húgysav anyagcsere zavarának a hyperlipoproteinaemiával, diabétesssel és elhízással való összefüggéséről is. A könyv foglalkozik az arthritis urica visceralis megnyilvánulásaival: a hypertonia, nephropathia, nephrolithiasis, arteriosclerosis és szivinfarctus kérdésével. A belgyógyász szerkesztő a sokrétű feladatot pathologus, radiologus, rheumatologus laboratóriumi szakorvos segítségével oldotta meg.

A szerzők — a drezdai klinika

professzorai — saját vizsgálataikról is számot adnak. A munka elsősorban gyakorló orvosoknak szól, s a fő hangsúlyt a diagnosztika, prophylaxis és kezelés kérdései kapják. A purin anyagcsere biokémiájáról, pathophysiológiájáról és pathológiájáról szóló fejezet szűkre szabott.

Az epidemiológiai fejezet összefoglalja az eddigi ismereteket a tápláltsági állapot, alkohol fogyasztás, fizikai tevékenység, etnikai tényezők és a plasma húgysav tartalom összefüggéseiről. Érdekesek a betegség növekvő gyakoriságát szemléltető adatok.

A pathológiai elváltozások összefoglalása kevésbé sikerült. A legfontosabb szervi megnyilvánulás, a nephropathia leírása hiányos, ami azért is szembeötöl, mert szerző a köszvényes zsugorvesztést a halálozás 50%-áért teszi felelőssé.

A köszvény klinikai képeinek ismertetése a mű legszebb része. A diagnosis kritériumait, a betegség stádiumait, atipikus megjelenési formáit épp oly jól foglalja össze, mint az elkülönítő kórismét.

A kötet jó áttekintést ad a köszvény és más anyagcsere betegségek: diabétes, hyperlipidaemiák és elhízás összefüggéseiről. A kórkép arteriosclerosisra hajlamosító szerepét igazolja azon megfigyelésük, hogy az érrelváltozások gyakorisága a hyperlipidaemiás és normális lipid szintű betegekben nem különbözött.

A radiológiai elváltozások ismertetése a kérdésben kevésbé tájékozottak számára is hasznos technikai, s a kép elemzéséhez nélkülözhetetlen elméleti és gyakorlati útmutatót ad.

Rövid fejezet tárgyalja a myeloproliferatív syndromában, chr. ve-seelégtelenségben, a cytostaticumok és diureticumok hatására kialakuló, tüneti hyperuricaemiát.

Az utolsó fejezet összefoglalja az arthritis urica egyes stádiumainak gyógymódjait, a mozgás-, fürdő-, étrendi kezelést, továbbá a hatás-módjuk szerint csoportosított gyógyszereket.

A stílusában, tipográfiájában egyaránt választékos, gazdag irodalmi áttekintést nyújtó kötet fontos ismereteket tartalmaz belgyógyász, rheumatologus, urologus és radiologus szakorvosok számára.

Holländer Erzsébet dr.

MEDICOR**MEDICOR****MEDICOR****MEDICOR****MEDICOR****MEDICOR****MEDICOR****MEDICOR**

BION 80 Bipoláris ionizátor

Aeroionterápiás kezelésekhez készült univerzális levegő ionizátor. A készülék mind negatív, mind pozitív aero-ionok előállításához alkalmas.

A negatív levegőionok belélegeztetése jó eredménnyel alkalmazható a

- felső légúti hurutos betegségeknél,
- időszakos felső légúti allergiás betegségek (pollinosis), rhinitisek, bronchitis chronica és spastica, asthma bronchiale, migrain, labilis hypertonia kezelésénél.

A készülék alkalmazható még:

- intenzív terápiás osztályon,
- postoperatív őrzőszobában,
- traumatológiai osztályon.

A készülék klinikai, kórházi felhasználáson kívül kiváló eredménnyel alkalmazható orvosi rendelőkben, sportorvosi kezeléseknél, időjárásérzékeny egyéneknél, orvosi előírás és felügyelet mellett.

Az aero-ion kezelésnek abszolút kontraindikációja sem felnőtteknél, sem gyermekeknél nincs.

A Bion 80 kezelése egyszerű, a könnyű, de stabil állvány segítségével minden irányba beállítható. Külön rendelhető tartozékok segítségével falra, asztalra is szerelhető.

A Medicor Művek ionizátor gyártmánycsaládjának tagjai továbbá:

- Mini ionizátor, gépkocsihoz BION 78
- Asztali ionizátor BION 79
- Helyiség ionizátor BION 90

Gyártja és exportálja: MEDICOR MŰVEK, Budapest

**MEDICOR****MEDICOR**

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. október 9-én, du. 2 órára tűzte ki **Földes János dr.**: „*A Long-Acting Thyroid Stimulator (LATS) és autoimmunitás szerepe a Basedow-kór létrejöttében*” c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Petrányi Gyula dr.** akadémikus, **Endrőczy Elemér dr.**, az orvostudományok doktora, **Gergely János dr.**, az orvostudományok doktora.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. október 10-én, du. 2 órára tűzte ki **Mihóczy László dr.**: *Összehasonlító szivkatheteres és mechanographiás vizsgálatok a kisvérkőri keringés kutatásában*” c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Gábor György dr.**, az orvostudományok doktora, **Bodrogi György dr.**: az orvostudományok doktora, **Böszörményi Miklós dr.**, az orvostudományok doktora.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. október 10-én, du. 2 órára tűzte ki **Csiba Árpád dr.**: „*Az ameloblastomák pathomorphológiája*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Barna Dénes dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Szentpéteri József dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A Csongrád városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya 1975. október 11-én, 9 órakor Csongrádon, a Tanács dísztermében — a Szülőotthon 25 éves fennállása alkalmából — **ünnepi tudományos ülést** rendez.

Program:

Megnyitó: **Dr. Varga József** tanácselnök.

Szülőotthon dolgozóinak jutalmazása.

Üléselnök: **prof. Sas Mihály.**

Előadások

1. **Prof. Sas Mihály:** Csongrád megye aktuális szülészeti problémái.

2. **Aranyi Sándor dr.:** Beszámoló a szülőotthon 25 éves működéséről.

3. **Kiss Gyula dr.:** Szakellátásunk változott körülményei és követelményei.

4. **Mester János dr.:** Szemelvények Csongrád egészségügyi múltjából.

5. **Aranyi Sándor dr.:** A császármetszéssel kapcsolatos méhüri tamponádról.

6. **Vekerdy Sándor dr.:** Szívbetegség és szülés.

7. **Tóth András dr., Aranyi Sándor dr.:** Tanuló lányok trichomoniasis elleni aktív immunizálásával szerzett tapasztalatok.

A Pest megyei Tanács Semmelweis Kórház Tudományos Köre 1975. október 13-án (hétfő) délután 14 órakor, a kórház tanácstermében (VIII., Gyulai P. u. 2.) **tudományos ülést** tart.

1. **Jórárt György dr., Grondzsák Emőke dr.** (Cegléd): Nyolcezer iskolás gyermek bakteriuriás szűrővizsgálata.

2. **Joody Margit** (Idegbeteg gond. Int., Bp.): Nővér, beteg és a halál.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Nőgyógyászati Klinika 1975. október 13-án (hétfő) délután 14 órakor, a Klinika tantermében **szakreferátumot** rendez.

Téma: Szülésmegindítás magzati veszélyeztettség miatt.

Program:

1. **Lampé László:** Bevezető.

2. **Gaál J., Nagy Gy., Kardos Z.:** Szülésmegindítás javallatai és eredményei hypoxiás veszélyeztettségben.

3. **Nagy Gy., Gaál J., Szeverényi P., Kardos Z.:** Szülésmegindítás Rh-sensibilizáltságban.

4. **Asztalos M., Nagy Gy.:** Szülésmegindítás a CH-anyagcsere zavarai miatt.

5. **Komáromy B., Balogh B., Szeverényi M.:** A szülésmegindítás és észlelés módszerei.

6. **Komáromy B., Gaál J., Tóth Z.:** Indukált méhcontractiók hatása a magzatra.

Vita

7. **Lampé László:** Összefoglalás, a klinika álláspontja.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Női Klinika KISZ alapszervezete 1975. október 6–7-én, a Klinika előadótermében (VIII., Baross u. 27.) — hazánk felszabadulásának 30. évfordulója alkalmából — **KISZ-tag Nőgyógyász Oktatók Tudományos Fóruma** címmel **tudományos ülést** rendez.

Védnök: **prof. Csömör Sándor.**

Elnök: **Paulin Ferenc dr.**

Rövidítések: az előadók neve után zárójelben szereplő rövidítések a munkahelyet jelentik:

(Bp. I.): Semmelweis OTE I. Női Klinika,

(Bp. II.): Semmelweis OTE II. Női Klinika,

(D): Debreceni OTE Női Klinika, (Sz): Szegedi OTE Női Klinika,

(P): Pécsi OTE Női Klinika, (OTSI): Országos Testnevelési és Sportegészségügyi Intézet Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály.

Tudományos program:

Október 6. (hétfő) 14.00 óra

Megnyitó: **prof. Csömör Sándor.**

Elnökség: **Patkós Péter dr.** (Bp. I.), **Dvoráček Éva dr.** (D.), **Zubek László dr.** (Bp. II.).

1. **Hernádi Zoltán dr.** (D): A magzatvíz L/S értékének jelentősége a

praenatalis diagnosztikában.

2. **Kazy László dr.** (B. II.): A magzatvíz fosfolipoid tartalmának vizsgálata a magzat érettségének megállapítására.

3. **Solyos Árpád dr., Csapó Zoltán dr., László Ferenc dr.** (Bp. I.): A Clements-próba jelentősége a RDS prophylaxisában.

4. **Drozgyik István dr., Szabó István dr., Csaba Imre dr., Novák Péter dr.** (P): Lecithin-sphingomyelin arány, mint a foetalis tüdő funkcionális maturitásának indexe.

5. **Novák Péter dr., Szabó István dr., Csaba Imre dr., Drozgyik István dr.** (P): A L/S arány és a Clements-féle gyorsteszt értéke a respiratorikus distress syndrome antenatalis diagnosztikájában.

6. **Szabó István dr., Csaba Imre dr., Novák Péter dr., Drozgyik István dr.** (P): Steroid terápia jelentősége a respiratorikus distress syndrome (RDS) preventiójában.

7. **Nagy Gyula dr.** (D): Corticosteroidok—idő előtti burokrepedés—koraszülés—bétamimetikumok (Partusisten[®]).

Szünet

15.50 óra

Elnökség: **Szabó Tibor dr.** (P), **Csömör Sándor jr. dr.** (Bp. II.), **Paulin Ferenc dr.** (Bp. I.).

1. **Kardos Zoltán dr.** (D): Idő előtti fájástevékenység betamimetikus gátlása (Partusisten[®]).

2. **Pajor Attila dr.** (Bp. II.): A betasympathomimetikumok hatás módja és szülészeti klinikai alkalmazása.

3. **Hintalan Albert dr.** (Bp. II.): Prostaglandin, betamimetikus szerek, oxytocikus hatású készítmények hatásának vizsgálata túléelő méhizomzat. A hatások kompetitívja, időrendi kapcsolata.

4. **Somos Péter dr., Konrad Sándor dr., Ebner László dr.** (Bp. I.): Méhszaj-reconstructió műtétek hatása a fertilitásra.

5. **Tóth Zoltán dr.** (D): Koraszülés—idő előtti burokrepedés—cervicális elégtelenség.

6. **Makai Ferenc dr.** (D): Kolpitišek jelentősége terhességben.

7. **Bedő Tibor dr.** (D): A méhür fertőzöttségének vizsgálata idő előtti burokrepedést követő császármetszéseknél.

Szünet

Fogadás a találkozó résztvevőinek tiszteletére.

18.00 óra

Elnökség: **Kovács István dr.** (Bp. I.), **Kardos Zoltán dr.** (D), **Than Gábor dr.** (P).

1. **Gergely Győző** (Sz): Terhességmegszakítás vacuum aspirációval.

2. **Szeverényi Mihály dr.** (D): Terhességmegszakítás a méhszaj tágitása nélkül, vacuum aspirációval.

3. **Moksony István dr.** (Bp. II.): Kis adag prostaglandin alkalmazása terhességmegszakításra. A méhszaj spontán megnyílása után végzett vacuum aspiratio.

4. **Mészáros József dr., Szabó Elek dr. (Sz):** Lepényszövet PGF_{2a} tartalmának alakulása spontán és indukált vetélesek alkalmával.

5. **Matányi Sándor dr. (Bp. II.):** A plazma progeszteron szint alakulása prostaglandinokkal történő terhességmegszakítás kapcsán.

6. **Zubek László dr. (Bp. II.):** Prostaglandin impact eljárásnál az adag nagyságának befolyása a terhességmegszakítás lefolyására, kompletizálódására.

7. **Csömör Sándor jr. dr. (Bp. II.):** Prostaglandin-terhességmegszakítás kapcsán az uterus átmosásakor nyert folyadék hormontartalmának vizsgálata.

8. **Bernard Artur dr. (Bp. II.):** A prostaglandin intravénás alkalmazásának lehetőségei idős terhességek megszakításánál, elhalt magzat esetén és a normális szülés vezetéseben.

Október 7. (kedd) 8.20 óra

Elnökség: **Nagy Gyula dr. (D), Solyoms Árpád dr. (Bp. I.), Gergely Gyöző dr. (Sz).**

1. **Kereszti József dr., Nagy Péter dr., Varga Katalin dr., Garadnay Béla dr., Csaba Imre dr. (P):** A terhesség alatti oestriol ürítés fiziológiai és pathológiai értékei.

2. **Varga Katalin dr., Csaba Imre dr., Nagy Péter dr. (P):** Az anyai oestriol ürítés és a magzat fejlettsége.

3. **Horváth Attila dr., Paulin Ferenc dr., Hamvas Ferenc dr. (Bp. I.):** Az anyai oestriol ürítés a magzatok születési súlyának és a terhesség idejének függvényében.

4. **Nagy Péter dr., Varga Katalin dr., Kereszti József dr., Garadnay Béla dr., Csaba Imre dr. (P):** Az anyai oestriol ürítés ellenőrzésének jelentősége a perinatalis mortalitás alakulásában.

5. **Sziklai Levente dr. (Bp. II.):** Az oestrogenek és a plazma progeszteron viszonyértékek alakulása terhességi szövődményekkel kapcsolatban.

6. **Schlitt Eszter dr., Paulin Ferenc dr., Horváth Attila dr. (Bp. I.):** Terbutalin-kezelés hatása a terhesek oestriol ürítésére.

7. **Hercz Péter dr. (Bp. II.):** HCS és terhességi szövődmények.

8. **Hadnagy János dr., Kereszti József dr., Szigetvári István dr. (P):** Anyai serum HCS szintjének vizsgálata szívbeteg terheseken.

9. **Czikmántory Péter dr., Polgár Mária dr., Schlitt Eszter dr. (Bp. I.):** HPL meghatározások fenyegető koraszülésnél.

10. **Forgács Vince dr. (Bp. II.):** A placenta insufficientia felismerése és kezelése.

S z ü n e t

10.15 óra

Elnökség: **Mészáros József dr. (Sz), Fedák László dr. (Bp. I.), Bernard Artur dr. (Bp. II.).**

1. **Berbik István dr., Kovács István dr., Herberth János dr. (Bp. I.):** A terhességi ureter occlusio diagno-

sisának és kezelésének aktuális kérdései.

2. **Szeverényi Mihály dr. (D):** A méhizomzat oxytocin érzékenysége vizsgálatának klinikai jelentősége.

3. **Nagy Gyula dr. (D):** Indukált méh-contractiók hatása a magzatra.

4. **Szeverényi Péter dr. (D):** A megindított szülések anyai és magzati szövődményei.

5. **Tóth Zoltán dr. (D):** Az anyai és magzati veszélyeztetettség miatt megindított szülések lefolyása és műtői frekvenciája.

5. **Kovács István dr., Tóth Károly dr., Konrád Sándor dr., Varga József dr. (Bp. I.):** Propanidid lebombolása az idő függvényében császármetészek során az anyai és magzati vérben.

7. **Csákány György dr. (OTSI):** A spinális érzéstelenítés helye a császármetés korszeru anaesthesiájában.

S z ü n e t

11.40 óra

Elnökség: **Tóth Károly dr. (Bp. I.), Varga Katalin dr. (P), Batár István dr. (D).**

1. **Bakos László dr. (Bp. II.):** A cardiokardiographia szerepe a magzati veszélyeztetettség felismerésében.

2. **Hidvégi János dr., Német János dr., Patkós Péter dr. (Bp. I.):** A köldökzsinór-szövődmények felismerésének lehetőségei az intenzív szülés-észlelés birtokában.

3. **Papp László, Hidvégi János dr., Kizsel János dr. (Bp. I.):** A szubjektív észleléstől az objektív jel-értékelésig.

4. **Patkós Péter dr., Hidvégi János dr., Paulin Ferenc dr. (Bp. I.):** Újszülött-asphyxia hagyományosan és intenzíven észlelt szülések során.

5. **Dvoráček Éva dr. (D):** Koraszülöttek perinatalis mortalitása.

6. **Patkós Péter dr., Kizsel János dr., Lipták Márta dr., Papp László dr. (Bp. I.):** Folyamatos transcutan pO₂ mérés újszülöttkori légzészavarokban.

7. **Lipták Márta dr., Kizsel János dr. (Bp. I.):** Koraszülöttek, illetve intenzív ellátásban részesült újszülöttek rendszeres utóvizsgálatának megszervezése klinikánkon.

8. **Csécsei Károly dr. (D):** Potter-szindrómás újszülött a nemi szervek súlyos fejlődési zavarával.

9. **Lipták Márta dr., Patkós Péter dr., Fedák László dr. (Bp. I.):** A Venagamma (Human[®]), mint a koraszülöttek gyors hatású polimmunitás módosító szerepe.

E b é d s z ü n e t

14.30 óra

Elnökség: **Berbik István dr. (Bp. I.), Moksony István dr. (Bp. II.), Drozgyik István dr. (P).**

1. **Than Gábor dr., Szabó Dénes dr., Karg Norbert dr., Csaba Imre dr. (P):** A terhességgel társult alfa-2-glykoproteid izolálása és részleges biokémiai analízise.

2. **Than Gábor dr., Szabó Dénes dr., Karg Norbert dr., Csaba Imre dr. (P):** Terhességi szérumfehérje

antigének (alfa és béta globulinok) kvantitatív immunológiai vizsgálatai.

3. **Novák Péter dr., Than Gábor dr., Szabó Dénes dr., Karg Norbert dr., Csaba Imre dr., Ambrus Mária dr. (P):** Terhességgel társult alfa-2-glykoproteid immuno-suppressív hatásának in vitro vizsgálatai.

4. **Karg Norbert dr., Than Gábor dr., Szabó Dénes dr., Novák Péter dr., Csaba Imre dr. (P):** Terhességgel társult alfa-2-glykoproteid és C-reaktív protein összehasonlító vizsgálata terhesek, valamint nőgyógyászati és egyéb tumoros betegek szérumában.

5. **Fedák László dr., Pulay Tamás dr., Csömör Sándor sen. dr., Hunka Rezső dr., Németh Ferenc dr., Czikmántory Péter dr. (Bp. I.):** A spontán rosetta-képző lymphocyták számának alakulása cervix carcinomás betegekben.

6. **Skapinyecz József dr. (D):** Genetikai tényezők szerepének vizsgálata sarcoidosisban.

7. **Treit Péter dr. (Bp. II.):** A placenta ultrastruktúrájának változása terhességi toxicosisban.

S z ü n e t

16.00 óra

Elnökség: **Hintalan Albert dr. (Bp. II.), Hidvégi János dr. (Bp. I.), Bedő Tibor dr. (D).**

1. **Sárdi János dr., Garadnay Béla dr., Cseh István dr., Rákóczi István dr. (P):** Véralvadási vizsgálatok malignus nőgyógyászati daganatok eseteiben.

2. **Garadnay Béla dr., Sárdi János dr., Szabó Tibor dr., Rákóczi István dr. (P):** Antithrombin-III. aktivitás változása nőgyógyászati műtétek után.

3. **Paulin Ferenc dr., Szinyvai Miklós dr., Pulay Tamás dr., Tóth Károly dr. (Bp. I.):** Vena cava inferior syndroma és foetalis distress.

4. **Siklósi György dr. (Bp. II.):** Hormonszintek diurnális alakulása terhességen kívül, terhesség alatt, összefüggések diurnális próbák eredményével.

5. **László Ferenc dr., Somos Péter dr., Solyoms Árpád dr. (Bp. I.):** Clostylbegyt kezeléssel provokált terhességek sorsa.

6. **Nagy Péter dr., Csaba Imre dr. (P):** Oestrogen hatás ovarium tumorok mellett postmenopausában.

7. **Szabó Tibor dr., Egyed Jenő dr., Lajos László dr. (P):** Partialis hypophysectomia choriocarcinomában.

8. **Csapó Zsolt dr., Zámbo Zoltán dr., Fedák László dr. (Bp. I.):** Kismedencei actinomycosis.

9. **Hamvas Ferenc dr., Vilics Géza dr., Schlitt Eszter dr. (Bp. I.):** Folyamatos adagolású anticoncipienssel (Continuin) szerzett tapasztalataink.

10. **Batár István dr. (D):** Méhen belüli fogamzásgátló eszközökkel szerzett több éves tapasztalataink.

Prof. Csömör Sándor: Zárzó.
20.00 óra: Baráti összejövetel az I. Női Klinika KISZ-klubjában.

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1975. október 11-én, délelőtt 10 órakor Pécsen, a II. Belgyógyászati Klinikai tantermében (Széchenyi tér 5.) — **Hámori Artur egyetemi tanári kinevezésének 25. évfordulója alkalmából** — tudományos ülést tart.

Boros György: Alvadási zavarok Masugi-nephritisben.

Gofman Ljubov: Immunológiai mechanizmus szerepe az örökletes nephritis progressiójában.

Czirner József: Chronicus pyelonephritis eseteinek elemzése.

Süle Tamás: A serum-complement, a C₃ és az immunoglobulin párhuzamos vizsgálatainak értéke az allergiás nephropathiák aktivitásának diagnosztikájában.

Szilárd István: Keringő, glomerulus-basalmembran-ellenes antitestek klinikai jelentősége.

Nagy Judit: Az Australia antigen jelentősége a glomerulonephritis keletkezésében.

Németh László: Sejtközvetítette immunválasz uraemiában.

Sámik József: Menghini-tüvel végzett percutan vesebiopsia szövdményei.

Wölfer Edit: A vizelet fibrinolyticus aktivitása. A szöveti aktivitás vizsgálata az urogenitalis rendszemben.

Hazafi Klára: Neuropsychiatriai és EEG vizsgálatok chronikusan haemodialysált betegeken.

Tarján Jenő: Cardiológiai problémák vesebetegségekben.

Nemes Tihamér: Serum-lipid vizsgálatok szívinfartusban.

Honti Géza: Gastrointestinalis immunbiológiai változások néhány újabb szempontja.

Sinkó Ottó: Acut gyomorvérzések röntgen-vizsgálatának lehetőségei.

Solt István: A gyomorvérzés aktív diagnosztikája egykor és ma.

Rumi György: A polypoid gyomorlaesiók megítélése, endoscopos tanulmány alapján.

A Cegléd városi Tanács Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága 1975. október 16-án, 10 órakor, a kórház ebédlőjében (Törteli u. 1—3.) **tudományos ülést** rendez.

1. **Damjanovich Sándor dr.** (Debrecen): A fehérje—nukleotid kölcsönhatás molekuláris biológiai vizsgálata.

2. **Prof. Rák Kálmán** (Debrecen): A thrombosis megelőzésének mai lehetőségei.

A Fővárosi János Kórház Tudományos Bizottsága 1975. október 16-án (csütörtök) délelőtt 11 órakor, a kórház tantermében (XII., Diósárok u. 1.) **tudományos ülést** tart.

1. **Kunszenti T. dr., Keke D. dr.:** Változások a mellkasi folyadékgyülem oki tényezőiben (10 perc).

2. **Szathmáry J. dr., Mohácsi E. dr., Szecsey G. dr.:** Mellkasi folyadékgyülemek differenciál diagnosztikája és gyógykezelése, különös tekintettel az emphyemára (10 perc).

3. **Abrahám L. dr.:** Spontán appendicostoma (10 perc).

4. **Földvári A. dr., Jeney D. dr.:** Nőgyógyászati eredetű urológiai sérülések és ezek kezelési elvei (10 perc).

A Föv. Tanács Tétényi úti Kórház KISZ-szervezet Fiatal Orvosok Tudományos Köre 1975. október 16-án (csütörtök) 14.30 órakor, a kórház KISZ Klubjában (XI., Tétényi u. 14—16.) **tudományos ülést** tart.

Pados Gyula dr.: Hyperlipoproteinaemiák típusadekvált gyógykezelésről.

Az Orvostovábbképző Intézet Tüdőgyógyászati Tanszéke és a József Attila Tüdőgyógyintézet 1975. október 18-án, délelőtt 10 órakor Gyulán, a Tüdőgyógyintézetben **konferenciát** rendez.

I. Előadások:

Prof. Böszörményi Miklós: Az akut és subakut pneumonia egyes diagnosztikus és terápiás problémái.

Mészáros György dr.: A chronikus pneumonia klinikuma.

II. Kerekasztal

Téma: *A pneumonia aktuális kérdései.*

Moderátor: **Böszörményi Miklós dr.**

Tagok: **Czina Géza dr., Deli László dr., Kási Gyula dr., Mészáros György dr., Pintér Miklós dr., Somogyi Zsigmond dr., Szepesváry dr., Tóth Károly dr.**

A Föv. XVIII. ker. Szakorvosi Rendelőintézet Tudományos Köre 1975. október 16—17—18-án, a Rózsa F. Kultúrházban (XVIII., Városház u. 3.) **kerületi orvosnapokat** rendez.

Program

1975. október 16., 1/2 óra

Megnyitó: **Tasnádi Ilona dr.** eü. osztályvezető, **Ambrus János dr.** ker. tanácselnökének üdvözlő beszéde.

Referátumok 9 órától.

1. **Rajháthy Aurél dr.:** Az orvos és a társadalom.

2. **Horváth Béla dr.:** A szívinfartus pathogenesis és terápiája.

3. **Kerkovich Gyula dr.** (Bajcsy Kórház): A szívinfartusos beteget észlelő orvos korai teendői.

4. **Boross Ilona dr.:** A szívthrombosisos betegek utógondozása körzetben.

5. **Korom Károly** (Bajcsy Kórház): Hypertonia betegség 1975.

6. **Milotay László dr., Hunyadi Katalin dr.:** Hypertonia juvenilis.

7. **Hirsch Tiborné dr.:** Diabetes mellitus gyermekkori sajátosságának elemzése kerületünk beteganyagának alapján.

8. **Szalay Judit dr.:** Diabetes mellitus a szemész tükrében.

* Ebéd szünet

14 óra

1. **Hermann Antal dr.** (Bajcsy Kórház): A gerontológiai kezelés aktuális problémái.

2. **Vastag Endre dr.** (Tüdőklinika): Az idült obstructiv légúti megbetegedések kezelése.

3. **Vasáros Mária dr., Kleitsch Irén dr.:** A gümőkór egyes problémái és modern szemlélete.

4. **Várszegi Györgyi dr.:** Célzott antibiotikus kezelés.

5. **Protzner Kálmán dr.:** Környezetvédelem orvospolitikai vonatkozásai.

1975. október 17., 1/2 óra

Referátumok

1. **Garzó György dr.:** Párhuzamosságok az egészségügyben.

2. **Kós Rudolf dr.** (Bajcsy Kórház): Szakorvosi Rendelőintézeteink sebészeti osztályai működésének egyes kérdéseiről.

3. **Prekopp László dr., Balázs P. dr.:** Nehézségek és hibák az anorectalis elváltozások diagnosztizálásában.

4. **Rósa G. dr., Glanz J. dr., Varga L.:** A kéz fertőzéses megbetegedéseinek korszerű kezelése.

5. **Szállási János dr.:** Rectoscopus vizsgálatok.

6. **Varga András dr.:** Közúti bal esetek összefüggése az alkoholizmussal.

7. **Csáky László dr.:** A gépjárművezető alkalmassági vizsgálatairól.

8. **Barkó Éva dr.:** Congenitalis hyperthyreosis.

9. **Eszes Paula dr.:** Aktuális kérdések a koraszülöttek területi gondozásában.

10. **Farkas Márta dr.:** Száj, kéz és lábbetegség.

Ebéd szünet

14 óra

1. **Szegő Lóránd dr.:** Észrevételek a logika és diagnosztika összefüggéseiről, ill. törvényszerűségeiről.

2. **Simonyi János dr.** (Bajcsy Kórház): Tanulságos esetek a terület és kórházi osztály együttműködéséből.

3. **Szirtes Mária dr.** (Bajcsy Kórház): Peripheriás verőer betegségek gyógyításának eredményei.

4. **Herpaly Zsolt dr.:** Reanimáció a területi gyakorlatban.

5. **Bucz Istvánné dr.** vez. gyógyszerész: Gyógyszeres interakciók.

1975. október 18., 1/2 óra

Referátumok

1. **Lengyel Imre dr.:** Összefüggések a vércsoport-tulajdonságok, az öröklött és szerzett megbetegedések között.

2. **Vass József dr.:** Néhány őszinte szó a diagnosztikai tévedésekről.

3. **Schváb Veronika dr.:** Radiológiai problémák az ambuláns betegellátásban.

4. **Szakály Vince dr.:** Időjárásváltozás a gyakorló orvos szemével.

5. Czettele Károly dr.: A schizophrénia praemorbid megnyilvánulásai.

6. Hajnal Ágnes: Pszichoterápia.

7. Bálint Vince dr.: Gyógyszer kölcsönhatás.

8. Bánfalvy Márton dr.: Praeblastoma.

9. Tomjanovich Géza dr.: Üzemi gondozás a KISTEXT-ben.

10. Józsa Tibor dr.: Az orvoslás további lehetőségei.

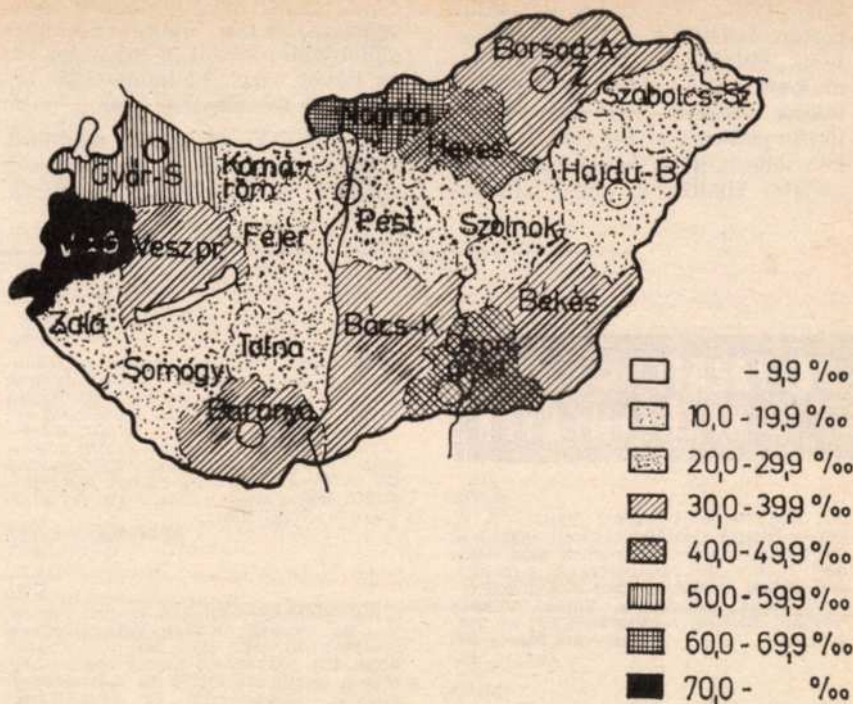
Kövér Ferenc dr.: Zárszó.

A „Vele Született Rendellenességek Országos Nyilvántartása”-nak 1974. évi adatai.

1974-ben hazánkban 187 957 születés történt és közülük 1975. III. 31-ig 5749 vele született rendellenességgel sújtottat jelentettek. Így Magyarországon 1974-ben — 1000 összes születésre számítva — 30,59‰-es vele született rendellenességgel sújtott újszülött-csecsemő gyakoriságot regisztráltunk.

A bejelentett újszülöttek-csecsemők 83,1‰-ának egy, 11,6‰-ának kettő, míg 5,3‰-ának multiplex rendellenessége volt.

A táblázatban a BNO 3 kódszám-jegyű csoportosításában közöljük a vele született rendellenességek gyakoriságát. Összehasonlításképpen bemutatjuk az 1973. évi adatokat is. Az 1974. évi adatok még nem tekinthetők véglegesnek, mivel 1975. III. 31. után is várható kisszámú jelentés. A regisztrált 6414 rendellenesség 34,12‰-es születéskori pont-prevalenciát jelent és ez nemzetközi viszonylatban magasnak tekinthető. Ennek hátterében minden bizonnyal nem objektíve magasabb



A vele született rendellenességek gyakorisága (1000 születésre számítva) hazánk közigazgatási egységeiben 1974-ben.

hazai rendellenesség-gyakoriság, hanem a bejelentési rendszer és fegyelem pozitívumai állhatnak.

Az egyes rendellenességek *havi gyakoriságának* vizsgálatok a várt előfordulástól matematikailag szignifikáns és orvosilag figyelembe veendő eltérést a felső-emésztőtractus rendellenességeiben észleltünk. A március—áprilisban szüle-

tetknél előfordulásuk többszöröse volt az évi átlagnak és a korábbi évek szokásos gyakoriságának. Az esethalmozódások jelentőségét és okát egyelőre nem sikerült tisztázni.

A vele született rendellenességek *területi megoszlása* számottevő eltérést (min.: 18,03‰, max.: 150,73‰) mutat (l. ábra). Az ok elsősorban a bejelentési fegyelem eltérése lehet. Így 30—40‰-es születéskori vele született fejlődési rendellenesség gyakoriságot feltételezve, elégtelenül tesz eleget az Egészségügyi Minisztérium által kötelezően elrendelt vele született rendellenesség bejelentésnek Komárom, Hajdú-Bihar, Fejér megye és Debrecen város orvosainak bizonyos része. Ezekben a közigazgatási egységekben szükséges a bejelentési fegyelem további fokozása. Kiváló munkát végeztek a bejelentési terén — és ez egyben a diagnosztikai képzettséget, korszerű szemléletet és az orvosi lelkiismeretességét is tükrözi — Vas, Nógrád, Győr-Sopron, Heves és Csongrád megyék, valamint Szeged orvosai. Külön kiemelés érdemelnek Nógrád és Győr-Sopron megye orvosai, mivel az elmúlt évekhez képest bejelentési munkájukban öröndetes fejlődés következett be.

1973. I. 1-ével a *Vele Született Rendellenesség Monitor* is működésbe lépett és ennek keretében a környezeti és genetikai ártalmak indikátorának tekinthető vele született fejlődési rendellenességek havonta feldolgozásra kerülnek.

Számottevőbb gyakoriság emelkedést a *végtag rendellenességek*, pontosabban a polydactylya és a

A nyilvántartott vele született rendellenességek gyakorisága ‰-ben számítva

BNO kódszám	Rendellenesség csoport	1973. év		1974. év*	
		szám	‰	szám	‰
740	Anencephalia	137	0,87	197	1,05
741	Spina bifida cystica	173	1,10	240	1,28
742	Cong. hydrocephalia	124	0,79	144	0,77
743	Idegrendszeri egyéb	72	0,46	107	0,57
744	Szem	43	0,27	31	0,17
745	Fül, arc és nyak	119	0,75	129	0,69
746	Szív és nagyerek	573	3,63	637	3,39
747	Keringési rendszer egyéb ..	121	0,77	128	0,68
748	Légzőrendszer	42	0,27	54	0,29
749	Farkastörök és nyúlajak ...	252	1,60	266	1,42
750	Felső emésztőtraktus	87	0,55	111	0,59
751	Emésztőrendszer egyéb	147	0,93	176	0,94
752	Nemi szervek	433	2,75	604	3,21
753	Húgyrendszer	98	0,62	124	0,66
754	Dongaláb (cong.)	357	2,26	398	2,12
755	Végtagok egyéb	1216	7,71	1493	7,94
756	Csontváz-izomrendszer egyéb	87	0,55	72	0,38
757	Bőr, haj és körmök	46	0,29	64	0,34
758	Egyéb és k. m. n. n.	50	0,31	73	0,39
759	Multiplex	335	2,12	305	1,62
550	Cong. inguinalis sérv	251	1,59	449	2,39
551	Cong. sérvök egyéb	151	0,96	183	0,97
227	Haemangiómák, lymphangiómák	359	2,28	406	2,16
228	Teratomák	15	0,10	23	0,12
—	Összesen	5288	33,55	6414	34,12

Rövidítések:

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása, VIII. revízió

k. m. n. n.: külön meg nem nevezett

‰: 1000 összes születésre számítva

* előzetes adatok

felső végtag redukciós anomáliái esetén észleltünk. Az utóbbiak az I—II., valamint a X—XI—XII. hónapban születettekben gyakoribbak voltak. Mindez azért érdemel külön is említést, mivel 1974 és 1975-ben több külföldi felmérésben kapcsolatot találtak az orális anticon-

ceptio (a női nemi hormonok) és a végtagredukciós rendellenességek előfordulása között. E hipotézis, ill. az észlelt hazai esethalmozódás ellenőrzése folyamatban van.

A VRONY 1974. évi adatairól részletes jelentést is készítettünk, amelyet az illetékes szerveknek

megküldtünk. A VRONY adatait a kutatás és az egészségügyi szervek céljaira az érdeklődőknek természetesen készségesen rendelkezésére bocsátjuk.

Vele Született Rendellenességek Országos Nyilvántartása (VRONY) Országos Közegészségügyi Intézet Humángenetikai Laboratórium

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(210/c)

A Nagykanizsai Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett, illetve újonnan szervezett 4 fő körzeti orvosi állásra. A állások azonnal elfoglalhatók. Lakást a Városi Tanács biztosít. Illetmény szolgálati idő és ksz. szerint. Nemesvári Márta dr. osztályvezető

(233/a)

Gödöllői Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője egyetértésben Aszód Nagyközségi Közös Tanács elnökével (2170 Aszód, Szabadság tér 9) pályázatot hirdet új körzeti gyermekorvosi állásra. Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint. Az állás azonnal elfoglalható, lakást biztosítunk. Kiss Károly tanácselnök

(238/a)

Acsteszer Községi Közös Tanács elnöke (2387 Acsteszer, Kossuth Lajos u. 54.) pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett körzeti orvosi állásra. Illetmény megállapítása a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítása alapján, a munkakörre megállapított ksz. szerint, 450,— Ft ügyeleti díj. Ev végén 6—10 000 Ft-ig terjedő jutalom. A körzethez 1 csatolt község tartozik, mely 4 km távolságra van, útviszonya jó, lélekszáma 650 fő. A pályázat elnyerése esetén az orvosi állás azonnal betölthető. A tanács újonnan épült 3 szobás komfortos, kertes lakást garázzsal biztosít. Rendelő az épületben van elhelyezve.

Bányai János tanácselnök

(239)

Eladó új minicardio és cardiollina horozható EKG készülék. Érdeklődni: 666-398 és 255-448 telefonszámon, egész nap.

(240)

Mezőfalva Községi Tanács a Duna-újvárosi Járási Hivatal Eü. Osztályának vezetőjével egyetértésben pályázatot hirdet a megüresedett II. sz. körzeti orvosi állásra. Alapbér a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint a szolgálati időtől függően, valamint ügyeleti díj és fuvarátalány. 2 szobás összkomfortos lakás rendelkezésre áll. Az állás azonnal elfoglalható.

Mateidesz György tanácselnök

(241)

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Tanács V. B. Vezető Tüdőgyógyintézetének igazgató-főorvosa (3501 Miskolc, Csabai kapu 42.) pályázatot hirdet tüdőbelsz. tályon megüresedett 2 fő másodorvosi állásra. Képesítéstől és gyakorlattól függően előnyös besorolást biztosítanak. Az alapbérhez 30% veszélyességi pótdíj jár. 1975. évben végzett orvosok is pályázhatnak. A tüdőgyógyászati szakképesítés megszerzése után belgyógyászati szakképesítés megszerzésére is lehetőség nyílik. Fűrdőszobás szolgálati lakás rendelkezésre áll.

Sáray Kornél dr. igazgató-főorvos

(242)

Pályázatot hirdetnek a Kazincbarcikai Kórház—Rendelőintézet II. sz. edelőnyl egységénél megüresedett, illetve betöltetlen 1 fő labor szakorvosi, 3 fő fogorvosi (1 edelőnyl, 1 kuratív, 1 jósvafői telephellyel), 1 fő sebész szakorvosi, 1 fő bányáuzemi orvosi (ormosbányai telephellyel) állásokra.

Illetmény megállapítása a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes bérutastítás alapján a szakképzettség és a szolgálati idő figyelembevételével történik.

Az állások azonnali elfoglalhatók.

Lakás biztosítása személyes megbeszélés alapján.

M. Szabó László dr. munkahelyvezető

(243)

Budapest Fővárosi Tanács V. B. Egészségügyi Főosztály Vezetője (1840 Budapest, Városház u. 9—11.) pályáza-

tot hirdet a Bajcsy-Zsilinszky Területi Vezető Kórházban megüresedett E 103 kulcsszámú osztályvezető főorvosi állásra.

Az állás elnyeréséhez ideg- és elme-gyógyászati szakképesítés és legalább 10 éves szakmai gyakorlat szükséges. A munkakör keretében vezető szakfőorvosi feladatokat is el kell látni. A kinevezendő főorvos orvosi magánygyakorlatot nem folytathat.

Képesítés és bérezés a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint. A pályázati kérelmeket a 6/1970. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételeikkel kerjük benyújtani.

Bartha Ferenc dr. fővárosi vezető főorvos

(244)

A Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Tanács V. B. Tüdőgyógyintézetének igazgató-főorvosa (Füzérradvány) pályázatot hirdet az intézetnél nyugdíjazás folytán megüresedett 1 fő E 103/D ksz. oszt. vez. főorvosi állásra. Az állás javadalmozása a kornak (gyakorlati időnek) és kulcsszámnak megfelelően a 18/1971. (Eü. K. jún. rk.) EÜM—MÜM együttes utasítás szerint + 30% veszélyességi pótlék.

2 (kettő) szobás komfortos lakás az intézet területén rendelkezésre áll. Pályázati határidő a hirdetésny megjelenésétől számított 30 nap. Az állás azonnal elfoglalható. 3 fő 108/3 ksz. segédorvosi, illetve 109/3 sz. orvosgyakornoki állásra. Az állások javadalmozása a gyakorlati időtől és a kulcsszámnak megfelelően + 30% veszélyességi pótlék. 2 (kettő) szobás komfortos lakás az intézet területén rendelkezésre áll. Az állások azonnal elfoglalhatók.

Pap Máttyás dr. igazgató-főorvos

(245)

Tozna Nagyközségi Közös Tanács elnöke pályázatot hirdet a nagyközségben megüresedett I. és II. sz. körzeti orvosi állásokra. Mindegyik álláshoz szolgálati lakás biztosított. Orvosházaspárok előnyben részesülnek. Jelentkezési határidő: október 15.

Toronyi István mb. tanácselnök

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116—630

MNB egyszámúszám: 69.915.272—46

Terjesztő 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



75.2866 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

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.
LENÁRT 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.

*

116. ÉVFOLYAM

*

41. SZÁM

*

1975. OKTÓBER 12.

TARTALOMJEGYZÉK

Ihász Mihály dr., Réfi Miklós dr.,
Kiss Lajos dr., Koiss István dr.
és Kriváchy Péter dr.:

A vagotomia műtét alatti
és korai postoperatív szövődményei 2403

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Kertész Erzsébet dr., Szélinger Tibor dr.,
Pintér Gizella dr., Kovács Gábor dr.
és Boda Domokos dr.:

Törekvéseink Dél-Magyarország
vele született szívbeteg csecsemőinek
és gyermekeinek ellátásában 2409

Jakobovits Antal dr.:

Összehasonlító sonographiás
és magzatvíz biokémiai vizsgálatok 2415

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Mózer István dr. és Harsányi Ádám dr.:

Krónikus légzési elégtelenséghez társuló
akut szívinfarktus 2418

Szabó Péter dr.:

A Kaposi-sarcoma klinikumáról
és röntgen kezeléséről 2424

KAZUISZTIKA

Imre József dr., Csikos Mihály dr.
és Gergely Mihály dr.:

Masszív gastrointestinalis vérzést okozó,
vastagbélbe perforált pancreas pseudocysta 2428

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2431

Folyóiratreferátumok 2433

Levelek a szerkesztőhöz 2448

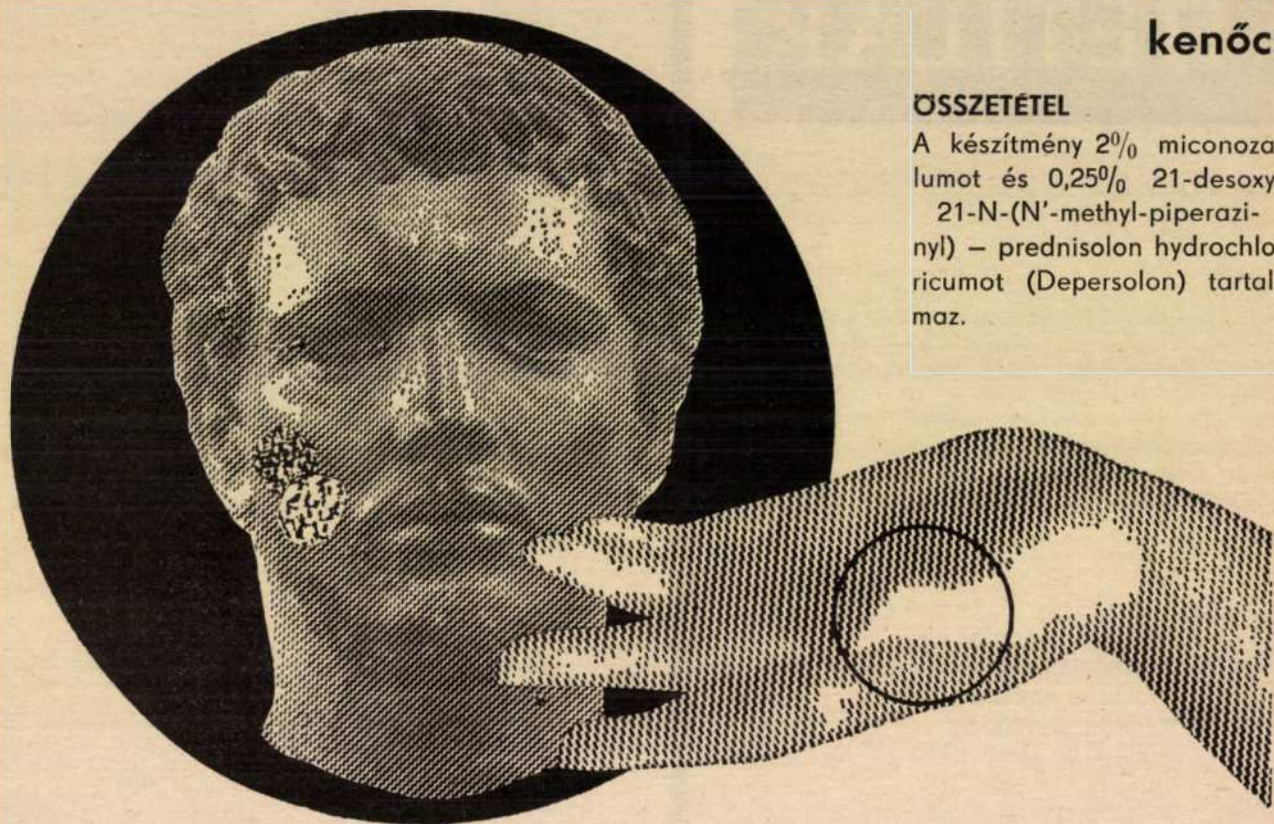
Könyvismertetés 2450

Hírek 2453

Előadások, ülések 2460

MYCOSOLON

kenőcs



ÖSSZETÉTEL

A készítmény 2⁰/₀ miconozalumat és 0,25⁰/₀ 21-desoxy-21-N-(N'-methyl-piperaziny) – prednisolon hydrochloricumot (Depersolon) tartalmaz.

HATÁS

A Mycosolon kenőcs egyesíti magában a miconazol antimycotikus és antibacterialis aktivitását, valamint a depersolon glucocorticoid gyulladáscsökkentő, antiallergiás viszketéscsillapító hatását.

JAVALLATOK

Dermetophyták vagy más gombák által kiváltott, kifejezetten gyulladással, ill. irritációval kísért bőr- és körömfertőzések: ekzémák, intertrigo, interdigitalis mycosisok, köröm mycosisok, gyulladós ekzémák és mycosisok, hallójárat mycosisok.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőrinfekciók esetében: naponta 1–2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet Mycosolon kenőccsel.

Köröm-infekciók esetében: a megbetegedett körömrészek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig.

Fül-infekció esetén: naponta két-

szer vezessünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gázecsíket a teljes gyógyulásig.

MELLÉKHATÁSOK

Ez ideig nem ismeretesek.

ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes-simplex, himlő, bárányhimlő.

CSOMAGOLÁS

15 g-os tubusokban 26 Ft

MEGJEGYZÉS

A Mycosolon kenőcs localis tűrhetősége igen jó. A készítmény nem hagy foltot a bőrön, a ruhaneműkből pedig kimosható.

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

A vagotomia műtét alatti és korai postoperatív szövődményei

Ihász Mihály dr., Réfi Miklós dr.,
Kiss Lajos dr., Koiss István dr.
és Kriváchy Péter dr.

I.	II.
Truncalis vagotomia (T. v.)	Selectiv vagotomia (S. v.)
1. Truncalis vagotomia .. 26	1. S. v. + Billroth I. resectio 3
2. T. v. + Antrektomia 116	2. S. v. + Finney-pp. 46
3. T. v. + Billroth II. resectio 38	3. S. v. + Heinecke-Mikulitz-pp. 28
4. T. v. + Billroth I. resectio 13	
5. T. v. + GEA 37	
6. T. v. + Finney-pp. .. 51	
7. T. v. + Heinecke-Mikulitz-pp 68	
349	77

pp. = pylorusplastica

Összesen: 426

A vagotomia különböző formái a pepticus ulcusok gyógyítása céljából gyakran alkalmazott sebészi eljárások. E műtét sikeres elvégzése azonban — bizonyos physiologiai tájékozottság mellett — megkívánja a pontos anatómiai és műtéttechnikai ismereteket. Ezen ismeretek nemcsak a késői jó eredmények elérése miatt szükségesek, de kiküszöbölhetik, vagy legalábbis nagymértékben csökkenthetik az anatómiai tájékoztatlanágból vagy a technikai tévedésekből adódó komplikációk számát. Közleményünknek nem az a célja, hogy ismeresse a vagus anatómiáját, variációs lehetőségeit és a különböző típusú vagotomiák technikai megoldásait, de utalunk az ide vonatkozó néhány jelentősebb irodalomra (7, 11, 15, 16, 17, 20, 21, 29).

A vagotomia végzésekor vagy a korai postoperatív szakban fellépő komplikációk egy része azonos a hagyományos gyomorműtétek során észlelt szövődményekkel. Azonban néhány olyan komplikációval kell számolni, amelyek csak, vagy nagy százalékban, a vagotomia műtete során lépnek fel. Az irodalomból egyértelműen kitűnik, hogy e komplikációk gyakrabban fordulnak elő a vagotomia bevezetése utáni kezdeti időszakban, mint a későbbiekben. Ezt a megállapítást saját tapasztalataink is alátámasztják.

A vagotomia intra- és a korai postoperatív szakban fellépő speciális szövődményeinek ismerete a sebész számára lényeges, mert ezáltal kiküszöbölhető számos, további súlyos, néha tragikus kimenetelű komplikáció.

A Semmelweis OTE-n a II. és III. Sebészeti Klinikán 1966. január 1—1974. november 1., ill. 1968. március 1—1974. június 1. közötti időszakban 282 és 144, összesen tehát 426 subdiaphragmalis vagotomiát végeztünk. A műtéti megoszlásokat az 1. táblázat tünteti fel.

I. A vagotomia mortalitása

Az irodalmi adatok egyértelműen azt bizonyítják, hogy a vagotomia elektív eseteinek mortalitása alacsonyabb, mint a hagyományos gyomorműtéteké. *Schreiber és mtsai* (26), *Burdette és mtsai* (2) 0,4%-os, *Houry és mtsai* (13) 0,9%-os, *Barosso és mtsai* (1) 0,98%-os halálozást adnak

meg. *Simmons és mtsai* (27) 883 vagotomia után 10 halálesetről számolnak be. Mellőzve a szerzők további felsorolását, a vagotomia halálozása átlagban 0,5—1,5% között van.

A 426 betegünk közül 11 haláleset volt, ami 2,58%-nak felel meg. Ez a mortalitási százalék viszonylag magas.

Magyarázata a következő: 23 olyan betegünk volt, akiket úgy ítéltünk meg, hogy náluk, korukból vagy általános állapotukból adódóan a hagyományos gyomorműtét nem végezhető. Továbbá 9 olyan betegünk volt, akiken a vagotomia sürgős műtétét a masszív, fekélyből származó vérzés tette szükségessé. Ezen 32 betegünk közül 5 meghalt (15,62%).

Az elektív esetek halálozási százaléka tehát 1,52%. A fent megadott időpont között a II. Sebészeti Klinikán végzett 384 electiv Billroth II. gyomor-resectióra került beteganyagunk mortalitása 3,26%. E két utóbbi érték közötti különbség — a vagotomia javára — significans. A halálokok megoszlását a 2. táblázaton tüntettük fel.

Halálokok

2. táblázat

Pneumonia. Vérkeringési élegtelenség	Tüdő- embolia	Szív- infarctus	Tüdőtályog	Vérzés Shock	Subphreni- cus tályog
4 (0,92%)	2 (0,46%)	2 (0,46%)	1 (0,23%)	1 (0,23%)	1 (0,23%)

II. A vagotomia szövődményei

A vagotomiát követő, nem fatális kimenetelű komplikációra vonatkozóan a szerzők adatai eléggé eltérőek. *Weinberg* (31) pl. 16%-os, míg *Clarke és mtsai* (3) 37%-os szövődménygyakoriságról számolnak be. *Anyagunkban a műtét alatt és a korai postoperatív szakban fellépő szövődmények száma 83, vagyis 19,44%.* E 83 komplikáció 71 betegen fordult elő, tehát *beteganyagunk 16,66%-án.*

Intraoperatív szövődmények. E komplikációk nagy része a vagotomia speciális szövődményeinek

tekintendő. Anyagunkban 13 ilyen szövődmény szerepel, amely 3,05%-nak felel meg (3. táblázat).

1. A lépsérülés a vagotomia egyik leggyakoribb szövődményei közé tartozik.

Simmons és mtsai (27) 883 műtét során 20 lépsérülésről számolnak be, amelyből 13 közvetlen a vagotomia végzése alatt következett be. *Krouborg* (14) 200 esetből 3, *Burdette és mtsai* (2) 219-ből 5 alkalommal észlelték lépsérülést. *Khoury és mtsai* (12) 446, *Barroso és mtsai* (1) 610 vagotomizált betegén 2 százalékban, illetve 0,8%-ban fordult elő ezen komplikáció. Számos további szerző is a vagotomia szövődményei között első helyen említi a lépsérülést (17, 25, 26, 28, 39).

A lépsérülés saját anyagunkban — 1,84%-kal — a leggyakrabban előforduló intraoperatív szövődmények közé tartozik (3. táblázat).

A sérülést 3 alkalommal a lép eltartására használt kampó, két esetben az oesophagus alsó szakaszának felszabadítása után a gumi-drain alávezetésére alkalmazott dissector okozta. Két betegen a léptok beropadása a gyomor intenzív húzása következtében jött létre. A sérülést előidéző okok egyben felhívják a figyelmet arra, hogy a lép izolálása mellett a szükséges eszközök használata, a gyomor lefelé való húzása kiemeletesen történjen. Mindezeket szem előtt tartva, az elmúlt évben lépsérülésünk nem volt. Nagyon nehéz egyértelműen állást foglalni atekintetben, hogy mi történjen a léppel, ha sérülés keletkezik. Hat betegen elvégeztük a splenektomiát. Kettőn olyan kicsi volt a toksérülés, hogy a vérzés átmeneti compressióra megszűnt. Az érintett területet Fibrostan lappal fedtük. Utóvérzés miatt reoperációra nem került sor. *Dragstedt* (4) lépsérüléskor minden esetben a splenektomia elvégzését javasolja. Korábbi időszakától eltekintve, mi is ezt az álláspontot képviseljük. Splenektomizált betegeink közül — a drain ellenére — egyen subphrenicus tályog alakult ki, amely a beteg halálát okozta.

2. Az oesophagus-perforatio szintén a viszonylag gyakoribb sérülések közé tartozik.

Simmons és mtsai (27) anyagában 1%-ban fordult elő. *Powis és mtsai* (19) 4026 esetéből 4, *Burdette és mtsai* (2) 219-ből 5, *Weinberg* (31) 1200-ból egy, *Jensen és Guldborg* (12) 92-ből szintén egy betegükön észlelték oesophagus-perforatiót. *Postlethwait és mtsai* (18) az irodalomból összegyűjtött 4414 vagotomia során 24 oesophagus-perforatiót találtak.

Ezen szövődmény anyagunkban egy alkalommal fordult elő (lásd 3. táblázat).

A sérülés mindjárt az oesophagus mobilizálásának kezdeti szakában, a hátsó falon, kb. 1 cm hosszúságban következett be. A vagotomia elvégzésétől eltekintettünk, és az alább ismertetett eljárást alkalmazva, a beteg gyógyulása zavartalan volt.

Az oesophagus elülső falának sérülése általában olyankor következik be, ha a bal vagus törzset nem, vagy nehezen találjuk, és azt, vagy annak ágait az oesophagus izomrostjai között keressük. A hátsófalú sérülés akkor jön létre, ha a nyelőcső alsó szakaszának mobilizálását durván végezzük. A sérülések mechanizmusából adódóan a laesiók a zúzott vagy szakított sebek csoportjába tartoznak. A beteg életben maradása szempontjából fontos a sérülés azonnali felismerése és ellátása. A diagnózist nyilvánvalóvá teszi a gyomortartalomnak habos, buborék formában való megjelenése, vagy a levezetett sonda megpillantása. A perforatíós nyílást elvarrjuk, és az oesophagus alsó szakasza mellé draint helyezünk. A postoperatív szakban — az orális táplálás teljes eltiltása mellett — széles spectrumú antibiotikumok adása szükséges. A sérülés ellátása általában zavartalan gyógyulást biztosít, de olyan esetek is ismeretesek, ahol fistula alakult ki. Ez vagy spontán záródik, vagy

újabb műtéti beavatkozást tesz szükségessé (18). További szövődményt jelenthet a suturázott területen az oesophagus beszűkülése. Ilyen esetben a tágítás eredménnyel járhat (2).

Amennyiben a sérülés már a műtét kezdeti szakában, a nyelőcső mobilizálásakor bekövetkezik, helyes, ha a vagotomia elvégzésétől eltekintünk. Vita tárgyát képezheti, hogy e komplikáció bekövetkezése és ellátása után szabad-e egyéb gyomorműtétet végezni. Véleményünk szerint elctív esetben nem. Természetesen más elbírálás alá esnek azok a betegek, akiken a műtét indicióját pl. súlyos, életveszélyes vérzés vagy egyéb szövődmény képezte.

A gyomornak a vagotomia kapcsán fellépő művi perforatíójáról az irodalom ugyan említést tesz, de előfordulása nagyon ritka (27). Ellátása megegyezik az oesophagus perforatiónál leírt teendőkkel.

Intraoperatív szövődmények: 13 (3,05%) 3. táblázat

Lépsérülés	Májsérülés	Oesophagus-sérülés	Vérzés
8 (1,84%)	3 (0,70%)	1 (0,23%)	1 (0,23%)

3. Vérzés. A műtét alatt vagy a korai postoperatív szakban fellépő, és a vagotomiával összefüggésbe hozható extragastricus vérzések általában az oesophagus alsó szakaszából, a cardiatájrról származnak. A műtét alatti vérzések nem okoznak különösebb problémát, hiszen ellátásukra gyors lehetőség van.

A vérzések intenzitása általában nem nagy, mivel azok az oesophagus alsó szakasza, vagy a cardia vérellátásában részt vevő arteriae intercostaleseknek, az art. phrenicus inferiornak és a gyomor arteriáinak kis ágaiból származnak. Megelőzhető, ha a vagotomia végzésekor az idegeket és a perioesophagealis szövetet ligaturák felhelyezése után vágjuk át. Komoly vérzést okozhat, és gyors ellátása is nehézségbe ütközhet, ha a hátsó törzs keresésekor az art. gastrica sinistra kezdeti szakasza sérül meg. Anyagunkban egy ilyen vérzés szerepel.

4. Ritkán, de előfordulhat, hogy a vérzés oka májsérülés. Kiváltó okként szerepelhetnek azok az eszközök, melyek segítségével — a jobb feltárás érdekében — a bal májlebenyt eltartjuk. Ezek a sérülések általában kicsinyek, ellátásuk különösebb problémát nem jelent. *Műteteink során három alkalommal fordult elő májsérülés*, minden esetben a bal májlebeny alsó felszínén (3. táblázat).

Az extrahepaticus epeutak sérülésétől eltekintve, amelyek mind a hagyományos, mind a vagotomiához társuló különböző drain- és resectió műtétek során előfordulhatnak, meg kell emlékeznünk az epecsorgás azon speciális formájáról, amely csak a vagotomia végzésekor jön létre.

Vannak szerzők, akik azt javasolják, hogy — a cardia-táj jobb feltárása érdekében — helyes, ha a lig. coronarium hepatis dextrumot behasítjuk. Ennek

viszont az lehet a következménye, hogy a benne futó kis járulékos epeutakból — a műtét alatt még észre nem vehető — epecsorgás indul meg, a velejáráó későbbi következményekkel együtt (22). Tapasztalatunk szerint e szalag behasítása nem minden esetben szükséges, mert a bal májlebeny helyes eltartásával a vagotomia enélkül is biztonsággal elvégezhető.

5. A pleura-sérülés szintén a vagotomia speciális szövődmenyei közé tartozik. Előfordulása ritka.

Weinberg (31) 1200 műtét során két, Simmons és mtsai (27) 883 vagotomia kapcsán egy alkalommal észlelték pleura-sérülést. Barroso és mtsai (1) anyagában az oesophagus, gyomor, máj és pleura együttes sérülése 0,3%-ban fordult elő. Saját anyagunkban pleura-sérülés nem volt.

6. Vérnyomásesés. 100, válogatás nélküli vagotomizált betegünk altatási jegyzőkönyvét áttanulmányozva, az oesophagus mobilizálása és a vagotomia elvégzése során 10—20 Hgmm-es vérnyomásesést mindössze 6 betegünkön észleltünk. Műteteink során olyan fokú tensioesés, amely a vagotomia elvégzését kontraindikálta volna, nem következett be.

III. A korai postoperatív szak szövődmenyei

A vagotomiát követő korai postoperatív szakban fellépő komplikációk nagy része azonos a hagyományos gyomorműtétek szövődmenyeivel. Kivételt képez a már fent tárgyalt perioesophagealis vérzés, és a különböző típusú dysphagiák.

Dysphagiát két betegünkön észleltünk (0,46 százalék). Ezek ismertetésére nem térünk ki, utalunk az idevonatkozó korábbi közleményünkre (10).

A korai postoperatív szak szövődmenyeit 2 csoportba osztottuk. Az első csoportban csak a pleuro-pulmonalis szövődmenyek szerepelnek (4. táblázat). Külön táblázatban való feltüntetésüket azért tartottuk kívánatosnak, mert egyes irodalmi adatok szerint vagotomia után a pulmonalis szövődmenyek gyakrabban fordulnak elő, mint a hagyományos gyomorműtétek után.

Powis és mtsai (19) anyagában (4026 eset) pl. a halálesetek oka 37%-ban bronchopneumonia volt. Ruckley és mtsai (23) közlik, hogy 200 műtét után 84 betegünkön alakult ki mellkasi infectio. Számos további szerző a vagotomia utáni gyakoribb pulmonalis szövődmenyekről számol be (2, 3, 12, 31). Sawyers és mtsai (24) adatai szerint viszont nincs significans különbség a vagotomia és a hagyományos gyomorműtétek után fellépő pleuro-pulmonalis komplikációk gyakorisága között.

Saját anyagunk mellkasi szövődmenyeit a 4. táblázaton tüntettük fel.

A 384 hagyományos gyomorműtetre (Billroth II.) került betegünkön a postoperatív szakban fellépő pulmonalis szövődmenyek megoszlása a következő volt: pneumonia: 18, pleuritis: 1, tüdőembolia: 3, tüdőtályog nem volt. Szerény összehasonlító adataink arra engednek következtetni, hogy vagotomia után a pleuro-pulmonalis szövődmenyek száma nem magasabb, mint a hagyományos gyomorműtétek után.

Korai postoperatív szak pleuro-pulmonalis szövődmenyei: 24 (5,52%)

4. táblázat

Pneumonia	Tüdőembolia	Tüdőtályog	Pleuritis
13 (3,05%)	5 (1,18%)	1 (0,23%)	5 (1,18%)

5. táblázat

Korai postoperatív szak egyéb szövődmenyei: 46 (10,80%)

Extra- és intragastricus vérzés	Dysphagia	Anastomosis szűkülete	Csonk- vagy varrat-insufficiencia	Subphrenicus tályog	Ileus	Alsó végtag thrombosis	Hasfali disruptio, vagy suppuratio
4 0,92%	2 0,46%	2 0,46%	2 0,46%	2 0,46%	2 0,46%	8 1,84%	24 (5,52%)

Az 5. táblázatban a korai postoperatív szak egyéb szövődmenyeit tüntettük fel.

E komplikációk — a dysphagiától eltekintve — általában azonosak a hagyományos műtétek után fellépő szövődmenyekkel. Kiszámú esetünk miatt nem volna helyes, ha definitív következtetéseket vonnánk le, de figyelembe véve az irodalmi adatokat (19, 23, 24), a következőket kívánjuk megjegyezni:

1. Vagotomia után talán gyakoribb a subphrenicus tályog és a varrat-insufficiencia — utóbbi a pylorusplastikák után — mint a hagyományos műtétek során.

2. A pylorusplastikák egyes formáiban (Heincke—Mikulitz, Weinberg) gyakoribb a stoma szűkülete, vagy annak teljes obstructioja. A kiváltó ok — eltekintve a kisméretű stomától — gyakran a jobb májlebeny alsó felszínének a varratokhoz való nem szerencsés letapadása (31). Ez néha újabb műtéti beavatkozást tesz szükségessé. Az érintett két betegünkön reoperációra nem került sor.

A korai postoperatív szakban fellépő, és a vagotomia terhére írható intraabdominalis vérzések helyeként a fent leírt területek kerülhetnek szóba.

Herrington és mtsai (8) 565 vagotomizált betegük közül 5 esetben észlelték vérzést. Reoperáció során beigazolódott, hogy a vérzés két betegen az oesophagus alsó szakaszán levő kis átmérőjű érből származott. Drye (5), valamint Simmons és mtsai (27) szintén a korai postoperatív szakban fellépő, reoperációt igénylő, perioesophagealis vérzésekről számolnak be. Anyagunkban egy olyan perioesophagealis utóvérzés szerepel, amely miatt a postoperatív szak 2. napján reoperációt kellett végeznünk. A műtét során a cardia körüli haematomát eltávolítottuk. Ekkor már vérzést nem észleltünk, de figyelembe véve a vagotomia műtétének menetét, a vérzés helye az átvágott hátsó n. vagus törzs distalis csonkjának környékéről származhatott. Továbbiakban a beteg gyógyulása zavartalan volt.

A postoperatív szakban 3 betegünkön lépett fel intragastricus vérzés, amely melaena formájában jelentkezett, és valószínű az anastomosis területéből származott. Mind a három betegen truncalis vagotomiát és antrektomiát végeztünk. A konzervatív kezelés minden esetben elégségesnek bizonyult, és a vérzés néhány nap alatt megszűnt.

Csonk-insufficiencia — vagotomia és antrektomia után — két betegünkön volt. Konzervatív therapiára mindkettő gyógyult.

Vagotomia után kialakult *subphrenicus tályog* miatt szintén két betegen végeztünk feltárást. Közülük egyik meghalt.

Adhaesio ileus miatt is két esetben végeztünk műtétet.

Az *atonia* — véleményünk szerint — nem tartozik szorosan a vagotomia szövődményei közé, de tárgyalását a zavartalan postoperatív szak lefolyása miatt tartjuk szükségesnek.

Ismeretes, hogy vagotomia után a gyomor motilitása átmenetileg megszűnik, ürülése lelassul, vontatott lesz. Ez teszi szükségessé a műtét utáni szakban a gyomor folyamatos leszívását. A decompressio történhet a hagyományos gyomorszondával, vagy a *Foley* által javasolt gastrostomia segítségével. Lényege a következő:

a végén felfújható katétert a gyomor corpusának nagygörbületi oldalán bevezetjük, környékét csepleszrésszel fedjük, és a bal bordaív alatt, külön nyíláson kivevettük. *Weinberg* (31) szerint ez az eljárás a beteg számára nem olyan zavaró, mint a nasogastricus szonda, és a jobb leszívás biztosítása mellett — a korai postoperatív szakban — a pontosabb secretió vizsgálat elvégzését is lehetővé teszi. *Fry* és *Thompson* (6) a Hurwitz-féle kétlumenes gastrostomiás szonda alkalmazását javasolják, mellyel nemcsak a gyomor, de a duodenum leszívása is lehetséges. Mindkét tubust általában a 9—10. napon távolítják el, és a gastrostomia spontán záródik. Klinikánk a decompressio ismertett fenti két módszerét nem alkalmazza.

Saját tapasztalataink a következők: a 116, vagotomia + antrektomián átesett betegünkön a folyamatoságot minden esetben gastrojejunostomia útján állítottuk helyre. A vagotomia + Billroth II. műtétes betegek száma 38. E két csoportban (154 beteg) a gyomorleszívást csak szükség esetén, de nem rendszeresen végeztük. A gyomor-atonia gyakoriságának megállapítása céljából az antrektomizált betegeinket 100, válogatás nélküli, csak Billroth II. szerint resecált betegünkkel hasonlítottuk össze. Az eredményt a 6. táblázatban tüntettük fel.

6. táblázat

Műtét neve	Esetek száma	Százalék	Retentio átlag ideje
Vagotomia + Antrektomia	116	46,55	2,5 nap
Billroth II. resectio	100	32	2 nap

Tehát a *vagotomia és antrektomián, valamint a hagyományos Billroth II. műtéten átesett betegek között — az atonia gyakoriságát illetően — nincs significans különbség.* Ezért a szonda rendszeres alkalmazását ezen kombinált műtétek során nem tartjuk szükségesnek.

A vagotomia és pylorusplastica után vagy azon betegeinken, akikben a vagotomia mellett resectio is történt — de a folytonosságot gastro-

duodenostomia útján állítottuk helyre — leszívást minden esetben alkalmaztunk. Helyes, ha a decompressiót közvetlen a műtét után elkezdjük. A szívás az első két napban legyen folyamatos, majd időszakos. Ezen idő alatt a víz- és elektrolytháztartás egyensúlyban tartásáról iv. adott folyadékpótlással gondoskodunk. A postoperatív szak 3. napjától már a szájon át való folyadékadás is lehetséges. A szonda nemcsak a gyomor leszívását, de annak naponként többszöri átmosását is lehetővé teszi.

Dragstedt (4) javasolja, hogy huzamosabb ideig fennálló atonia esetén helyes, ha gyógyszeresen is támogatjuk a gyomor motilitásának megindulását (*Stigmosan*) és a baktérium proliferatio megakadályozása céljából a gyomorba *Succinylsulfathiazolt* vagy *Oxytetracyclint* juttatunk. A szonda eltávolítása általában a műtét utáni 4—5. napon javasolt, de ez természetesen az atonia fokának és idejének a függvénye.

Fenti csoportba tartozó betegeinken a gyomor leszívásának átlagos időtartama 4—5 nap volt. A leszívott gyomortartalom napi átlagos mennyisége 620 ml-nek felelt meg.

A postoperatív szakban végzett gondos decompressio kiküszöbölheti vagy nagymértékben csökkentheti a varrat-insufficienciát.

Már a bevezetésben is utaltunk rá, hogy a vagotomia speciális szövődményeinek száma nem nagy, de ezek ismerete mégis kívánatos. Közleményünknek éppen az a célja, hogy klinikai tapasztalataink alapján felhívjuk a figyelmet a vagotomia műtét alatti és a korai postoperatív szakban fellépő szövődményeire, azok megelőzésének lehetőségére, és a komplikációk kezelésére.

Összefoglalás. Szerzők 426 betegen végeztek subdiaphragmalis vagotomiát. Anyaguk alapján részletesen foglalkoznak a vagotomia műtét alatt és a korai postoperatív szakban fellépő szövődményeivel, azok megelőzésének lehetőségeivel. Felhívják a figyelmet a lép és a nyelöcső viszonylag gyakoribb sérüléseire, valamint a *subphrenicus tályogok* számának az emelkedésére. Hangsúlyozzák a vagotomia alacsony mortalitását a hagyományos gyomor-resectiókkal szemben.

IRODALOM: 1. *Barroso, F. L., Meinberg, R., Chatagnier, R., Caltabiano, A.*: Rev. Assoc. Med. Bras. 1972, 18, 173. — 2. *Burdette, W. J., Rasmussen, R. L., Fritzpatrick, W. K.*: Surg. Gynec. Obst. 1968, 127, 513. — 3. *Clarke, R. J., Lincon, L. D., Alexander, W. J.*: Brit. Med. J. 1972, 2, 369. — 4. *Dragstedt, L. R.*: Harkins, Nyhus: Surgery of the Stomach and Duodenum. Little, Brown and Co., Boston, 1969, 541. — 5. *Drye, J. C.*: Ann. Surg. 1962, 155, 687. — 6. *Fry, W., Thompson, N. W.*: Surg. Clin. N. Amer. 1966, 41, 359. — 7. *Harkins, H. N., Nyhus, L. M.*: Surgery of the Stomach and Duodenum, Little, Brown and Co., Boston, 1969, 575. — 8. *Herrington, J. L.*: Harkins, Nyhus: Surgery of the Stomach and Duodenum. Little, Brown and Co., Boston, 1969, 575. — 9. *Herrington, J. L. Jr., Edwards, L. W., Classen, K. L., Carlson, R. I., Edwards, W. H., Scott, H. W. Jr.*: Ann. Surg. 1959, 150, 499. — 10. *Ihász M.*: Orvosi Hetilap. 1974, 115, 2535. — 11. *Jackson, R. G.*: Arch. Surg. 1948, 57, 333. — 12. *Jensen, H. E., Goldberg, O.*: Acta Chir. Scand. 1974, 140, 406. — 13. *Khoury, S., Alan, J., Rheault, M. J.*: Un. Med. Canada. 1972, 101, 2432. — 14. *Krougborg, O.*: Brun's Beitr. Klin. Chir. 1969, 217, 492. — 15. *Loeweneck, H., Lündinghausen, M., Mempel, W.*: Münch. Med. Wschr.

1967, 34, 1754. — 16. Murray, J. G.: Vagal Nerve Regeneration, Postgraduate Gastroenterology. Bailliere, Tindal and Cassel, London, 1966. — 17. Patterson, H. C.: Amer. J. Surg. 1965, 31, 175. — 18. Postlethwait, R. V., Kim, S. K., Dillon, M. L.: Surg. Gynec. Obst. 1969, 128, 481. — 19. Powis, J. S., Price, J. J., Morrissey, D. M.: Brit. Med. J. 1972, 1, 142. — 20. Pritchard, G. R., Griffith, C. A., Harkins, H. N.: Am. J. Surg. 1968, 115, 191. — 21. Pritchard, G. R., Griffith, C. A., Harkins, H. N.: Surg. Gynec. Obst. 1968, 126, 791. — 22. Rapant, V., Hromada, J.: Ann. Surg. 1950, 132, 253. — 23. Ruckley, C. V., Falconer, C. W., Small, W. P., Smith, A. N.: Brit. J. Surg. 1970, 57, 245.

— 24. Sawyers, J. L., Scott, H. W., Edwards, W. H., Shull, H. J., Law, D. H.: Amer. J. Surg. 1968, 115, 163. — 25. Schlicke, C. P.: Amer. J. Surg. 1963, 106, 206. — 26. Schreiber, H. W., Ackeren, H., Dahm, K., Koch, W.: Der Chirurg. 1968, 39, 499. — 27. Simmons, R. L., Back, V. R., Harvey, H. D., Herter, F. P.: Arch. Surg. 1966, 92, 922. — 28. Stafford, E. S., Finney, G. G.: Ann. Surg. 1962, 155, 687. — 29. Stavney, L. S., Kato, T., Griffith, C. A., Nyhus, L. M., Harkins, H. N.: J. Surg. Res. 1963, 3, 390. — 30. Thoroughman, J. C.: Surg. Gynec. Obst. 1964, 119, 257. — 31. Weinberg, J. A.: Harkins, Nyhus: Surgery of the Stomach and Duodenum. Little, Brown and Co., Boston, 1969. 557.

„A gyógyítás művészete és mestersége csak akkor tökéletes, ha szeretetből fakad.”

Paracelsus

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 (FLAPHO 4) lángfotométerek.

Elektroforézis futtatókamrák és ERI-10, ERI-65 kiértékelők.

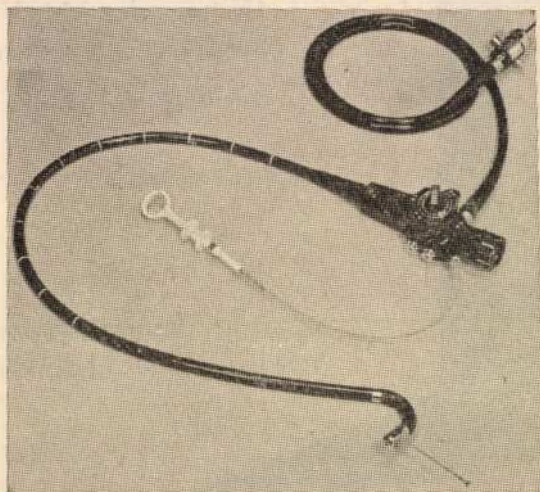
Mikroszkópok, polariméterek stb.

OLYMPUS gyártmányú gasztroendoszkópiai vizsgáló műszerek garanciális és garancián túli javítása, karbantartása.



Carl Zeiss szerviz

Megrendeléssel forduljon központunkhoz:
1053 Budapest, V., Kossuth Lajos u. 17.
Tel.: 186-942





ELENIUM[®] dragée 20X5 mg

(Chlordiazepoxid)

Kis tranquilans — izomrelaxans

JAVALLATOK: Félelmi, feszültségi állapotok kezelésére neurovegetatív zavarokban. Idegesség, ingerlékenység, hangulati labilitás, lámpaláz. Neurogen eredetű gastrointestinalis és cardiovascularis zavarok. Izomspasmusok. Szorongási állapotok műtét előtt, a szülészetben is; menstruációs és climaxos zavarok.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravis.

ADAGOLÁS:

Felnőtteknek	napi 2-4 × 1-2 draszté
Gyermekeknek	napi 1-2 × 1 draszté
Súlyos esetekben	napi 4-6 draszté

MELLÉKHATÁS: Bágyadtság, néha álmoság. Az alkoholfogyasztás kerülendő. Gépkocsivezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók egyéni tűrőképességének figyelembevételével az adag körültekintő meghatározásával alkalmazható. Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

1 fiola (20 db) 17,- Ft

KÓRHÁZAKNAK:

Drg. 500 × 5 mg

Inj. 5 × 100 mg

Információ: „POLFA” Tudományos Információs Iroda

1075 Budapest VII., Tanács körút 25. I. 3.

Telefon: 427-723

Exportálja:

Ciech

CIECH-Polfa Vegyipari Külkereskedelmi Vállalat

Gyógyszerészeti termékeket gyártó osztálya

00-950 Warszawa

Jasna 12, Pf. 271

Lengyelország

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Gyermecklinika (igazgató: Boda Domokos dr.)
és I. Sebészeti Klinika (igazgató: Petri Gábor dr.)

Törekvéseink Dél-Magyarország vele született szívbeteg csecsemőinek és gyermekeinek ellátásában

Kertész Erzsébet dr., Szélinger Tibor dr.,*
Pintér Gizella dr.,** Kovács Gábor dr.
és Boda Domokos dr.

Az utóbbi két évtized a gyermekkardiológiában jelentős változásokat hozott. Korábban a rheumás láz és a szerzett vitiumok álltak előtérben, a congenitalis vitiumos csecsemők és gyermekek esetében csak az észlelésre és tüneti kezelésre szorítkozhatott a gyermekorvos.

A fejlődés első lépését a nagyobb gyermekek néhány vele született szívhibájának palliatív vagy végleges műtéti megoldása jelentette. További fontos változás volt a rheumás betegcsoport jelentős csökkenése, ami a szociális viszonyok kedvező alakulása, a streptococcus infekciók penicillin kezelése, a rheumás láz hormon terapiája és a penicillin prophylaxis együttes hatásának köszönhető (24).

Ezzel egy időben a diagnosztikai és terapiás lehetőségek bővülésével a congenitalis vitiumok kerültek az érdeklődés előterébe. A gyermekkardiológiában *minőségi változást* hozott a congenitalis vitiumos csecsemőkori sebészi megoldásának reális lehetősége.

A csecsemőkori és 2 éves kor alatti szívűtétek indikációját és időpontját, az első hazai eredményeket és tapasztalatokat *Fonó, Böröcz és Sárközi* munkáiból ismerjük (5, 8, 23). A csecsemőhalálozás csökkentésére irányuló állandó törekvé-

* *Jelenlegi munkahely:* Békéscsabai Tanács Kórháza, gyermekosztály.

** *Jelenlegi munkahely:* Budapest, János Kórház, gyermekosztály.

sünk és a szívsebészeti lehetőségek kiterjesztése a csecsemő- és kisgyermekkorra szerencsésen találkozott a congenitalis vitiumos csecsemők és gyermekek problémájának megoldásában. *Kamarás* felmérése alapján az összes csecsemőhalálozás 9,2 százalékát a szívfejlődési rendellenességben meghaltak száma tette ki, és a halál 85,1%-ban az első életévben következett be. A felmérés tanulsága, hogy az idejében végzett műtéttel a csecsemők 36 százaléka megmenthető lett volna (9).

A figyelmeztető statisztikai adatok és az egyre fejlődő szívsebészeti lehetőségek mellett az életet veszélyeztető congenitalis vitiumok korai sebészi megoldását sürgeti az a régi felismerés, hogy az intrauterin életben a legtöbb vitium esetén zavartalan a keringés (28). Ez az elméleti alapja részben a korai teljes korrekciós műtéteknek és a kedvező túléléssel járó kombinált rendellenességek (pl. kamrai septum defectus + pulmonalis stenosis, nagyér-transpositio + pitvari septum defectus, Fallot-kór + ductus arteriosus persistens) adhatták az ötletet a palliatív műtéti megoldások egy részének kidolgozásához.

A gyermekkardiológia minőségi változása egyben új feladatokat jelölt ki a kardiológus gyermekorvos számára és külön felkészültséget kíván. Az újszülött és fiatal csecsemőkorban észlelt congenitalis vitiumos betegek közül korán ki kell választani a sürgősen megoldandó eseteket. A klinikai tünetek alapján szelektált operálható rendellenességek eseteiben a haemodynamikai vizsgálatok már az újszülött- és fiatal csecsemőkorban elvégezhetőek. Pontos diagnózis birtokában a műtét típusa és időpontja meghatározható. A tapasztalatok szerint konzervatív kezeléssel nem befolyásolható, ill. rossz prognózisú esetekben csak a korai műtéttől várható az állapot javulása. A nem sürgős esetek kivárthatják a vitium természetétől függő optimális időt.

A nagy esetszámot felölelő újabb, ún. intenzív epidemiológiai vizsgálatok adatai alapján a congenitalis vitiumok gyakorisága 7,1—10,4 ezrelék (7, 15, 16, 17, 18).

Czeizel és mtsai becslése szerint a fővárosi incidenciát országos viszonylatban is elfogadhatjuk és a valódi gyakoriság 8,5—9,0 ezrelék lehet (7).

A három dél-magyarországi megye összes élve születésére vonatkoztatva az előbbi incidenciát, kb. 190 új congenitalis vitiumos csecsemő ellátásáról kell gondoskodnunk évente (25).

E tények ismeretében a szegedi Gyermecklinikán az I. sz. Sebészeti Klinika szívsebészeti adottságaira támaszkodva, velük és a Röntgenklinikával szorosan együttműködve az utóbbi években *szervezettebben* kezdtünk foglalkozni a congenitalis vitiumos csecsemők és gyermekek ellátásával.

Ez a célkitűzés csak fokozatos fejlődés, lépésről lépésre haladó tevékenység útján valósult meg. Az alapgondozást végző gyermekorvosokkal való kapcsolatteremtés, az egyéni klinikai tapasztalatok gyarapítása a szívsebészeti lehetőségek kiterjesztése a csecsemőkorra jelentették a fontosabb lépéseket. Saját munkánk közben kialakuló változ-

sok egyben tükrözik a gyermekkardiológia utóbbi 10 év alatt kialakult alapelveit is.

A fokozatos fejlődés során a legelső időben csak hosszas eredménytelen konzervatív kezelés után, vitális indikációk esetén került sor a műtetre. Természetesen ez a legnagyobb kockázattal járó eseteket jelentette nagy veszteséggel. De számos meggyőzően szép eset, kedvező tapasztalat győzött meg bennünket arról, hogy a törekvés indokolt. Ez volt az alapja a rendszeres, tervezett munkának.

Közleményünkben a szegedi Gyermekklinika congenitális vitiumos betegeinek ellátásáról az újabb szempontok alapján végzett munka eredményeiről kívánunk beszámolni.

A beteganyag ismertetése

Összeállításunk az 1965. január 1-től 1974. december 31-ig kardiológiai ambulanciánkon megjelent és a klinikára felvett kardiológiai betegeket foglalja magában. A betegek adatait a korábban már ismertetett peremlyukkártyás módszerrel tároljuk, ill. dolgozzuk fel (14). A klinikánkon meginduló intenzív kardiológiai munka előfeltétele az alapgondozást végző körzeti és járási gyermekorvosokkal, kórházi gyermekosztályok és szívbeteg gondozó intézetek vezetőivel való együttműködés megszervezése volt. A Magyar Gyermekorvos Társaság Dél-magyarországi Decentrum ülésein és külön megbeszéléseken ismertettük munkánk célját, lehetőségeinket és a meglévő eredményeket (3, 11, 12, 26, 27).

Az első feladat az volt, hogy a kardiológiai ellátást igénylő csecsemő- és gyermekbetegeket számba tudjuk venni és a veszélyeztetett betegcsoportot időben megkaphassuk. A területi gondozókból és gyermekosztályokról kardiológiai ambulanciánkra küldött betegeket nyilvántartásba vesszük, rögzítjük a kardiológiai státust, 12 elvezetéses EKG felvétel, esetenként PKG és mellkas röntgenfelvétel, haemoglobin, haematokrit, sav-bázis vizsgálat történik. A vizsgálat alapján megállapított valószínűségi diagnózist, terápiás javaslatot, a további terveket és a kontroll vizsgálat időpontját rögzítjük. A beküldő orvossal vizsgálati lapunkon közöljük az előbb említett adatokat.

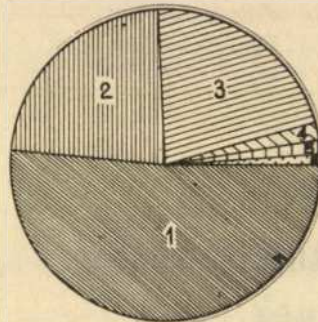
A veszélyeztetett betegeket soron kívül felvesszük, ill. átvesszük a területi gyermekosztályokról. Veszélyeztetettnek tekintjük a következő eseteket:

1. Minden cyanosissal járó újszülöttkori vitium, ill. állapot.
2. Minden pangásos keringési elégtelenséggel járó vitium.
3. Gyakori pneumoniás recidiva, ismeretlen eredetű lázas állapot fellépése congenitális vitium gyanús betegeken.
4. Fejlődésben való jelentékeny elmaradás és congenitális vitium gyanúja.
5. Minden egyéb vitálisan súlyosabb tünet, pl. paroxysmalis tachycardia, cyanotikus roham, bradyarrhythmia, vitiumos betegeken fellépő eszméletvesztés.

A nyilvántartott 2107 beteg közül klinikai felvétel 1011 esetben történt egy vagy több alkalom-

mal, 1096 gyermek csak ambulans vizsgálaton jelent meg.

Betegeink területi megoszlását az 1. ábra mutatja. Az esetek fele Szegedről és Csongrád megyéből érkezett; közel azonos számú gyermek jött Békés és Bács-Kiskun megyéből, kis számban az ország más részeiből és Jugoszláviából (1. ábra).



1. Csongrád m.	1040	51,8 %
2. Bács-Kiskun m.	454	22,6 %
3. Békés m.	427	21,3 %
4. Egyéb belföld	36	1,8 %
5. Szolnok m.	28	1,4 %
6. Jugoszlávia	22	1,1 %

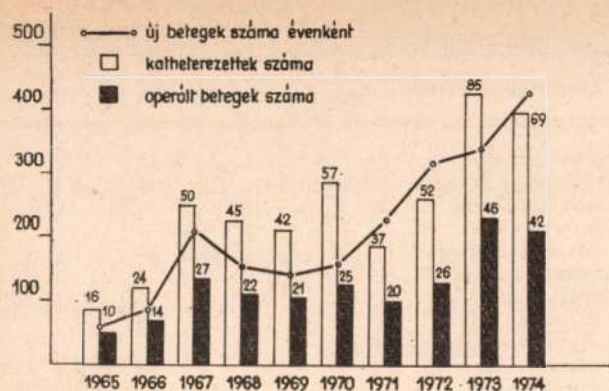
1. ábra.
Betegeink területi megoszlása

A betegek számát, a csoportbeosztást és a százalékos megoszlást táblázatban tüntetjük fel. A 47,6%-ot kitevő congenitalis csoporton kívül 14,5 százalékban találtunk egyéb cardiovascularis eltéréseket. Az egyéb csoport a carditiseken és szerzett szívhibákon kívül a cardiomyopathiákat, az újszülöttkori adaptációs zavarokat, a vegetatív idegrendszer regulációs zavarait, az ingerképzés és -vezetés rendellenességeit foglalja magában. Külön, „nem szívbeteg” jelzésű csoportba soroljuk a 30,8%-ot kitevő ártalmatlan szívzörej miatt beküldött gyermekeket. Különös gondot fordítunk arra, hogy a gyermek, szülő és kezelő orvos megszabaduljon a szívbetegség nyomasztó gondolatától. A peremlyukkártya alkalmazása miatt azokat az eseteket, akiken a fizikális és EKG eltérés alapján egyszeri vizsgálattal nem állapítható meg a diagnózis „obszerválandó” csoportba soroljuk. A későbbi vizsgálatok során megállapított kórisme szerint történik a csoportbeosztás és a további ellenőrzés (1. táblázat).

Betegeink csoportbeosztása, száma és a betegségcsoportok %-os aránya

1. táblázat

Betegség csoport	Betegek száma	%
Congenitális vitium.....	csecsemő	601
	gyermek	402
Egyéb szívbetegség.....	csecsemő	126
	gyermek	179
Nem szívbeteg.....	csecsemő	195
	gyermek	455
Obszerválandó.....	csecsemő	110
	gyermek	39



2. ábra.
Az új betegek, szívkatéterezések és műtétek száma évenkénti csoportosításban az elmúlt 10 év alatt

Az évek folyamán nemcsak a vizsgálatra jelentkező gyermekek száma emelkedett, hanem lehetőségeink és aktivitásunk fokozódásával a haemodynamikai vizsgálatok és műtétek száma is (2. ábra).

A congenitalis vitiumos betegek haemodynamikai vizsgálata és műtéti kezelése

A rutin kardiológiai kivizsgálás során megállapított valószínűségi diagnózis alapján határozzuk meg a további tennivalókat. A congenitalis vitiumok egy részében az alapos betegvizsgálat, néhány egyszerű fizikális jel, pl. hiányzó femorális pulzá-

ció vagy peckelő radialis pulzus alapján, egy-egy típusos hallgatódzási lelet, kórjelző EKG és radiológiai eltérés esetén nagy valószínűséggel megállapítható a pontos diagnózis.

Az újszülöttkori és későbbi életkorban észlelt multiplex rendellenességek esetén és ha a klinikai tünetek alapján olyan szívhibára van gyanú, amely az adott életkorban operálandó, ill. operálható, az I. sz. Sebészeti és a Röntgenklinikán megtörténik a részletes haemodynamikai kivizsgálás.

A vizsgálatok nagy részét a Sebészeti Klinika kardiológiai munkacsoportja végezte, a jövőben ez a kardiológus gyermekorvosok feladata volna. E törekvés jegyében újabban mind gyakrabban magunk végezzük a szívkatéterezéseket.

Haemodynamikai vizsgálatot 429 betegünk esetében végeztünk összesen 477 alkalommal. A jobb szívfél katéterezéssel nem tisztázható rendellenesség eseteiben angiocardiographia és bal szívfél katéterezés is történt. Általános szempontnak tartjuk, de az újszülöttkori súlyos vitiumok és a nagy bal-jobb shunttel járó szívhibák eseteiben különösen érvényesítjük, hogy a súlyos állapot nem kontraindikációja, hanem sürgető indoka a haemodynamikai vizsgálatok és a műtét elvégzésének. Operálható vitiumok esetén csak a circulus vitiosus egy ponton való megszakításától várható az állapot jobbrafordulása és így előzhetjük meg a hosszas intézeti kezelésből adódó, sokszor végzetes iatrogen ártalmakat. Az utóbbi időben célzottan törekszünk megvalósítani a nagy tapasztalatot

Katéterezett betegek diagnózis és életkor szerinti megoszlása

2. táblázat

Diagnózisok	0-6 nap	6 nap 1 hó	1-6 hó	6-12 hó	1-3 év	3-6 év	6-14 év	Összesen
Pitvari septum defectus			2		2	9	22	35
Endocardialis párna defectus		1	8	1	8	2	7	27
Kamrai septum defectus		4	32	13	8	7	27	91
Ductus arteriosus persistens		1	8	7	14	4	23	57
Coarctatio aortae		1	3		1	4	10	19
Aorta stenosis				1		4	6	11
Pulmonalis stenosis	2	1	1		3	1	9	17
Acyanotikus Fallot-kór			1	1	2	4	2	10
Fallot-kór		1	5		12	8	13	39
Truncus arteriosus communis		7	3	1				11
Teljes nagyér transpositio	9	9	4		1	3	1	27
Vena pulmonalis teljes anomalis drainage		2	1					3
Tricuspidalis atresia			2			1		3
Ebstein anomalia							2	2
Eisenmenger syndroma				2	1	1		4
Endocardialis fibroelastosis			2	2				4
Constrictiv pericarditis						1	1	2
Aortico-pulmonalis fenestratio			1				2	3
Cardiomyopathia						1	2	4
Multiplex rendellenesség		4	8	2	3	3		20
Egyéb rendellenességek		3		3	2	2	1	11
Szerzett vitiumok							4	4
Nem szívbeteg					1	5	19	25
Összesen	11	34	81	33	58	61	151	429

Megjegyzés: A „multiplex rendellenesség” csoportba a hypoplasias balszív syndroma, közös kamra + nagyértranspositio, a három vagy több összetevőből álló, külön kórképbe nem sorolható szívfejlődési rendellenességeket soroltuk.

Az „egyéb rendellenesség” csoportba ritka szívfejlődési rendellenességek egy-egy esete tartozik, mint congenitalis mitrális insufficiencia, glycogenosis, rupturált sinus Valsalva aneurysma, perifériás pulmonalis stenosis, coronaria a-v fistula, perifériás a-v fistula, szívtumor.

latú kardiológiai centrumok által javasolt gyors kivizsgálást (24—72 óra) és ezt követő műtétet a mortalitás csökkentése érdekében (22, 29).

A szívkateterezési és angiocardiographiás eredmények értékelésével nemcsak a további teendőket határoztuk meg, hanem ezeknek az adatoknak a klinikai tünetekkel való egybevetése nyomán egyéni tapasztalatunk is bővült.

A kateterezéseket korábban litikus cocktail hatásban, az utóbbi időben Ketamin anaesthesiában végezzük. Ügyelünk arra, hogy a csecsemők a vizsgálat alatt ne hűljenek le és az acidózist kelő időben korrigáljuk. Nagyobb gyermekek kateterezése helyi érzéstelenítésben történik.

A csecsemő-kateterezések eredményeiről, eddigi tapasztalatainkról az 1973. évi kardiológus kongresszuson részletesen beszámoltunk (2).

Kateterezett betegeink életkor és diagnózis szerinti csoportosítását a 2. táblázat mutatja.

A haemodynamikai vizsgálatokat követően 253 esetben történt szívűtét. A palliatív és teljes korrekciós műtétek típusát, számát, a betegek életkorát és a mortalitást a 3. és 4. táblázaton tüntetjük fel.

A csecsemőkori szívűtétek végső eredményeit a gyors diagnosztikán kívül a jó műtéti elő-

Palliatív műtétek életkor szerinti megoszlása a mortalitás megjelölésével

3. táblázat

Palliatív műtétek	1 év alatt	1—3 év	3 év felett	Él	Mortalitás	
					korai	késői
Kathéter septostomia (Rashkind)	16			9	1	6
Pulmonalis szűkítés* („banding”)	30	2		16	12	4
Systemo-pulmonalis shunt (Blalock, Potts, Waterston—Cooley-műtét)	4	3	3	5	4	1
Pulmonalis valvulotomia és (vagy infundibulectomia (Brock)	3	4	6	10	3	
Atrio-septostomia** (Blalock—Hanlon)	4			1	2	1
Mitralis commissurotomia (zárt)			2	1		1
Cavo-pulmonalis shunt (Glenn)			1	1		
Összesen: 78	57	9	12	43	22	13

Megjegyzés: az *-gal jelölt csoportban 8 esetben egyidejűleg a nyitott ductus arteriosus lekötése is megtörtént, a **-gal jelölt csoportban két esetben egyidejűleg pulmonális szűkítés is történt.

készítés, anaesthesia és műtéti technika mellett nagymértékben befolyásolja a postoperatív kezelés. Csecsemő betegeinket a szívsebészekkel együttműködve klinikánk intenzív osztályán látjuk el. A csecsemő- és gyermekkori nyitott szívűtétek utáni postoperatív kezelés az I. sz. Sebészeti Klinikán történik. A műtét utáni későbbi időszakban betegeink egy részét a Soproni Gyermekek-Szívstanatóriumában helyezük el. A műtét után a vitiumtól

Correctiós műtétek életkor szerinti megoszlása a mortalitás megjelölésével

4. táblázat

Correctiós műtétek	1 év alatt	1—3 év	3 év felett	Él	Mortalitás	
					korai	késői
Ductus arteriosus lekötés vagy átvágás	15	14	27	54	1	1
Coarctatio aortae resectio vagy isthmus plastica	2	1	15	17	1	
Pericardiectomia			2	2		
Pitvari septum defectus zárás	1	1	20	20	2	
Endocardialis párnadefectus correctio	1	3	8	10	2	
Kamrai septum defectus zárás		2	17	19		
Kamrai septum defectus zárás csecsemőkori végzett pulmonalis szűkítés után			3	3		
Fallot tetralogia teljes correctio		1	19	13	7	
Aortico-pulmonalis fenestratio correctio	1		2	3		
Coronaria arterio-venosus fistula zárás			1	1		1
Aorta valvulotomia			4	3		
Pulmonalis valvulotomia			3	3		
Mustard-műtét* (Nagyértranspositio teljes correctio)		2	3	2	3	
Multiplex rendellenesség	1		2		3	
Szívsarcoma			1			1
Exploratio	2	1			3	
Összesen	23	25	127	150	22	3

* A kézirat beküldése után további 3 gyermekben történt sikeres correctiós műtét (a betegek életkora 2, 2,5, 5 év).

függően időnként ellenőrző vizsgálatra rendeljük vissza a gyermekeket.

A kardiológiai betegek és események számszerű ismertetése után néhány fontos és sokszor problematikus betegcsoporttal kapcsolatos gyakorlatunkat a következőkben röviden összefoglaljuk. Az egyes csoportok részletes ismertetését egy további külön munkában tervezzük.

Újszülöttkorban manifesztálódó szívhibák

A korai újszülöttkorban észlelt és az életet közvetlenül veszélyeztető szívhibák a legtöbbször boncolási anyagra támaszkodó irodalmi adatok és saját anyagunk szerint is elsősorban a következők: teljes nagyér-transpositio, bal szívfél hypoplasia, multiplex fejlődési rendellenesség, súlyos pulmonalis stenosis vagy atresia ép kamrai sövényvel (15, 18, 20, 26).

Az e csoportba tartozó, nem kisszámú beteg sorsát döntően befolyásolja a korai pontos diagnózis, a műtét és a postoperatív kezelés. Ezért minden újszülöttkori, az életet fenyegető vitiumos betegünkön haladéktalanul szív-katheteres és angiocardiographiás vizsgálatot végzünk és az eredményektől függően, szükség esetén műtét is történik.

Elsősorban a teljes nagyér-transpositió újszülöttek igényelnek sürgős beavatkozást már az első élethétben belül, amennyiben nem jár pitvari vagy kamrai septumdefectussal együtt a rendellenesség.

A Rashkind-féle katheter septostomia bevezetése óta megmenthetők ezek az újszülöttek, ha időben összekötötték és keveredést biztosítunk a két vércső között. A katheter septostomia utáni időszakban, ha a cyanosis fokozódik, az acidózis megmarad és a súlyfejlődés nem kielégítő, a Blalock—Hanlon-műtét elvégzése indokolt (4, 21).

Nagyér-transpositió betegek közül említést érdemel három gyermek. Egyikükön 3 naps korban végzett Rashkind-septostomia után 2,5 éves korban Mustard-műtét történt és jelenleg 18 hónappal a műtét után már korának megfelelően fejlett, panaszmentes.

A második csecsemő esetében a katheter septostomia elégtelen volt, csak a 2 hónapos korban végzett Blalock—Hanlon-műtét után javult állapota. Most két és fél éves, jól fejlett, a közeljövőben teljes korrekciós műtétet tervezünk.

A harmadik gyermek teljes nagyér-transpositióhoz társuló kis pitvari septum defectussal, súlyos cyanotikus állapotban 2 és fél éves korában került műtetre. A Mustard-műtét után látványos volt a javulás, a hypoxia megszűnése után gyors statikai fejlődés következett be.

A szép esetek mellett elszomorító, hogy a septostomiával kezelt csecsemők közül ötöt relatíve jó cardialis status mellett intercurrent fertőzés miatt veszítettünk el 4—6 hónapos korban. A Rashkind-féle katheter septostomiát a teljes nagyér-transpositión kívül, teljes vena pulmonalis anomalis drainage miatt két csecsemő esetében alkalmaztuk sikerrel.

Az újszülött- és fiatal csecsemőkorban különösen jó diagnosztikai támpontot jelent az arteriás, ill. arterializált capillaris vér pO_2 tensiójának meghatározása szobalevegőn és 100% O_2 belélegzése után: a cyanosis pulmonalis vagy kardialis eredetűre, a jobb-bal shunt mértékére következtethetünk, eldönti az O_2 terapia létjogosultságát és a műtétek eredményességét is ellenőrizhetjük.

Nagy bal-jobb shunttel járó vitiumok a csecsemőkorban

Egy-hat hónapos életkorban a szélesen nyitott ductus arteriosus, nagy kamrai septum defectus vagy a két rendellenesség együttesen súlyos pangásos keringési elégtelenséghez vezethet. Az „elárasztott tüdő” syndroma tünettana, pathophysiologiai háttere a hazai gyermekorvosok számára Kamarás munkáiból vált ismeretessé (10). A pulmonális hypertoniához vezető nagy bal-jobb shunttel járó szívfejlődési rendellenességek diagnosztikájában, műtéti indikációiban és kezelésében az MTA által 1972-ben rendezett ankét irányelvei szerint járunk el (1, 6, 10, 13). Ha a ductus arteriosus szélesen nyitott, nagy a bal-jobb shunt, a kialakuló bal kamra elégtelenség miatt a csecsemők már 6 hónapos életkor alatt igen súlyos állapotba kerülnek. A típusos continua zörej ilyenkor

gyakran hiányzik és csak a systoles komponens hallható. A dekompenzált csecsemő esetében fel-tűnő peckelő perifériás pulsatio és kiszélesedett pulsus amplitúdó hívja fel a figyelmet a ductus arteriosus persistensre. Ezek a csecsemők rendszerint pneumoniával, gyakran segment atelectasiával, spasticus bronchitissal hosszas kórházi kezelés alatt állnak és sokszor, a várt gyógyulás elmaradása után hetekkel, nagyon rossz állapotban kerülnek klinikai felvételre. Ilyen esetekben gyors kompenzációs kísérlet után haemodynamikai kivizsgálást végzünk és nyitott ductus -arteriosus esetén a ductus lekötését, kamrai septum defectus kombinációjakor az arteria pulmonalis beszűkítését sürgősségi műtétnek tekintjük. A javulás már a korai postoperatív szakban impresszionálós.

Nagy bal-jobb shunttel járó kamrai septum defectus esetén a klinikai kép az előzőhöz hasonló. Ha a haemodynamikai vizsgálatok során systemás nagyságrendű pulmonalis nyomást találunk vagy a bal-jobb shunt volumene nagy (3:1, vagy nagyobb) és a klinikai tünetek alapján is indokolt, palliatív beavatkozásként az arteria pulmonalis szűkítését („banding” műtét) végezzük (19).

A pulmonalis hypertensio irreversibilis formájának megelőzésén túlmenően, a legtöbbször kritikus állapotban levő csecsemők állapotának gyors javulását, a dekompenzációs tünetek megszűnését, a súlygyarapodás megindulását észleljük. A csecsemőkorban „banding” műtéten átesett betegek közül 3 gyermek van túl a teljes correctiós műtéten.

Az „elárasztott tüdő” syndroma olyan rendellenességek következtében is kialakulhat, amelyekben nincs lehetőség palliatív beavatkozásra. Ilyenek, az endocardialis párna defectus, aortico-pulmonalis fenestratio, septum defectus bal kamra—jobb pitvari shunttel. E rendellenességek fennállásakor, sürgető klinikai tünetek esetén, csecsemőkorban teljes correctiós műtét indokolt. Mivel minden esetben súlyos állapotban levő csecsemőről van szó, az ebből adódó nagyobb mortalitás mellett is a teljesen gyógyult esetek meggyőző példája a fiatal korban végzett teljes correctiós műtétek jövője mellett szól.

Hypovascularisált tüdőképpel járó rendellenességek

A csökkent tüdőkeringéssel, arteriás desaturációval járó szívhibák esetén csecsemőkorban a konzervatív kezelést részesítjük előnyben mindaddig, amíg a halmozódó cyanotikus rohamok, az emelkedett haematokrit és a fejlődésben, mozgásban való elmaradás nem indokolja a palliatív műtéti megoldást. Ezekben az esetekben az anatómiai viszonyokból adódó systemo-pulmonalis shunt készítés, pulmonalis valvulotomia esetleges infundibulectomiával (Brock) a választott műtéti megoldás.

Brock-műtét után minden esetben a cyanosis jelentős csökkenését, a cyanotikus rohamok megszűnését, az aktivitás fokozódását láttuk.

Klinikánk 10 éves kardiológiai beteganyagának áttekintésekor a számszerű adatokon kívül a gyermekkardiológia fejlődésének lépcsőfokait is megfigyelhettük. Kezdetben csak néhány nagyobb gyermek klinikailag típusos szívhibája esetén gondolhattunk a gyógyulást jelentő műtét megoldásra. A diagnosztikai és szívsebészeti lehetőségek fejlődésével a végleges vagy palliatív megoldás igénye egyre fiatalabb gyermekekre és csecsemőkre is kiterjedt.

Az újszülött- és fiatal csecsemőkori szívhibák észlelése és korszerű ellátása hozzátartozik a magas színvonalú újszülöttellátáshoz. A gyermekkardiológiában végbemenő minőségi változás így a csecsemőhalálozás egyik állandó tényezőjének csökkenésével mennyiségileg is lemérhető lesz. Az aktualitást és a további fejlesztést csak hangsúlyozza az új népesedéspolitikai. Ehhez a munkához a gyermekkardiológus, radiológus, és szívsebész szoros együttműködésén kívül, újszülött és gyermek intenzív terapiás háttér feltétlenül szükséges és klinikánkon rendelkezésre is áll.

Csak részben teljesült kívánalom egyelőre a veszélyeztetett újszülöttek és csecsemők, a műtétre váró gyermekek időben való beküldése. A súlyos tünetek miatti megalapozatlan lemondás, máskor az állapot javulásának várakozási ideje okoz jóvátehetetlen késedelmet. Kritikusan rossz állapot esetén, még az egyébként operálható rendellenességekben is kevés remény van a maradék-talan gyógyulásra. A területi munka másik fontos része az alapgondozás. A körzeti gyermekorvossal való konzultációt, a kooperáló szülő részletes tájékoztatását és minél kevesebb intézeti felvételt találtuk a legjobbnak aktív gondozást igénylő eseteinkben. Eddigi tapasztalataink birtokában, lehetőségeink maximális kihasználásával munkánk főbb jellemzői az alábbiak:

1. Gyors praeeoperatív diagnosztika (24—48 óra).
2. A haemodynamikai vizsgálatok után indokolt esetben műtét. A területünkhöz tartozó csecsemőkön és gyermekeken a sürgős műtétek soron kívül, az electiv correctio műtétek a folyamat súlyosságától függően elfogadható határidőn belül történnek.
3. A congenitális vitiumos csecsemők és gyermekek otthoni észlelésének, gondozásának rendezése, amely a gyermekorvosi ellátás és kardiológiai gondozás kettőssége miatt sok esetben még nem ideális.
4. Mint dél-magyarországi kardiológiai centrum, feladatainkat csak további támogatás és fejlesztés, az érintett három megyére terjedő szervezési feladatok megoldása után tudjuk csak a mai kívánalmaknak megfelelően ellátni.

Összefoglalás. A szegedi Gyermekklinika kardiológiai beteganyaga feldolgozása során nyert számszerű adatokat, a 10 év alatt végbement fejlődés főbb szakaszait és a 2107 beteg vizsgálatával szerzett tapasztalatokat ismertetik. Tíz év alatt a betegek száma fokozatos emelkedést mutatott, ezzel együtt a haemodynamikai vizsgálatok és műtétek száma is szaporodott. A betegek 47,6%-ot kitevő 1003 cong. vitiumos csecsemő és gyermek közül szívkateterezés és angiocardigraphia 429 esetben történt. A részletes vizsgálat után műtétet 253 csecsemőn és gyermekén végeztek. A csecsemőhalálozás csökkentése érdekében az újszülött- és fiatal csecsemőkörben manifesztálódó és életveszélyt jelentő rendellenességek ellátását tartják legfontosabb feladatuknak.

Az eredményes munka egyik feltételének a területi gyermekosztályokkal, ill. az alapgondozást végző gyermekorvosokkal való jó kapcsolatot tartják.

Az I. sz. Sebészeti Klinikán adott szívsebészeti, a gyermekklinikai kardiológiai gondozás nyomán Szegeden kialakuló dél-magyarországi kardiológiai centrum hatékonyabb, korszerűbb működéséhez a nagyszámú beteg vizsgálatával szerzett tapasztalatokon kívül további támogatás és fejlesztés szükséges.

- IRODALOM:** 1. *Árvay A.*: Gyermekgyógy. 1972, 23, 331. — 2. *Berta M. és mtsai*: Magyar Kardiológus Társaság tudományos ülése, Sopron, 1973. — 3. *Boda D.*: Semmelweis Orvostudományi Egyetem, tudományos ülés, 1968. — 4. *Blalock, A., Hanlon, G. R.*: Surg. Gynec. and Obstet. 1950, 90, 1. — 5. *Böröcz L.*: Orv. Hetil. 1968, 109, 2254. — 6. *Böröcz L.*: Gyermekgyógy. 1972, 23, 335. — 7. *Czeizel E. és mtsai*: Orv. Hetil. 1972, 113, 1889. — 8. *Fonó R.*: Orv. Hetil. 1968, 109, 2251. — 9. *Kamarás J. és mtsai*: Orv. Hetil. 1970, 111, 13. — 10. *Kamarás J.*: Gyermekgyógy. 1972, 23, 306. — 11. *Kertész E. és mtsai*: Magyar Gyermekorvosok Társasága Dél-magyarországi Decentruma, 1968. — 12. *Kertész E. és mtsai*: Magyar Gyermekorvosok Társasága Dél-magyarországi Decentruma, 1974. — 13. *Kovács G.*: Gyermekgyógy. 1972, 23, 341. — 14. *Kovács Z. és mtsai*: Orv. Hetil. 1972, 113, 318. — 15. *Landtman, B.*: Acta Paed. Scand. 1971, Suppl. 213. — 16. *Mészáros M. és mtsai*: Orv. Hetil. 1972, 113, 2391. — 17. *Mészáros M., Czeizel E.*: Card. Hungarica. 1973, 2, 31. — 18. *Mitchell, S. C.*: Circulation. 1971, 43, 323. — 19. *Müller, W. H., Damman, J. F.*: Surg. Gynec. and Obstet. 1952, 95, 213. — 20. *Mustard, W. T.*: J. Thoracic and Cardiovascular Surgery. 1970, 59, 761. — 21. *Rashkind, W. J., Miller, W. W.*: J. Amer. Med. Ass. 1961, 196, 991. — 22. *Rautenburg, H. W.*: Geburtsh. u. Frauenheilk. 1968, 28, 528. — 23. *Sárközi K., Tarczai E.*: Kardiológiai Anket, Sopron, 1966. — 24. *Simon Gy.*: Gyermekgyógy. 1970, 21, 7. — 25. Statisztikai Évkönyv. 1973. — 26. *Szélinger T., Kertész E.*: Magyar Gyermekorvosok Társasága tudományos ülése, 1971. — 27. *Szélinger T., Kertész E.*: Magyar Kardiológus Társaság, tudományos ülés, 1973. — 28. *Talner, N. S.*: Ped. Clinics of North Am. 1971, 18, 1011. — 29. *Varghese, P. J.*: Pediatrics. 1969, 44, 24.

Összehasonlító sonographiás és magzatvíz biokémiai vizsgálatok

Jakobovits Antal dr.*

A veszélyeztetett terhességek némely alakjában a terminus kivárása kockázatos lehet a magzatra. Ilyen esetekben életfontosságú a szülés időpontjának megválasztása, hogy a magzat világra hozatala még a károsodások bekövetkezése előtt, de az élethez szükséges fejlettség elérése után történjen. A magzat érettségének megállapítására jelenleg a legelfogadottabb módszerek a koponya biparietális átmérőjének mérése és a magzatvíz biokémiai vizsgálatai. Mivel mindegyik módszernek hibalehetőségei vannak, ezért hasonlítottuk össze az egyes módszerekkel elért eredményeket.

Anyag és módszer

Anyagunkat 52 terhes képezte. A terhesek kora 16 és 40 év között volt. Először szülő volt 27 és másodszor vagy többször szülő 25. Túlnyomó többségüknek veszélyeztetett terhessége volt (1. táblázat).

1. táblázat

Betegeink sonographiás vizsgálatának javallatai	
Toxaemia	27
Cukorbetegség	19
Essentialis hypertonia	2
Túlhordás	2
Sarlósejtes anaemia.....	1
Medencevégű fekvés	1
Összesen	52

Az ultrahangvizsgálatra a Kretz Technik (Zipf Austria, 4100 MG/Series) készüléket használtuk 2 MHz rezgésszámmal (2 millió rezgés másodpercenként). Ez a készülék lehetővé teszi mind az egydimenziós A, mind a kétdimenziós B képet. A B kép a magzat koponyáját, a középső szerkezetet tünteti fel (ami valószínűleg a 3. agykamrának és/vagy a nagyagysarlónak felel meg) és segít abban, hogy a megfelelő helyzetben alkalmazzuk az A képet. A két falcsont közti távolságot (nemzetközi rövidítése BPD = biparietális diameter) az A kép polaroid fényképéről mértük. A terhesség korához viszonyított -2 standard deviató alatti értékeket vettük alacsonynak (1. ábra).

A magzatvíz vétele hasi amniocentesissal történt. Vizsgálatainkat centrifugálás után a magzatvíz sejtmentes felülúszójából végeztük. Véres vagy meconiumos magzatvizet nem vizsgáltunk. A lecithin/sphingo-

A Ford Alapítvány ösztöndíjasa.

* Jelenlegi munkahelye: Szegedi Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika.

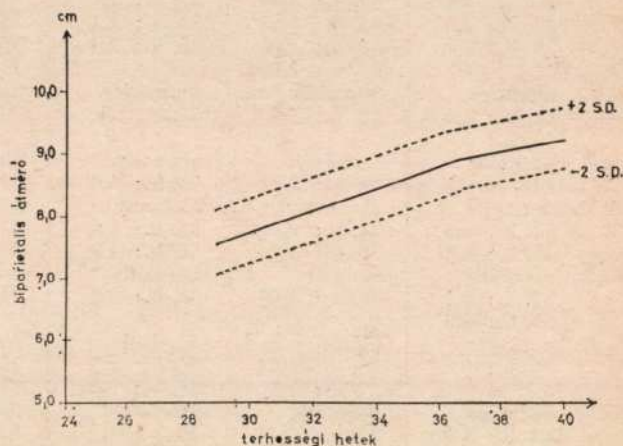
Orvosi Hetilap 1975. 116. évfolyam, 41. szám

3*

myelin (L/S) hányadosát Gluck és mtsai (1, 4); a creatinin koncentrációt módosított (19) Jaffé (10); a húgysavtartalmát pedig Henry és mtsai (8) módszerével határoztuk meg.

A magzatvíz 2,0-nél kisebb L/S hányadosát, a 2 mg⁰/₀ alatti creatinin- és a 6 mg⁰/₀ alatti húgysavtartalmát vettük alacsonynak.

A vizsgálatokat a legtöbb terhesen több alkalommal is elvégeztük.



1. ábra.

A biparietális átmérő növekedése normális terhességben. A szaggatott vonalak a ± 2 standard deviatóit jelzik

Eredmények

A magzatok közül 43-nak volt a BPD-e a terhességi kornak megfelelő, azaz, a -2 standard deviatión felüli, a L/S hányados, creatinin és a húgysav koncentrációja a magzatvízben az érettségnek megfelelő. Ezen terhesek közül 41 élő, érett, 2 pedig élő, kora magzatot szült. Utóbbiak BPD-e is megfelelt a terhesség korának. A 19 cukorbeteg terhes közül 7 magzatának a BPD-e az átlagtól magasabb volt, de a +1 és +2 standard deviatio közé esett. Egy magzat BPD-e 2 mm-rel volt több a +2 standard deviatiónál. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a cukorbeteg magzatainak BPD-e a 37. hétig nem különbözik az egészséges terhesek magzataitól, csupán a 38. héttől nagyobb.

Kilenc terhes esetében az eredmények eltértek, azaz a normális alattiak voltak (2. táblázat). A BPD alacsony és ugyanakkor a biokémiai értékek normálisak voltak 3 terhesben, akik mind élő, retardált magzatot szültek. Hat betegben a BPD a terhesség korának megfelelő, normális volt, de valamelyik biokémiai érték alacsony, ezek közül öten élő, érett, egy asszony pedig élő, kora magzatot szült. Respirációs distressz szindróma (RDS), perinatalis magzati veszteség nem volt.

Megbeszélés

Donald és Brown (2) eredeti leírása óta számos szerző (16, 17, 18, 21 stb.) számolt be a magzat BPD-ének méréséről. A sonographia tévedési lehetősége $\pm 200-450$ g (7, 14, 18, 21). A terhesség korához viszonyított alacsony értékek mind a három esetben retardált fejlettséggel társultak.

A magzatvíz lipid koncentrációja a terhesség folyamán emelkedik. A nem savanyú phospholi-

Biparietalis átmérő cm	L/S hányados	Creatinin koncentráció mg%	Húgysav koncentráció mg%	Apgar érték	Szövődmény	Szülésmód	Magzatsúly, g
M. T. alacsony 36. h.: 8,0 38. h.: 8,2	normális 38. h.: 2,04	normális 38. h.: 4,3	normális 38. h.: 15,8	9—10	toxaemia retardatio	sectio	2067
H. E. alacsony 27. h.: 6,5 35. h.: 7,5 36. h.: 7,6	alacsony, majd normális 33. h.: 0,93 34. h.: 1,65 35. h.: 1,66 36. h.: 2,00	alacsony, majd normális 33. h.: 1,7 34. h.: 2,1 36. h.: 2,4	normális 33. h.: 14,0 34. h.: 14,8 36. h.: 19,9	2—9	toxaemia retardatio	spontán	1897
R. C. alacsony 38. h.: 8,6 39. h.: 8,7	normális 38. h.: 2,2	normális 38. h.: 3,1	normális 38. h.: 18,5	5—8	toxaemia retardatio	Pitocin inductio	2463
A. A. normális 34. h.: 8,8	alacsony 34. h.: 1,11	alacsony 34. h.: 1,6	alacsony 34. h.: 5	9—9	toxaemia koraszülés	vacuum extractio	2322
B. D. normális 33. h.: 8,3 36. h.: 8,8	alacsony 33. h.: 0,98 36. h.: 1,7	alacsony 33. h.: 1,6 36. h.: 1,9	normális 33. h.: 10,1 36. h.: 12,3	7—9	hypertonia	spontán	2900
A. A. normális 37. h.: 9,1 39. h.: 9,3	alacsony 39. h.: 1,69	normális 39. h.: 2,8	normális 39. h.: 10,9	5—8	toxaemia	spontán	3260
C. M. normális 37. h.: 8,8	alacsony 36. h.: 1,24 37. h.: 1,7	normális 36. h.: 3,5 37. h.: 3,8	normális 36. h.: 17,5 37. h.: 19,8	9—9	toxaemia	spontán	2700
C. S. normális 38. h.: 9,3 39. h.: 9,5	normális 39. h.: 3,44	alacsony 39. h.: 1,6	normális 39. h.: 9,7	9—10	diabetes A	spontán	3058
M. C. normális 33. h.: 8,00	normális 39. h.: 2,10 40. h.: 3,56	alacsony 39. h.: 1,7 40. h.: 1,6	normális 39. h.: 6,1 40. h.: 8,6	1—4	medencevégű fekvés	spontán	2831

oidok fő felszínaktív összetevője a sphingomyelin és a lecithin. A lecithin és sphingomyelin koncentrációja a 35. terhességi hétig közel azonos, aztán a lecithin fokozódik, a sphingomyelin pedig csökken. A 2 vagy nagyobb L/S hányados érett tüdőre utal. A L/S hányados azonban csak normális, szövődménymentes terhességekben növekszik a terhesség korával és a magzat nagyságával párhuzamosan, kóros terhességekben nem (5, 6, 11). A tüdő érettségét meggyorsíthatják az idült placenta abruptio, cukorbetegség (White-féle D, E, F fokozatai), lepény-infarctusok, toxaemia, magas vérnyomással járó vesebetegség, heroin és morphin, valamint a glucocorticoidok (6, 9, 15, 20 stb.). A magzat korai világrahozatalának legnagyobb veszélye a RDS, ami a tüdő fejlettségének függvénye. A kettőt elérő L/S hányados mellett, még korai magzat esetén is remélhető, hogy nem következik be RDS. Egyik betegünk pl. a terhesség 33. hetében élő, kora 1350 g-os fiút szült. A szülés napján végzett magzatvizsvizsgálat eredménye általános testi és tüdőfejlettségre utalt (L/S hányados 4,21, creatinin 2,4 mg/100 ml és a húgysav 9,0 mg/100 ml), ennek megfelelően RDS nem fejlődött ki. A 2 alatti hányados azonban nem jelenti minden esetben a későbbi RDS kifejlődését. Így anyagunkban 4 esetben volt a L/S hányados 2 alatt és mégsem következett be egyikben sem RDS.

A magzatvíz vizsgálatai közül a magzat általános testi fejlettségét a legjobban a creatinin koncentráció tükrözi (3, 12, 13). A terhesség végén általában a creatinin koncentráció meghaladja a 2 mg⁰/₀-ot. Elvértve azonban előfordul 2 mg⁰/₀ alatti érték túlhordásban, viszont 38. hétnél fiatalabb terhességekben nem ritka a 2 mg⁰/₀ feletti érték.

Anyagunkban 4 alacsony értéket kaptunk. Ezek közül csak az egyik társult koraszüléssel.

Az elvégzett biokémiai vizsgálatok közül a húgysav koncentrációja adta a legelszórtaabb eredményeket. A húgysav-concentráció általában a terhesség 30. hetéig 6 mg⁰/₀ alatt van. Azután egyre fokozódik és a terhesség végén az esetek többségében 6—15 mg⁰/₀ között váltakozik. Alacsony értéket csupán egy esetben észleltünk, a többi vizsgálat a terhességi kornak megfelelő volt.

Vizsgálataink alapján az a következtetésünk, hogy a BPD megbízható módon mutatja a magzat általános testi fejlődését, illetve fejlettségét. A L/S hányados utal a magzat tüdejének fejlettségére. A creatinin- és húgysav-concentráció csupán tájékoztató jellegűek, klinikai hasznosságuk veszélyeztetett terhességekben a BPD-hez és az L/S hányadoshoz viszonyítva háttérbe szorult.

Összefoglalás. A szerző összehasonlító vizsgálatokat végzett a biparietalis átmérő, a magzatvíz lecithin/sphingomyelin hányados, a creatinin- és húgysav-concentráció között veszélyeztetett terhességekben. A biparietalis átmérő megbízhatóan mutatja a magzat általános testi, a lecithin/sphingomyelin hányados pedig a tüdő fejlettségét. A creatinin- és húgysav-concentráció megbízhatósága az előbbiekhöz viszonyítva kisebb.

IRODALOM: 1. Borer, R. C. Jr. és mtsai: *Pediatr. Res.* 1971, 5, 655. — 2. Donald, I., Brown, T. G.: *Brit. J. Radiol.* 1961, 34, 539. — 3. Doran, T. A. és mtsai: *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1970, 106, 325. — 4. Gluck, L. és mtsai: *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1971, 109, 440. — 5. Gluck, L., Kulovich, M. V.: *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1973, 115, 539. — 6. Gluck, L. és mtsai: *Amer.*

J. Obstet. Gynec. 1974, 120, 142. — 7. Hellman, L. M. és mtsai: Amer. J. Obstet. Gynec. 1967, 99, 662. — 8. Henry, R. J. és mtsai: Amer. J. Clin. Path. 1951, 28, 152. — 9. Horváth I. és mtsai: Orv. Hetil. 1975, 116, 195. — 10. Jaffé, M.: Hoppe-Seyler's Zschr. physiol. Chemie. 1906, 48, 430. — 11. Jakobovits A.: Magy. Nőorv. Lapja. 1973, 36, 221. — 12. Jakobovits A. és mtsai: Acta Cytol. 1972, 16, 381. — 13. Lind, T. és mtsai: J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1969, 76, 673. — 14. Schlensker, K.-H., Decker, I.: Geburtsh. Frauenh. 1973, 33, 859. — 15. Schwenzel, W. és mtsai: Z. Ge-

burtsh. Perinat. 1975, 179, 45. — 16. Sobel, M. Falus M.: Orv. Hetil. 1970, 111, 2595. — 17. Szőke B., Kiss D.: 4. Európai Perinatalis Medicina Kongresszus, Prága, 1974. Abstracts I—3/1. — 18. Tarró S. és mtsai: Excerpta Med. Int. Congress Series 1973, 279, 147. — 19. Taussky, H. A.: J. Biol. Chem. 1954, 208, 853. — 20. Veszelszky I. és mtsai: 4. Európai Perinatalis Medicina Kongresszus, Prága, 1974. Abstracts II—1/10. — 21. Willocks, J. és mtsai: J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1967, 74, 639.

„A tudás maga nem célja, nem rendeltetése az embernek. Nemcsak azért tanulunk, hogy tudjunk. Az ember valódi értelmét a cselekvés adja meg.”

Helmholtz

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszertárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritis urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acut folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválólaga hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

- I. sz. hát – váll, felkar – mell
- II. sz. derék – végtag
- III. sz. lábfej – boka (csizma)
- IV. sz. kézfej – csukló
- V. sz. has (főleg gynecológiai területen)



Orvostovábbképző Intézet,
II. Belgyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Schwarczmann Pál dr.)

Krónikus légzési elégtelenséghez társuló akut szívinfarktus

Mózer István dr. és Harsányi Ádám dr.

Az idült bronchopulmonalis betegségek és a coronariasclerosis, illetve a szív-infarctus klinikopathologiai összefüggéseivel többen foglalkoztak; postmortalis vizsgálatokkal igazolták, hogy a coronariasclerosis gyakorisága és súlyossága bronchopulmonalis betegségekben megegyezik a népesség egyéb részében találttal, de a betegek a szív-infarctus csak sokkal ritkábban, kb. fele olyan gyakran jön létre, mint az ezen betegségben nem szenvedőkön (16, 17, 19, 20, 21, 22, 23). Ennek oka feltételezhetően a krónikus hypoxaemia, amely valószínűleg nem gátolja meg ugyan a coronariasclerosis kifejlődését, de intercoronariás anastomosisok kialakulását segíti elő (17, 20, 22). Utóbbiak létrehozásában a hyperkapnia esetleges szerepe még ennyire sem tisztázott.

A szív-infarctus akut szakában létrejövő szövődényekkel foglalkozó számtalan közlemény mellett (1, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 25, 26, 27) az elmúlt években egyre többen hívták fel a figyelmet a bronchopulmonalis rendszer betegségeiben gyakran megfigyelhető rhythmus-zavarok jelentőségére (3, 4, 6, 7, 8, 24, 28, 29). Nem találtunk azonban olyan közleményt, amely saját beteganyag alapján a krónikus légzési elégtelenséghez társuló akut szívinfarctus klinikai sajátosságaiával foglalkozott volna. Retrospektív vizsgálatainkkal e téren szerzett tapasztalatainkról számolunk be.

Beteganyag és módszer

Három év (1971—1973) alatt összesen 4326 beteg kezeltünk, ebből 350-et akut szív-infarctus, 124-et pedig idült légzési elégtelenség miatt. A krónikus légzési elégtelenség meghatározásában a beteganyag viszonylagos egységességének biztosítása céljából Campbell alapján (2) — öt módosítva — a nyugalmi arteriális vérgáz értékeket vettük figyelembe: légzésfunkciós vizsgálatokkal igazolható, illetve a kórelőzmény, fizikai és röntgenvizsgálat alapján valószínűsíthető obstruktív restriktív típusú ventilációs zavar mellett

a $pO_2 < 70$ és/vagy $pCO_2 > 49$ Hgmm, továbbá kardiovascularis jobb-bal shunt vagy primaer metabolikus alkalosis kizárható. Ilyen kritériumoknak 124 beteg (99 férfi, 25 nő, átlagos életkor 64,4 év) felelt meg, 33-at több alkalommal is kezeltünk. A betegek többsége akut exacerbatio, cardiorespiratorikus insufficiencia miatt került felvételre.

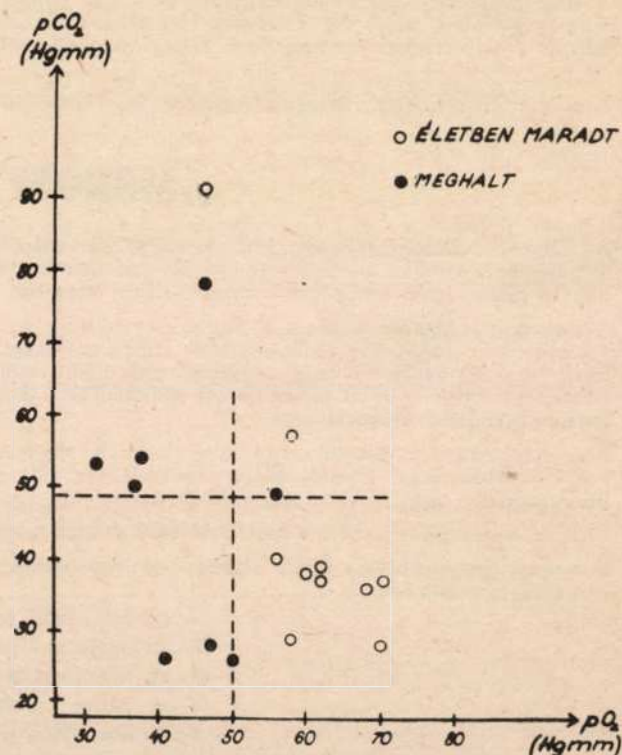
A 124 beteg közül 18-ban találtunk felvételtkor akut, 13 másikban pedig régebben lezajlott szív-infarctust. Az akut infarctus diagnózisát az anamnézis, EKG, kórosan emelkedett SGOT, LDH szint alapján állítottuk fel, illetve azt 7 esetben boncolás is megerősítette. Anyagunkban manifeszt hypertonia vagy diabetes mellitus nem szerepelt. Pulmonalis alapteregségük: 12 emphysema, 17 krónikus bronchitis, 2 krónikus tbc, illetve tüdő-fibrosis. Öt betegen találtuk meg a krónikus cor pulmonale klinikai vagy sectiós kritériumait (2), mind az 5 az akut csoportba tartozott.

A korábban lezajlott infarctus csoportból a 13 beteg közül 4 nem tudott betegségéről (néma infarctus!). Három betegünket veszítettük el, cardiorespiratorikus elégtelenség következtében. Mindegyiken terminálisan súlyos rhythmus-zavar (2 pitvar-fibrillatio és polytop extrasystolia, 1 kamrai tachycardia) jelentkezett. Közülük 2 volt hyperkapniás.

Az akut szív-infarctus csoportban mindegyik betegünkön már az első 36 órában, majd a későbbiekben sorozatban meghatároztuk a vér sav-bázis és vérgáz mutatóit, a haemoglobin koncentrációt és az ionogramot. A vérgáz vizsgálatokat arteriális vagy arteriálizált kapilláris vérből végeztük. A pH-t és pO_2 -t Radiometer microelektrodákkal, a pCO_2 -ot, illetve bázishányt és Astrup-módszer szerint határoztuk meg. Esetenként a centrális vénás nyomást (CVP) is figyelemmel kísértük.

Eredmények

A 18 akut infarctusból (16 férfi, 2 nő, átlagos életkor 67,4 év) 2 már recidív volt. Az infarctusok lokalizációja: 11 anterior, 4 inferior, 3 extenzív, 4 a septumba is terjedt. Öt beteg kórelőzményében



1. ábra.
A 18 beteg arteriális vérgáz értékei

1. respirációs acidosis	dekompenzált kompenzált	(pH: 7,28—7,34) (pH: 7,35)	5 beteg 2 beteg
2. metabolikus acidosis		(pH: 7,30—7,40)	2 beteg
3. metabolikus alkalosis		(pH: 7,46)	1 beteg
4. respirációs		(pH: 7,46—7,51)	5 beteg

fájdalom nem szerepelt. A felvételkor meghatározott vérgáz mutatókat az 1. ábrán tüntettük fel. A pO_2 32 és 70 Hgmm közötti, átlagosan 52 Hgmm volt. Hét beteg krónikus hyperkapniásnak bizonyult (pCO_2 : 49—68 Hgmm között, átlag: 60,1 Hgmm). A felvételkor talált sav-bázis értékeket az 1. táblázatban foglaltuk össze. A 7 respirációs acidosis közül csupán kettő volt kompenzált, 2 esetben metabolikus acidosis, 1 másikban metabolikus alkalosis, 5 esetben pedig dekompenzált respirációs alkalosis észleltünk. Hypokalaemiát 4, hyperkalaemiát 5 esetben találtunk, a serum natrium és chlor szint nem mutatott eltérést. A haemoglobin 12 esetben volt 16 g% felett. A CVP-t 10 betegünkön figyeltük, mindegyiken emelkedett (átlag 19,6 vízcml) volt (2. táblázat). Betegeinket az akut szak 4—6. napján EKG-val folyamatosan figyeltük.

2. táblázat

	Betegszám	Megjegyzés
se $K^+ < 4$ maeq/l	4 (átl.: 3,6)	se K^+ 7 betegben normális, 4—5 maeq/l között. A se Na^+ és Cl^- minden esetben normális (se Na^+ : 130—150 maeq/l, se Cl^- : 98—110 maeq/l között)
se $K^+ > 5$ maeq/l	5 (átl.: 5,6)	
hb > 16 g%	12 (átl.: 17,4)	
digitalis	6	Isolanid 0,4 mg/nap i. v.
diuretikum	8	Furosemid, etacrynsav
jobb szívfél decompensatio	5	4 esetben + balszívfél elégtelenség
CVP > 10 vízcml	10 (átl.: 19,6)	8 esetben nem történt mérés

Szövődményként 5 esetben találtunk decompensatiót, 3-ban shock, 14 esetben pedig változatos ingerképzési és vezetési zavarok súlyosbították a lefolyást (3., 4. és 5. táblázat). Egyik betegünkön pericarditis zajlott le, egy másikban szívtamponád vezetett halálhoz.

Betegeink közül 15-öt anticoaguláns kezelésben részesítettünk, továbbá mindegyikük napi 480—960 mg Diaphyllint kapott intravénásan. Hat esetben digitalist, 8-ban diuretikumot adtunk (2. táblázat). Valamennyi betegünknek 1—3 liter/min oxigént adagoltunk folyamatosan. A tachyarrhythmias esetekben antiarrhythmias szereket (Lidocain, Procainamid iv.), cardiogen shockban noradrenalin juttattunk be infúzióban. Pitvar-kamrai blokk, asystolia, bradyarrhythmia miatt 5 esetben kellett pacemakert alkalmaznunk. Ezek közül

3. táblázat

Szövődmények szívinfarctus akut szakában

Szövődmény	Krónikus légzési elégtelenség (18 eset)	Kontroll (350 eset)
Összesen	83,3	60,3
Shock	16,6	10,8
Szívelégtelenség	27,7	15,1
Ritmuszavar	77,7	56,8

3 beteg meghalt, egyikből a pacemakert a későbbiekben eltávolítottuk, egy másikon pedig annak definitív beültetésére került sor. Három betegen kényszerültünk elektromos defibrillációra. Egyiken átmenetileg kontrollált gépi lélegeztetés vált szükségessé (3. beteg).

4. táblázat

Ingerképzési zavarok a 18 betegben

Sinus tachycardia	3
Supraventricularis tachycardia	1
Pitvar fibrillatio	5
Pitvari flattern	3
Pitvari tachycardia blokkal	1
Polytop pitvari-kamrai es, (> 5/min.)	9
Kamrai tachycardia	2
Kamra fibrillatio és flattern	4
Asystolia	1

A 18 betegünk közül 8-at veszítettünk el (44,4 százalék). A halál közvetlen okai: 3 kamrafibrilláció, 1 perforatio, 2 cardiogen shock és decompensatio, 1 asystolia, 1 teljes a-v blokk.

Betegismertetés

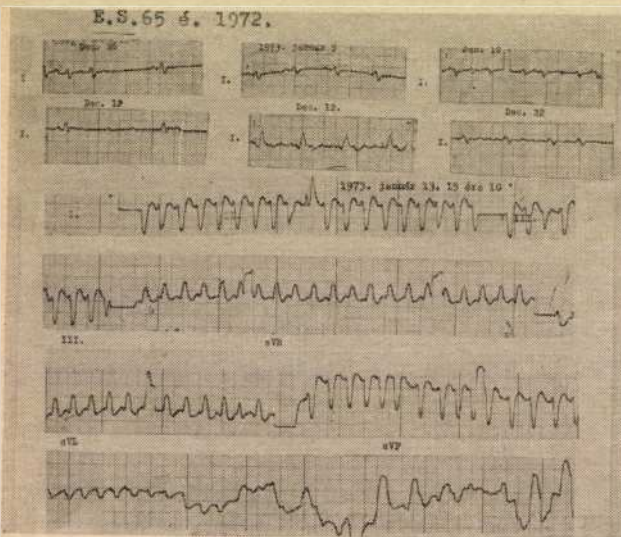
1. P. I., 60 éves férfi. Erős dohányos, évek óta köhög, köpetet ürít, terhelésre fullad. Négy éve szívinfarctus zajlott le. Felvétele előtt supraventricularis tachycardia miatt más kórházban elektromos cardioversiót végeztek, ezt követően teljes pitvar-kamrai blokk alakult ki. Felvételekor mindkét vérkörre terjedő súlyos decompensatio és globális légzési elégtelenség tüneteit észleltük. P: 50/min, RR: 130/90 Hgmm, légzésszám: 32/min. Vérgáz értékek: pH: 7,37, BE: +7,9 maeq/l, pCO_2 : 53 Hgmm, pO_2 : 32 Hgmm. A 2. napon kamrafibrilláció miatt elektromos defibrilláció, majd transvenosus pacemaker elektróda bevezetés történt. Ezt követően állapota néhány napig javult, majd pitvari flattern jelentkezett, Procainamid refrakter kamrai tachycardiák miatt pedig 4 ízben elektromos cardioversiót végeztünk. Decompensatiós jelek miatt digitalist adagoltunk. Később a pacemaker elmozdult, így definitív pacemaker bevezetése vált szükségessé, utóbbi ismételt kísérletre sem sikerült (az elektróda nem tapadt meg a jobb kamra trabecularis izmai között). Thoracotomia és myocardialis pacemaker elekt-

Vezetési zavarok a 18 szívinfarctusos betegben

Vezetési zavarok	5. táblázat
III. fokú A—V blokk (5 pace-maker)	6
Balszárblokk	1
Jobbszárblokk (Egyiknél + LAH)	5

ródabeültetés után néhány órával, a 19. napon irreverzibilis kamrafibrilláció keletkezett.

2. E. S., 65 éves férfi. Erősen dohányzik, korábban tüdő-tbc-n esett át. Felvétele hirtelen jelentkezett ájulásszerű gyengeség, verítkezés, fulladás és retrosternalis fájdalom miatt történt másik intézetben. Ott tüdő-oedemat észleltek. Az EKG jobb szírblokk mellett kiterjedt akut anteroseptalis szívinfarctus képét mutatta. Az akut bal szívfél elégtelenség ellátása után nagyfokú kamrai bradycardiával járó pitvari flutter és polytop kamrai extrasystolék jelentek. Átvételekor bal szívfél elégtelenség és psychomotoros nyugtalanság miatt morphiomot adtunk. P: 60/min, RR: 130/70 Hgmm, légzésszám: 30/min. Véggáz értékek: pH: 7,40, BE: -6,9 maeq/l, pCO₂: 26 Hgmm, pO₂: 50,5 Hgmm. A szívcsúcson pericarditises zörejeket hallottunk. Négy óra múlva 34/min kamrai frequentációjú teljes a-v blokk alakult ki, emiatt transvenosus pacemaker elektródát vezetünk be. Eközben a beteg órákon át praeshockos állapotban volt. A következő napokban lázzal kísért kétoldali bronchopneumonia alakult ki. A 14. napon a beteg a pacemaker elektródát kitepte. A beteg EKG-ján megfigyelt igen változatos rhythmus-zavarokat a 2. ábra mutatja. A 33. napon irreverzibilis kamrafibrilláció alakult ki.



2. ábra.

2. számú betegünk EKG-ja (I. elvezetés): felvételkor, december 12-én: III. fokú a-v blokk, majd szabályos pacemaker rhythmus mellett pitvari tachycardia. December 22.: fibrillo-flutters és jobb szírblokk. December 26.: sinus-leállás és asystolia. Január 5.: sinus rhythmus és jobbszár blokk. Január 12.: pitvarfibrilláció. Január 13.: supraventricularis tachycardia, amely fokozatosan kamrai flutterba, majd kamrafibrillációba megy át (folyamatos EKG felvétel)

3. Cs. J., 54 éves. Erősen dohányzik, évek óta köhög, köpetet ürít, fulladás, lábait megduzzadnak. Felvétele enyhé mellkasi fájdalom, fulladás, órákig tartó ájulásszerű gyengeség miatt történt. P: 96/min, irregularis et inaequalis, centralis fr.: 136/min, RR: 90/60 Hgmm, légzésszám: 36/min, diffúz cyanosis, súlyos, mindkét szívfélre terjedő szívelégtelenség jelei. EKG: pitvarfibrilláció és bal szírblokk. Véggáz értékek: pH: 7,33, BE: -2,5 maeq/l, pCO₂: 49,5 Hgmm, pO₂: 37 Hgmm. 15 óra múlva kamrafibrilláció és polytop kamrai extrasystolia jelentkezett. A következő napokban nagy adagú intravénás Procainamid, majd Lidocain ellenére fellépő kamrafibrillációk miatt összesen 5 ízben elektromos defibrillációt és sikeres resuscitációt végeztünk. Egy ízben a spontán légzés csak az intubáció, kontrollált gépi lélegeztetés 5. órájában tért vissza. Az egyik kamrafibrilláció Diaphyllin intravénás beadásakor jelentkezett. Tudata mindvégig zavart volt, gyakran jelentkezett heves psychomotoros

izgatottság. A 12. napon az újabb kamrafibrilláció irreverzibilisnek bizonyult.

4. V. J., 74 éves férfi. Erősen dohányzik, évek óta terheléses, többnyire nyugalmi nehézlégzés, köpetürítés, lábduzzadás, nykturia, valamint visszatérő retrosternalis fájdalmak. Felvétele 3 nap óta jelentkező heves nyugalmi dyspnoe miatt történt. Mellkasi fájdalma ekkor nem volt. Felvételkor súlyos, mindkét szívfélre terjedő decompensatio tünetei mellett kiterjedt, akut anteroseptalis szívinfarctus képét láttuk. P: 88/min, RR: 170/100 Hgmm, légzésszám: 52/min. Véggáz értékek: pH: 7,28, BE: +4,5 maeq/l, pCO₂: 78 Hgmm, pO₂: 46 Hgmm. Fokozódó szívelégtelenség és cardiogen shock tünetei között a 32. órában meghalt. Boncoláskor szívizomelhalás nem volt kimutatható.

Megbeszélés

Betegeinket számos helyről kaptuk, részben már előzetes válogatás után. Anyagunk ezért olyan heterogén, hogy nem tudtuk más statisztikával összehasonlítani, vagy ebből az idült légzési elégtelenség során jelentkező szívinfarctus gyakoriságára vonatkozó újabb adatot nyerni.

A szívinfarctus diagnózisát ilyenkor számos körülmény nehezíti meg. Ismert, hogy a krónikus jobb szívfél terhelés EKG-ja elülső- és hátsófalú infarctust egyaránt utánozhat (10). Megtévesztő lehet a krónikus cor pulmonalis betegek gyakori anginaszerű fájdalma. Az is előfordulhat — mint azt egyik betegünk esetén láthattuk —, hogy a típusos EKG kép ellenére boncoláskor sem találtunk szívizomelhalást (4. beteg).

Irodalmi adatok szerint idült légzési elégtelenségekben szenvedő betegek között az úgynevezett néma infarctusok száma kb. kétszer gyakoribb, mint a hasonló korú és nemű kontroll csoportban. A mi tapasztalatunk is megfelel ennek.

Feltűnő volt a szövödmények nagy száma és súlyossága. A 18 beteg közül csupán 3-at találtunk szövödménymentesnek, a többin pedig többnyire egyszerre több szövödmény is jelentkezett. A jobb szívfél elégtelenség mellett nem ritka a bal szívfél elégtelensége sem. Gyakorinak találtuk az igen változatos pitvar-kamrai ingerképzési és vezetési zavarokat. Különös gyakorisággal jelentkeztek (4. táblázat) supraventricularis tachyarrhythmia (8, 28). Blokkolt pitvari tachycardiát — más szerzőkkel ellentétben (6) — csak 1 esetben észleltünk. A kamrai rhythmus-zavarok rossz prognózisúak (8), anyagukban 5 esetben ez vezetett halálhoz.

Megfigyeléseink szerint a rhythmus-zavarok keletkezésében ioneltolódás, polyglobulia, digitalis vagy diuretikus kezelés nem játszott lényeges szerepet. A rhythmus-zavarok gyakorisága, súlyossága és a lethális anyagukban leginkább a hypoxaemia és hyperkapnia fokával mutatnak összefüggést (1. ábra). Látható, hogy a 8 meghalt beteg közül 7-nek volt a pO₂-je 50 Hgmm vagy annál kevesebb, 5 beteg pCO₂-ja pedig 49 Hgmm vagy e fölötti volt. Úgy látszik, hogy a hypoxaemiának ilyen foka és a hyperkapnia rossz prognózist jelentenek. Nem tudtunk ugyanakkor összefüggést kimutatni a pCO₂ gyors csökkenése és rhythmus-zavar, elsősorban kamrafibrilláció között. A centrális vénás nyomás (CVP) az összes mért esetben kifejezetten emelkedettnek mutatkozott. Ezekben 1 kivételével súlyos rhythmus-zavar volt megfigyelhető. Ez a tapasztalatunk azt a feltevést erősíti meg, amely

Ingerképzési zavarok	Légzési elégtelenség % (18 eset)	Kontroll% (350 eset)
Pitvar fibrillatio	27,7	4,1
Pitvari flutter	16,6	2,5
Polytop pitvar — kamrai es	50,0	31
Kamrai tachycardia	11,1	3,4
Kamra fibrillatio	22,2	6,5
Vezetési zavar		
Asystolia, bradycardia, III. fokú A—V block	38,8	15,4

szerint idült légzési betegek arrhythmiaja, legalábbis részben, reflexmechanizmus következménye, amely a jobb szívfél, illetve a tüdőerek presszor receptorai felől indul ki (3).

A szövödményeket és lethaliást összehasonlítottuk az ugyanezen 3 éves időszakban kezelt többi, 350 akut szív-infarctusban szenvedő betegünk adataival. Ebben a kontroll csoportban bizonyos szövödmények és a lethaliás viszonylag magas volt, mivel a betegek egy részét eleve súlyos szövödmény miatt vettük át más intézetből. Valamennyi szövödmény lényegesen gyakoribbnak bizonyult a vizsgált, mint a kontroll csoportban, különösen a supraventricularis tachyarrhythmia (3. és 6. táblázat). Megjegyezzük, hogy az általunk infarctus akut szakában észlelt szövödmények százalékos gyakorisága általában alacsonyabb, mint azt az irodalmi adatok mutatják (1, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 25, 26, 27). Ennek oka nyilvánvalóan az észlelés módszereinek különbözőségében rejlik. Miután azonban mindkét csoportot hasonló módszerekkel figyeltük, a kettő összehasonlítható egymással.

A vizsgált csoport lethaliását összehasonlítva a csak infarctusos, illetve a csak krónikus légzési elégtelenségben szenvedők csoportjainak halálozásával (7. táblázat), látható, hogy a halálozás a légzési elégtelenséghez társuló szív-infarctusban a

Lethaliás	7. táblázat
Krónikus légzési elégtelenség	19,3%
Acut szívinfarctus	24,5%
Krónikus légzési elégtelenség + acut szívinfarctus	44,4%

legmagasabb. A rossz prognózis és a magas lethaliás, e két veszélyes és gyakran súlyos lefolyású betegség együttes fennállásakor valószínűleg elsősorban a gyakran észlelhető ingerképzési és vezetési zavarok következménye. Ezek korai felismerése és kezelése, esetleg megelőzése ezért igen fontos feladat, hiszen többségük csökkenteni a perctérfogatot, rontja a szöveti oxigenizációt és hirtelen halálhoz vezethet. Ilyen betegeken különösen fontos tehát a sav-bázis és vérgáz mutatók, illetve a centrális venás nyomás folyamatos ellenőrzése, a hypoxaemia és hyperkapnia mielőbbi csökkentése és ezáltal a jobb szívfél tehermentesítése.

Összefoglalás. Szerzők 3 év alatt 124 idült légzési elégtelenségben szenvedő beteg közül 18 esetben észleltek akut szív-infarctust. Valamennyi betegük hypoxaemiás, 7 beteg emellett krónikus hyperkapniás volt. Öt betegem sikerült krónikus cor pulmonalét igazolni. Betegeik közül 8-at vesztettek el. Megfigyelésük szerint idült légzési elégtelenséghez társuló akut szív-infarctusban gyakoribbak a szövödmények, főleg bizonyos ritmuszavarok (supraventricularis tachyarrhythmia, kamrafibrilláció, változó fokú pitvar-kamrai blokk), és magasabb a lethaliás, mint a 350 betegből álló kontroll csoportban.

IRODALOM: 1. Bloomfield, D. K. és mtsai: Chest. 1970, 57, 224. — 2. Campbell, E. J. M.: Brit. Med. J. 1965, 1, 1451. — 3. Corazza, L. J., Pastor, B. H.: New Engl. J. Med. 1958, 259, 862. — 4. Cullen, J. H., Kaemmerlen, J. T.: Amer. Rev. Resp. Dis. 1968, 98, 998. — 5. Day, W.: Amer. J. Cardiol. 1968, 21, 252. — 6. Goldberg, L. M. és mtsai: Circulation. 1960, 21, 499. — 7. Holjord, F. D., Mithoefer, J. C.: Amer. Rev. Resp. Dis. 1973, 108, 879. — 8. Hudson, L. D. és mtsai: Chest. 1973, 63, 661. — 9. Jewitt, D. E. és mtsai: Lancet. 1967, 2, 734. — 10. Kenedi I. és mtsai: Tbc és tüdőbetegségek. 1968, 21, 299. — 11. Lawrie, D. M. és mtsai: Lancet. 1967, 2, 109. — 12. Lown, B. és mtsai: J. Amer. Med. Ass. 1967, 199, 188. — 13. Lown, B. és mtsai: Amer. J. Cardiol. 1967, 20, 494. — 14. Marshall, R. M. és mtsai: Arch. Intern. Med. 1968, 122, 472. — 15. Meltzer, L. E., Kitchell, J. R.: Progr. Cardiovasc. Dis. 1966, 9, 50. — 16. Mitchell, R. S. és mtsai: Amer. Rev. Resp. Dis. 1968, 98, 611. — 17. Nonkin, P. M. és mtsai: Arch. Intern. Med. 1964, 113, 42. — 18. Pekover, J. és mtsai: Amer. Heart J. 1970, 79, 471. — 19. Rosenkranz, K. A., Baumann, H.: Arch. Kreislaufforsch. 1970, 63, 200. — 20. Samad, I. A., Noehren, T. H.: Dis. Chest. 1965, 47, 26. — 21. Saunders, W. L.: Thorax. 1970, 25, 223. — 22. Schoenmackers, J.: Beitr. Silikose-Forsch. 1965, 6, 603. — 23. Schoenmackers, J., Schöne, D.: Z. Kardiol. 1973, 62, 555. — 24. Schüren, K. P.: Dtsch. Med. Wschr. 1973, 98, 2111. — 25. Sloman, G., Brown, R. W.: Amer. Heart J. 1970, 79, 761. — 26. Sloman, G. és mtsai: Brit. Heart J. 1971, 33, 165. — 27. Stock, E. és mtsai: Brit. Med. J. 1967, 2, 719. — 28. Suppa, G. és mtsai: Mal. Cardiovasc. 1967, 8, 225. — 29. Thomas, A. M., Valabkij, P.: Brit. Heart J. 1969, 31, 491. — 30. Vandenberg, E. és mtsai: Amer. Rev. Resp. Dis. 1968, 98, 60.

A Kaposi-sarcoma klinikumáról és röntgen kezeléséről

Szabó Péter dr.

A Kaposi-sarcomát régebben viszonylag ritka betegségnek tartották. Az újabb adatok birtokában úgy tűnik, hogy gyakrabban fordul elő. *Dutz* és *Stout* (13) 1960-ig 1256 esetet gyűjtött össze.

Az újabb megfigyelések alapján igen gyakori egyes néger törzsek, különösen a bantuk között (23, 28, 37, 53). Megfigyelték, hogy a négereken különösen kifejezett a tumor növekedési hajlama. A négerekkel ellentétben Japánban a betegség igen ritka (51). Újabban inkább a földrajzi faktoroknak tulajdonítanak szerepet. *Palmer* (28) úgy találta, hogy az aequatoriális régiókban a betegség klinikai képe sokkal kifejezettebb, mint attól délre vagy északra fekvő területeken.

Megfigyelték, hogy a betegek nagy többsége rossz higiénés és szociális körülmények között él (50). A közlemények alapján jóval gyakoribb férfiakon (11). Általában az idősebb kor betegsége. A betegek 80%-a 40—70 év között van. Az irodalomból azonban ismertek fiatalaberek, sőt kisgyermekesek esetei. Elsősorban kisgyermekeseken fordul elő Ugandában, Kongóban és Dél-Afrikában. Különösen gyakori a 2—4 év közötti bantu gyermekeken (37). Gyermekeseken a betegség a klinikumát tekintve eltér a felnőttek megbetegedésétől. Gyermekeseken a nyirokcsomók részvétele és a tüneteknek a szemhéjon, továbbá a conjunctiván való localisatiója jellemző.

A szerzők egy része úgy véli, hogy a betegség mindig a bőrön kezdődik és csak később jelentkeznek a visceralis manifestációk. Mások leírtak visceralis manifestációkat bőrtünetek nélkül is (52). A visceralis tünetek megelőzhetik a bőrtüneteket (10). A tünetek általában lábakon, láb hátakon, láb szárazokon kezdődnek, de előfordulhatnak a test bármely részén. Többnyire szimmetrikusak, de megfigyelték az egyik oldal előfordulását is. A végtagokon a folyamat centripetális progressiót mutat. Ritkán haemorrhagiás formával is találkozunk. Egyes esetekben generalisálódhat (1). Az esetek 10 százalékában a bőrtünetekkel együtt a belső szervek is érintettek (gyomor-bél tractus, tüdő-bronchus stb.). Leírták a csontvelő elváltozásait is (55). Francia szerzők szerint a csontvelő részvétele a betegségben a generalisálódást jelenti (30). Néha nyálkahártya-jelenségek is kísérik a betegséget (9).

Az esetek egy részében malignus lymphomák-

kal társul vagy tipusos malignus elváltozások kísérik (16, 27, 34, 35, 46).

Leírják a thymomával való kapcsolatát is (15, 22). *Husz és mtsa* (19) ellenanyaghiányt észleltek Kaposi-sarcomás betegeikben. A vérkép elváltozásokat illetően enyhe anaemiát, eosinophiliát és monocytosist említenek. Tájéki nyirokcsomók is részt vehetnek a folyamatban (12), ritkán távoli szervekben metastasis figyelhető meg (39). A tumor a vascularis epithelialis sejtekből (18), illetve a capillariskok építő sejtjeiből ered (24).

Kaposi (21) a betegséget neoplasmának tartotta. *Nödl* (25) a neurovegetatív humoralis rendszer zavarára vezeti vissza a megbetegedést. *Coburn* és *Morgan* (6) az elváltozást primaer polyvasculitisknek tartják. *Dörffel* (11) és *Puhr* (33) a Kaposi-sarcomát a reticuloendothelialis rendszer systemás megbetegedésének vélik. *Gryzbowski* (17) szerint a betegség systemás angiomatosis. Tekintve, hogy a penicillin egyes esetekben jó hatásúnak mutatkozott, a fertőzések eredetét is próbálták bizonyítani, de ez nem sikerült.

A Kaposi-sarcoma kezelésére alkalmazott módszereket a következő módon csoportosíthatjuk: 1. gyógyszeres kezelés; 2. sebészi kezelés; 3. sugaras kezelés; 4. az 1—3. pont kombinációja.

Mióta *Pierini* és *Grinspan* (31), majd *Jaeger* és *Geiser* (20) jó eredményről számoltak be penicillin kezeléssel kapcsolatban Kaposi-sarcomában, azóta a penicillint sokan alkalmazták a kezelésben. *Prieto* és *Cascos* (32) szerint a penicillinnel elért látszateredmény oka az, hogy a Kaposi-sarcoma spontán visszafejlődést is mutathat. *Schulz* (41) tetracyclint alkalmazott a röntgen-therapia mellett. Az irodalmi adatok szerint jó eredménnyel alkalmazható még az aureomycin, arsen, bismuth, jódkáli, B₁-, B₂-vitamin stb. *Sellei* (43) hetente intravénásan adott neosalvarsannal ért el jó eredményt. Eredményesnek mutatkozik a cytostaticumok adása is (8, 29, 42).

A sebészi kezelésre különösen a solitaer csomók alkalmasak, bár a sebészi kezelés az általános lefolyást nem befolyásolja. *Tóth* (49) amputatiót végzett az alsó végtag Kaposi-sarcomája miatt.

A sugár-therapia különösen a betegség kezdetén ad jó eredményt. A sugár-therapia alapját a góccok sugárérzékenysége alkotja, amely különösen kezdetben kifejezett, de később fokozatosan csökken (7). Rámutatnak a túldozírozás veszélyére is (40). Sugár-therapiával számos szerző jó eredményt ért el (3, 4, 5, 26, 38, 44, 45, 48, 54). A prognosis változó. *Kaposi* (21) még 2—3 éves lefolyásról ír, majd az átlagos élettartamot 5—10 évben állapítja meg. Leírtak igen gyorsan halálhoz vezető eseteket is (36). A betegség spontán involutiós hajlama ismert különösen afrikai négerek között (2). A kezelés után bár hosszú ideig tünetmentesség érhető el, a visszaesés rendszerint bekövetkezik (48).

A Kaposi-sarcoma más típusú sarcomába mehet át (47).

A Kaposi-sarcomás betegek egy része belsőszervi carcinomában hal meg.

Kaposi-sarcomában szenvedő betegeink fontosabb adatai

Sor-szám	Nem	Életkor	Localisatio	Klinikai tünetek		Kezelés			Recidivák				Új gócc		
				Nyirokcsomó megnagyobbodás	Lábszár oedema	Év	Rtg.	E	Év	Localisatio	Kezelés		Év	Localisatio	
											Rtg.	E			
1.	F.	59	Mk. Lábszár Mk. Kézszár	+	+	1960	+		1961 1962 1963	Mk. lábszár Mk. kézzsár Mk. lábszár	+		1961 1962 1963	Testszerte számos góc	
2.	N.	53	J. Lábszár			1961	+								
3.	N.	37	Mk. Lábszár			1962	+								
4.	F.	24	Mk. Lábszár			1962	+		1963	Mk. lábszár	+		1963	Mk. Lábszár	
5.	F.	20	J. Comb	+		1963	+								
6.	F.	55	Mk. Lábszár			1963	+		1964	J. Lábszár	+		1964 1969	Mk. Lábszár Mk. Lábszár	
7.	F.	20	J. Lábszár J. Láb torkolat			1963	+								
8.	N.	50	J. Csukló			1963	+								
9.	F.	78	J. Comb	+		1964	+		1965	J. Comb	+		1965	J. Lábszár J. Talp	
10.	F.	64	Mk. Kézhat Mk. Lábszár	+		1964	+		1965	Mk. Lábszár	+		1966	Mk. Lábszár Mk. Comb	
11.	N.	60	Mk. Lábszár Mk. Comb		+	1968	+	C							
12.	F.	65	Mk. Lábszár Mk. Comb		+	1968	+	S	1970	Mk. kézzsár	+	C			
13.	N.	58	Mk. Kézhat Mk. Lábszár Mk. Comb Mk. Kézszár	+	+	1968	+	C	1970	Mk. Lábszár	+		1969 S S	Mk. Comb	
14.	F.	55	B. Boka B. Lábfej	+	+	1969	+	S C S	1971	B. Lábfej	+	AMP			
15.	N.	51	Mk. Lábszár		+	1969	+								
16.	F.	59	Mk. Lábszár Mk. Comb		+	1970	+	C S		B. lábszár			1971 1973	Mk. Lábszár Mk. Comb	
17.	N.	42	J. Lábszár		+	1970	+								
18.	F.	40	Mk. Boka		+	1970	+		1971	Mk. boka	+		1973	Mk. Boka	
19.	N.	24	B. Lábszár		+	1971	+								
20.	N.	20	Mk. Lábszár Mk. Comb Mk. Talp	+	+	1971	+	C S	1971	Mk. Lábszár Mk. Comb Mk. Talp	+	C S	1971	Testszerte számos góc	
21.	N.	73	J. Lábszár			1973	+								
22.	N.	41	Mk. Lábszár			1973	+								

TM = Tünetmentes C = Cytostaticum S = Steroid T = Tünetes AMP = Amputacio E = egyéb kezelés KS = Kaposi-sarcoma



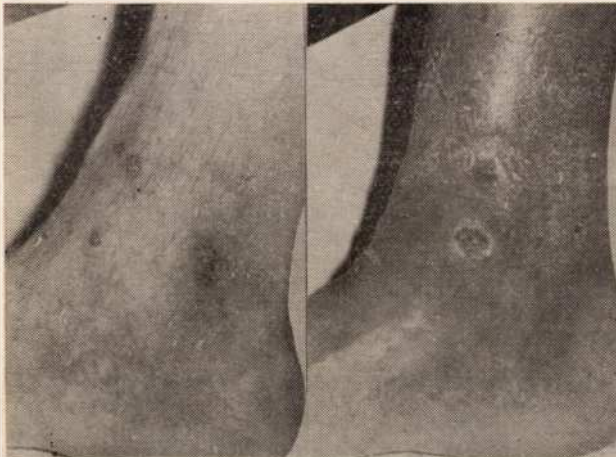
1/a-b ábra.

59 éves férfi mindkét lábszára kezelés előtt és után

Saját eseteink

A Debreceni Bőrklínika rtg-laboratóriumában az utóbbi 15 évben 22 Kaposi-sarcomában szenvedő beteg részesült kezelésben. A könnyebb áttekintés végett a betegek legjellemzőbb klinikai adatait és a kezelést táblázatban tüntettük fel (táblázat). A beteganyagban egyenlő arányban fordultak elő férfi- és nőbetegek és ez eltér a statisztikai adatoktól, amely szerint a betegeknek csupán 10 százaléka nő. A betegség leggyakrabban az idősebb korban fordult elő, a betegek között azonban számos fiatal is volt.

A foglalkozás és a betegség között nem találtunk összefüggést. Családi előfordulást nem észleltünk. A klinikai tüneteket illetően az objectív tünetek kezdetben kevésbé kifejezettek, a subjectív tünetek pedig minimálisak voltak. Fáradékonyságról, lábszárviszketésről panaszkodtak a betegek, néha lábfájdalmak vagy lábikragörcs szerepelt az anamnesisben. A vérképi elváltozások nem voltak jellegzetesek. Általában közepes fokú anaemiát és csökkent haemoglobin értéket észleltünk. A rutinszerűen elvégzett mellkasröntgen és gyomor-bél passage vizsgálatok belsőszervi Kaposi-sarcomát nem mutattak ki.



2/a-b ábra.

40 éves férfi bal bokája kezelés előtt és után

17 esetben a betegség az alsó végtagon elsősorban lábháton, lábujjakon, lábszárakon kezdődött, 4 esetben egyidejűleg a lábszáron és a kézháton és 1 esetben csak a kézszáron kezdődött a betegség. A betegség kezdetekor 13 esetben csak egyoldaliak voltak a tünetek, 9 esetben már a kezdetkor mindkét oldalon felléptek a Kaposi-sarcoma jellegzetes bőrtünetei. Két esetben az inguinalis hajlatban és a nyakon egy időben nyirokcsomó-megnagyobbodást észleltünk, 5 esetben csak az inguinalis nyirokcsomók nagyobbodtak meg. Szájnyálkahártya-elváltozások egy esetben fordultak elő. Tíz esetben talákoztunk az alsó végtag oedemájával, illetve postthromboticus syndromájával. Egy esetben lymphogranulomatosis fejlődött ki a Kaposi-sarcoma fellépése után. Egy betegen Recklinghausen-kórhoz társult a betegség. A diagnosist minden esetben szövettani vizsgálat támasztotta alá.

A betegség kezelésének alapját a röntgenbesugárzás alkotta, bár a besugárzás mellett egyéb gyógyszereket (penicillin, vitaminok) és újabban cytostaticumot is (cyclophosphamid) kaptak a betegek.

A besugárzásra a TuR 80-as készüléket (VEB TuR, Dresden), illetve a Dermopan (Siemens) készüléket használtuk. (A besugárzási feltételek TuR 80-as készülék esetén 60 kV; 4 mA, 1,2 Al filter, 7 cm FB távolság, Dermopan készülék esetén 50 kV; 25 mA, 1 Al filter, 5–10–30 cm FB távolság.) Egy ülésben átlag 200–300, ritkábban 400–500 R-et adtunk. Az összdosis 3–4000 R között volt. Az egyes és az összdosis mindig individualisan módosítottuk.

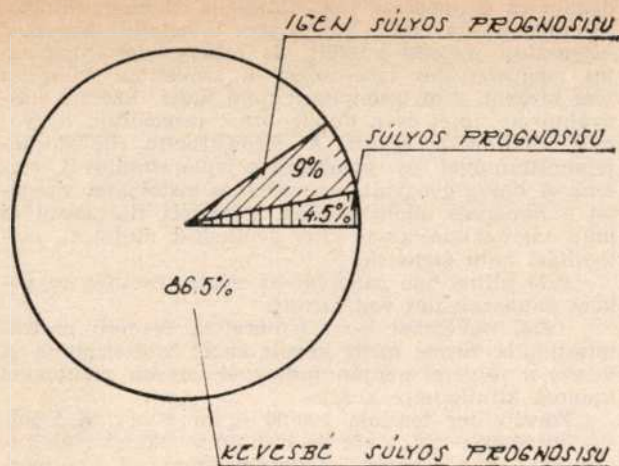


3/a-b ábra.

67 éves férfi jobb kézszára kezelés előtt és után

A sugárkárosodás elkerülése végett célszerű, különösen a besugárzás második felében, nagyobb intervallumokat beiktatni két besugárzás közé.

A sugártherápia hatásosságáról féloldali besugárzásokkal is meggyőződünk. A táblázatban a 11 számmal jelzett betegen mind a felső, mind az alsó végtagon a Kaposi-sarcomás gócek szimetriát mutattak. Ez esetben csak az egyik oldalt sugaraztunk be. Azt tapasztaltuk, hogy a besugárzott oldal gócai lelapultak, elhalványodtak és nagymértékben vagy teljesen visszafejlődtek szemben a nem kezelt oldallal. Azt tapasztaltuk, hogy az optimális összdosis 3–4000 R között van. A kezelés eredményeit az 1–3. ábra demonstrálja.



4. ábra.
A Kaposi-sarcoma prognosisa 22 eset kapcsán

Megbeszélés

Tapasztalataink szerint a Kaposi-sarcomát prognosis szerint 3 csoportba oszthatjuk (4. ábra):

1. Az első csoportba tartoznak a rendkívül súlyos lefolyású halálhoz vezető esetek. Idetartozott az 1. és 20. sz. beteg.

2. A második csoportba tartozott a 14. sz. beteg. Ebben az esetben a prognosis súlyosnak mondható, bár a beteg jelenleg él, a tumoros propagatio következtében végtagcsonkolást kellett végeztetni.

3. 19 esetben (86,5%) a lefolyás jóval kedvezőbbnek mondható. Ebben a csoportban a 9–10–11–13. sz. beteg nem Kaposi-sarcomában halt meg. A 2., 3., 5., 7., 8., 15., 17., 19., 21., 22. számmal jelzett betegeken a röntgen kezelés után nem lépett fel recidiva. A 4., 6., 12., 16., 18. számú betegen recidiva jelentkezett. Ezekből 2 személy (6., 12. sz.) jelenleg is tünetes.

Eredményeinket összegezve, a 22 Kaposi-sarcomában szenvedő betegből 2 beteg Kaposi-sarcomában, 4 beteg egyéb betegségben halt meg. A jelenleg élő 16 beteg közül 10 esetben nem jelentkezett recidiva vagy új góc, 6 betegen recidiva, illetve új gócok léptek fel. A kezelés hatására ebből 4 beteg tünetmentesedett, 2 beteg a közlemény írásának időpontjában is tünetes és kezelés alatt áll.

Összefoglalás. 1. 22 Kaposi-sarcomás betegen röntgen kezeléssel jó eredményt értek el. 2. A röntgensugár hatásosságát féldali besugárzással bizonyították be. 3. A Kaposi-sarcoma gócaira kiszolgáltattott megfelelő minőségű és dózisu röntgensugár a gócot visszafejleszti. 4. A 22 Kaposi-sarcomában szenvedő beteg kezelésében szerzett tapasztalatok alapján a betegség 19 esetben jóindulatú, 1 esetben súlyos prognosisu és 2 esetben igen súlyos prognosisu volt.

IRODALOM: 1. Balabanov, K., Raitshev, I., Georgieva, S.: Derm. Mschr. 1969, 155, 313. — 2. Browne, S. G.: Arch. Derm. (Chicago) 1966, 94, 328. —

3. Bruns, W.: Derm. Wschr. 1940, 110, 278. — 4. Castelain, P.-Y., Amalric, R., Spitalier, J.-M., Roux, G.: Bull. Soc. franç. Derm. Syph. 1964, 71, 29. — 5. Cippolaro, A. C.: Arch. Derm. Syph. (Chicago) 1955, 72, 299. — 6. Coburn, J. G., Morgan, J. K.: Arch. Derm. Syph. (Chicago) 1955, 71, 618. — 7. Davis, J.: New York State J. Med. 1968, 68, 2067. — 8. Degos, R., Touraine, R., Belaich, S., Vachon, N.: Dermatologica (Basel) 1967, 135, 345. — 9. Dorn, H., v. Schmarsow, F. L.: Zschr.-Haut. u. Geschl. Krkh. 1959, 27, 138. — 10. Dömötör L., Wessely J.: Orv. Hetil. 1964, 105, 502. — 11. Dörffel, J.: Arch. Derm. Syph. (Chicago) 1932, 26, 608. — 12. Duperrat, B., Pacot, C.: Ann. Derm. Syph. (Paris) 1964, 91, 241. — 13. Dutz, W., Stout, A. P.: Cancer. 1960, 13, 684. — 14. Frölich, H. J.: Derm. Wschr. 1937, 104, 633. — 15. Gellin, G. A.: Arch. Derm. (Chicago) 1966, 94, 92. — 16. Goldschlag, F.: Derm. Wschr. 1935, 100, 204. — 17. Grzybowski, M.: Ann. Derm. Syph. (Paris) 1934, VII, ser. 5, № 2 (Febr.) 135. — 18. Hashimoto, K., Lever, W. F.: J. Invest. Derm. 1964, 43, 539. — 19. Husz S., Berko Gy., Dobozy A., Schneider I.: Bőrgyógy. Ven. Szle. 1972, 48, 97. — 20. Jaeger, H., Geiser, D.: Dermatologica (Basel) 1954, 108, 366. — 21. Kaposi M.: Arch. Derm. Syph. (Berlin) 1872, 4, 265. — 22. Maberry, J. D., Stone, O. J.: Arch. Derm. (Chicago) 1967, 95, 210. — 23. Marshall, J.: Arch. Derm. (Chicago) 1963, 87, 419. — 24. Mottaz, J. H., Zelikson, A. S.: Acta derm. vener. 1966, 46, 195. — 25. Nödl, F.: Arch. Derm. Syph. (Berlin) 1950, 190, 373. — 26. Oswald, F. H., Stam, H. C.: Dermatologica (Basel) 1968, 136, 277. — 27. Pack, G. T., Davis, J.: Arch. Derm. (Chicago) 1954, 69, 604. — 28. Palmer, P. E. S.: Derm. trop. (Philad.) 1963, 2, 67. Ref.: Zbl. für Haut u. Geschl. Krkh. 1965, 118, 139. — 29. Pascher, F., Luka, E.: Arch. Derm. (Chicago) 1966, 94, 524. — 30. Payet, A., Basset, A., Ray, M., Faye, E.: Bull. Soc. franç. Derm. Syph. 1961, 68, 612. — 31. Pierini, L., Grinspan, D.: Rev. argent. dermatosif. 1948, 32, 3. — 32. Prieto, G., Cascos, A.: Actas. dermo-sifiligr. 1953, 44, 299. Zbl. f. Haut. u. Geschl. Krkh. 1954, 87, 54. — 33. Puhr L.: Orv. Hetil. 1931, 75, 853. — 34. Rajka G.: Acta derm. venereol. 1965, 45, 40. — 35. Raznatovsky, I. M.: Veszt. Derm. Vener. (Mosk.) 1971, 45, № 10, 68. Ref.: Zbl. f. Haut. u. Geschl. Krkh. 1972, 129, 534. — 36. Rollier, R., Rollier, M., Cherkaoul, A., Devico, V., Sebtí, A.: Bull. Soc. franç. Derm. Syph. 1970, 77, 748. — 37. Rothman, S.: Arch. Derm. (Chicago) 1965, 85, 311. — 38. Schirmunskaja, K., Tschotschia, K.: Derm. Wschr. 1932, 94, 705. — 39. Schirren, C. G., Burkhardt, L.: Arch. Derm. Syph. (Berlin) 1955, 201, 99. — 40. Schirren, C. G.: Die Röntgentherapie gutartiger und bösartiger Geschwülste der Haut. Jadassohn, J.: Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. Ergänzungswerk Strahlentherapie von Hautkrankheiten, Bd. V/2. Marchionini, A., Schirren, C. G. Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1959. — 41. Schulz, K. M.: Derm. Wschr. 1965, 151, 1414. — 42. Scott, W. P., Voight, J. A.: Cancer. 1966, 19, 557. — 43. Sella J.: Bőrgyógy. Urol. Ven. Szle. 1931, 9, 7. — 44. Seyss, R., Köpf, O.: Strahlentherapie. 1953, 89, 224. — 45. Shatin, H.: Arch. Derm. (Chicago) 1957, 76, 519. — 46. Sipos J., Fehér L., Sellyei M.: Orv. Hetil. 1963, 104, 413. — 47. Szűcs L., Balogh E., Kósa D.: Zschr. Haut. u. Geschl. Krkh. 1965, 38, 253. — 48. Teske, H.-J.: Strahlentherapie. 1962, 118, 526. — 49. Tóth S.: Magyar Onkol. 1970, 14, 188. — 50. Uhlmann, E.: Arch. Derm. Syph. (Berlin) 1926, 150, 126. — 51. Uyeno, K., Yokozeki, T.: Jap. J. Derm. 1961, 71, 1279. Ref.: Zbl. für Haut. u. Geschl. Krkh. 1962, 112, 293. — 52. Végh L.: Orv. Hetil. 1954, 95, 1191. — 53. Verhagen, A. R. H. B., Koten, J. W., Chaddah, V. K., Patel, R. I.: Arch. Derm. (Chicago) 1968, 98, 577. — 54. Wolfram, S.: Strahlentherapie der Haut-Krankheiten. Verlag für Medizinische Wissenschaften Wilhelm Maudrich, Wien-Bonn, 1956. — 55. Zelger, J., Leibetseder, F.: Hautarzt. 1961, 12, 498.

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
I. Sebészeti Klinika (igazgató: Petri Gábor dr.)

Masszív gastrointestinalis vérzést okozó, vastagbélbe perforált pancreas pseudocysta

Imre József dr., Csikos Mihály dr.
és Gergely Mihály dr.

A pancreas pseudocysta nem különösebben ritka elváltozás: gyakoriságát *Rosenberg és mtsai* (27) 1371 pancreatitiszes beteg között 7%-nak találták. Magyar szerzők is gyakran foglalkoztak ezzel a kérdéssel (1, 13, 14, 15, 20, 26, 30). Az eseteknek kevesebb mint 5%-ában fordul elő, hogy a pancreas pseudocysta megreped, ill. perforál (19). A cysta perforálhat a szabad hasüregbe, a pleurális űr irányába, kitörhet a szabadba is a hasfalon át, végül perforálhat valamelyik üreges hasi szervbe (gyomor-duodenum, vastagbél), ritkábban az erekbe: az aortába, a vena portae-ba, vagy a vena cava inferiorba (23). Egyszerre két üreges hasi szervbe történt perforatio esetét, illetve műtétét is közölték (8, 10).

A hasnyálmirigy pseudocystája a vastagbélbe ritkán perforál, de ha igen, a perforációt követően a cysta ürege könnyen fertőződik és vérzés indulhat el a széteső cysta-falból. Ez a szövödmény az esetek jelentős részében csillapíthatatlan, gyors elvérzéshez vezet.

Az alábbiakban egy klinikánkon észlelt beteg ismertetünk, akin a bal colonfélbe perforált, a pancreas farki részében kialakult pseudocysta súlyos, az életet veszélyeztető vérzéssel szövődött.

Esetismertetés

A 37 éves férfibeteg 1970-ben a duodenum feltételezett rosszindulatú daganata miatt más intézetben gastro-entero anastomosist készítettek. Másfél éves panaszmentes időszak után hasi teltségérzés, puffadás, hányinger miatt vettük fel. A gyomor passage-vizsgálat a duodenum-patkón dislocatiót mutatott, a gyomron kóros benyomatot nem észleltek.

1972. augusztus 31-én műtétet végeztünk. A beavatkozást nemcsak a panaszok indokolták, hanem az is, hogy az eredeti diagnózis kétségesnek látszott. A szívós letapadások oldása után kiderült, hogy a duo-

denum és a pancreas feje hatalmas conglomeratumot alkotott. A szövettani vizsgálatra kimetszett anyagból fagyasztott metszet készült, de rosszindulatú daganatos megbetegedés lehetőségét a szövettani vizsgálat sem kizárni, sem bizonyítani nem tudta. Ezért a hasnyálmirigy fejét és a duodenumot resecáltuk, a gyomor antrumával együtt. A reconstructio choledochojejunostomiával és pancreatico-jejunostomiával történt. A beteg gyógyult. Az utólagos histológiai vizsgálat a pancreas állományában kifejezett fibrosissal és idült tályogképződéssel járó gyulladást mutatott, malignitást nem észleltek.

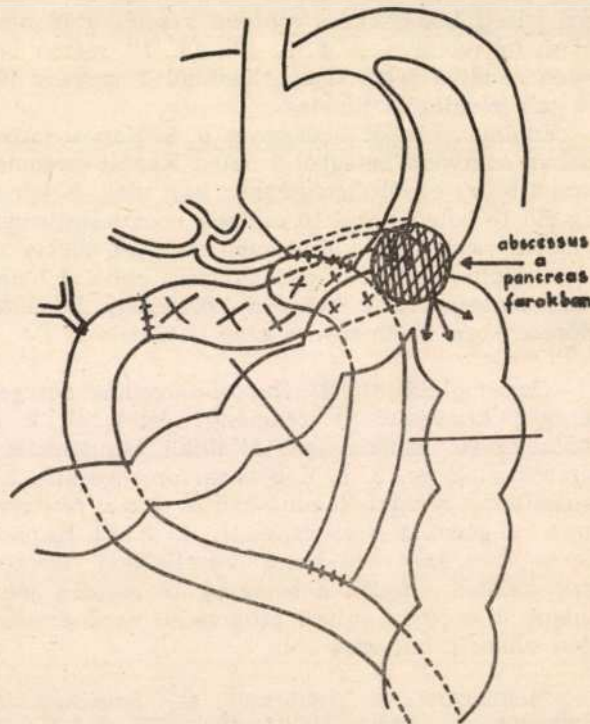
1973 júliusában pancreatitis miatt kezelték, egyébként panaszmentes volt, hízott.

1973. november 3-án ismeretlen eredetű gastrointestinalis vérzés miatt került ismét intézetünkbe. A vérzés a felvétel napján indult el, orvosa mentőkkel azonnal klinikánkra küldte.

Felvételkor tensiója 100/60 Hgmm, P 88/min. A pulsus közepesen telt, a bőr és látható nyálkahártyák anaemiásak, a bőr hűvös, kezdetben száraz. A has mérsékeltelen elődomborodó, renyhe bélhangok hallhatók. Pár óra múlva a vérzés fokozódott, ismételten frissvéres, helyenként alvadékos székletet ürített. Hányingere, hányása nem volt. Haematokrit 28,8%, se. diastase 8 WE, se. electrolytek a normális alsó határán voltak.

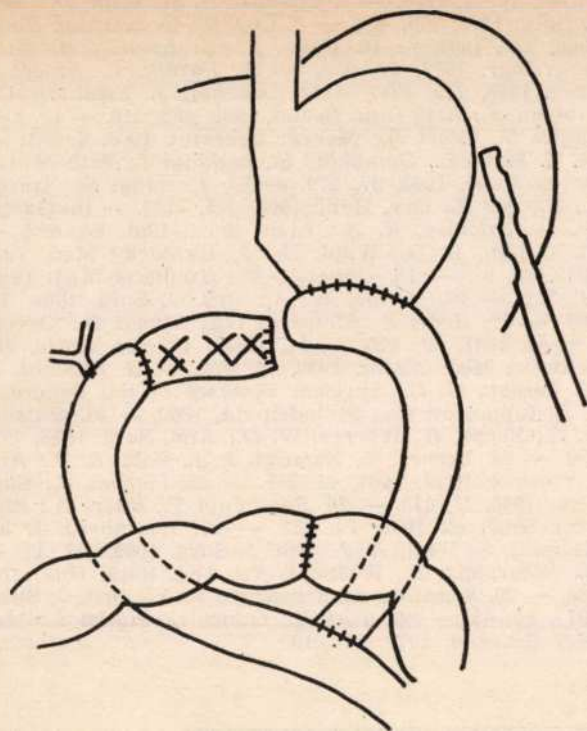
Hétórás observatio alatt 2800 ml vért, 500 ml lyoplasmát, 1000 ml 5%-os dextrosét kapott. Miután a vérzés a megfigyelési idő alatt nem csillapodott, a műtéti beavatkozás elkerülhetetlenné vált. A has feltárása előtt csak abban voltunk biztosak, hogy a vérzés az emésztő-tractus legfelső részéből nem származhatott (mivel a gyomorban vér nem volt), de feltételeztük, hogy a duodenectomia, pancreas-fej resectio késői következménye lehet (pl. jejunalis ulcus).

Középső median metszésből tártuk fel a hasüreget. A vékonybelek nem voltak tágak, vér a lumenben láthatóan nem volt. A caecum és a jobb colonfél tág, gázos volt és sok vért tartalmazott. A colon transversum és a flexura lienalis pattanásig feszült, véralvadékkal telt. Miután nem sikerült eldönteni, hogy



1. ábra

Whipple-műtét után 14 hónappal a hasnyálmirigy-farokban kialakult pseudocysta áttört a vastagbélbe és az arrodált falú a. lienalisból masszív vérzés indult el. A vér a cystán át a colonba ürült



2. ábra.

A műtét utáni helyzet vázlata. Az a. lienalis lekötése után eltávolítottuk a lépet, a pseudocystát és resecáltuk a vastagbelet. A rekesz alatt drain van

a vastagbél jobb vagy bal felébe került-e a vér, a vérzés helyének lokalizálására puha bélfogóval a colon transversumot lefogtuk, majd — amikor nyilvánvalóvá vált, hogy az balról telődik — a lefogástól balra a haránt vastagbelet megnyitottuk és tartalmát megkíséreltük leszívni.

Miután a leszívási kísérlet eredménytelen maradt, a belet szélesen megnyitottuk és a lumen felől tapintva igyekeztünk a vérzés forrását meglelni. A kezét befogadó tágult bal colon transversumban aboralis irányban haladva sikerült a heges bal subphrenicus térbe betapintani. Itt a lép alatt, azzal részben összefüggő resistenciát észleltünk, a bélfalon pedig az ujjat befogadó nyílást a flexura lienalis közelében (1. ábra).

A laparotomiát balra kiterjesztve, a mellkast is megnyitva, a subphreniumot szélesen feltártuk. A tapintott resistentia pancreas pseudocystának bizonyult, amely a flexura lienalissal szélesen összetapadt. A cystát megnyitva, abban friss arteriális vérzést találtunk, amely az a. lienalis törzséből eredt. A vérzést az artéria aláöltésével csillapítottuk, majd a cysta falának kétharmadát, valamint a bal colonfelet a léppel együtt eltávolítottuk. Vég a véghez colo-colicus anastomosist készítettünk a colon transversum és a sigma között. A mellkast és a subphreniumot draináltuk és a sebet zártuk (2. ábra).

A műtét alatt a beteg 5760 ml „0” Rh pos. vért, 2200 ml kevert plasmát, 1000 ml infusiót kapott. A műtét végén vérnyomása 130/80 Hgmm, pulsusza 116/min volt. Az observatio és a műtét ideje alatt (12 óra) összesen 8560 ml vért, 2700 ml plasmát és 2000 ml infusiót kapott.

A közvetlen postoperatív időszak eseménytelen volt. A műtét után öt nappal kialakult bal rekesz alatti tályog a műtétkor behelyezett csövön át kiürült, átmeneti stercoralis fistulája spontán záródott, sebe per secundam gyógyult.

A beteg hazabocsátása óta megfigyelésünk alatt áll, azóta több mint 10 kg-ot hízott, panaszmentessé vált. Egy évvel a műtét után hasfali fistulájának helyén sebe időnként váladékozik. Munkáját ellátja.

A hasnyálmirigyben kialakult álcysta — amennyiben nem történik idejekorán sebészi beavatkozás — bármikor megrepedhet, vagy áttörhet a környezetbe. A perforatio bekövetkeztét elősegíti a cystában pangó aktív proteolyticus fermentek jelenléte, valamint a gyakran fellépő infectio.

A cysta áttörésének következményei változatosak. Végződhet gyógyulással (az áttörés akár észrevétlen is maradhat), de könnyen végzetessé is válhat. Amennyiben az áttörés az emésztő-tractus magasabb szakaszába történik (a gyomor alsó harmada, duodenum, esetleg letapadt jejunum), a cysta tartalma az áttörés után kialakult fistulán át kiürül és így lehetőség nyílik a cysta falának fokozatos zsugorodására, végül a cysta eltűnésére (spontán gyógyulás). Ilyenkor végeredményben ugyanaz történik, mint a leggyakrabban végzett sebészi beavatkozás, a belső sipolyképzés után. A cysta falának megrepedése és tartalmának a szabad hasüregbe való kiömlése azonban az esetek 60—70%-ában végzetes. Ezt a magas halálozási arányt csak a legutóbbi időben sikerült valamelyest csökkenteni.

Olyan esetekben, amikor a vastagbéllel összetapadt cysta a colonba perforál, a spontán gyógyulás lehetősége sokkal kisebb, mint a gyomorba vagy a bélbe történt áttörés után. Ha a cysta tartalma a colon felől fertőződik és falában septicus szövetszétesés indul meg, a gyógyulás kilátásai tovább romlanak. Olyan szerencsétlen esetekben pedig, amikor a septicus folyamat valamelyik nagyér falára is áttérjed és az arrodált érből vérzés indul meg, csak az idejekorán történő sebészi beavatkozás akadályozhatja meg a gyors elvérzést.

A vérző, a vastagbélbe perforált hasnyálmirigy álcysta műtéti kezelése során az elsődleges cél a vérzés ellátása kell hogy legyen (életmentés). A vérzés ellátása után mindent meg kell tennünk, hogy a septicus szövetszétesés terjedésének gátat szabjunk, megelőzzük ezzel az esetleges újabb vérzés elindulását és lehetővé tegyük a végleges gyógyulást. Miután a fertőzött álcysta egyben való eltávolítására nemigen gondolhatunk, a colon egyidejű resectiójával úgy érünk célhoz, hogy megszüntetjük a folyamatos újrafertőződést, a fertőzött béltartalom átjutását a cystába. Ha a vérzés ellátása után a perforatiós nyílástól orálsan anus praeternaturalist készítünk és egyidejűen a cystát és környezetét draináljuk, számíthatunk a gyulladós folyamat fokozatos gyógyulására.

Esetünkben — miután már a vérzés helyének tisztázása érdekében rákényszerültünk a vastagbél megnyitására és a cysta széles feltárására — egyszerűbbnek látszott az érintett vastagbélszakasz resectiója, annál is inkább, mert az arteria lienalis lekötése után a cysta falával összekapaszzkodott lépet is el kellett távolítanunk.

Annak ellenére, hogy eljárásunkat ebben az esetben — tehát a vastagbél resectióját, a cysta resectióját és az egyidejű splenectomiát — az eredmény igazolni látszik, helyesebbnek gondoljuk nem ragaszkodni a primaer radikális műtét-hez, hanem az előbb említett megoldást (anus

praeternaturalis és drainage) választani minden olyan esetben, amikor a vérzés helyét sikerül el-
látni a vastagbél megnyitása nélkül.

Összefoglalás. Colomba perforált pancreas pseudocystának az arteria lienalisból eredő súlyos vérzéssel járó esetét írják le a szerzők. A cysta Whipple-műtét után 14 hónappal alakult ki a pancreas caudalis részében. A beteg kivérzett állapotban került a műtőasztalra és radikális beavatkozással (colonresectio, a lienalis lekötés, splenectomia, cystafal-resectio) sikerült életét megmenteni. Whipple-műtét után kialakult és műtéttel sikeresen gyógyított hasonló esetet a rendelkezésre álló irodalomban nem találtak.

IRODALOM: 1. Arányi S., Fontányi S.: Magyar Sebészet. 1963, 16, 361. — 2. Balfour, J. H.: Surg. Clin. N. Amer. 1970, 50, 395. — 3. Becker, W. F., Pratt, H. S.: Surg. Gynec. Obstet. 1969, 127, 744. — 4. Berne, T. V., Edmondson, H. A.: Am. J. Surg. 1966, 111, 359. — 5. Bockus, H. L., Roth, J. L., Sifre, R. A.: Surg. Clin. N. Amer. 1951, 6, 1956. — 6. Britenecker, R.: New Engl. J. Med. 1959, 260, 1169. — 7. Catell, R. A., Warren, K. W.: Surgery of the Pancreas. W. B. Saunders,

Philadelphia, 1953. — 8. Clayton, H. S., Sosin, H.: Am. J. Surg. 1973, 126, 433. — 9. Cogbill, C. L.: Ann. Surg. 1968, 112, 1967. — 10. Cosio, F. G.: Amer. J. Gastroenterology. 1972, 67, 353. — 11. Dardik, I.: Amer. J. Surg. 1968, 115, 774. — 12. Dencker, J., Liedberg, G., Tibbein, S.: Acta Chir. Scand. 1969, 135, 218. — 13. Do-hanics S., Eisert A.: Magyar Sebészet. 1965, 6, 351. — 14. E. Szabó L., Gombkötő B., Ladányi J., Tóth M. G.: Orvosképzés. 1962, 37, 279. — 15. Fontányi S., Arányi S., Harmat Z.: Orv. Hetil. 1964, 105, 1799. — 16. Gatch, W. D., Brickley, R. A.: Arch. Surg. 1951, 63, 698. — 17. Goldin, A. G., Wald, H.: J. Kentucky Med. Ass. 1965, 63, 98. — 18. Grimoul, M.: Toulouse Med. 1960, 61, 221. — 19. Hanna, W. A.: Brit. J. Surg. 1960, 47, 495. — 20. Hedri S., Mészáros Gy., Mundi B.: Orvosképzés. 1961, 36, 409. — 21. Hess, V., von Rutte, B.: Schweiz. Med. Wschr. 1950, 80, 476. — 22. Howard, J. M. Jordan, G. L.: Surgical Diseases of the Pancreas. J. B. Lippincott Co., Philadelphia, 1960. — 23. Hutson, D. G., Zeppa, R., Warren, W. D.: Ann. Surg. 1973, 177, 689. — 24. Lerner, S., Zufacht, J. J., Zola, S. P.: Am. J. Gastroenterol. 1964, 41, 537. — 25. Morton, J.: Surgery. 1945, 17, 475. — 26. Romhányi T., Eisert A.: Magyar Sebészet. 1958, 11, 232. — 17. Rosenberg, I. K., Kahn, J. S., Walt, A. J.: Am. J. Surg. 1969, 117, 11. — 28. Scharplatz, D., White, F. T.: Ann. Surg. 1972, 176, 638. — 29. Simpson, A., Sriwastra, V. K.: Brit. J. Surg. 1973, 60, 45. — 30. Tóth T., Gönci L., Harka I.: Magyar Sebészet. 1974, 27, 219.

Sandosten® DRAZSÉ

antihistaminicum
antiallergicum

Thenalidinum tartaricum 25 mg drazsénként.

Hatás

Erős permeabilitásgátló, viszketéscsillapító, anticholinerg és serotonin-antagonista hatású antihistaminicum. Egyértelműen javítja az allergiás folyamatoknál meg-lévő, néha tűrhetetlen fokú viszketést.

Csökkenti az erek permeabilitását, ezzel az oedemaképződést megszünteti.

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

Toxicitása csekély.

Indicatio

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

A feltüntetett indikációs területeken a tüneteket nagyrészt a felszabaduló histamin vagy a szervezetbe jutó histamin-szerű anyagok okozzák. Ennek eredménye capilláris 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





BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

VI. Nemzetközi Szimpozion a „minőségi ellenőrzés”-ről. Genf, 1975. április 23—25.

A klinikai diagnosztikai laboratóriumok eredményeinek megbízhatóságát elősegítő „minőségi ellenőrzés” külön tudományággá fejlődött, szükségesnek látszott, hogy az e kérdéssel foglalkozó szakemberek időnként összejöjjenek, megtárgyalják a minőségi ellenőrzés módszereit és beszámoljanak az egyes országokban elért eredményekről. 1967-ben Genfben hívták össze az első ilyen európai tanácskozást, és azóta immár hatodik alkalommal, egyre több résztvevővel és egyre nagyobb arányokban tartanak két évente szimpoziont a minőségi ellenőrzésről.

Az első napon 12 különböző országból meghívott előadó 15—15 perces beszámolóját hallottuk. Egy részük ismertette minőségi ellenőrzéseik módszerét és eredményeit, mások 1—1 meghatározás megbízhatóságának ellenőrzését, ill. a nehézségeket taglalták. Utóbbiak közül kiemelem a bilirubin-, valamint a különböző eredetű alkalikus phosphatase-meghatározásokat, továbbá a lipid-standardok problémáit. Az első napot a „Richterich Memorial Lecture” zárta le. Prof. S. B. Rosalki (Anglia) emlékezett meg erről a közelmúltban fiatalon elhunyt svájci kutatóról, akinek orszlánrésze volt a modern klinikai-kémia megalapításában és aki az előző öt szimpoziont szervezte.

A második nap délelőttjét a „NAD-NADH-NADP-NADPH-Szimpozion” töltötte ki. Erről az enzimológiában fontos anyagról tizen tartottak előadást; valamennyien a meghatározás nehézségeit, ill. a megbízhatóság szempontjait tárgyalták. (Molaris abszorpciós coefficientens, tisztaság, tárolás, hőfok stb.)

A második nap délutánján a haematológiai vizsgálatok minőségi ellenőrzése került sorra. Ez volt az első alkalom, hogy a genfi tanácskozásokon ez a tudományág is szerepelt. A nagy érdeklődéssel várt szimpozion nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket, a két holland előadó alig mondott többet, mint amit irodalmi közléseikből már évek óta ismernek azok, akik e kérdéssel részletesebben foglalkoznak.

Amíg az első két napot a Merz & Dade vegyszergyár rendezte, a harmadik nap szervezését átengedték az International Federation of Clinical Chemistry vezetőségének. E tanácskozás címe: „A klinikai laboratórium nemzetközi szemszögéből” volt. Eltérően az előző napok rendjétől, itt nem előadások hang-

zottak el, hanem 4 kerekasztal-konferencia keretében, meghívott előadók szereplésével előre meghatározott témák kerültek tárgyalásra, mégpedig:

1. A klinikai laboratóriumi anyagok minőségének nemzetközi kritériumai. (Standardok, kontroll-savók és a csoportos vizsgálatok anyagai.)

2. A diagnosztikai módszerek nemzetközi kritériumai (Referenc és rutin módszerek, enzim-meghatározások, papírcsik-módszerek, stb.).

3. A klinikai laboratóriumi módszerek minőségének nemzetközi kritériumai.

4. Egyes országokban hozott rendelkezések ismertetése és javaslatok a nemzetközi szabályok bevezetésére.

Ami a létszámot illeti, a szimpozion nem sorolható a nagyarányú tanácskozások közé, a regisztrált tagok száma 398 volt. Ha azonban a jelenlevők személyét tekintjük, akkor elmondhatjuk, hogy nemcsak a minőségi ellenőrzés valamennyi ismert szakembere, de a klinikai-kémia neves kutatóinak jórésze is eljött erre a nivós szimpozionra. 29 ország képviseltette magát. A szocialista országokból tizen voltunk: Bulgária 1, Csehszlovákia 2, Lengyelország 4, Magyarország 1, az NDK 2 szakembert delegált.

A szimpoziont gazdag társadalmi program kísérte. Szerdán Genf városa adott fogadást az Operaházban, csütörtökön a Collegium Academicum rendezett hangversenyt és pénteken a záró banketton a WHO új épületében alkalmunk volt a tudományos témákat fehér asztal mellett is megbeszélni, régi ismerősökkel elbeszélgetni, új ismeretsegeket kötni.

A szimpoziont követően a szocialista országok képviselőit 2 napos autóbusz-túrán látták vendégül a svájci hegyekben.

A kongresszuson, valamint a személyes megbeszéléseken hallottakat egybevetve, arra a megállapításra juthatunk, hogy azok a magyar szakemberek, akik a klinikai diagnosztikai laboratóriumok módszereinek minőségi ellenőrzésével tudományosan is foglalkoznak, semmiben sincsenek elmaradva külföldi kollégáik mögött. Különbség csak annyiban van, hogy amíg a külföldi laboratóriumokban a rendszeres ellenőrzés a rutinhoz hozzátartozik, addig a hazai laboratóriumoknak csak egy csekély része van abban a helyzetben, hogy rendszeresen alkalmazhatja mindazokat az eljárásokat, amelyekkel eredményeik

megbízhatóságát ellenőrizhetik. Mindenképpen szükség van arra, hogy:

1. rendszeres továbbképzés útján a laborvezetők tisztában legyenek a minőségi ellenőrzés módszereivel és ismerjék ennek jelentőségét,

2. kellő mennyiségű standard-savó álljon a laboratóriumok rendelkezésére, továbbá,

3. havonta legalább egy alkalommal mindenki részt vehessen csoportos vizsgálatokban.

Horváth Imre dr.

Gyógyítás az ex libriseken.

Április 28-án nyílt meg a „Gyógyítás az ex libriseken” című kiállítás Debrecenben, amely hazánkban az első e témával foglalkozó kiállítás. Ez a kiállítás az Egészségügyi Világszervezet által létrehozott Egészségügyi Világnap debreceni rendezvényeinek sorában szerepel. Debrecenben már harmadszor kapcsolódik egészségügyi könyvhét az Egészségügyi Világnaphoz. E könyvhétnek volt kiegészítő rendezvénye ez az ex libris kiállítás, amely Törös Béla dr. csoportvezető főorvos kezdeményezésére és segítségével alapján valósult meg. A kiállított tablók a gyógyítással, az orvossal, a gyógyszerházzal kapcsolatos miniatűr alkotások láthatók. Ezek az alkotások hazai és külföldi művészek munkái. A művészek sajátos formanyelvükön mondják el, sajátos anyagukon és eszközökkel fejezik ki tapasztalataikat és eredményeiket a gyógyítással foglalkozókról: orvosokról, ápolókról, gyógyszerészekről. Ezek az alig ténylegy műalkotások más és más képpen mutatják be a gyógyítást, a gyógyítással foglalkozót, de valamennyi lap a tulajdonos hivatására utal.

A kiállítás anyaga 153 lapból állt. Ebből 9 lap reprodukció. Ezekkel a reprodukált lapokkal azt kívántuk szemléltetni, hogy régi hazai és külföldi orvosoknak is voltak már ex librisei. Csupán három reprodukcióra hívnám fel a figyelmet: Segesvári István volt debreceni orvos, Széchenyi István orvosának Almási Balogh Pálnak és a szabadságharc tábori főorvosának Rózsay József dr.-nak a lapjára.

A hazai és külföldi eredeti grafikai lapokat 8 nagy csoportra osztottuk. E felosztással átfogó képet kívántunk adni a gyógyítással foglalkozókról, a gyógyítás mitológiai alakjairól, a gyógyítás szimbolikájáról, úgy, hogy a munka adta édes vagy olykor kesernyés humor se maradjon ki.

A modern hazai lapokról elmondhatjuk, hogy alig van közöttük olyan, amely a heraldika elemeit tartalmazza. E lapok a realista művészet szemléletet hordják magukon (Simmelweis, Madame Curie, A. Schweitzer stb.).

A második témakörben szereplő alkotások az orvos és a beteg kap-

csolatát szemléltetik. A segítségre szoruló, az orvostól kézzelfogható segítséget váró ember jelenik meg előttünk ezeken a lapokon (G. Szabó Kálmán fametszete).

Az előbbi témához szorosan kapcsolódik a következő témakör lapjainak mondanivalója: az orvosi segítség még a halállal is képes felvenni a küzdelmet. Az emberi életért harcoló orvos jelenik meg Menyhárt József és Várkonyi Károly alkotásain.

Szinte alig található orvosi ex libris, amelyen a gyógyítás emblema fel ne tűnnének: kígyó, serleg, Aszklepiosz-bot stb.

Valamennyi művész szívesen utal orvosának szakterületére a könyvjegyen Diskay Lenke, Fery Antal, Várkonyi Károly stb. lapjaira utalnak.

Szorosan hozzátartozik a gyógyításhoz a gyógyszerészet is. Fery Antal lapjain középkori patika, edények láthatók.

Végül a humorról telített lapokra utalnak. Ez a humor sokszor nagyon különös, kesernyés vagy éppen groteszkül éles: Stettner Béla, Kalasnyikov lapjaira gondolok.

Szinte valamennyi műalkotáson látható, hogy az orvos nem egyoldalú ember. Nemcsak a saját speciális tudományával foglalkozik, hanem érdeklődik a világ jelenségei és eseményei iránt is: Józsa János lapjaira gondolok.

A kiállítás jobb megértését a rendező szervek ízléses katalógussal segítették. A kiállított anyagot válogatta Semsey Andor dr., szakmailag Csányi István dr. ellenőrizte, rendezte Lenkey István.

—y—n

Beszámoló 1 éves groningeri (Hollandia) munkámról.

1973. szeptember 17-től 1974. szeptember 17-ig dolgoztam a Groningeri Academisch Ziekenhuis Urologiai Klinikáján. Meghívásomra az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet urológiai osztályának és a groningeri urológiai klinikának évek óta fennálló szakmai kapcsolata alapján került sor. Munkaválalásomat az Eü. Minisztérium és az Ösztöndíj Tanács engedélyezte, melyért ezúton is köszönetet mondok.

A groningeri Urologiai Klinika a Sebészeti Klinikának egy részlege, de attól szakmailag teljesen független. Az urológiai klinika vezetője Prof. P. W. Boer. A klinika ágylétszáma ugyan csak 30 ágy, de sok olyan beteget operáltunk, akiket

műtét után más osztályra (traumatológia, nőgyógyászat, sebészet, csecsemő- és gyermekoszt. transzplantációs egység stb.) helyeztünk, így a betegforgalom és a műtéti szám lényegesen magasabb, mint az ágylétszámból következtethető lenne.

Az acut eseteket nem számítva hetenként két műtéti napunk volt, a központi műtő egy vagy két asztalán, hétfőn és csütörtökön. Emellett a transurethralis beavatkozásokat különálló endoszkop műtőben végeztük. Kedden-szerdán és pénteken történt a poliklinikai rendelés, fizikális, cystoscopos és egyéb műszeres vizsgálatok. Erre a célra külön cystoscopos és vizsgáló helyiség állt rendelkezésünkre.

A rutin osztályos munka mellett feladatomból volt a medikus oktatás és szakorvos képzés is (angol nyelven).

Minden délután consultativ megbeszélést tartottunk valamelyik klinikán (nephrologia, gyermek és csecsemő nephrologia, radiologia, onkologia) az ott fekvő diagnosztikus, vagy terápiás problémát jelentő betegekről. A munkanap végén a professzor vezetésével referáló ülésen vitattuk meg a klinika fekvő beteg anyagát és a poliklinikai rendelés problematikus betegeit. A megbeszélésen a medikusok is részt vettek, így ezeknek oktatói jellegük is volt. Az eset-bemutatókhoz minden résztvevő (medikusok is) hozzászólhatott, vagy kérdezhetett. Ezekben a megbeszéléseken így nagyon egészséges vitaszellem tudott kialakulni. A felmerült vitát végül a klinika professzora foglalta össze, illetve zárta le.

Számomra különösen hasznos és tanulságos volt a nephrologiai osztállyal és transzplantációs egységgel való szoros kapcsolat, mert naponként tudtam követni a transzplantált betegek sorsát és megismerhettem a fellépő szövődeményeket, valamint azok megoldásának lehetőségeit.

A különböző klinikákon igen sok külföldi orvos dolgozott. Ennek ellenére a klinikák közt igen jó kollektív együttműködés alakult ki.

A szakorvosképzés rendszere nagyon eltér a hazai gyakorlattól. Bennem az a vélemény alakult ki, hogy a mi szakorvosképzésünk magasabb szakmai színvonalat képvisel. Ott ugyanis a különböző szakokon csak el kell tölteni a megfelelő időt és ennek letelte után minden külön vizsga nélkül megkapja a jelölt a szakorvosi bizonyítványt. Ezzel mint szakorvos tevékenykedhet a különböző klinikákon és magán-

kórházakban, vagy magánrendelőben is.

A klinikákon és kórházakban elhalt betegeket rutinszerűen nem boncolják, sőt ehhez a hozzátartozók engedélyét kell kérni. Ezt is olyan negatívumnak tartom, ami a szakmai fejlődést akadályozza.

A poliklinikai rendelés részletes ambulans kivizsgálásban részesítette a betegeket és a már kivizsgált beteganyagból, aki kórházi kivizsgálást vagy műtétet igényelt, kórházi felvételi előjegyzésbe került. Állandóan 150—180 beteg vár kivizsgálva kórházi felvételre, illetve műtéti megoldásra. Ez a módszer az ambulans betegforgalmat igen nagymértékben megemelte.

A klinika gyógyászati anyagokkal való ellátása és műszerezettsége a legmagasabb igényeket is kielégítette. A gyógyászati segédeszközöket (injeciók tűk, fecskendők, kesztyűk, katekterek, stb.) gyárilag sterilizált csomagolásban kaptuk, amit egyszeri használat után eldobtunk. Ez a gazdasági számítások szerint kifizetődő volt és jelentős munkaidőt és munkaerő kapacitást szabadított fel a szakmai munka ellátására.

A vese átültetéseket egy külön team végezte, amiben érsebész és urologus volt képviselve. Egy év alatt 12 transzplantációban volt alkalmam urológusként részt venni. Évente általában 12—24 transzplantációt végez a transzplantációs team. Nagyobb számú vese transzplantációt a műtők terheltsége nem tesz lehetővé.

Számomra különösen hasznos volt a csecsemő és gyermek urológiai műtétekben való részvétel, valamint a traumatizált betegek urológiai szakellátásában szerzett tapasztalat. Ugyancsak igen hasznos volt szakmailag a chronicus dialízis és a vese transzplantáció szakmai és szervezési problémáinak megismerése, valamint a cryo-chirurgiai módszerek alkalmazásának elsajátítása.

Egyéves munkásságom alatt meggyőződhettem róla, hogy a groningeri Urologiai Klinika nemzetközileg is igen magas szakmai színvonalat és igen széles szakmai profilt képvisel.

Ugyancsak meggyőződhettem róla, hogy igen jó az orvosok véleménye a magyarországi orvosképzésről és ennek szakmai színvonalát messzeemenően ismerik és elismerik. Ezt minden subjektívizmus nélkül bizonyítja az, hogy több ízben ajánlatot kaptam munkaviszonyom meghosszabbítására.

Guba Tamás dr.



Egészségügyi szervezéstudomány

Az egészségügyi ellátás vizsgálata. Holland, W. W., Knox, E. G., *British Medical Bulletin*, 1973, 3, 195—198.

Az állami jellegű egészségügyi ellátás az Egyesült Királyságban (továbbiakban: EK) az 1911-ben megszervezett *Nemzeti Biztosítás* rendszerével vette kezdetét; ez azonban csak általános orvosi ellátást nyújtott a kisjövedelmű munkásoknak, gyógyintézeti ellátást még nem. Ez a biztosítási rendszer — az 1946. évi egészségügyi törvény alapján — a lakosság teljes állami egészségügyi ellátására bontakozott ki, s *Nemzeti Egészségügyi Szolgálat* (továbbiakban, NESZ) elnevezéssel 1948-ban lépett hatályba. Tevékenysége három irányú volt:

I. *Általános orvosi ellátás* (végrehajtott tanácsok irányítása alatt),

II. *Kórházi ellátás* (a területi, illetve oktató kórházak igazgató bizottságainak irányításával),

III. *A helyi egészségügyi szolgálatok* (preventív medicinára szűkítetten, a helyi hatóságok irányítása alatt).

A NESZ működésének 26 éve alatt azonban különböző problémák merültek fel; közülük néhány fontosabb: nehézségek adódtak a három ellátási terület koordinálásában; nem részesült kellő figyelemben az időskorúak ellátása, a mentálisan retardáltak és az elmebetegek ügye. Így azután bőséges megvitatás és elemző vizsgálatok, tervek nyomán a NESZ 1974. április 1-i hatállyal átszervezésre került.

Angliában integrálták a felsorolt ellátási formákat, s azok egy hatóság irányítása alá kerültek mindhárom szinten (regio, area, district). Operatív egység a „district” (körzet), mely 150 000—400 000 főnyi lakosság teljes egészségügyi ellátásáért felelős. Minden ilyen operatív egységben egy vagy több körzeti általános kórház (esetleg kórház-csoport) működik; ezek biztosítják a belgyógyászati és sebészeti stb. akut megbetegedések ellátását. Az alapellátást a körzetben 150—250 általános gyakorló orvos — kellő számú szakorvossal, ápolókkal, stb. megerősítve — biztosítja. A szociális ellátás a helyi hatóságok hatáskörében maradt.

Az átszervezésre ez a forma a jellemző Angliában teljes egészében; viszont Észak-Írországban, Skóciában és Walesben kissé eltérő szervezeti változatokat is találani.

Az egészségügyi kutató vizsgálatok szolgáltatják az alapot az ésszerű tervezéshez, melynek szakaszai: I. A cél meghatározása, II. Módszerek kialakítása több változatban,

III. A megfelelő módszer kiválasztása, IV. Végrehajtás, V. Az eredmények értékelése, VI. A cél, módszer és végrehajtás módosítása az eredmények nyomán.

Nyilvánvaló, hogy az átszervezéshez komoly tervező munkára volt szükség, s ezt pedig tudományos vizsgálatoknak kellett megelőzniük. A kutatások lényegében két fő csoportra oszthatók.

Az első csoport átfogó kérdésekkel foglalkozott, mint amilyenek az egészségügyi ellátás szervezete, s hatékonysága különböző körülmények között; vizsgálták továbbá az egészségügyi vezetés, operációkutató, információs rendszerek, stb. kérdéseit. Ezzel szemben a kutatások második csoportja az ellátás egyes részterületeit vizsgálta; ilyenek voltak a kórházi és a körzeti alapellátás, az ápolási, laboratóriumi, stb. szolgáltatások.

Az átszervezett NESZ eredményei nem kismértékben függenek a pozitív, reális és rugalmas megközelítésű kutatásoktól, melyek az egészségügyi ellátás további fejlesztésének tervezéséhez szolgáltatják az alapot.

Cselkó László dr.

Egészségügyi információs rendszerek értékelése. Alderson, M. R., *British Medical Bulletin*, 1974, 3, 203—208.

Az egészségügyi ellátás szervezéséhez, működéséhez, a kutatásokhoz és a képzéshez is szükséges információk folyamatos gyűjtésének, feldolgozásának, értékelésének s továbbításának mechanizmusát nevezzük információs rendszernek. Az ilyen rendszer nemcsak a vezetők és tervezők, hanem a klinikusok adatigényeit is gyakran kielégíti.

Az 1834-ben alapított Londoni Statisztikai Társaság vitálistatisztikai bizottságot alakított, mely a népesség egészségére vonatkozó lényegesebb adatok vizsgálatával foglalkozott, s első jelentését (tíz londoni általános kórház és néhány szak-kórház adatairól) 1842-ben tette közzé. Az igazán széles terjedelmű kórházi statisztikai feldolgozás és elemzés azonban csak mintegy száz évvel később valósult meg, amikor a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NESZ) megteremtette a kórházi morbiditási statisztikai adatgyűjtés lehetőségét 1948-ban. A rendszerek 1951-re alakultak ki; két legjelentősebb irány, a kórházi fekvőbetegek vizsgálata és a kórházi aktivitás elemzése volt. A legnagyobb előrelépést azonban az általános orvosi gyakorlatban felmért, első országos terjedelmű morbiditási vizsgálat jelentette. Számos egyéb vizsgálat kikülöníttetten gyűjtött infor-

mációkat egy-egy betegségre vonatkozóan. Ma már az egészségügyi minden területéről információk rendszerek adnak folyamatos tájékoztatást.

Természetes, hogy az információs rendszerek kialakítása és működtetése rendkívüli, gondos körültekintést igényel — folyamatosan! Ez a követelmény érinti a gépi adattárolás és feldolgozás technikáját, a kódolást, a lyukasztást stb. is, és felettes dokumentációs fegyelmet feltételez; a rutin adatokkal ismertenn sok probléma adódhat. Az első ilyen az adatok *teljességének* kérdése; a hiányos felvétel jelentős eltérésekhez vezethet. Nem kevésbé fontos az adatok *pontosága*; az információs anyag értékelése és közlése előtt a megbízhatóságot többszörösen ellenőrizni kell. Az információk „frissége”, *időszerűsége* szempontjából nem közömbös az a — ritkábban előforduló — késés, ami az adatok gyűjtése, kódolása, feldolgozása során keletkezik; s gondot okoz egyes esetekben a nem-rutin, különleges célokra gyűjtött adatok visszanyerése. Minden információs rendszer további sine qua non-ja az összehasonlíthatóság és a flexibilitás; s az, hogy a potenciális felhasználó számára analízisek lehetőségét biztosítja.

Az információk (és információs rendszerek) alkalmazására elsősorban a tervezés, a vezetés tart igényt; de nélkülözhetetlenek a korszerűsítések, átszervezések, fejlesztések, valamint az egészségügyi ellátás mindennapi működése során is.

Cselkó László dr

Tanulmányok a körzeti orvosi gyakorlat köréből (igény, szükséglet, minőség). Knox, I. D., Morrell, D. C.: *British Medical Bulletin*, 1974, 3, 209—213.

A „kutatás” és az „általános orvosi gyakorlat” fogalmát a múltban nem szívesen társították. Maga a kutatás ténylegesen biomedicális irányítású volt, kórházi munkán alapult, s nagymértékben függött a laboratóriumi technikától. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat 1948-ban történt hatályba lépése után azonban a helyzet megváltozott, az általános orvosi gyakorlat viszonylagos mellőzöttsége megszűnt.

Az 1950—60 közötti évtizedben a munka két széles terület tanulmányozására irányult; egyik a munkaterhelés, a másik a morbiditás volt. A kutatásban kevésbé járatos körzeti orvosok — különböző hiányosságok ellenére — már meghatározták az ellátással szemben támasztott igények alakulását kor, nem és szociális helyzet szerint; a körzeti orvosnál mutatkozó morbiditást, s az orvosok leterheltségét is. A különféle témájú vizsgálódások után az 1960-as évek vége felé egyre inkább az előtérbe kerültek azok a kutatások, melyek a körzeti orvosi gyakorlaton belüli szervezeti vál-

tozásokkal — mint amilyenek az előjegyzéses rendszer, vagy a orvosi dokumentáció felhasználása, stb. — foglalkoztak; majd a vizsgálatok súlya áttevődött az ellátás minőségi kérdéseire. A kutatások egyúttal rámutattak az ellátás iránti igény olyan meghatározóinak fontosságára, mint pl. stressz-hatásokkal és a betegségekkel összefüggő emberi magatartásformák és viselkedések.

A körzeti orvosi kutatások értékelése nem könnyű, hiszen többnyire komplex problémákról és tényezőkről van szó. A rutinmunka erős nyomása, az orvos—beteg kontaktus magas gyakorisága nehezíti a részletes, pontos feljegyzések készítését; a körzeti orvos könnyű hozzáférhetősége és a sürgős esetek nagy száma megfosztja az orvost attól az időtől, amikor a kutatásokkal foglalkozhatna; egyébként a legtöbb körzeti orvos híjával van a kutatási technikának is. A kutató felméréseknek elméletileg kedvezőek voltak a feltételei; 23 000 olyan település állott rendelkezésre, melyek lakosságának összetételét kor és nem szerint pontosan ismerték, s az incidencia- és prevalencia számítások nem ütköztek volna nehézségbe. Másrészt nézett ki azonban a valóság; a népesség mobilitásának fokozódása, az orvosi kartonok elvesztése, a név-, cím-, foglalkozás- és családi-állapot-változások bejelentésének elmulasztása, születési adatok pontatlansága stb., rendkívül megnehezítették a felméréseket, vizsgálatokat. Előnytelenül hatottak még a definíciók nem egységes használata, a mintavételi hibák, az orvoscsere és magának a körzeti orvosi ellátásnak — a fejlődésből adódó — többszörös átszervezése; nem kevésbé a betegségek szezonálisával, az orvos—beteg kapcsolattal, s a gyógyszerek felírásával összefüggő problémák is.

A felsorolt gondok ellenére, számos értékes vizsgálat vezetett meggyőző eredményekre a körzeti orvosi gyakorlat köréből (mint azt már korábban említettük). A tanulmányokon észrevehetőek voltak az egészségpolitikai döntések hatásai (például a laboratóriumi és röntgen vizsgálati lehetőségek javulása, időskorúak ellátása stb.). A vizsgálatok többsége leíró jellegű volt, de számos kutató epidemiológiai módszereket is igénybe vett. Voltak, akik a szűrővizsgálatokkal foglalkoztak, mások a fel nem derített betegségeket (a „jéghegy” jelenséget) próbálták megközelíteni; többek témája volt a eredményesség, vagy a „házi orvos” problematika.

Úgy tűnik, hogy a jövőben fokozott figyelmet kell fordítani a minőségi kérdések vizsgálatára. Gyűjtendőek továbbra is információk például a fennálló adottságokról, vagy a kezelési eredményekről; de vizsgálni kell a konkrét döntések folyamatát is. A körzeti gyakorló, általános orvosi munkát értékelő vizsgálat során ügyelni kell: a) az orvos felkészültségére, jártosságára és magatartására, b) a szubjektív

információk és objektív adatok viszonyára, c) az érzelmi hatások redukálására. További nagyon fontos tanulmányozási terület a környezet hatása az egészségre; itt is komoly szerepe van a körzeti orvosnak. Mindenképpen indokolt annak lehetőségét megteremteni, hogy a körzeti orvosok bizonyos szintű olyan elméleti és gyakorlati képzést kaphassanak, mely alkalmassá teszi őket a kutató, vizsgáló munka végzésére, a színvonalas gyakorló orvosi munka mellett (természetesen ez utóbbit is továbbképzésekkel kell szüntelenül fejleszteni). A körzeti orvosi tevékenység sokoldalú folyamatos tanulmányozását a manchesteri egyetem végzi.

Cselkó László dr.

A gyógyszerrendelés szociológiája. Parish, P. A. British Medical Bulletin, 1974, 3, 214—217.

A gyógyszerrendelés komplex és dinamikus folyamat. A gyógyszert felfedezik, előállítják, bevizsgálják, ellenőrzik, forgalomba hozzák; az orvos felírja, s a beteg felhasználja. Ebben a folyamatban személyek, vállalatok, hatóságok, szervek vesznek részt; de valamennyi között a legfontosabb láncszem az orvos, aki a vényt felírja. Végeredményben szerepet játszanak itt a vényíró orvos felkészültsége, tapasztalatai; a beteg igényei és elvárásai; a gyógyszeripar erőfeszítései; a kormányzat gondoskodása a költségekről, a biztonságról és egyéb tényezőkről; s végül a gyógyszerészek megélhetése is.

Ismert, hogy a gyógyszerrendelésen jól tükröződik az orvos szakismerete és tapasztalata; s a vényírás az orvos—beteg kapcsolat során nagyjelentőségű faktor. Az orvosi aspektusuk mellett — bár hosszú ideig kissé mellőzöttek — készültek gazdasági és szociológiai tanulmányok is. Többségük a gyógyszerrendelés költségeivel foglalkozott, s ezzel összefüggésben vizsgálták az orvosi praxis területét, méreteit, népsűrűségét és urbanizációs fokát; a betegek számát, életkorát és nemét; azután a vényíró orvosok kor és nem szerinti megoszlását. A vizsgálatokat 1948 óta végezték, de az egészségügyi szolgálat ismételt átszervezései következtében aktuálisukból valamelyest veszítettek. Az Egészségügyi és Társadalombiztosítási Minisztérium azonban az utóbbi két évtizedben különböző szakbizottságok kutatásai révén sok értékes információhoz jutott; s ezzel a kérdéssel átfogó képet alakíthatott ki.

Vonatkozó ismereteink azonban még korántsem teljesek; nem ismerjük eléggé a különböző változó tényezők hatását a vényírásra. Vizsgált változásokat láthatunk az előállított gyógyszerek (különösen psychotrop szerek) számának emelkedésében, a kereskedelmi árusítási verseny intenzitásában, a hasonló hatású különféle készítmények

számszerű növekedésében, a „bőkezű” és válogatás nélküli vényírásokban; növekszik a szabadalmazott készítmények használata, az elmentes gyógyszerhatások és mellékhatások gyakorisága; egyre többször tapasztaljuk, hogy a beteg maga határozza meg saját gyógyszerelését s annak adagolását is; nőnek a gyógyszerellátás kiadásai. Mindezek a tények nagyobb figyelmet és alapos vizsgálatokat igényelnek. Többet kellene tudnunk a csak drága, illetve csak olcsó gyógyszereket felíró orvosokról is.

Nem közömbösek az orvosi tényezők határai sem. A gyógyszerrendeléstől orvosilag elvárható, hogy az felelősséggel és ésszerűen történjék. Tevékenységéért az orvos beteget és felettesei előtt erkölcsileg is felelős; ismernie kell a gyógyszerek hatásait és veszélyeit; érjen el adequat eredményeket, értékelje a gyógyszerrendelés hatását, adjon pontos utasításokat az orvosságot elkészítő gyógyszerész számára, s tájékoztassa a beteget is.

Végül is a gyógyszerrendelésnek négy orvosi kritériuma adható meg: *alkalmasság, hatásság, veszélytelenség és gazdaságosság*; ezek azonban szorosan összefüggnek szociális, gazdasági és egyéb kritériumokkal.

A jövőben tovább kell folytatni a már megindult és sokat ígérő újabb vizsgálatokat, elsősorban a körzeti orvos, majd a kórházi orvos gyógyszerrendelési tevékenységére is kiterjesztve a kutatásokat.

Cselkó László dr.

A kórház a racionális kihasználás útján. Carstairs, V., Heasman, M. A.: British Medical Bulletin, 1974, 3, 228—233.

Az egészségügyi ellátás széles körű kutatásán belül a kórház funkciójának, tevékenységének meghatározása sok figyelmet és erőfeszítést követelt.

Első — és talán legfontosabb — volt az ágyszám kérdése. Számos vizsgálat során kialakult módszereket vettek igénybe a meghatározáshoz. Az Anglia és Wales számára 1975-re elérendő célként meghatározott 3,3 akut betegellátó ágy/1000 lakos érték, az 1950-es és 60-as évek vizsgálatainak továbbfejlesztésén alapult; a kiindulási érték akkor 2,0—3,6 akut ágy/1000 lakos volt (érdemes ezt összehasonlítani az 1940-es években publikált tanulmányok 4,5—6,4-es értékeivel). A mondottakon túlmenően azóta, a meggondolások nyomán új érték alakult ki; a rendelkezésre álló lehetőségek optimális kihasználását, továbbá a szakrendelő és a lakáson történő ellátás fokozottabb bevonását feltételezve a 2,0 ágy/1000 lakos érték elegendőnek látszik. E tartományokban a mindennap üzemelő ágyak száma 1957 és 1970 között 30%-kal emelkedett; ugyanilyen ágyak száma Skóciában 50%-os növekedést mutat (de a la-

kosságszám csak 19%-kal emelkedett!). 1950-ben az Egyesült Királyság Egészségügyi Minisztériuma is acut ellátó ágyból 7,0/1000 lakos értéket ajánlott; ez az érték a jelenben már 2,0 ágy/1000 lakos; következik ebből, hogy a kórháztervezés érdekében végzett tanulmányoknak nagy problémát okoz a trendek folyamatos követése.

Az ellátás egyéb szervezeti kérdéseivel nagyszámú további vizsgálat foglalkozott. Súlyozták az ápolási tartam kérdését; aktívan és konzervatíván kezelt, különféle betegségben szenvedő egymástól eltérő ideig ápolat csoportjainak sajátosságait elemezték összehasonlító módon. Értékelték az ellátás különleges formáit és azok minőségét is; utóbbit az oktató és nem-oktató kórházak közötti eltérésekkel indikálva. Más vizsgálatok osztályozási, kategorizálási célokat tűztek ki; egyes tanulmányok kuttatták az indokolatlan ágyigénybevételt, az ápolásra utaltság kérdéseit, a kórházban történő kivizsgálást, a kórházi felvételre várakozást stb. Az utóbbi években egész sor tanulmány foglalkozott a baleseti osztályok munkaterhelésének karakterisztikájával (kórképek, napszakok szerinti változások stb.) Nem kétséges, hogy a kutatások eredményeként a kórházak racionális, hatékony és gazdaságos kihasználtsága tekintetében javulás mutatkozik.

Cselkó László dr.

Az egészségre nevelés vizsgálata. Jones, W. T., Grahame, H.: British Medical Bulletin, 1974, 3, 276—281.

A megelőzés egyik legfontosabb lehetősége az egészséges életre nevelés; ez hivatott az egészség megszilárdítására és a helytelen magatartásból eredő betegségek visszaszorítására. Az egészségnevelés területe széles, határait nehéz megvonni; általános jellemzői a helyes célkitűzés, objektivitás, tudományos és intellektuális szigorúság.

A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat átszervezése során (számos értékelő vizsgálat tapasztalatainak felhasználásával) fokozott súlyt kapott az egészségnevelés fejlesztése. A kutatások rámutattak arra, hogy a népesség erősen igényli a tájékoztatást és a több ismeretet. Ezért eredményes egészségnevelési tevékenység csak úgy képzelhető el, ha a munka nemcsak az egészségügyi ellátáson belül, hanem azon kívül is folyik az Egészségnevelési Tanácsok irányítása alatt. Az egészséghez viszonyuló magatartások változásainak kutatását hosszabb távú tervek szerint elemezve, értékelve kell végezni, s a munkát eszerint folytatni. Elsőbbséget érdemelnek azok a vizsgálatok, melyek a tömeg-kampányok értékelésével foglalkoznak; számos tanulmány eredménye bizonyítja ezt az állítást.

Az egészségnevelésben nem nélkülözhető a kormányzat támogatása; az egészséges ivóvíz fontos téma, de a vízellátás állami részvé-

telt is igényel; vagy a caries megelőzéshez a vizek fluorozását szintén kormányzati feladatnak tekintetjük.

Számos különleges aetiológiájú, multifactorialis eredetű témánál (pl. dohányzás, szívkoszorúér betegségek, stb.) a vizsgálatokba be kell vonni az orvosi tudományokat, azután az epidemiológiát, toxicológiát, magatartástant, a klinikai és a szociálpszichológiát, s egyéb alkalmazott (pl. műszaki) tudományokat is.

Az iskolai egészségnevelést általában a legeredményesebbnek tartják kiindulva abból, hogy az iskolás gyermek jól befolyásolható. S a hatékonyság mégsem megfelelő, mert nem állt mindenütt rendelkezésre megfelelő oktatószemélyzet, stb. A jövőben erre nagyobb figyelmet kell fordítani, s további kutatásokkal, értékelésekkel tisztázni, hogy melyek az ifjúsági egészségnevelés optimális módszerei. A fenti okokból is támaszkodni kell nem egészségügyben dolgozó személyek segítségére.

A dohányzás elleni harc intenzív erőfeszítéseket követel; az egészségnevelésnek folytonosan ügyelni kell arra, hogy lépést tartson azokkal a korszerű ismeretekkel, melyek a dohányzási szokásokról, magatartásformákról gyűlnek össze. A növekvő ismeretekre alapozott megközelítési változatok lehetővé teszik a kockázatok fokozottan kitett, olyan csoportok jellegzetességeinek, szokásainak jobb megismerését, mint amilyenek a serdülők, a nők és a középkorúak. Többek között alaposabban meg kellene ismerni a nők dohányzásának motivációit és szokásformáit, hiszen a dohányzó nők száma egyre emelkedik. A kutatások szerint az iskolai dohányzás elleni kampányok nem voltak eléggé hatékonyak.

A táplálkozásra vonatkozóan az oktatásban új információkra, tartalmi és módszertani megközelítésre van szükség. Felül kell vizsgálni a — valószínűleg nemzedékről-nemzedékre szálló — diéta mintákat. A soványító diéták iránti közérdeklődést a tömegkommunikációs eszközök fenntartják, de a helyes irányba történő magatartásváltozás — a tapasztalatok szerint — nem tartós; sokan feladják a fogyni akarást. Mégis az utóbbi években számos klub alakult a soványodni kívánók számára; ezek a csoport-terápiára alapozottan működnek; népszerűsüjük és eredményeik ismertek. Kutató vizsgálatokkal kellene kideríteni, hogy működésük, módszereik és eredményeik mennyiben volnának használhatóak a dohányosok és alkoholisták körében.

A testgyakorlás értéke a szívkoszorúér betegségek megelőzésében ismert; a szükséges szint, gyakoriság és energia ráfordításra vonatkozó vizsgálatok még folyamatban vannak. Tanulmányozzák azt is, hogy milyen iskolai testnevelés az, ami az iskola elvégzése után is tovább folytatható. Felmérések sze-

rint még 31 éves kor után is a férfiak 10%-a, s a nők 2%-a végez valamilyen formájú testmozgásos kikapcsolódást (a táncot is beleértve!). Biztosítani kellene iskolákban a felnőttek részére a torna-lehetőségeket a tanítási idő után.

A szívkoszorúér betegségek kóroktanában — gyanítottan vagy bizonyítottan — az egészségtelen életmód áll. Nagy-Britanniában a szívbetegségek megelőzését szolgáló széles sprektumú program az egészségnevelésre is támaszkodik. Részben még nem tisztázott a középkorú népességnek az egészséges élethez való hozzáállása és magatartásformái az egyes társadalmi-gazdasági csoportokban, s az egyes komplex kulturális területek eltérései is viszonylag ismeretlenek; a vonatkozó vizsgálatok folyamatban vannak.

Az otthoni balesetek epidemiológiájáról — szemben a közlekedési-közúti balesetekével — igen keveset tudunk; csak általános megközelítésnél tartunk egyes céltzott csoportok és helyzetek tekintetében; itt alkalmazni kell az epidemiológiai technikát a kérdések jobb tisztázására. A háztartások képesítettége ezt ugyanúgy indokolja, minth pl. a kisgyermekes véletlen mérgezései a lakásban.

A rákbetegségnek is komoly összefüggései vannak az egészségneveléssel, felvilágosítással. Az emberek úgy tudják, hogy a rák korai kórismézése és kezelése növeli a túlélés esélyeit; ez eléggé ismert és elfogadott vélemény; sokan viszont félreértik a túlélés és a kezelés orvosi definícióját. A fogalmakat helyre kell tenni és a lakossággal együttműködve elősegíteni a kérdések tisztázását; a manchesteri rák-felvilágosítási kampány nyilván jó példa erre.

(Ref.: A British Medical Bulletin ezen száma — a referáltakon kívül — további 11 tanulmányt közöl az Egyesült Királyság egészségügyének 1974. évi átszervezését megelőző vizsgálatok köréből. Megtalálunk benne még olyan témákat, mint az egészségügyi kutatások szervezése és az erről szóló tanulmányok, a betegek véleményeinek elemzése, a kisméretű falusi kórházak szerepe, a laboratóriumokkal szembeni igények és a laboratóriumi vizsgálatok minőségi ellenőrzése, kísérletes kutatások az ellátásban, az ápolási szolgáltatások vizsgálata, egészségügyi közgazdasági kérdések, operáció-kutatás és matematikai modellek az egészségügyben. A közlemények összeállítására igen szerencsés, ügyes; a munkákban megtalálhatók a vizsgálatot végző szervek, évszámmal, felsorolással, mindegyik végén bőseges irodalmi leltőhely jegyzék. Bár a nagy terjedelmű és fontos vizsgálatokból a folyóirat lényegében csak ízelítőt adhatott, a szerkesztőség és a kötet összeállítói értékes szolgálatot tettek az egészségügyi szervezettel foglalkozók számára.)

Cselkó László dr.

Orvosképzés

Igazságügyi orvostan és toxikológia. A lyoni kísérlet mérlege, Roche, L. és mtsai: Bull. de Med. Leg. et de Toxic. Med. 1974, 17, N° 1—6.

Az 1960-as években R. Debré által bevezetett francia orvosképzési reform lényege az volt, hogy a *kórházakhoz* integrálta mind a klinikai, mind az elméleti (biológiai) tárgyak oktatását. A kórházi tevékenység, oktatás és tudományos kutatás egyaránt a *Kórház-Egyetemi Központokban* (C. H. U. = Centre Hospitalier Universitaire) történik. Ez a klinikai tárgyak vonatkozásában zökkenőmentesen zajlott le, az elméleti tárgyak kórházi integrációja már kényesebb probléma volt, de a legnehezebben megvalósíthatónak az ún. „szociális” tárgyak: közegészségtan, munkaegészségügy és az igazságügyi orvostan kórházi keretekbe való beillesztése bizonyult. Ennek lépésenkénti megvalósítása az ún. „lyoni kísérlet”, melynek több éves mérlegét vonják meg a szerzők.

Az igazságügyi orvostan Roche által kidolgozott kórházi integrációját az a kedvező körülmény segítette elő, hogy az igazságügyi orvostan Franciaországban ma alapvetően *klinikai* orientációjú, mivel az orvosszakértői tevékenység 90%-ban ilyen jellegű. A *tantárgy* neve továbbra is „Igazságügyi orvostan és toxikológia” maradt, az ennek megfelelő *kórházi részleg* viszont az „Igazságügyi orvostani és klinikai toxikológiai szolgálat” elnevezést viseli. A Lyoni Edouard Herriot Kórház „N” Pavillonjában elhelyezett osztály négy nagy egységet foglal magába, az ún. „sürgős orvosi ellátást”, a klinikai toxikológiai szolgálatot (ezen belül a Toxikológiai Tájékoztató Szolgálatot), a reanimációs osztályt és a tulajdonképeni igazságügyi orvostani intézetet. Ezen belül ötféle tevékenységet látnak el: oktatási, orvosszakértői, toxikológiai, klinikai igazságügyi orvostani és tudományos munkát. Ezekről számol be a *Bulletin* 1974. évi számaiban egy-egy közlemény.

Okatás: A II. évben (1. ciklus) 1970 óta adják elő a „Bevezetés a szociológiába és az egészségügyi gazdálkodásba” című kollégiumot, 15 órában, írásbeli vizsgával. A IV. évben (2. ciklus) „Preventív és szociális medicina, egészségügyi gazdálkodás” c., 30—40 órában főleg jogi és eü. szervezési ismereteket tanítanak (különböző egészségügyi szervezetek jogszabályai, orvos és társadalom, etika, szakértői-elmeorvosszakértői ismeretek stb.) A studiumhoz boncolási gyakorlatok is kapcsolódnak. Az oktatás 3. ciklusában már olyan diplomás orvosokat oktatnak, akik orvosszakértői tevékenységre kívánják specializálni magukat. Ez a kurzus 2 éven át, csoportos formában történik és a kurzusok résztvevői különböző szakképesítéseket szerezhetnek, pl.: általános igazságügyi orvosszakér-

tő, biztosítási-munkaképességcsökkenési orvosszakértő, elmeorvos- és kriminológus szakértő, orvosi toxikológus stb.

A *gyakorlati orvosszakértői tevékenység* széles skálájú: boncolás, elmevizsgálatok, toxikológiai vizsgálatok, társadalombiztosítási orvosszakértői tevékenység, munkaegészségügyi (pl. szilikózis, rehabilitációs) vizsgálatok.

Toxikológusi tevékenység: a mérgezetek (öngyilkosok) akut ellátása 43 ágyon történik, az 1973. évi forgalom 7301 beteg volt. Szorosan kapcsolódik ehhez a Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat tevékenysége, 24 órás ügyelettel, megfelelő laboratóriummal, valamint a narkomániások gondozása.

Klinikai igazságügyi orvostani tevékenység: leletek felvétele és véleményezése, élőgyén-vizsgálat, elmeállapot-vizsgálatok.

A jól dokumentált gyakorlati és tudományos tevékenység után szerzők azt a következtetést vonják le, hogy az igazságügyi orvostan megtalálta helyét a kórházi integrációban, tevékenységének spektruma még ki is szélesedett. A további fejlődés során „regionális központi igazságügyi orvosi szolgálat” létrehozására kell törekedni, szorosan belevonva ebbe a társadalombiztosítás és a közegészségügy szerveit is.

(Ref.: „A társadalomorvostan” integrált oktatására irányuló „pécsi kísérlet” is, más koncepcióból kiindulva ugyan, de ebben az irányban halad, az orvosképzés reformjában. Roche úttörő tevékenységének mérlege — melyről egy ízben, 1971-ben már az Orvosi Hetilapban referáltunk — ezért is kiemelkedik ismertetésre.)

Budvári Róbert dr.

Munkaegészségügy

A mikrohullámok biológiai hatása. Egészségkárosodás rádió-, tv- és radaradók miatt? D. Röhl (Egyetemi cardiológiai és angiológiai osztály, Ulm.): Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 26.

Nagyfrekvenciájú elektromágneses sugárzást alkalmaznak rádió-, tv- és radaradóknál, az iparban, diatermiás készülékekben és egyes háztartási gépekben. A cikk a mikrohullámokkal, azaz a nagyfrekvenciájú elektromágneses spektrumnak egy részével foglalkozik. A mikrohullámok tartománya 100 Mhz és 100 GHz (3 m és 0,3 mm) közé esik. Photonenergiájuk 5×10^{-8} és 5×10^{-5} eV, vagyis az ionizáláshoz szükséges 34 eV-nál jóval kisebb. Termikus és nem termikus hatások lehet. E hatás direkt a sejtekre (szervekre) vagy indirekt módon életmentő elektronikus készülékekre (pacemaker) irányulhat. A testfelszín erő sugármennyiségnek egy a frekvenciától függő része abszorbeálódik, általában kinetikai energiává és a szövetek felmelege-

désében nyilvánul meg. Körülírt felmelegítésre szolgál a diatermia, melynek mikrohullámjai még jelentős felmelegedés nélkül is ártalmasak a szemlencsére és a herére. (Cataracta, oligospermia.)

Az 1953-ban az USA-ban szervspecifitást tekintetbe vevő biztonsági zóna megállapításán kívül általában a mikrohullámok egésztest besugárzásra vonatkozó biológiai tolerancia-határát 10 mW/cm²-ben határozták meg. Az irányszámokat a legtöbb nyugati ország átvette. A nem-termikus hatás folytán a proteinek és a vörösvérsejtek polaritásuknak megfelelően rendeződnek az elektromos térben. Feltételezik, hogy a makromolekulák oldallánci kiegyenesednek, meglazul a hidrogén-híd és így a fehérjék denaturálódhatnak és az enzimaktivitás megváltozhat. Schwan szerint a fenti tolerancia-határ alatt ilyesmi nem várható. Szovjet, lengyel és csehszlovák kutatók azonban radar-technikusokon, akik tartósan ki voltak téve 10 mW/cm² sugárintenzitásnak, enyhe fáradékonyságot, ingerlékenységet, a pulzus és a vérnyomás labilitását észlelték. Ezt a központi idegrendszerre kifejtett hatásnak tulajdonították. Kis állatokon fentieket reprodukálni tudták. Ezért a biológiai toleranciát 10 μ W/cm²-ben állapították meg. Bár a keleti és nyugati kutatók eddig nem jutottak megegyezésre, azt senki sem vitatja, hogy a 10 mW/cm² alatti sugárzásnak is lehetnek biológiai hatásai. A keletiek hangsúlyozzák, hogy a növény- és állatvilágra kifejtett hatást sem lehet elhanyagolni.

A szerző a pacemakerekre (főleg a demand-típusúakra) gyakorolt ártalmak lehetőségével foglalkozik. A különböző adóállomások közelében a pacemaker szignálok megváltozhatnak. A pacemaker zavarhatósági küszöbe ma még 10 mW/cm² alatt van. Különösen a radaradók pulzáló sugárzása zavar. A pulzálskor ui. a sugármennyiség az állandónak ezerszerese is lehet. Mikrohullámok hatására előfordultak syncopék, de halálestet nem észleltek. A pacemaker-hordozókat óvni kell a sugáradók közelségétől. A készülékek árnyékolását és az elektród-bemenet szelektivitását tökéletesíteni kell. Radarállomás árnyékolatlan készülékre 1,6 km-en, rádió- és tv-adó 400 m-en belül lehet veszélyes. Árnyékolat (fémkapszulás) készülékre nézve a veszélyzóna 400, illetőleg 100 m-re szűkül. Amíg a Washington környéki adók körzetében átlagosan 7 μ W/cm² sugársűrűséget állapítottak meg, addig pl. Brémában egy kórház tetején 1,2 km-re a radaradótól pulzáló sugárzáskor 3,5 mW/cm²-et észleltek és ez a pacemakeret zavarta. Katonai állomások még nagyobb energiával dolgoznak. Így az USA-ban egyes ilyen berendezések körül 5 km-ben jelölik meg a veszélyzónát. A diatermia körülírt helyen alkalmazva 1

W/cm² sugármennyiséget képvisel. A szerző szerint pacemaker-hordozók csak sürgős esetben, és folyamatos pulzus- és EKG-ellenőrzéssel lehet diatermiát alkalmazni.

Farkas Andor dr.

Bagazosis kísérletes tanulmányozása. Migecev, M., Rojas Dalia, L., Granda Ibarra, A. (Inst. Nacion. Hig. La Habana, Kuba.): Bol. Hig. Epidemiol. 1974, 12, 183—197.

Bagazosis, a cukornádpor által okozott pneumoconiosis, elterjedt azokban az országokban, ahol a cukornádat papírgyártásra is használják. A betegség gyakran heveny és idült hörghurut, asztma vagy felső légúti hurut képében jelentkezik.

Papír üzemekben a cukornádpor 176,6 mg/m³ lehet s porszemcsék száma köblábanként elérheti a 462 × 10⁶ mennyiséget, e szemcsék 62%-a 6—10 mikron nagyságú. A cukornádpor tartalmaz 1% fehérjét, 0,6% redukáló szénhidrátot, főleg cellulozéból áll, 4—6% ásványi anyagot tartalmaz, amelynek 1,7—7,1%-a lehet szilíciumdioxid. Mikrobiálisan szennyezett, 1 g anyag 5 × 10⁶ gombaspórát (Rhizopus, Fusarium, Aspergillus) tartalmaz és ennélfelül kevesebb Streptococust, Staphylococust. A káros hatás lehet mechanikai inger, a szilíciumdioxid hatása és mikrobás, főleg allergen.

A szerzők tengerimalacoknak juttattak be intratracheálisan: 1. természetes cukornádport, 2. cukornádport és szilíciumdioxidot, 3. sterilizált cukornádport és szilíciumdioxidot, 4. szilíciumoxidot és 5. csak sós vizet, mint oldószert. A megfigyelési idő lejártával az állatokat leölték s szövettanilag feldolgozták.

Megállapítást nyert, hogy a cukornádpor légszűrő bevitelével az állatok tüdejében kétfázisú kóros folyamatot indít meg, az első egy heveny gyulladásos izmód, amelyet gyulladásos proliferáció és granuloma képzés követ. Az első fázis a por irritatív hatása, itt a mikrobák, mint allergének is szerepet játszanak. A második fázis ún. „idegentest-reakció”. A kísérlet kezdetétől számított egy hónap múlva nem látszott különbség a természetes és sterilizált cukornádpor hatása között. A szilíciumdioxid nem gyakorolt a folyamatra hatást.

Nikodemusz István dr.

Légzési zavarok sajtüzemek dolgozóin. Atkák kórokozó jelentősége. Molina, Cl., Aiache, J. M., Tourreau, A. (Centre Recherches Foch, Paris.): Nouv. Press Méd. 1974, 3, 1603—1605.

A szerzők beszámolnak előzetes közlemény formájában azon vizsgálatokról, amelyeket Közép-Franciaország több sajtgyártó üzemében végeztek. Összesen 214 személy eredményeit lehet értékelni, ezeket először kikérdezték kérdőív segítsé-

gével, majd részletes klinikai és laboratóriumi kivizsgálást végeztek náluk, megvizsgálták őket spirometrián, végül immunológiai vizsgálatokat hajtottak végre. Ez részben bőrpróbák formájában történt, különféle, a környezetükben található antigének segítségével, majd ugyanazon antigénekkel immunoelektrophoresis végeztek, a bőrpróbák alátámasztására.

A legérdekesebb esemény az volt, hogy sikerült egy új antigént (allergént) kimutatni, amely a légzési zavarokért (asztma, bronchitis) felelőssé volt tehető. Ezen allergen kapcsolatban volt penészgombákkal.

Ezenkívül több helyen megállapították, hogy egyes sajtgyártó üzemek felülete atkák miriádjával szennyezett, ezek az atkák főleg az „Acarus siro” fajhoz tartoztak. Néhány személy pozitív bőrpróbát adott atka-kivonatokkal és savóikban az atkakivonattal specifikusan reagáló precipitinek voltak jelen. Az atkák is felelőssé tehetőek egyes légúti allergia tünetekért.

Nikodemusz István dr.

Rheumatológia

Összehasonlító vizsgálatok azathioprinrel, cyclophosphamiddal és arannyal rheumatoid arthritis kezelésében. H. L. F. Currey és mtsai Brit. Med. J. 1974, 3, 763—766.

A különféle antiproliferatív gyógyszerek mérsékelt, de mérhető eredményt mutatnak rheumatoid arthritis betegekben. Bár hatásmechanizmusuk, valamint hosszú távú toxicitásuk mértéke még nem tisztázott, a klinikusok számára széles körben használhatónak tűnnek. Ezért a szerzők kettős vak módszerrel összehasonlító vizsgálatokat végeztek viszonylag friss rheumatoid arthritis kezelésében azathioprinrel, cyclophosphamiddal és arannyal. Két kérdésre igyekeztek választ kapni: 1. Milyen hatással van a két „immunosuppressív” szer, ha olyan korai stádiumban alkalmazzák, amikor általában az aranyókat szokták? 2. Milyen relatív értékek érhetők el az ilyen gyógyszerekkel? Az összehasonlítást rheumatoid arthritis aktív, progresszív, seropositív és erosív stádiumában végezték.

Nem vették be a kísérletbe azokat a betegeket, akik korábban már részesültek a három terapia valamelyikében, fvs.-számuk 4000 alatt, neutrophil számuk 2000 alatt, vagy thrombocytaszámuk 200 000 alatt volt, abnormális májfunkciójuk volt, a vér karbamid szintje 50 mg/100 ml felett volt, tartós dyspepsiás panaszai voltak vagy akik esetében számolni kellett esetleges későbbi terhességgel.

A kísérletbe azok kerültek, akik elmúltak 18 évesek; azok közül, akik corticosteroidot kaptak, csak azokat sorolták be, akiknél a dózis a megelőző három hónapban állandó volt. A vizsgálatokban összesen

121 beteg vett részt. Az átlagéletkor 52 év volt. 44 beteg kapott azathioprint (25 nő), 39 cyclophosphamidot (21 nő), és 38 aranyat (21 nő), a három csoportban közel azonos számú beteg szedett emellett steroidot (6, 5, 5). 62 beteg 48 hétig, 36 beteg 72 hétig vett részt a kísérletben. A 85 közül, aki nem fejezte be a 72 hetes kísérletet, 53-on toxikus tünetek miatt kellett megvonni a gyógyszert. Betegeik 55%-a 3 évnél rövidebb ideje, kétharmada pedig 5 évnél rövidebb ideje volt beteg. A gyógyszeradagolás módja a következő volt: azathioprinből 2,5 mg/kg, napi 2—3 részletben, cyclophosphamidból 1,5 mg/kg, napi 2—3 részletben, aranyból (Na-aurothiomal, Myocrisin) im. inj. formájában 10, 20, majd 50 mg hetente 0,5 g összdózisig, ezután 50 mg minden második héten, 1 g összdózisig, majd 50 mg havonta. Fájdalomcsillapítónak csak paracetamolt és salicylt engedélyeztek, melynek fogyasztott mennyiségét ugyancsak feljegyezték.

A kontroll viziteknel klinikai, laboratóriumi és rtg ellenőrző vizsgálatokat végeztek. Eredményeik a kísérlet végén:

1. Az „immunosuppressív” szerekre kapott terápiás hatás fokozatos volt, azaz sem az azathioprinnek, sem a cyclophosphamidnak nincs gyulladáscsökkentő hatása.

2. Azathioprin és cyclophosphamid terapia mellett 12—18 hónap múlva kisebb mértékű volt a röntgenológiaiul észlelhető progresszió, mint arany kezelés mellett.

3. Ezen gyógyszerek mellett csökkenteni lehetett a steroid bevitelt, míg ezt az arany esetében nem észlelték.

4. Leghatékonyabb a cyclophosphamid terapia volt, emellett azonban több esetben észlelték férfiakon azoospermia, 1 nőbetegen pedig amenorrhoeát.

5. Bár toxikus hatások mutatkoznak azathioprin hatására is, a kezelés vezetése ezzel látszik a legkönnyebbnek.

6. A vizsgálat ideje túl rövid volt ahhoz, hogy mutagenesis és onco-genesis szempontjából választ adhasson. Az azathioprinrel kezelt vese-transplantáltakon észlelt gyakoribb neoplasma (főleg lymphoma) előfordulást azonban eddig még nem írtak le a hasonló terapiában részesülő rheumás betegekben, bár izolált esetekről beszámoltak.

A teratogenesis és mutagenesis szempontjából úgy tűnik, hogy az alkiláló ágensek hajlamosabbak chromosoma-elváltozások létrehozására, mint az antimetabolitok.

Fábrý Éva dr.

A spondylitis ankyloisans idegrendszeri involúciói. D. J. Thomas, M. J. Kendall, A. G. W. Whitfield: Brit. med. J. 1974, 1, 148—150.

Elterjedt nézet, hogy a spondylitis ankyloisans (sp. a.) a gerinc

betegsége — néhány extraarticuláris manifestációval; idegrendszeri szövödmény ritkán — atlantoaxialis subluxatio vagy spinalis fractura következményeként — fordul elő. Ezzel szemben a szerzők — ambuláns beteganyagukban — 45 sp. a. eset közül tíz esetben észlelték idegrendszeri tüneteket: egy esetben multiplex sclerosos és focalis epilepsia, másik esetben multiplex sclerosos, két esetben caudalis syndroma (ezek közül az egyiknél a myelographia a lumbalis theca hátsó diverticulumát mutatta), további egy esetben focalis epilepsia + perifériás idegkárosodás, további egy esetben spastikus paraparesis, két esetben vertebrobasilaris insufficiencia (ezek közül egyikben perifériás idegkárosodással), további két esetben perifériás idegkárosodás volt észlelhető.

Coincidentiáról van csupán szó? Az intervertebrális foramenekben compressiót nem észlelték. Közös immunológiai defectus? Vagy post-irradiációs idegkárosodás? (A közzölt 45 beteg közül 38 kapott röntgenbesugárzást.) További észlelések, műtéti és boncolási adatok szükségessége az aetiológia tisztázására.

Fröhlich Lóránt dr.

Műtéti indicatio a polyarthriti chronica progressiva (p. c. p.) késői stádiumában. A. Titze, G. Klein (Graz, Baleseti Kórház): Wien. Med. Wschr. 1974, 124, 261—265.

A rheumás ízület műtéti kezeléseinek eredményeit még nem sokan ismerik, ezért gyakran szkeptikusan fogadják. Therapiaresistens p. c. p. esetek korai synovectomiájával, tenosynovectomiájával kapcsolatban — főleg finn és angol-szász szerzők — már sokéves tapasztalatokról számolnak be. Késői esetekben — a kiterjedt proliferatio, subluxatiók, contracturák miatt — szerényebbek a synovectomiás eredmények és ezeket az arthroplastica és arthrodesis várható eredményeivel szemben kell mérlegelni.

Több ízületen — csukló-, ujj-, vállizületek — még a késői synovectomia is indikált lehet a szerző szerint. A csípőizület viszont endoprotézisre kínálkozik, a lábujjak resectiós arthroplastica. Ugróizületen — stabilitási szempontból — előnybe helyezük az arthrodesist, s instabil, deformált interphalangealis ízületeken is — az alapizület egyidejű endoprotézise mellett — az arthrodesis jön szóba.

Ha a p. c. p. progressiója mutatkozik konzervatív therapia mellett is — elsősorban természetesen a korai synovectomia indicatiója áll fenn.

Fröhlich Lóránt dr.

A köszvényes gyulladás mechanizmusa. Szerkesztőségi közlemény: Brit. Med. J. 1973, 2, 125.

Általánosan elfogadott vélemény, hogy a köszvény és a pseudoköszvény kristálylerakódásos betegség: metabolikus eltérés, melynek során Na-urat vagy Ca-pirofoszfát dehidrat rakódik le az ízületekben. A leukocyták bekebelezése ezen kristályokat károsodnak, és ez okozza az akut gyulladásos tüneteket. A század elején megfigyelték, hogy állatoknak és embereknek adva injectio formájában a Na-urat kristályok gyulladáshoz vezetnek. Ezen eredményeket elfelejtve csak az 1960-as években fordult a figyelem a jelenség tanulmányozására felé.

A kristályok injectióját követő gyulladásos választ a polymorfmagvú leukocytáknak az érintett helyek felé történő vándorlása kíséri, melynek során a kristályokat bekebelezik. Azt találták, hogy a leukocyták felszabadítanak egy kemotactikus faktort pár perccel az urat vagy Ca-pirofoszfát kristályok phagocytálását követően. Ezen factor felszabadítása gátolhatja a terápia dózisban adott colchicinnel, innen ered ezen szer antiphlogistikus hatása. A leukocytá immobilizációs factor, amelyet normál human leukocytákból izoláltak, elősegíti ezeknek a sejteknek az accumulációját az ízületekben. Kísérletekkel tisztázták annak a folyamatnak a mechanizmusát, mely során a mono-Na-urat kristály károsítja az őt bekebelező leukocytákat, habár ezek más kristályokat is bekebeleznek, anélkül, hogy károsodnának. Allison és mtsai bizonyították, hogy a silícium szétrobbantja a kristályt körülvevő phagolysosoma membránt. Ekkor hydrolytikus enzimek szabadulnak fel, melyek a sejtet is megölik. Más kristályok, mint a titánium dioxid és a gyémántpor, melyek más módon lesznek bekebelezve, nem károsítják a sejtet. A kristályok toxicitása függ a kristály membránfelület nagyságától. Silícium s mono-Na-urat esetén ez a hatás a kristályfelületi gyenge savak hatására jelentkezik, ezek multiplex hidrogén hidakait képeznek a membrán-phospholipidekkel. Ha a phagocytosist megakadályozzák, a mono-Na-urat nem fejt ki káros hatást. A kristály felületén kötött fehérje megakadályozza a kristály-membrán-interactiót, mely az után következik csak be, hogy a phagosomában megemésztődik.

Sok probléma még megválaszolatlan, pl. miért magas a synoviában a pirofoszfát szint egyesekben, s más esetekben ez miért nem észlelhető?

Németh Gyula dr.

Fejlődési rendellenességek

A myelomeningocèle selectív kezelése. Kezeljük, vagy ne kezeljük? Lorber, J. (Western Bank, Sheffield S10-2th, England): Pediatrics 1974, 53, 307.

A meningomyelocélével született

gyermek kezelése eddig sem volt megoldott, és valószínűleg a legnagyobb technikai haladás sem fog olyan minden tekintetben kielégítő kezelési eljárást hozni, amely a beteg és családja szempontjából egyformán eredményes lehetne. A jövő egyetlen reményteljes útja az antenatalis diagnózis, mellyel el lehet majd érni, hogy ezek a gyermekek meg se születessenek. Az utóbbi idők egyik legjelentősebb felismerése ebből a szempontból az, hogy az amnion folyadék magas koncentrációban tartalmaz alfa-foetoproteint magzati spinalis vagy cranialis dysraphia esetében. További fontos megfigyelés, hogy ez a fehérje már a terhesség korai szakában a terhes nők serumában szokatlanul magas koncentrációt ér el. Ha ez a vizsgálati eljárás az antenatalis gondozás szerves részévé válik, a meningomyelocèle problémája megoldódhat. Addig azonban az orvosnak szembe kell néznie avval az etikai kérdéssel, hogy mit tegyen az ilyen újszülöttekkel és gyermekekkel.

Már az első életnapon megállapíthatók bizonyos jelek és tünetek, amelyekből a meningocèle prognózisára következtetni lehet. Ezeknek a terhelő jeleknek a fennállásakor túlélés esetén számos multisisztémás defectus alakul ki. A legaktívabb kezelés és ismételt műtétek ellenére ezeknek a gyermekeknek a túlnyomó többsége néhány éven belül meghal. A klinikai képhez incontinentia, krónikus pyelonephritis vagy hydronephrosis, súlyos paralysis, kyphosis, scoliosis, lordosis, pathológiás törések is tartoznak, melyhez következményes hydrocephalus és görcsállapot is társul. Abnormis nagyságú hydrocephalus vagy vakság ritka, ami minden esetben a kezelés hiányának vagy az időben fel nem ismert shunt-komplikációknak a következménye.

A tapasztalatok alapján a szerző úgy véli, hogy ha a következő kritériumok fennállnak, akkor aktív beavatkozás nem indokolt, csak a szokásos ápolás, tüneti kezelés (fájdalom- és görcscsillapítás, stb.) jöhet szóba. 1. kiterjedt alsó végtag paralysisa 3. lumbalis segmentumtól lefelé, 2. thoracolumbalis vagy thoracolumbosacralis elhelyezkedés, 3. kyphosis vagy scoliosis, 4. extrém fejkörfog (maximális átmérő 2 cm-re) nagyobb, mint a születési súlynak megfelelő 90-es percentil), 5. intracerebralis szülési sérülés, 6. egyéb congenitalis defectusok: vitium cordis, ectopia vesicae, Down-kór stb. —Aktív kezelés nem indokolt továbbá akkor sem, ha a myelocèle zárása után meningitis, ventriculitis, hydrocephalus alakul ki, vagy később ha egyéb életet veszélyeztető epizód lép fel.

Ma már hasonló elvek alapján dolgoznak többek között Ausztráliában és Edinburghban is. A születési defectusokkal foglalkozó 4. nemzetközi szimpózium (Bécs,

1973), ugyancsak elfogadta a fenti elveket.

Az ilyen szelektáló kezelés természetesen nem old meg mindent. De ha ennek az a célja, hogy a csecsemő mielőbbi, fájdalommentes halálát biztosítsuk, akkor semmit sem szabad tenni az élet meghosszabbítása érdekében. Ez azt jelenti, hogy sem antibiotikus kezelést, sem intenzív ellátást, sem oxigént, sem parenterális vagy szonda táplálást nem szabad alkalmazni. A csecsemőt a szükségletnek megfelelően kell táplálni — de egyebet nem! Az aktív euthanasia nemcsak törvénybe ütköző, de veszélyes fegyver lehet lelkiismeretlen egyének kezében.

A felsorolt és ajánlott elvekkel szemben ellenvetés lehet, hogy ezek ellenére is életben maradhatnak ilyen gyermekek és akkor sokkal súlyosabb handicappal kénytelenek élni, mintha aktív kezelésben részesültek volna. Nagy beteganyaggon szerzett tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy a kezeletlen csecsemők csak igen csekély számban maradnak életben. Ha mégis megéri a 6 hónapos kort és életkilátásuk biztatónak látszik, akkor kezelésüket teljes aktivitással, team munkával meg kell kezdeni és nem szabad őket sorsukra hagyni. A „fél” kezelés rosszabb, mint a „nem” kezelés!

Saját anyagában 34 nem kezelt újszülött közül egy sem érte el a 9 hónapos kort és többségük már egy hónapos korig meghalt. Lényegében hasonló adatokat közöltek Oxfordból és Melbourneból is.

A kezelés nélkül mégis életben maradó elenyésző számú betegeknél a kilátásai semmivel sem rosszabbak, mint azoknak akik műtéti megoldások következtében maradtak életben.

Az egyedi esetek súlyos problémája azonban nem hátráltathatja meg az orvost, hogy azt tegye, amit a beteg és annak családja szempontjából helyesebbnek talál.

Kiss Péter dr.

Fejlődési rendellenességek: a teratogenesis végső közös útja. Goldman, A. S. (Division of Experimental Pathology, Children's Hosp. of Philadelphia, Philadelphia, Pa 19146): Clin. Pediatrics, 1973, 12, 627—628.

Számos teratogén azonos magzati ártalmat idéz elő. Chapple szerint — akinek nemrég megjelent monográfiáját (C. C. Chapple: Birth Defects Original Article Series, 1972, 8, №. 6.) a szerkesztőségi közlemény szerzője egyetértőleg kommentálja —, a közös út az uterus izomzatára gyakorolt hatása lehet. Szerinte a leukopniát okozó exogen hatások (bizonyos vírusok, protozoonok, ionizáló sugárzás, bizonyos gyógyszerek) teratogének, a leukocytosishoz vezetők (pl. scarlat, pneumonia, gonorrhoea) viszont nem. A háttérben olyan neurohumoralis effektus

állhat, amely a cortisonhoz hasonlóan, általános hatással rendelkezik. Így fokozza a szöveti permeabilitást; megváltoztatja a folyadék-áramlást a méhüregben, főleg az amnion vonatkozásában; ezáltal a magzat és a méhfal közti kapcsolatot kedvezőtlenül befolyásolva — másodlagosan — vezet (kompreszió vagy vérellátási zavar miatt) fejlődési zavarhoz. A szerző az aszpirin teratogenitásának patkányban történő vizsgálatokhoz jutott hasonló következtetésre. Most a prosztata-glandin hatásának megismerése után felmerülhet ennek közvetítő szerepe, amely méh-contractio és következményes haemorrhagiás anoxia révén idézne elő vele született fejlődési rendellenességet.

(Ref.: Tetszetős, de semmi esetre sem bizonyított hipotézis.)

Czeizel Endre dr.

A komplex kamrai septum defectus szezonális jelentkezése. Rothman, K. J., Fyler, D. C. (Depart. Epid., Harvard School of Public Health, Boston, USA): Lancet, 1974, II. 193—197.

302 kamrai septum defectusos gyermek születésének havi megoszlását tanulmányozva a nyári hónapok némi túlsúlyát észlelték. Az anyag tovább bontásakor azt találták, hogy a komplex, vagyis más szívrendellenességgel társuló kamrai septum-rendellenességekkel születettekben észlelhető a kifejezett nyári túlsúly. (Ez utóbbiak ugyanakkor 4,4-szer gyakoribbak voltak a városiakok gyermekei között, mint a falusi családokban.) Az izolált kamrai septum defectusokban szezonálitást nem észleltek. E különbség egyben az izolált és komplex esetek eltérő kórereditére is utal. A komplex esetek közül is elsősorban azoknak a gyerekeknek a születése halmozódott a nyári hónapokra, akikben a septum defectus persistens ductus arteriosussal társult. (A pitvari septum defectus társuló esetekben a szezonálitás nem kifejezett.) Figyelembe véve ezen szívrendellenességek kritikus periódusát, a kora téli hónapokban (és elsősorban a városokban) hat a terhésekre olyan környezeti hatás (feltehetően valamilyen vírus), amely felelőssé tehető a komplex kamrai septum defectus kiváltásáért.

Czeizel Endre dr.

Urológia

Aorta aneurysma és az urologus. Burke, E. F., Howard, R. S., Wear, J. B. (La Cross Hospital, Wisconsin, USA): Journal of Urology, 1974, 112, 123—125.

Korábban az aneurysmák főleg az aorta thoracalis részén helyezkedtek el és okuk syphilis volt. Jelenleg a hasi aneurysmák gyakoribbak, és leggyakoribb okuk az atherosclerosis.

Először 1905-ben Osler írt le 18 000 vizsgált közül 7 hasi aneurysmás beteget. Az első sikeres aneurysma excíziót Dubost végezte 1951-ben. Az elmúlt húsz évben négyeszeresére emelkedett az aorta abdominális részén elhelyezkedő aneurysmák száma. Culp és Bernatz anyagában 400 aneurysmás beteg közül 10%-nak panaszai urológiai tünettel kezdődtek. A Wisconsin állambeli La Cross Hospital 17 éves anyagában 158 hasi aneurysmás beteg volt. 65 symptomatikus aneurysmás beteg közül 9 betegnek urológiai tünetei voltak először. Négynek ureter görcs, ötnak prostatismus. 93 tünetmentes beteg közül 19-ben urológiai panaszok kivizsgálása során derült ki az aneurysma. Az urológiai tünetek függetlenek voltak az aneurysmától. Többen leírták, hogy az aneurysma produkál uretergörcsöt, anuriát, haematuriát. Ennek oka az, hogy az aneurysma elnyomja a vesét vagy uretert, vagy retroperitonealis vézést okoz. A lumbalis gerinc eróziója vagy az idegek compressiója is okozhat urológiai tüneteket. Ezek diagnosztizálása üres vagy kiválasztásos urographiával történhet. Az urographián az aorta calcificatiója, a gerinc eróziója, a vese vagy ureter helyzetváltozása, a psoas árnyék obliteratiója vagy enyhe hydronephrosis a legfontosabb tünetek, amelyek az aneurysma lehetőségére hívják fel a figyelmet. Palpatióval is sok aneurysmát fedeztek fel. Többek szerint csak 4,5 cm-nél nagyobb diagnosztizálható, bár a 4,5 cm-nél kisebb aneurysma csak ritkán rupturál. A korai diagnózis fontos, mert elektív resectiónál a mortalitás 4%, ruptúra utáni resectiónál 35% (férfi), 67% (nő), műtét nélküli rupturánál 90%.

Fontos az urologus számára is az urológiai betegségtől függetlenül fennálló aneurysmát diagnosztizálni, másrészt az aneurysma okozta urológiai panaszok valódi okát felismerni.

Romics Imre dr.

Nephrectomia urogenitalis tuberkulózisban. Lenk, S., M. Rothkopf (Urol. Klinik d. Städtischen Krankenhaus im Friedrichshain): Zschr. Urol. 1974, 67, 463—477.

A jelenlegi feltételek mellett minden terápiás lehetőséget fel kell használni annak érdekében, hogy vesetuberkulózisban a nephrectomiát elkerüljük. Ma már lehetőség van a csak gyógyszeres gyógyulásra és ha műtetre kényszerülünk, sok esetben plasticai vagy resectiós műtéttel a tbc-s vesét meg tudjuk tartani.

A szerzők 1964—72 között 257 bakteriológiailag, vagy szövettanilag bizonyított urogenitalis tbc-s beteget kezeltek. Betegeik közül 77 betegen végeztek veseműtétet. A 77 veseműtét közül 4 esetben nephrectomiára kényszerültek.

Hangsúlyozzák a gyógyszeres kezelés elsődlegességét. A praeope-

ratív gyógyszeres kezelés idejét nephrectomiánál 8–12 hétben, szerv megtartó műtéteknél 6–12 hónapban határozzák meg.

A 45 nephrectomia közül 8 beteg a nephrectomia a második, és 1 beteg a harmadik műtét (előzetes szerv megtartó műtét után) volt.

A nephrectomia indikációját tapasztalataik alapján az alábbiakban határozzák meg: 1. Súlyosan destruált multilocularis cavernás vesefolyamatok. 2. Tbc-s zsugorvесе (Kittniere), mely az úgynevezett autonephrectomia követelménye. 3. Az ureterek szűkületei által létrejött tbc-s hydronephrosis. 4. Egyoldali súlyos vesetbc-hez társuló hypertonia. 5. Functionalisan károsodott és nem specifikus kórokozókkal fölülfertőzött vesék köképződéssel, vagy anélkül. 6. Septikus állapotot okozó tbc-s pyonephrosis (vitalis indicatio). *Bálint József dr.*

Anterograd pyelographia felnőttekben és gyermekekben. T. Sherwood, P. T. Doyle, D. I. Williams (St. Peter's Hospital, and Shaftesbury Hospital, London): Proceedings of the Royal Society of Medicine 1974, 67, 1210–1215.

A percutan vesepunctióval végzett anterograd pyelographia klaszszikus javallata fennáll, ha a kiválasztásos urographia által nyújtott információ elégtelen, és retrograd vizsgálat nem végezhető vagy nem sikerül megnyugtató módon. Helyesen kiválasztott esetekben az anterograd vizsgálat előnyösebb, és egyben felhasználható súlyos obstructio átmeneti megoldására tú-nephrostomia formájában. A szerzők intézetében 46 felnőtt és 20 gyermek ilyen vizsgálatát végezték el, ezek közül az az 1972 óta végzetteteket foglalják össze. 22 elemzett esetük közül felnőttben 7 vizsgálat tumoros elzáródás, 10 „néma” vese mellett feltételezett obstructio tisztázása, 5 tisztázatlan felső húgyúti tágulat feldelelítése végett történt. A punctio egy esetben okozott tartós panaszt a betegnek, szükségessé téve az amúgy is elzáródott vese műtét el-távolítását.

A gyermekkorban többlet-indicatio a tartós húgyúti tágulat, mely néha kimutatható obstructio nélkül is évekig fennáll, vagy congenitalis lefolyási akadály eltávolítása után is fennmarad. Ilyen esetekben a nephrostomán keresztül perfundálták a húgyutakat, és szimultán nyomásmérést végeztek a hólyagban és ureterben. Több esetben organikus akadály nélkül obstructióra utaló nyomásvizonyokat észleltek, de a lefolyás azonban szabaddá vált, mikor a hólyag-katétert kinyitva a hólyag nyomását atmoszférikusra csökkentették. Feltehetően a rendellenesen megvastagodott hólyagfal jelenthet e gyermekekben ureter-ürülési akadályt. Ezt az egészséges ureter könnyedén le tudja győzni, de a tágult ureterek contractio képessége csökkent, diuretikus ter-

helésre ezek további tágulata következik be erőteljes ürülés helyett. Egy ilyen esetben ileum-interpositióval végzett vesicostomia a felső húgyúti tágulat lényeges csökkenését eredményezte. Hasonló esetekben érdemlegesnek tűnik az anterograd pyelographia fenti módon történő elvégzése a strukturális és dinamikai viszonyok tisztázására.

Lacszay András dr.

Retrograd ureterographia. P. Clark (The General Infirmary and St. James's Hospital, Leeds): Proceedings of The Royal Society of Medicine 1974, 67, 1207–1210.

Az intravenás urographia technikájának tökéletesítése nem tette minden esetben feleslegessé a retrograd vizsgálati módszert. Ha az ureter obstructiója kiválasztásos vizsgálatnál nem tisztázható, akkor vagy anterograd, vagy retrograd pyelographia végzendő. A szerző ezt célszerűnek látja nem a röntgenosztályon, hanem az urológiai műtőben végezni. Megfelelő felszereléssel az itt készített felvételek megközelíthetik a röntgenosztály képeinek minőségét. Az urológiai műtőben végzett retrograd pyelographiának több előnye van. Nem szükséges a katétert magasra vezetni az ureterbe, nem kell tartani kicsúszásától a beteg szállítása közben. Ugyanazon anaesthesiát kihasználva elvégezhető a kiválasztásos urographia által felvetett gyanú tisztázására a cystoscopia, a kétoldali retrograd uretero-pyelographia és szükség szerint a vese nyílt biopsiája.

A retrograd ureterographia általában javallt, ha a kiválasztásos urographia nem ad kielégítő felvilágosítást a pyelum és ureter állapotáról. Fő indikációja az ureter-obstructio gyanúja. A szerző részletesen ismerteti az intézetükben használatos vizsgálati technikát. Röviden ismerteti 4 esetet, melyekben veleszületett strictura, segmentalis szűkület, periureteralis fibrosis és a distalis ureterszakaszban levő kis tumor okozta obstructio felismerését retrograd vizsgálat tette lehetővé.

Lacszay András dr.

Vesebetegségek

Nephrocalcinosis és renalis tubularis acidosis. Szerk. közl.: Lancet. 1974, 2, 934–935.

A glomerulus, a proximalis és a distalis tubulusok izolált elváltozásai külön-külön is okozhatnak acidosis. Első esetben a pufferek (leginkább a foszfát) glomerularis filtrációja korlátozott. II. típusú, vagy proximalis renalis tubularis acidosisban (R. T. A.) a prox. tubulus nem képes elég H-iont secernálni. A klasszikus, I. típusú, vagy distalis tubularis acidosisban a dist. tubulus képtelen normális H-ion gradient tartani a tubularis sejtek és a vizelet között.

I. típusú dist. R. T. A.-t metabolikus acidosis jellemzi és ált. nephrocalcinosis jár. Gyakran a vizelet koncentrációképesség is beszűkül, nagy a renalis káliumvesztés, és ritkán osteomalacia is kifejlődik. Ennek az állapotnak számos aspektusa még csak részben ismert, s különösen kérdéses a savanyítási hiba és a nephrocalcinosis kapcsolata. Olyan nephrocalcinosisban szenvedő betegek közül, akiknek sem hypercalcaemiája, sem hypercalciuriaja nincs, egyesek normálisan savanyítják vizeletüket, mások nem. Egyes szerzők úgy vélik, hogy akik nem acidotikusak ugyan, de vizeletüket normálisan savanyítani nem tudják, incomplet R. T. A.-ban szenvednek.

Sok adat szól amellett, hogy a nephrocalcinosis distalis tubularis hiba eredménye lenne.

Hypercalciuria a chronikus metabolikus acidosis előre látható következménye, s az acidosis korrekciójakor csökken a Ca-ürítés. Ez ad módot terápiás próbálkozásokra, melyek eredményesnek tűnnek: bicarbonat kezeléskor csökkenteni lát-szik a nephrocalcinosis, igaz ugyan, hogy a nephrocalcinosis spontán is megszűnhet.

Azon esetekben, amikor a hypercalciuria a primer faktor, az intestinalis Ca-felzívódást redukáló therapia javasolt, az acidosis szimultán korrekciója alapvető, de az osteomalacia rizikóját növelheti.

Meggyessy Veronika dr.

A rendszeres hashajtó szedés szerepe az analgeticumok okozta chronikus interstitialis nephritis kialakulásában. Wainscoat, J. S. Finn, R. (Renal Unit, Sefton General Hospital Liverpool): Brit. Med. J. 1974, 4, 697–698.

1953-ban Spuhler és Zollinger hívták fel a figyelmet arra, hogy a chronikus interstitialis nephritis (C. I. N.) és az analgeticum abusus között kapcsolat van. A legutóbbi felmérés szerint Angliában és Walesben évente 500 új analgeticum-ve-sés beteget vesznek nyilvántartásba. E nagy szám ellenére nem világos, hogy az ennél sokkal nagyobb számú analgeticum élvező között miért nem alakul ki mindenkin C. I. N.? Sokan emiatt kétségbe is vonják, hogy az analgeticum-vese klinikai entitás volna.

A cikk egyik szerzőjének (J. W.) megfigyelése az, hogy a chronikus analgeticum élvezők egy tekintélyes hányada egyúttal hashajtó abuzussal is él, s ezek azok, akiket a C. I. N. kialakul. E megfigyelés alátámasztására végezték a dolgozatukban ismertetett felmérést négy betegcsoporton. Az első csoport 10 analgeticum-nephropathiás betegből (Aspirin v. phenacetin élvezők), a 2. csoport 70 hasonló életkorú és vesekárosodásban szenvedő nemgyógyszerélvezőből, a 3. csoport 200 egészséges vérdonorból, a 4. csoport pedig 40 chronikus rheuma-

toid arthritises betegből áll, akik rendszeresen szedtek analgeticumokat, de hashajtókkal nem éltek.

Az első csoportba tartozó analgeticum-nephropathiás 10 beteg közül 8 szedett rendszeresen laxativumokat is, míg a 2. és 3. csoportban csak 4, ill. 12 hashajtó szedő volt. A 4. csoportba tartozók között egyetlen laxativum-élvezőt sem találtak. Az analgeticum és laxativum szedés csaknem 100%-os egyezése a C. I. N.-es betegek esetében alátámasztani látszik a szerző megfigyelését és feltételezését, mely szerint analgeticum-nephropathia (C. I. N.) azokon alakul ki, akik egyben laxativum-abusus is kimutatható.

A tényközlő dolgozat nem foglalkozik pathomechanikai kérdésekkel, melyek e figyelmen kívül nem hagyható megfigyelésnek magyarázatát adhatnák.

Berkessy Sándor dr.

Gyógyulás malignus hypertonia okozta, tartósan fennálló veseelégtelenségből. Mamdani, B. H. és mtsai (Division of Nephrology, Cook County Hospital, Chicago Medical School Chicago): New Engl. J. Med. 1974, 291, 1343—1344.

Ha a malignus hypertonia okozta veseelégtelenség három hónap elteltével is fennáll, és intermittáló haemodialysises kezelést igényel, a gyógyulást általában reménytelennek tartják. A szerzők 5 betegük esetét ismertetik, akik veseműködése 6—25 (!) hónap elteltével annyira javult, hogy művesekezelésüket fel lehetett függeszteni. Mindegyik betegük malignus hypertoniáját vesebiopsiával bizonyították. Az intermittáló haemodialysisek mellett tartós, intenzív antihypertensív kezelést végeztek, és eredményeiket e kombinált kezelés eredményeként könyvelik el. Eseteiket elemezve figyelmzettnek arra, hogy a *befolyásolhatatlan hypertonia miatt végzett bilaterális nephrectomia indicációjának felállításában a legnagyobb óvatosságra van szükség*, mivel a malignus hypertonia potenciálisan reversibilis betegség!

Berkessy Sándor dr.

Lymphocytotoxinok primer vesebetegségekben. Ovlina, A. R., Masaitis, L., (Michael Reese Research Foundation Hospital and Medical Center, Chicago, USA): Lancet, 1974, 2, 1348—1350.

A szerzők 8 lipoid nephrosisos beteg szérumból 5 esetben, 10 diffúz proliferatív glomerulonephritises betegből 6 esetében mutattak ki lymphocytotoxikus antitesteket. Polycystás vese, vesekő, acut tubularis nephrosis esetén ez egy esetben sem sikerült (13 eset). Vizsgálataikat mikrotechnikával, +15 C°-on végezték, ahol vizsgálataik szerint a reakció érzékenyebb.

Lymphocytotoxikus antitesteket a 60 év feletti normál lakosság és terhes nők szérumban is észlelték, valamint autoimmun megbetegedésekben. SLE-ben MCL technikával is igazolást nyert, hogy ezek az antitestek specifikusan T-sejt károsítók, jelenlétük a T-sejtek számának, ill. funkciójának csökkenésével jár együtt.

Más szerzők adatai és jelen eredményeik alapján felhívják a figyelmet a chr. glomerulonephritis és a lipoid nephrosis pathogenesisében a kóros immun-status jelentőségére.

Lévai Julianna dr.

Adatok a renalis anaemia testosterone kezeléséhez. Keyssner, J. és mtsai (Med. Univ.-Klinik Göttingen und Heidelberg): Schweiz. med. Wschr. 1974, 104, 1938—1941.

A renalis anaemia pathogenesisének ismeretében ma az alábbi terápiás lehetőségekkel élhetünk: 1. az erythroblastok érését gátló uraemiás retentiós termékek eltávolítása rendszeres dialysisekkel, 2. az acidosis korrekciója, mely csökkenti az intravasalis haemolysis mértékét, 3. vas és folsav supplementálás chronikusan dialyzáltakon, 4. a csökkent mértékű erythropoiesis fokozása androgén steroidokkal.

A szerzők az androgénekkal előidézett erythropoiesis fokozódást az össz-erythrocyta volumen növekedésének ellenőrzésével és csontvelővizsgálatokkal ellenőrizték. A betegeknek hetenként 300 mg testosteronent (Testoviron) adtak kiegészítve naponta 15 mg vassal, alum.-hidroxiddal és vitaminokkal. Vizsgálataik szerint az össz-erythrocyta volumen 4—6 hét után 20,3%-kal növekedett. A hematokrit érték növekedést azért nem tartják eleendő paraméternek, mivel azt a rendszeres dialysisek során javuló hidratációs állapot igen erősen befolyásolja. A maximális reticulocytaszámot a kezelés 4—6. hetében lehetett észlelni. A csontvelő vizsgálatok alapján megítélhető erythropoiesis fokozódást 52%-nak találták. Megállapítják, hogy az androgénhatás dosis-dependens és a 4. hét után jelentkezik. Nephrectomizált betegeken az erythropoiesis fokozódása 33%-os volt. A heti optimális androgen adag 250—600 mg között ingadozik. Az androgén terápiától jó effektust csak optimális dialysisis terápia mellett lehet várni.

Gyulai Ernő dr.

Gastroenterologia

Gyulladásos pancreasbetegségek klinikai vonatkozásai K. Müller-Wieland: Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 771—775.

A szerző az akut és krónikus pancreatitis aetiológiájával, tünettárával és terápiájával foglalkozik. Az akut pancreatitis halalo-

zását 10—20%-ra becsülik. Az aetiológiában epeútbetegség, alkoholizmus, hyperparathyreosis, stb. mellett külön hangsúlyozza a steroidok pancreatitis okozó hatását, szerinte ez az aetiológiai tényező jóval gyakoribb, mint ahogy az észlelésre kerül. A pathomechanizmus tárgyalásában említésre méltó, hogy a szervezett vértérfogatóknak 30%-a helyezkedhet el a pancreasban, ill. a pancreas körüli szövetekben. Különös figyelmet fordítanak az utóbbi időben az ilyenkor felszabaduló vasoaktív anyagoknak, a kallikreinbradykinin rendszernek. A klinikai kép néha teljesen megfelel ulcus perforationak, paralytikus ileusnak, vagy más akut hasi történéseknek. A szerző szerint kétes esetben feltétlenül laparotomia végzendő, mely pancreatitisben nem jár különösebb veszéllyel, sebészi betegségben viszont életmentő. A szerző a kórlefo-lyásban legérzékenyebb mutatóknak a paralytikus ileus időtartamát tartja. Ha ez 6 napnál hosszabb, komoly retroperitonealis gyulladás feltételezhető. A laboratóriumi adatok kevés segítséget nyújtanak, hiszen az enzym-értékeket több körülmény befolyásolja, pl. vesefunkció, folyadékháztartás. Fontos jel a serum-kalcium-érték csökkenése, mely súlyos esetben az 5—8. napon várható. A methaalbumin megjelenése vérzés gyanúját veti fel. Minden második akut pancreatitis könnyű lefolyású, minden negyedik súlyos, minden hatodik esetben szövődmények keletkeznek. Rontja a prognózist az idős életkor, vascularis betegség, diabetes mellitus. A terapiában legfontosabb napi 6—8 liter folyadék adása. Antibioticumot csak akkor érdemes adni, ha egyidejűleg cholecystitis fennállása bizonyított. A Trasyllal általánosan elkövetjük. A steroidok adása veszélyes, mivel ezek önmagukban is okozhatnak akut pancreatitis. A tályogképződést antibiotikummal megátolni nem lehet. Ilyen esetben a beteg sorsa a sebészi beavatkozás időpontjától függ. A pseudocysták spontán eltűnhetnek.

Az akut pancreatitis nem izolált folyamat, hanem egy krónikus betegség kezdete. Ha a kiváltó okot sikerül megszüntetni (pl. epeköveség), a prognózis jó.

Krónikus pancreatitisben a pseudocysták nem gyógyulnak spontán, nem ritkán carcinoma alakul ki bennük, melynek jele a cysta méretének csökkenése. Krónikus pancreatitis diagnózisát csupán az anamnesis, a röntgen-jelek és laboratóriumi eltérések együttes, gondos mérlegelése alapján lehet felállítani. A betegség későbbi folyamán az excretorikus működés elégtelensége alakul ki, ilyenkor a serum-enzym-értékek nem diagnosztikusak. A krónikus pancreatitis különböző formái földrajzilag más-más gyakorisággal fordulnak elő. Pl. alkoholizmushoz társuló primer calcificáló krónikus pancreatitis leggyakoribb az USA-ban, Franciaországban; az afrikai országokban

inkább fehérjehiány a kiváltó tényező.

Bár a gyulladáshoz pancreasbetegségek számos aetiológiai és pathogenetikai tényezőjét tartjuk számon, a klinikus számára a diagnózis, a terapia, a prognózis megállapítása ma is nehézséget okoz.

Kovács Ágota dr.

A glucagonoma syndroma. Malinsson, C. N. és mtsai (Greenwich Hospital Gastrointestinal Unit, London SE 10): The Lancet 1974, II. 7871, 1—5.

9 beteg, 8 menopausában levő nő és egy 65 éves férfi klinikai, laboratóriumi, histológiai analízisének közlik, akikben a pancreas alfa szigetsejtjeiből kiinduló glucagont szekernáló daganatot találtak metastasisal, vagy anélkül.

Jellemző tünetek: Bőr: Leggyakrabban az alhason, glutealisán, lumalisán, combokon kiterjedt erythema jelentkezik, mely büllosussá válik, a hólyagok felszakadnak, az alap nedvezik. Central-felől hyperpigmentációval gyógyul, a széli részek felé és szélel terjed. Egy időben különböző helyen különböző idős laesio lehet jelen. 8 esetben fájdalmas glossitis kísérté. Szövettanilag a Malpighi réteg necrolisis enyhe perivascularis lymphocytás infiltrációval. Acantosis nem volt, antitest, immunoglobulin, C₃ lerakódást nem lehetett a bőrben kimutatni. Tetracyclin és systemás corticosteroid részleges, vagy teljes javulást hozott és kitűnő hatású volt a dijóhydroxychinolin 3 × 650 mg/die adagban.

Vérképző szervek: normocytás normochrom anaemia, több esetben sideropenia. A csontvelőben normoblastos erythropoiesis normális vastartalommal, 3 esetben dyserythropoiesis.

Szénhidrát anyagcsere: 7 esetben különböző súlyosságú diabetes.

Egyéb: kifejezett súlycsökkenés, mely javult a bőrtünetek javulásakor, intermittáló diarrhoea hypokalaemiával a relapsusok idején 6 betegen. Gyakori vénás thrombosis, psychés labilitás.

A pancreas tumort 6 esetben laparotomia, 3 esetben sectio igazolta, histológiailag szigetsejttumor: 2 adenoma, 6 malignus tumor.

4 beteg tumorából elektronmikroszkópos vizsgálat történt, a sejtek az alfa-szigetsejtek jellemző képét mutatták secretió granulákkal, a malignus sejtekben kevesebb granulum és sok vesiculum volt és az éretlenség jeleit mutatták. Ezen tumorokból szöveti glucagon-meghatározást végeztek, ez 0,9—21,2 µg/g volt (normál pancreasban 9,4 ± 2,3 µg/g). Ezen betegek vérében a glucagon-szint 850—3500 pg/ml volt (norm.: 0—120 pg/ml). Közülük egy betegen a tumor eltávolítása után 130—110 pg/ml-re csökkent.

A plasma aminosavainak koncentrációja alacsony volt, alacsonyabb, mint az egyszerű diabetes mellitusban. Egy betegen post-

operative normalizálódott. A pancreas exocrin funkciója egy eset kivételével (pancreas-fej tu.) normális volt.

A szerzők szerint a klinikai tünetek jól definiált egységet alkotnak. A bőrtünetek differenciálásánál a pemphigus, a psoriasis pustulosa generalisata, a toxikus epidemialis necrosis, a subcornealis pustulosus dermatosis elkülönítése nem okoz nehézséget. A gyanú alapján felmerült diagnózist a magas plasma-glucagon szint biztosítja, lehetővé téve az időben történő műtéti kezelést.

Kálló Kamill dr.

Onkológia

A korlátozott mamma-carcinoma műtétek indikációjához és technikájához. Durst, J., Geisbe, H., Koslowski L.: Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 1462.

Az európai országokban a 35—55 éves korosztályba tartozó nők összes szervi rákjainak az élén változatlanul a mamma-carcinoma áll, a női halálokok sorrendjében a harmadik helyet foglalja el. Hozzájárulva ehhez, hogy a mamma-carcinoma kezelésében továbbra is számos bizonytalan tényezővel találkozunk, érthető, hogy minden olyan törekvés figyelemre méltó, mely a műtéti technika, az utókezelés és a histopathológiai eredmények, valamint a túlélés viszonyát elemzi.

Az utóbbi években már összehasonlító vizsgálatok számára is alkalmas nagyobb statisztikai adatok (azonos műtéti technika és utókezelés, egységes TNM besorolás szerinti csoportosítás, stb.) alapján világossá vált, hogy a mamma-carcinoma prognosisa kevésbé függ a sebészeti beavatkozás kiterjedésétől, inkább a kezelés megkezdésének időpontjában talált tumor stádium szerinti hovatartozásával mutat egyezést. Histológiai vizsgálatok azon eredménye, mely szerint az I. stádiumban is már 30%-ban, a II. stádiumban már 70%-ban számolni kell a lymphogen tumor-sejt szóródással, a sebészetek a műtéti radikalitás kiterjesztése irányában befolyásolta. Ugyanakkor Rissanen 2416 mamma-carcinoma utánvizsgálatakor azt találta, hogy a műtéti radikalitás megfelelő utóbesugárzás nélkül csak jelentéktelen mértékben befolyásolta a 10 éves túlélést.

A tübingeni sebészeti klinika munkatársai ezután 3 szerző különböző műtéti technika és kezelési eljárás utáni 5 és 10 éves túlélési eredményeit ismertetik. Szembetűnő, hogy az eredmények (5 éves túlélésnél: 58%, 59%, 64%; 10 évesnél: 39%, 44% és 42%) jelentősen nem különböznek egymástól. Megállapítják azonban, hogy a Rotter-Halsted-féle műtét utóbesugárzással kiegészítve összességében kétségtelenül javította a 10 éves túlélési esélyeit. Részletesen ismertetik a mamma-carcinoma 1972-ben Genf-

ben elfogadott TNM beosztását (ami 1977-ig lesz használatos) és az ajánlott műtéti és utókezelést. Állást foglalnak a megavolt-therápia mellett. Hormon-therápiának metastasisok jelenléte esetén van helye.

A szerzők az eredmények további javításának lehetőségét a sebészek, radiológusok, belgyógyászok és patológusok jobb együttműködésében látják.

Gervain Mihály dr.

Plasma-prolactin humán emlőrákban. Kwa, H. G. és mtsai (Department of Biology and Internal Medicine, The Nederlands Cancer Institute, Amsterdam): Lancet, 1974, I, N. 7855, 433—434.

Állatkísérletes adatok szerint, olyan egértörzsekben is lehetett emlőtumort indukálni — hosszú ideig tartó, nagy dózisú prolactin kezeléssel — amelyekben az emlőtumor csak ritkán fordult elő. 7,12-dimethylbenz-anthracenel kezelt patkányokon is találtak összefüggést a plasma-prolactin tartalom és genetikusan determinált emlőrákhajlam között.

A szerzők a plasma-prolactin tartalmat 3 embercsoporton vizsgálták: a) azokon az egyéneken, akiknek családjában nagyon gyakori volt az emlőrák; b) emlőrákos betegeken; c) egészséges kontroll-csoporton. A plasma-prolactin középértékek a b) és c) csoportokban közel azonosnak bizonyultak, míg a veszélyeztetett a) csoportban szignifikánsan magasabb értékek kaptak. A prolactint az emlőmirigyekből kiinduló carcinomák keletkezésében jelentős faktornak tartják.

Ottó Szabolcs dr.

Sinus histiocytosis angol és japán betegek mellcarcinomái esetén. G. H. Friedell, E. A. Soto (St. Vincent Hospital Worcester USA), S. Kumaoka, O. Abe (National Cancer Centre, Japán): és J. L. Hayward, R. D. Bulbrook: Imperial Cancer Research Fund, London): The Lancet 1974, 2, 1228—1229.

1971-ben kezdték a szerzők vizsgálataikat, melyben több szempontból összehasonlították, vizsgálták az angol és japán nők mammacarcinomáinak jellemzőit. E közlemény a histopathológiai vizsgálati eredmények egyikével foglalkozik, 86 japán és 86 angol beteg esetét és metszetét hasonlították össze. A primer tumor értékelésénél figyelembe vették az alábbi szempontokat: histológiai típus, differenciáltság foka, necrosis mértéke, stroma vascularizációja és a fibrosis típusa, gyulladáshoz sejt infiltráció típusa és mértéke, vérzések és perivascularis infiltratio jellemzői és kiterjedése. A nyirokcsomók vizsgálatánál figyelembe vették a sinus histiocytosis mértékét, valamint a lymphoid folliculusok számát és nagyságát, a plasma-sejtek számát és helyét. A sinus histiocytosis frekvenciája sok-

kal magasabb a japán nőknél, mint az angoloknál. Azt is megfigyelték, hogy a japán asszonyoknál előforduló esetek prognosisa is kedvezőbb. Hypothesis: ha a sinus histiocytosis felelős e kedvezőbb lefolyásért, akkor az egy immunológiai védekező mechanizmust képvisel (cell-mediated immunity).

Bugovits Elemér dr.

Előrehaladott hólyagcarcinoma methotrexat kezelése. Hall, R. R., Bloom, H. J. G., Freeman, J. E. (Urology Unit, The Royal Marsden Hospital and Institute of Cancer Research.): British Journal of Urology 1974, 46, 431—438.

A hólyag előrehaladott carcinomái, melyek a hagyományos kezeléssel dacolnak, igen rossz prognosistúak, általában néhány hónapos a túlélés. Az ilyen esetekben az utóbbi évek tapasztalatai alapján bizonyos reményt keltenek a cytotoxikus szerek. A methotrexat (4-amino-N-10-metilpterilglutaminsav) viszonylag ritkán kerül alkalmazásra a hólyag helyi átmeneti sejtjes carcinomáiban, ezért kívánják a szer alkalmazási lehetőségeit értékelni.

40 előrehaladott vagy már metastatisáló hólyagdaganat és 2 pyelum daganat esetén alkalmazták, intermittálóan, intravénás formában. Általában 10—14 naponként adtak 50—100 mg methotrexatot iv., azoknak pedig, akiknél a vese-funkciós értékek beszűkültek, először 25 mg-ot és ha jól tolerálták, a továbbiakban 50—70 mg-ot.

A beteganyagot 3 csoportra osztották: progresszív tumorosok, akik addig más gyógyszert még nem kaptak, olyanok, akik előzőekben már röntgenbesugárzásban részesültek, és akiknek már metastasisuk volt, de eddig még nem kezelték őket. 3 esetben teljes regressziót észleltek (a daganat eltűnt), 8 esetben kisebbedést láttak, 31 betegen pedig a szer hatástalannak bizonyult.

Toxikus mellékhatást 29 alkalommal figyeltek meg, ami általában nem volt súlyos, letális pedig sohasem, úgyhogy a kezelést néhány hét után folytatni tudták. Leggyakrabban szájnálkahártya fekély, agranulocytosis, hányás és hasmenés jelentkezett. Betegeiket 2—20 hónap után ellenőrizve megállapítják, hogy az intravénás, intermittáló methotrexat kezelés alkalmazható az előrehaladott hólyagcarcinoma kezelésében. Csontai Ágoston dr.

Devitalizált saját carcinoma implantációjára diffúz peritonealis carcinosis esetén. Franke, O. (Margarethen-Klinik Kappeln-Schlei): Chirurgische Praxis 1974, 18, 391—394.

A szerzők arról számolnak be, hogy carcinosis peritonéi esetén a beteg devitalizált daganatszövetének peritonealis implantációjára a hashártyán levő áttétek fibroplasti-

kus elhegesedését eredményezte.

Műtét alkalmával kis daganat darabkát távolítottak el, amit hat egyenlő részre vágtak, és 4 órára 10⁰/₀-os formalin oldatba tették. Ezután jól kimosták a szövétadarabokat isotonias konyhasó-oldatban, majd hármat +48 °C hőmérsékletű keltetőszekrénybe, másik hármat pedig -17 °C-ú jégszekrénybe tettek. 24, 48 és 72 óra múlva mindkét csoportból egy-egy darabkát peritonealisan implantáltak. A beültetett szövetek 4 hét múlva reszorbeálódtak.

Első betegük 63 éves nő, akinek a primer daganata az ovariumban volt. Műtétkor a hasüregből 2500 ml ascitist szívtak le. A peritoneumon mindenféle metastatikus göböket találtak. Az implantatio után az ascites még újraképződött, kétszer le kellett szívni, később azonban nem jelentkezett. A 3 hónap múlva ismét elvégzett laparotómia során ascitist nem találtak, és kiderült, hogy a peritonealis metastasisok elhegesedtek, a primer daganat megkisebbedett.

Hasonló jó eredményt láttak további 6 beteg esetén.

A szerzők úgy vélik, hogy a sorozatos jó eredmény nem lehet véletlen. Ugyanakkor felhívják a figyelmet arra, hogy sok a nyitott kérdés: Feltétlenül szükséges-e a formalinos kezelést meleg-, ill. hideg-kezeléssel kombinálni? Az átalakító impulzus csak a peritoneumra szorítkozik, vagy más szervekre is kiterjed?

Péntek László dr.

Serum LDH szintek — az ovarium carcinoma diagnózisában és kezelésében. Awais, G. M. (Department of Gynecology Cleveland Clinic Foundation): Am. J. of Obst. and Gynec. 1973, 116, 1053—1057.

A szerző 1968. január és 1971. március között 43 ovarium carcinomás betegen vizsgálta az SLDH értékeket, különös tekintettel a kezelés előtti és utáni változásokra. A meghatározásokat Hochella és Weinhouse módszerének módosításával végezte, ami szerint a normál érték felső határa 120 IE. Betegei közül 23 már a klinikai felvétel előtt kapott valamilyen kezelést, 20 pedig csak a szerző intézetében. Ez utóbbi 20 beteg közül 6 esetben végeztek SLDH meghatározást a kezelés előtt és után, nyolc esetben csak utána és hat esetben csak a kezelés előtt, ami műtét valamint sugár- és chemotherapia különböző variációjára volt.

A szövettani eredmény változatos differenciáltságú adenocarcinoma volt és nemzetközi beosztás szerint — retrospective — 15 eset a III. két eset IV. és három eset az I. stádiumba tartozott.

Az első stádiumba tartozó esetekben sem a műtét előtt sem a műtét után nem észlelt emelkedést egy esetet kivéve, ahol a műtét napján enyhe emelkedés volt tapasztalható. Azokban az esetekben, amikor az

SLDH szint (6 beteg) a kezelés előtt a normális értéknél magasabb volt (170—350 IE) a kezelés után közel a normális értékre csökkent (100—170 IE). A csak kezelés előtti meghatározott érték (6 beteg) minden esetben magasabb volt a normálisnál (150—350 IE). A csak kezelés utáni meghatározások (8 beteg) viszont a normális határokon belül voltak (60—120 IE). A kontrollként használt 16 colon és 22 emlőcarcinomás betegen a kezelés előtt végzett meghatározások csak normál értékeket adtak.

Véleményük szerint — eredményeik alapján — a kezelést megelőzően emelkedett és a hatásos kezelést követően normalizálódó SLDH szint, ami recidiva esetén concomitáló emelkedést mutat, hatásos eszköze lehet a betegek ellenőrzésének, illetve hasznos segítség lehet az egyébként rendszerint tünetszegény és alattomosan kialakuló petefészekrák korai felismeréséhez. Ezért minden olyan esetben, amikor kismedencei fájdalmak mellett képlet is tapintható, javasolják a se. LDH meghatározását.

Dobzsevics Sándor dr.

Renalis tubularis obstructió okozó hasnyálmirigy-mucoproteinnek. Hobbs, J. R., Evans, D. J., Wrong, O. M. (Tumour Biology Group, Westminster Hospital Medical School, Royal Postgraduate Medical School and University College Hospital, London): Brit. Med. J. 1974, 2, 87.

A vese gyűjtő-tubulusainak fehérje-öntvények által előidézett obstructiója a myelomatosisban szenvedő betegeknek közel 1/3-ában kimutatható. Leggyakrabban Bence-Jones proteinuriával kapcsolatban fordul elő, de esetenként más fehérjeféleség is okozhatja, pl. IgA. Oliguriás veseelégtelenség néha felléphet olyan nephrosiban is, ahol igen nagymérvű a proteinuria és a tubularis öntvényképződés. A szerző itt ismertetett észlelése ritkaságszámba megy, miután a kórkép hátterében hasnyálmirigyrák állt.

43 éves férfibetegükön 1967. áprilisában hányinger, hányás és hasi fájdalmak miatt diaeta + alkaliakézelést alkalmaztak, miután vizsgálati leletei különösebb eltérést nem mutattak, leszámítva fehérje-vizelését; urea-szintje ekkor 32 mg/100 ml volt. Májusra panaszai súlyosbodtak s ekkori urea-értéke 340 mg/100 ml volt, napi vizeletmennyisége 200 ml alatti, benne bőséges protein-ürítés. Pár nap múlva vére-urea-értéke 450 mg/100 ml-re emelkedett, kálium-szintje 5,6 mEq/literre és amylase-ja 230 Somogyi-egységre. Ezért peritonealis dialízist alkalmaztak, ezt megelőzően azonban néhány száz ml ascitist lebocsátva, abban nyákok elválasztó ráksejteket tudtak kimutatni. Ekkor már a jobb csípőárokban mozgatható képletet lehetett tapintani. A

vesebiopsia mérsékelt fokú interstitialis fibrosis és lymphocytar infiltratio mellett massív öntvényformációt talált a distalis tubulásokban; sok öntvény repedezettnek tűnt s körülötte syntitialis sokmagvú óriássejteket lehetett látni. A kép igen hasonlított a myelomás vesére. Próbalaparotomia során peritonitis carcinomatosa találtak, s az itteni göbök szövettani vizsgálata jól differenciált adenocarcinomat mutatott, mucin tartalmazó ductusokkal. A beteg állapota tovább romlott és június végén meghalt. Boncolásakor veséi szabad szemmel lényegesen eltérő nem mutatottak, szövettanilag jellegzetes „myelomás vesének” megfelelő képet adtak: számtalan distalis tubulust töltötték ki az öntvények s ezek eosinophilan festődtek s gyakran óriássejtes reactio vette ezeket körül. A pancreasban találtak meg a peritoneumra kiterjedt áttétet adó primer tumort, melynek átmérője 2,5 cm-nyi volt és szövettanilag adenocarcinoma muciparumnak bizonyult. Myeloma multiplex fennállása kizárható volt, továbbá nem volt abnormitas a serum-immunoglobulinokban sem. A vizelet-concentratum, valamint a tumor-kivonat elektrophoretikus vizsgálata a β , γ_3 és γ_4 posztionokban 3 egységes sávot mutatott melyek PAS-pozitívak voltak és a pancreas-eredetű mucoproteineknek feleltek meg. Így tehát a beteg oliguriás veseelégtelenségét a hasnyálmirigy-adenocarcinoma által secernált mucoproteinek okozták. A „myeloma-vese” syndromájával az alábbi ismert klinikai képekben találkozhatunk: súlyos proteinuria, hasnyálmirigy-rák, paraproteinuria.

Megjegyzendő, hogy myelomatosisban az idejekorán elkezdett napi 3000 ml-nyi folyadékmenyiség bevitele képes a renalis tubularis obstructio 30%-os előfordulási gyakoriságát kb. 10%-nyira lecsökkenteni.

(Ref.: Lee, Yamaguchi és Hopper 1966-ban tüdő-, pajzsmirigy- és epehólyagrakkal kapcsolatos másodlagos tubularis obstructiót talált, az irodalomban, ugyanakkor saját 10 éves anyagukban hörgőrák, vaskéreg, ovarialis és veseadenocarcinoma, ovarialis dermoid cysta és egyéb tumorok kapcsán is.)

Major László dr.

Disseminált intravasculáris coagulatio (DIC) és multiplex nagyér thrombosisok epeüt carcinomás betegen. Kunz, F. és mtsai (Med. Univ. Klinik, Innsbruck): Deutsche med. Wschr. 1974, 99, 2643—2647

Trousseau 1865-ben figyelte meg, hogy a belsőszervi daganatokkal együtt gyakran társul thrombophlebitis saltans (v. migrans). Az utóbbi években vált ismeretessé, hogy ezen kórképeket disseminált intravasculáris coagulatio is kíséri. A micro- és macro-thrombotikus folyamatok közös okát és pathomechaniz-

musát szemlélteti a szerzők esete. A részletes esetismertetés és laboratóriumi feldolgozás szerint a 74 éves férfit beteget (aki 20 éve asthma bronchialeban szenvedett) a bal lábbon fellépett thrombophlebitis miatt vették fel. Pár nap elteltével a jo. lábszáron is thrombophlebitis lépett fel, ezért részletes véralvadási vizsgálatokat végeztek. A vizsgálatok chronikus DIC egyidejű fennállását is igazolták, ezért heparin kezelést indítottak el, s ezt 10 napig folytatták, mivel a beteg elbocsátását kérte. 18 nappal később cerebro-vascularis laesio tüneteivel szállították vissza, melybe két nap múlva a beteg belehalt. A boncolásnál a tüdőknben multiplex embolusokat és a vénákban, valamint az arteriákban (a carotisban is) multiplex thrombosisokat találtak. A boncolás derítette fel a beteg epeüt carcinomáját.

Az eset és a laboratóriumi eredmények elemzése alapján valószínű, hogy a DIC, valamint a nagyér-thrombosisok oka a tumorszövetből származó thromboplasticus anyag és az egyes coagulációs factorok igen magas vérértéke volt. Ez utóbbiak vérszintje másodlagosan, compensatióként emelkedett.

Rámutatnak arra, hogy a DIC folyamata heparinnal eredményesen felfüggeszthető, viszont nem szüntethető meg vele azonnal a coagulációs factorok compensatiós túlléte miatt, ezért a heparinkezelés túlkorai elhagyását követően a thrombotikus folyamat hirtelen súlyosbodására lehet számítani. Hangsúlyozzák azt is, hogy DIC és thrombophlebitis saltans együttes előfordulása esetén mindig gondolni kell carcinomatosisra, s a tulajdonképpeni alaptergység felismerése és megoldása érdekében adott esetben exploratív laparotomiát is kell végezni.

Berkessy Sándor dr.

A bronchopulmonalis rák megelőzése. A. Simatos, G. Chauvaux, D. Zagury (Jean Godinot intézet cyt. laborat. Cognac-Jay Orvosegyetem Reims.): Nouv. Presse Med. 1974, 3, 1999—2002.

A szerzők olyan emberek bronchusait tanulmányozták, akiknél tüdőráknak sem klinikai, sem röntgenológiai gyanújelei nem voltak. Kizárólag a reggeli köpetet vizsgálták, legalább 3 egymás utáni napon. Megállapították, hogy kvalitatív és kvantitatív eltérés mutatható ki, a szimpla metaplasziától a súlyos és atypusos metaplasziáig. Súlyos esetekben a hengerhám elveszti csillósóréit, terjedelme megnő, s a chromatin granulatio durvább lesz és a magban nucleolusok keletkeznek.

A dohányosokat 4 csoportba sorolták, melyek egyike átlagban napi 7 cigarettát szívott, ez 20 év alatt összesen 50 000 darab volna — ilyen esetekben találtak szimpla metaplasziát, szembeállítva ezeket olyan betegekkel, akiknek a cigarettafogy-

asztása elérte a 300 000 darabot, ezeken chr. bronchitis, illetőleg chronikus pneumonia volt kimutatható. Fokozta az elváltozások súlyosságát, ha a beteg alkoholist, vagy egyéb foglalkozási ártalom károsította a bronchusok nyálkahártyáját.

Statisztikai eredményeik alapján azt javasolják, hogy ezeket az embereket tekintésük rizikó csoportba tartozóknak, akiket a megelőző, ill. szűrővizsgálatokat gyakrabban kell elvégezni.

Szántó Endre dr.

A mellkasi folyadékgyülem ultrastruktúrája mesotheliomában. Legend, M., Pariente, R. (Hospital Laennec, Paris): Thorax 1974, 29, 164—171.

Malignus pleura-mesotheliomában szenvedő betegek mellkasi folyadékgyülemében háromféle malignus sejtet lehet elkülöníteni: a legjellegzetesebb sejtféleség az érett malignus mesothelialis sejt, ez a nem daganatos eredetű mesothelialis sejtekkel számos közös vonást mutat. A második típusú sejt elongált alakú, nagy, szabálytalan maggal, benne számos chromatin-részecskével. Ez a sejt-típus nagyon hasonlít a fibroblastra és azt bizonyítja, hogy e két sejtféleség egymásba átalakulhat. Ismételt vizsgálatok azt is mutatják, hogy az első átalakulhat a másodikba, bizonyítva ezzel közös eredetüket. A differenciálatlan jellegű harmadik típusú sejt az ismételt punctiók során ugyancsak átalakulást mutatott az első vagy második típusba — lehetővé téve így a daganat mesothelialis eredetének felismerését. A cytológiai készítmény fénymikroszkópos elő-vizsgálata során választották ki azokat a területeket, melyekből ezután az ultra-vékony metszeteket készítették el. Amennyiben malignus pleuratumor gyanúja merül fel, ismételt pleura-punctiókat kell végezni: a folyadékban levő nagyszámú activ phagocytá esetén további gondos kereséssel kell a malignus sejteket felkutatni.

Vadász Imre dr.

Haematologia

Splenectomia pancytopeniában. Hesse, P., Lehmann, K.: Folia Haematol. 1973, 100, 67—71.

A szerzők 19 pancytopeniás betegben végzett splenectomiáról számolnak be. Az eredményeket klinikai szempontok szerint értékelték. Egy évvel a splenectomia után 9 beteg teljesen klinikai remissziót mutatott, ez a teljes rendeződését jelenti a vérképtéréseknek. 4 betegnél részleges remissziót találtak, vagyis javulást állapotukban. — 6 beteg meghalt néhány hét múlva az operációt követően, súlyos vérzési komplikációkban, ezek az alaptergőséggel voltak összefüggésbe hoz-

hatók. Nem volt viszont olyan eset, melyben a műtét a halál közvetlen okaként volt értékelhető.

Az eseteik felett medítálva megállapítják, hogy az eredménytelen glyocorticooid terápia és vértransfusio következményeit is számításba véve, a klinikus meglehetősen tehetetlenül áll a pancytopeniás esetekkel szemben. Az immun-suppressiv terápia előnytelen hatásai is közismertek. Mindezek alapján úgy vélik, hogy a terápia mintegy félévi eredménytelensége esetén mérlegelni kell a splenectomiát, ami megfelelő jártasságú sebész kezében és szakszerű előkészítésben végezve nem jelentős kockázat.

Az eseteknek mintegy fele tekinthető eredményesnek ebből a szempontból. André 30%-os jó eredményt kapott a splenectomiától, Bernard 6 betege közül 5-ben volt jó eredmény. Számos más közlemény is jó eredményről tudósít. A splenectomiát a szerzők főleg a nem „üres” csontvelőjű, fokozott lépbeli sejtsequestrációt mutató, vagy antitesteket produkáló betegekben tartják reményteljesnek. A tapasztalatok azt mutatják, hogy sejtsegregy csontvelő, és nem kifejezett lépbeli pusztulást adó esetekben is reményteljes a splenectomia.

A szerzők saját vizsgálati eredményei sem mutattak a fenti sejt-kinetikai eredményekkel korrelációt. Így aztán megállapítható, hogy a lép szerepe teljesen tisztázatlan ezekben az esetekben. Mégis arra a következtetésre jutottak másokkal együtt, hogy itt végül is sequestratio csökkenés mellett antitestképzés csökkenés játszhat közre. Mindezt batoritónak tartják a splenectomia indiciójának felállítására pancytopeniában.

Burger Tibor dr

Autoimmun thrombocytopenia idiopathiás haemochromatosisis nöbetegben. Haabib, M. A., Birmingham, R. A.: Scand. J. Haemat. 1973, 10, 148—152.

A szerzők egy 23 éves betegük kórtörténetét ismertetik, aki gyermekszülést követően kialakult menstruációs zavarokban, majd amorrhoeában szenvedett. Egyidejűleg jelentős hyperferraemia — minden magyarázható ok nélkül — és haemosiderosis alakult ki. Később ezt követte a hypophysis go-

nadotropin elégtelensége, majd a haemochromatosis teljes képe is kifejlődött. A kórlefolyás során jelentkezett az autoimmun thrombocytopenia, mely teljesen szokatlan jelenség ebben a körképben. Szokatlan a májcirrhosis hiánya is, és korai stádiumú haemochromatosisnak fogható fel, a hypophysis károsodással együtt.

Számos irodalmi adat ismeretes a korai menopausában haemochromatosis okozta amenorrhoeával kapcsolatosan. Ez a jelenség nem általános, sőt ritka. A vaslerakódás a parenchymalis sejteket károsítja és így okoz neuroendocrin képet. A thrombopenia nem feltétlenül ritkaság haemochromatosisban de az eredetre vonatkozóan eltérőek a nézetek, így vannak, akik a következményes splenomegaliával hozzák összefüggésbe, mások májkárosodásra vezetnek vissza.

A szerzők esetében ezek a lehetőségek kizárhatók voltak, így aetiologialag más tényezőkre kellett gondolniuk. A megakariocytosis a csontvelőben, nagy thrombocyták megjelenése és 3—5 napos thr. élet-tartam alapján a korábbi leírásoktól eltérően, autoimmun eredetűnek tartották.

Burger Tibor dr.

Ideg- és elmegyógyászat

Egyéni és csoportpszichoterapiák: A kiegészítő fejlődés tapasztalása. H. H. Wolff, E. B. Solomon: International Journal of Group Psychotherapy 1973, 23, 177—184.

Az egyéni és a csoportpszichoterapiák sok-sok különböző kombinációs lehetősége ismert. A szerzők egy olyan változatról számolnak be, melyben a kilenc hónapig tartó egyéni kezelést ugyanazzal a terapeutával való csoportpszichoterapiás kezelés követte. Az egyéni kezelés járóbeteg rendelésen folyt. A betegek között leggyakoribb volt a gátolt, visszahúzódó, schizoid típusú személyiség. A páciensek egyébként mind olyanok voltak, akik a kilenc hónapot meghaladó pszichoterapiás kezelést igényeltek.

A terapeuták dinamikus pszichiátriai szemlélettel foglalkoztak a betegekkel. Alapvető tapasztalatuk az volt, hogy a két kezelési forma ilyen kombinációja specifikus gyermekkori élmények felidé-

zését segítette elő: A kétszemélyes helyzet az anya-gyermek kapcsolat különböző problémáit, a csoporthelyzet a későbbi életkor közösségbe illeszkedés élményeit idézte föl. Az átmeneti időszak által provokált lélektani problémák különösen értékesnek bizonyultak, mert a legtöbbjük az elszakadás, az anyától való elválás, az önállósulás problémáiba gyökerezett és e jelentős kérdés átdolgozását tette lehetővé.

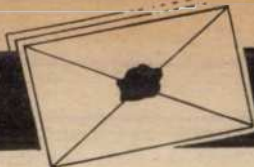
Az egyéni terapiák kezdetén — próbálkozások és megfontolások után — a terapeuták megmondták a betegeknek, hogy kilenc-hónapos egyéni kezelésre van lehetőségük, majd ezt követően választhatnak: befejezik a terapiát végleg, vagy folytatják a felkínált csoportpszichoterapiás lehetőséggel, esetleg új egyéni kezelést kezdenek más terapeutánál. A betegek már az egyéni terapiában sokat foglalkoztak az elszakadás, a más formájú kapcsolatba való átmenet problémáival, különösen e periódus végefelé.

Az átmeneti időszakban konfrontálódtak a dependencia — önállóság érzelmi problémáival. Míg az egyéni terapiában az erre való felkészülés, a múltjuk ezzel kapcsolatos élményeivel való foglalkozással telt, addig ekkor a konkrét élmény által igényelt, szükséges érzelmi fejlődés problémái álltak előtérben. A csoportpszichoterapiás kezelésre való készülés során a többi csoport-taggal szembeni ellenérzés, irigység, szorongás jelentette a sajátos emotionalis problémákat.

A csoportpszichoterapiás időszak kezdetén az említett tényezők miatt erős kezdeti ellenállással találkozott, mely a terapeuta aktívabb szereplését tette szükségessé. Többször előfordult — a terapeutával való azonosulási mechanizmuson keresztül —, hogy az egyes betegek a terapeuta szerepét kezdték utánozni a többiekkel szemben. Azon túl, hogy az ellenállás speciális formájaként értelmezhető e jelenség, a szerzők értékelik ennek pozitív aspektusait is.

(Ref.: Tekintve, hogy a csoportpszichoterapia a kórházból való elbocsátás utáni utókezelési formaként hazánkban is jelentős, így e kezelésmódra való átállás lélektani problémáinak megértéséhez is támpontokat ad e közlemény.)

Süle Ferenc dr.



A kryptorchismus műtéti kezelése optimális időpontjáról.

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetil. a f. év 28. számában teljes terjedelemben publikálja az Egészségügyi Világszervezet javaslatát a here leszállási zavarainak kezeléséről. A javaslat az 1973-as genfi értekezleten született meg, és az elolvasása után az lehet az olvasó érzése, hogy e kérdésben végre egységes az állásfoglalás. A következő közleményismertetés végén azonban a referáló (Dénes János dr.) megjegyzéséből kiderül, hogy az 1974. évi berlini és berni gyermeksebész kongresszuson mégsem volt teljesen egységes az álláspont. Az ismertett referátumok alapján a kérdés: két éves kor előtt, vagy hat éves kor előtt történjék-e a here leszállási zavarának végleges kezelése. A probléma cseppfolyósságát jellemzi, hogy az 1974-ben megjelent Labhart Endokrinológiában Prader tárgyalja e kérdést, és megállapítja, hogy a kryptorchismus optimális kezelésével kapcsolatosan a legnagyobb bizonytalanság áll fenn. A kezelés hormonkezelés, ennek eredménytelensége esetén a sebészi megoldás. Szerinte a műtéti kezelés már csecsemőkorban, vagy öt éves kor után, de mindenképpen a pubertás előtt elvégezendő. A kérdés most már az, hogy valóban mulasztást követ-e el az orvos, akl az Egészségügyi Világszervezet javaslata ellenére 3 hó és 2 év között nem végzi el a kryptorchismus kezelését. Legelőször azt említem meg, hogy a kryptorchismussal kapcsolatos diagnosztikai tévedések nem ritkák. A retrahált here elkülönítése a valódi kryptorchismustól nem mindig könnyű feladat. Az idő előrehaladása azonban kedvez a diagnosztizálásnak. Az ilyen állapotok a here fejlődése kapcsán kisgyermekkorban, iskoláskorban vagy a pubertásban teljesen rendeződnek. Sokszor csak többször megismételt vizsgálattal lehet tisztázni azt, hogy csupán pseudokryptorchismus áll fenn. Bizonyítja ezt, hogy a kryptorchismus előfordulásának a gyakorisága az észlelésektől függően igen változik. Az újszülöttkorban különböző szerzők 2–10%, az első életévben 0,7–4% között változó előfordulásról számolnak be. A különbség a számok között abból adódik, hogy a pseudokryptorchismus elkülönítése a valóditól nem mindig sikerül. A pseudokryptorchismus kezelést nem igényel. Annak a sebésznek, aki a pseudokryptorchismusokat is megoperálja, sokkal jobb a statisztikája, mint annak, aki csak a valódi kryptorchismust műti. A nagyon korán végzett operációknak tehát az a veszélye, hogy nem ritkán olyan csecsemőt is megoperálnak, aki ezt

nem igényelte volna. Másrészt jól ismert, hogy a műtét sikere attól függ, hogy elég hosszú-e a funiculus spermaticus. Ha a funiculus spermaticus rövid és a here rögzítése csak az erek megfeszülésével sikerül, a here degenerációjára nem hárítható el. Lunderquist és mtsai (Acta Paed. Scand. 1968, 57, 473.) andrographiával (pneumo-pelvigrafiával) végzett vizsgálatai szerint megállapítható, hogy inguinalis elhelyezkedés esetében is a here a tunica vaginalison kívül helyezkedhet el. Tehát tulajdonképpen ectopia áll fenn. Az ilyen esetek száma szerintük nem ritka, az esetek 83%-ában ez előfordul. (Az általános felfogás szerint az ectopia sokkal ritkább mint a retentio.) Ezekben az esetekben a here függesztőképletei elég hosszúak, tehát a műtét már egy éves kor előtt elvégezhető. Azokban az esetekben, amelyekben azonban valódi retentio áll fenn, a műtétet követően a heresorvadás veszélye fennáll, emiatt várakozó álláspont-ra helyezkednek. A fejlődés folyamán a funiculus spermaticus hosszában kedvező változás következhet be, és így a műtéti kilátások is jobbakké válnak. A csecsemőkorban szabályszerűen elvégzett műtét esetén tehát két veszély áll fenn: 1. olyan eseteket is műtenek, melyek maguktól is meggyógyultak volna (pseudokryptorchismus esetében a here elhelyezkedése abdominalis is lehet); 2. olyanokat is megoperálnak, amelyekben a műtéti kilátások jobbakké válnak, ha a gyermeket az iskoláskor előtt, vagy esetleg a praepubertásban operálták volna meg. Elfogadhatónak tartom Dénes dr. álláspontját, mely szerint 5–6 éves kor előtt végezzük el a műtétet, azzal a kiegészítéssel, hogy ha a műtét során — kétoldali kryptorchismus esetén — rövidnek találjuk a funiculus spermaticust, a másik oldali műtétet néhány évvel halasztjuk el.

A különböző referátumokból kiderül, hogy a műtétet megelőző hormonkezelés céljából human choriogonint javasolnak. Hazánkban human choriogonin nincs forgalomban. A human choriogoninnak több előnye van, hatásosabb, nem termel antianyagot, és ha a kúrát megismételjük, nem merülnek fel azok az aggályok a hatástalanság miatt, amelyek az állati eredetű choriogoninnal szemben fennállnak. A korai hormonkezelésnek alig vannak ellenjavallatai. Tehát az feltétlenül fontos volna, hogy hazánkban is beszerezhető legyen human choriogonin. Barta Lajos dr.

T. Szerkesztőség! Barta Lajos dr. észrevételei rávilágítanak azokra a megoldatlan kérdésekre, amelyek a kryptorchismus kóriszmézését és kezelését övezik. A WHO szakbizottságának összefoglalójához annak idején szándékosan nem fűztünk észrevételeket.

Előljáróban szeretnénk a terminus technicust tisztázni: kryptorchismusról beszélünk a herék hasüregi fennakadása esetén, ectopiáról a hasüregben kívüli rendellenes elhelyezkedéskor, retentio testisnek nevezzük azt az állapotot, amikor a herék a lágyékcatornában vagy azon kívül, de még nem a scrotumban foglalnak helyet, bívarhere, retractilis testis esetén a here a scrotumba lehozható, de a cremasterrostok rugalmasságánál fogva könnyen felcsúszik — esetleg rendszeresen fent is helyezkedik el.

A kryptorchismus, a retentio testis kóriszmézésében lehet tévedni, de nem szabad. Minden esetben gyermeksebészeten járta sebész döntse el, hogy mivel állunk szembe, tekintetbe véve a here elhelyezkedését, nagyságát, súlyát, tömörségét, konzisztenciáját, repónálhatóságát, lehúzhatóságát. Egyoldali retentio esetében döntő többségben anatómiai oka van a here fennakadásának, amit a hormonkezelés nem old meg.

Hormonkezelés javára irandó igazán kedvező hatást nemigen tapasztaltunk. Retentióknál a hormonkezeléssel óvatosan kell eljárunk, mert a lágyékcatornában elhelyezkedő here hirtelen megduzzadva nyomás alá kerül, s másodlagosan atrophizálódhat. Ha egyszer a hormonkezelés eredménytelen volt, nincs értelme megismételni — tehát nem kell tartani a sensitizációtól.

Ismert tény, hogy a fejlődési rendellenességek (pl. dongaláb, csipőficam) annál hamarabb és restitutio ad integrum gyógyulnak, minél korábban veszik kezelésbe őket. Ugyanez érvényes a kryptorchismusra és a retentio testisre is. (Elektronmikroszkópos vizsgálatok igazolják, hogy 1–2 éves kor után mélyreható változások mennek végbe a le nem szállt herék ultrastrukturájában. J. Ped. Surg. 10/1, 19–26. 1975.) Akkor, amikor ismert, hogy a le nem szállt — és később operált — herével rendelkezők között milyen nagy az infertilitás aránya, minden lehetőséget, főként a korai műtétet meg kell ragadni, hogy a későbbi, családi örököket s a teljesértékűség lelki egyensúlyát biztosíthassuk.

A műtét sikere nem egyedül a funiculus hosszán múlik. Számos más tényező — a cremaster tömege, a hererögzítés módja, a műtét időpontja — közrejátszik. Fiatalabb korban a szövetek — a funiculus is — rugalmasabbak. Itt ki kell térnünk a műtét károsító hatására, amivel számolnunk kell, de amit el lehet kerülni.

Kétoldali retentióknál, kryptorchismusnál a másik oldali műtét-

tel fél évnél hosszabb ideig nem célszerű várakozni. Előfordul, hogy a funiculus rövidege miatt ugyanazon az oldalon bizonyos idő elteltével újabb műtétet végzünk, két lépésben hozzuk le a testist.

Végeznünk kell a korai műtétet, hogy legyen kellő klinikai tapasztalatunk, s meggyőződjünk a jobb eredményekről. Szabó Mihály dr.

A „kaukázusi ember-typus” fogalmáról.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap egyik legutóbbi közleményében [Hévr Ödön dr.: A haptoglobin subtypusokról (Budapesti anyag vizsgálata), Orv. Hetil. 1975, 116, 1690] két ízben szerepel a „kaukázusi ember-typus” megjelölés.

Mivel az Ország-héle nagy An-

gol—Magyar Szótár 1970-es kiadásában is a „Caucasian” szónak csupán „kaukázusi” jelentése szerepel, a kifejezés használata esetén érdemes megemlíteni, hogy az amerikai nyelvhasználatban az eredetileg kaukázusi, Kaukázusból való jelentésű „Caucasian” főnév, ill. melléknév ma a tudományos és köznapi nyelvben egyaránt gyakrabban használatos *fehér (ember)* értelemben. Így pl. egy betegség gyakoriságának tárgyalásakor a „kaukázusi lakosság” megjelölés a színes bőrű (fekete stb.) lakossággal való összehasonlítást szolgálja.

Az elnevezés arra a téves feltételezésre vezethető vissza, mely szerint az indoeurópai (régében: indogermán) népek őshazája a Kaukázus környéke lett volna.

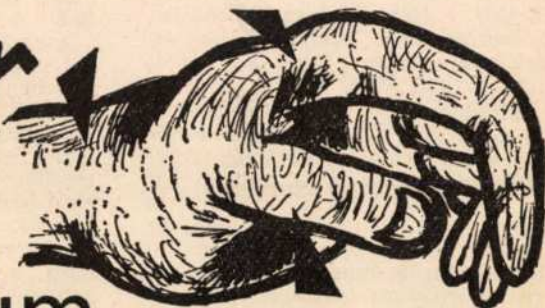
Romhányi Imre dr.

T. Szerkesztőség! A populációgenetika és az antropológia szakemberei hazánkban helyesebbnek tartják az „europid” esetleg „fehér (bőrű) ember” kifejezést. Az „europid” is kiegészítésre szorul amerikai fehére emberek esetében az amerikaiakra való utalással. — Egyes fogalmak szó szerinti fordítása sokszor é.térő színezetű a különböző nyelvekben. Az Egyesült Államokban nem tanácsos a „néger” szó alkalmazása. Nálunk a „fehér” szó kapott rasszista színezetet. Lásd a napi sajtóban az ilyen kifejezéseket: „a fajüldöző fehér kormány” „az elnyomó fehérek” s. i. t. A „kaukázusi” kifejezés alkalmazásában megnyilvánul bizonyos angol-szász gyakorlatiasság. A kifejezés tudományosan problematikus volta ellenére minden szakember ugyanazt érti alatta, és nincs politikai vagy érzelmi színezete.

Hévr Ödön dr.

Arthrofluor

kenőcs



Antirheumaticum

ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alanyagban.

JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek — gyulladásos 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
2449



KÖNYVISMERTETÉS

Therapie innerer Krankheiten. (Belgyógyászati betegségek kezelése). Szerkesztette E. Buchborn és 8 munkatársa. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1973, 650 + XXXI oldal, 32 ábra.

1965-ben ismertetem utoljára az Orvosi Hetilap olvasói számára részletes terápiás vonatkozású könyvét, mégpedig Ferdinand Hoff könyvének 10. kiadását. Az eltelt 10 esztendő alatt igen jelentős haladás történt a medicina minden ágában, így a terápiában is. Ennek a haladásnak igen jó dokumentációja a Springer-konzern kiadásában 1973-ban megjelent német nyelvű terápiás enciklopédia.

A müncheni Buchborn professzor 8 munkatársával vállalkozott arra, hogy a belgyógyászati terápia legújabb irányelveit napjainkig könyv formájában megszerkesztve kiadja. A 9 szerkesztő 80 közreműködő munkatárs segítségével állította össze 97 fejezetben a belgyógyászati betegségek (hozzávéve a fertőző betegségeket is) racionális terápiáját. A szerzők közül ismertebbek Schölmerich, Theil, Uehlinger, Krüick, Braunsteiner, Zöllner, Schettler, Kerp, Martini, Miescher, Siegenthaler, de a többi is a német nyelvterület kiválósága.

Minden fejezet rövid definícióval és nosológiai magyarázattal kezdődik, majd általános terápiás tervet tartalmaz, továbbá az indikációkat és contraindicationokat, valamint a szövödményeket és mellékhatásokat taglalja és megadja a vonatkozó legfrissebb, 5 évnél általában nem régebbi irodalmi adatok közül a legfontosabbakat. Az utolsó fejezet 14 pontban általános kezelési irányelveket tárgyal (antibakteriális th., corticoidok, cytostaticumok, immunosuppressív kezelés, diureticumok, anticoagulansok, intenzív th., detoxicálás, radioactiv- és sugárterápia, physikotherápia, psychopharmakonok, fájdalomcsillapítók és atatók). A könyv végén tárgymutató és az egyes fejezetekben említett gyógyszerek alfabetikus regisztere található.

Az említett utolsó fejezettel együtt 10 nagyobb részre osztott könyv a szív és keringés betegségeivel kezdődik 17 alfejezettel. Ebből a részből csak a digitalis-szal kapcsolatban emelném ki a következőket: minden ötödik esetben digitalis mellékhatással lehet számolni, ezek között a kamrai ES-ek, bigemina, teljes A-V block a gyakorisági sorrend. Fontos azt is megjegyezni, hogy idősebbeken a digitalis-intoxicatio gyakran nyugtalanságban és zavartságban nyilvánul meg. Figyelemre méltó adat az

is, hogy a strophantin nincs detronizálva (legalábbis a német nyelvterületen).

A légzőrendszer fejezet 8 részében ugyancsak számos új megállapítás található. Így pl. egyre inkább polgárjogot nyer a spasticus bronchitis terápiájában a theophyllin infusio, az asthma bronchiale kezelésében pedig a dinatrium chromoglycat. Megjegyzésre érdemes az az adat is, mely szerint az atypusos pneumoniae között a Mycoplasma pneumoniae 30—60%-ban fordul elő (therapeuticuma a tetracyclin). Az egyre szaporodó gyógyszerek között szép számmal akadnak olyanok is, melyek maguk is a tüdő interstitiumának megbetegedését okozzák, ezek közül az étvágycsökkentő Aminorex, a Myleran, némi ganglionbénító szer, a Methotrexat, Methysergid és a Nitrofurantoin a legismertebbek.

A vesék- és húgyutak fejezete 11 részből áll. Ebben érdekes adat többek között az akut glomerulonephritis oliguriás fázisában adott heparin infusio említése. Részletesen említik az idült veseelégtelenség diétás terápiáját, a dialysis kezelését.

A vérképzés betegségeit 16 alfejezet tárgyalja. Ebben is, a többi fejezetben is nagyon jól szerkesztett táblázatok segítik az áttekintést. Igen jó az agranulocytosist kiváltató gyógyszerek csoportosítása (mintegy 100 körüli gyógyszer), az akut leukaemiák cytokémiai módszerekkel való elkülönítése egymástól, a szerzett coagulopathiák, valamint a különböző thrombocytopathiák felsorolása.

Az anyagcsere 6 rész ismerteti, ezekben van szó többek között a diabeteses ketoacidosis terápiájáról (a legújabban alkalmazott kisadagú intramuscularis és infúziós terápiát még nem említik). A diabetes különböző aspectusait ugyancsak eléggé részletesen tárgyalják (fiatalkori, kapcsolata terhességgel, diabetes és műtét, stb.).

Az ízületek, csontok betegségei és az allergia 1 fejezetet alkot 3 részben, itt tárgyalják a collagenosisekat is, az osteoporosisok táblázatban való csoportosítása (generalizált és localizált formák) ugyancsak kitűnő.

Az endokrinológia rész 7 kisebb fejezetről áll, nagyon jó a különböző anyagcsere, illetve endokrin coma-esetek (hypophysis eredetű, myxoedemás, thyreotoxicus) kezelésének áttekinthető csoportosítása. A parathyreoidea betegségei között csak 3 fajta hyperparathyreoidismust említene, holott Kuhlensordt és Kracht már 1968-ban negyedsötötödrendű (paraneoplasticus)

hyperparathyreoidismusról is beszámolnak (Deutsch. med. Wschr., 1968, 93, 2411). Az endokrin exophthalmopathiák kezelésében a corticoidok és a röntgen irradiatio mellett a D-thyroxin medicatiót is említik, ennek az a hátránya, hogy a 6—12 hónapos kezelés rendkívül költséges.

A gastroenterologia 9 alfejezetről áll. Az ulcus-betegség kezelésében igen részletesen tárgyalják a Carbenoxolon-terápiát, melynek az utolsó 5—6 évben elég bőséges irodalma van. Ebben a fejezetben is található 2 igen jó táblázat. Az egyik a malabsorptiós syndroma okait csoportosítja 8 részben, a másik az exsudatív enteropathia 31 okát sorolja fel, sorra véve a gyomor, a béltractus, a szív, a vese betegségeit (utóbbiban csak a nephroticus syndromáról van egyedül szó). Az egész gastroenterologiai fejezetet a marburgi Martini professzor írta.

Az utolsó előtti fejezet a fertőző betegségek terápiájával foglalkozik 6 részben. A bact. fertőzések, tuberculosos, rickettsiososok és vírusinfekciók terápiája mellett (utóbbiak esetében az amantadin, nucleosidok, thiosemicarbazon, rifampicin, lysozym és a különböző vaccina-terápia a legismertebb) néhány oldalon a belső szervek mykosisával is foglalkoznak. A szerző, a bécsi Mlczoch, a gombás megbetegedések növekedését az antibacteriális, antibiotikus és steroid-terápia elterjedésében, az öregedő szervezet rosszabb immunállapotával magyarázza. A jelenleg használatos antimykoticumok közül fontos megjegyezni, hogy a Nystatin nem toxikus, a többiek jó része számos nem kívánt hatással rendelkezik.

Az elmondottak csupán egészen nagy vonalakban nyújthattak tájékoztatást az egyes szervrendszerek betegségeiben alkalmazott terápiás eljárásokról, részletekbe nem bocsátkozhattam. A könyv összeállításának szerencsés, a tárgymutató segítségével könnyen lehet bármi iránt tájékozódni, s a naponta piacra kerülő gyógyszerek között a leszűrt tapasztalatok alapján nem nehéz megválasztani a legmegfelelőbbet. A kritikai szemlélet végigvonul az egész könyvön, a szerkesztők célkitűzése sikerült, a ragyogó táblázatok nagyon megkönnyítik az áttekintést. A belgyógyászattal foglalkozó orvos nagy segítséget kapott ezzel a mintaszerű Springer-kiadvánnyal.

Iványi János dr.

Richard Hunter, Ida Macalpine: Psychiatry for the Poor. 1851 Colney Hatch Asylum — Friern Hospital 1973. A Medical and Social History. 1974. Dawsons of Pall Mall, London, 264 oldal, ára: vászonkötésben: 4,5 font, papírkötésben: 1,5 font.

A pszichiátria történetének két neves kutatója, az angol Macalpine és Hunter (anya és apa) számos ér-

dekes monográfia után — amelyek közül a Schreber-émlékiratok új kiadása és történeti feldolgozása világszerte ismert lett — sajátos témával foglalkozik ebben a kötetben: dokumentumok és személyes visszaemlékezések alapján megírja egy London környéki elmebetegintézet immár több mint 120 éves történetét. A szöveget sok kép és ábra élénkíti, a képek bemutatják a kórházat a különböző korszakokban, ápolókat és betegeket ábrázolnak, az ábrák pedig a kórház működésének statisztikai adataival ismertetik meg az olvasót. A statisztikai adatok között sok gazdasági természetű is található, ezekből képet kaphatunk a múlt század kórházainak költségvetési viszonyairól, anyagi gondjairól.

Természetesen a történetben legérdekesebb az, amit a szerzők a gyógyítás gyakorlatáról és annak változásairól írnak. A kórházra általában a haladó hagyomány volt jellemző. Bár voltak korszakok, amikor a betegek ellátásában a kényszer és a korlátozás került előtérbe, az igazgatók és vezető orvosok többsége becsületos és józan ember volt, és megértéssel, humanizmussal közeledett a betegekhez. Igen korán bevezették a kórházba a munkatherápiát, alkalmat adtak a betegeknek sportolásra, játékokra és szociális eseményekben való részvételre, és megfigyelhették ennek kedvező hatásait. Tapasztalták, hogy a sport vagy a játék sokszor megmozgatott, befolyásolhatóvá tett korábban reménytelennek tartott elmebetegeket is, akiket azután munkatherápiába, ill. foglalkoztatási terápiába lehetett vonni.

Az intézet korai történetében voltak olyan kezdeményezések, hogy ünnepi alkalmakkor a betegek szórakozásaiba, játékaiba bevonták a környék lakóit is, azzal a céllal, hogy a betegekkel szembeni előítéleteket csökkentsék. Ennek kedvező eredményei is voltak. Igen érdekes, hogy a kórház történetének e periódusaiban nehéz volt a gyógyult betegeket hazabocsátani, a kórház kellemes, humánus légkörében mindenki jól érezte magát. Hozzá tartozik persze ehhez az is, hogy a Colney Hatch Asylum (később kap-

ta a Friern Hospital nevet) a szegények kórháza volt, és az elbocsátott betegek többségére a külvilágban ismét szegénység várt.

A könyv tele van olyan adattal, gondolattal, amely az elmeegészségügy kérdéseiről érdeklődők számára hasznos és tanulságos lehet. Igen jó felügyeleti rendszer körvonalai bontakoznak ki a leírásokból, megtudjuk az ápolók funkciójában és szerepében beálló változások közvetlen okait és következményeit, kirajzolódik a medicina és ezen belül a pszichiátriai terápia fejlődésének hatása egy nagy kórház életére, stb. Külön említésre méltó a régi kórrajzok ismertetése, különösen a diagnosztikai tévedések területében.

A szerzők következetesen megmaradtak a történetíró szerepében, a kórház életét, múltját csupán leírják, de nem kommentálják, és következtetéseket nem vonnak le belőle. Ez az olvasóra marad. Így a könyv elsősorban dokumentum, de még így is kellemes, lebilincselő olvasmány.

A neves londoni kiadó igen szép kiállításban, finom papíron jelentette meg a könyvet, így tehát olvasása esztétikailag is kellemes élmény.

Buda Béla dr.

Böszörményi Miklós dr., Katona László dr. és Schweiger Ottó dr.: A felnőttkori tüdőbetegségek klinikuma. Medicina Könyvkiadó, Budapest 1974. 382 oldal, ára: 82,— Ft.

A modern tüdőgyógyászat jelentőségét aláhúzza az a körülmény is, hogy 8 évi szünet után az elmúlt két esztendőben e tárgykörből magyar szerzők tollából a Medicina kiadásában két kiváló könyv jelent meg. Ez szükségesszerű is volt, hiszen a tbc visszaszorulásával párhuzamosan a tüdőgyógyász hálózat feladata lett az egyéb mellkasi betegségek kórismézése, kezelése és gondozása is. Az egyik — *Miskovits Gusztáv dr.* professzor „Tüdőgyógyászat” című könyve — elsődlegesen orvostanhallgatók részére készült. A másik fenti szerzők munkája az új szakorvosjelöltek és a

régi „phthisiológusok” számára magában foglalja mindazt a hatalmasan felduzzadt ismeretanyagot, ami nélkül ma a tüdőgyógyászat már egy lépést sem tehet. Ennek megfelelően a könyv terjedelme is megnőtt ugyan, szerzők azonban kilenc fejezetre tagolt könyvükben részarányosan, biztos kézzel, a lényegyet tömörítve oldották meg feladatukat.

Dicséretesen a beteg vizsgálatával foglalkozó első fejezet a legterjedelmesebb. Gazdag klinikai tapasztalatok alapján hangsúlyozzák a beteg és az orvos személyes kapcsolatának a jelentőségét. Kórismező és gyógyító tevékenységük folyamán gondosan ügyelnek arra, hogy a beteg károsítása nélkül részére mindig a maximális segítséget nyújtsák.

Bőséges szakmai gyakorlatukat híven tükrözi a tüdő és a hörgők gyulladásos betegségei fejezetben a tbc tárgyalása, amiben elhagyták mindazt, ami már elavult és tömören összefoglalják a modern tüdőgyógyász követendő feladatait. Kiemelten foglalkoznak e fejezetben a tüdőgyulladással.

Jelentőségének megfelelő súllyal foglalkoznak a tüdő daganataival és biztos kézzel vezetik az olvasót a tüdő idült betegségeinek kórismézésében és kezelésében. Ezt követően a keringési betegségek tüdőbeni megnyilvánulásai, a tüdő fibrosisai és granulomatosusai kerülnek sorra, amit a légzőszervek fejlődési rendellenességei, a mellhártya, a mediastinum és a rekesz betegségei követnek. Végül külön fejezetben foglalják össze a tüdőbetegségekben előforduló klinikai tüneteket. Az olvasó tájékozódását és további információk szerzését gondosan összeállított tárgymutató és irodalmi utalások teszik lehetővé.

A könyv stílusa görögülény, élvezetes, helyesírása példamutató. A kifogástalan táblázatok megkönnyítik a szövegben foglaltak követését, az ábrák minősége pedig egyaránt dicséri szerzők válogató képességét és a kiváló nyomdatechnikát.

Szerzők nemzetközi szintű hézagpótló munkáját hasznosan forgathatják nemcsak a szakmabeliek, hanem mindazok is, akik a mai tüdőgyógyászat iránt érdeklődnek.

Pongor Ferenc dr.

MEGREDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



A HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet jelenleg az alábbi portáptalajokat készíti és adja forgalomba:

Bouillon
Tápagar
Dextróz és tápagar
Löffler-táptalaj
Endo-agar
Eosin—methilénkék agar
Desoxicholat—citrat agar
Brillantzöld agar
Bismutszulfid agar
Christensen-agar
Ureum—indol táptalaj
Desoxicholat—phenolvörös agar, 6-féle cukortablettával
(Dextróz, Lactóz, Saccharóz, Inozit, Dulcitol, Mannitol)
Russel-agar
Sabouraud-bouillon (4% glukóz)
Sabouraud-bouillon alap (cukor nélkül)
Holman-táptalaj (anaerob)
Cetrimid agar, szelektív táptalaj a pseudomonasok kimutatására
Universal táptalaj (konzervipari célra)
Szárított marhaepe por
Liofilezett tojássárga suspenzió Baird—Parker-táptalajhoz
Tisztított agar-agar por elektroforetikus vizsgálatokhoz

ÖSSZETÉTEL: A portáptalajok porított és szárított állapotban ugyanazokat az alkotórészeket tartalmazzák, mint a bakteriológiai diagnosztikában használatos folyékony vagy félig szilárd táptalajok.

ALKALMAZÁS: Bakteriológiai diagnosztika céljára.

CSOMAGOLÁS: 1, 2, 5 és 10 liternek megfelelő adagolásban kerül forgalomba.

TÁROLÁS: Száraz, sötét, hűvös helyen, jól lezárt üvegekben.

RENDELHETŐ: Közvetlenül a HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézettől.



HUMAN OLTÓANYAGTERMELŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET

1107 Budapest, Szállás u. 5.

17 óra

Az Ajkai Városi Kórház meglátogatása.

Október 17-én, pénteken 20 óra
Közös vacsora.

Október 18-án, szombaton 8 óra

Mestyán Mihály (Pécs): Oxygen-therápia és az újszülöttkori ellátás qualitása (30 perc).

Uhl Károly, Thodory Zsolt, Cselényi Gabriella (Ajka): A respirációs kezelés lehetőségei osztályunkon (15 perc).

Kiss József, Szalay Ildikó (Veszprém): A morphologiai és neurologiai érettségi jelek jelentősége a gestációs kor meghatározásában (10 perc).

Uhl Károly, Bélay Mária, Rendek Mária (Ajka): Vérnyomásmérés újszülött- és csecsemőkorban (10 perc).

Keszei Károly, Ádász Géza (Mossomagyaróvár): Az anyának adott oxytocin-infusio és az újszülöttkori sárgaság (10 perc).

Szalay Ildikó, Koncz Erzsébet (Veszprém): A koponyatérfogot és körfogat növekedésének vizsgálata koraszülötteknél (10 perc).

Szünet

Németh Erzsébet, Magyar Mária, Méhes Károly (Győr): Újszülöttkori anyagcsere-szűrővizsgálataink eddigi tapasztalatai (10 perc).

Soltész Gyula, Németh Erzsébet, Magyar Mária (Pécs—Győr): Histi-dinaemia (10 perc).

Kolonics Gyula, Varnava Charalambos (Nagykanizsa): Epidermoly-sis bullosa hereditaria (10 perc).

Koncz Erzsébet, Kardos Éva (Veszprém): Szokatlan lefolyású szervesphosphatészter-mérgezés (10 perc).

Szatmári György, Kelemen László (Sopron): Agyi abscessus előfordulása vitiumos beteganyagunkban (10 perc).

Schmidt Ottó (Szombathely): Fertőző gyermekosztály öt éves enterocolitises beteganyaga (10 perc).

Cholnoky Péter, Mangliár Károlyné, Szabó László (Szombathely): D-vitamin hatása. antiepileptikumot szedők egyes tubuláris funkcióira (10 perc).

Puklics István, Varnava Charalambos (Nagykanizsa): Vesekő-betegség osztályunk anyagában (10 perc).

Uhl Károly, Bélay Mária, Szabó László (Ajka): Gyermekkori hasi diagnosztika (10 perc).

Woth Péter, Nagy Márta (Ajka): Ismételt súlyos vérzést okozó Meckel-diverticulum (10 perc).

Vita

Bejelentések, elnökhelyettesi zárásó.

A Hódmezővásárhelyi Tanács Kórház 1975. október 17-én, pénteken 10 órakor, az Ifjúsági Házban (Zrínyi u. 1., Béke szállóval szem-

ben 1975. évi megyei kliniko-pathologiai konferenciát rendez.

1. V. cava superior syndroma, abscessus cerebri, perikarditis? (Szentesi Kórház).

2. Neuroloues (Kórház és Kórbonctani Intézet, Szeged).

3. Miliaris tüdőkép 21 éves férfin (Hmv.-helyi Kórház).

4. Ikterus (II. Belklinika és Kórbonctani Intézet, Szeged).

A Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Észak-magyarországi Decentruma 1975. október 18-án, 9.30 órakor, az edelényi Tüdőgyógyintézet Klubhelyiségében (III. em.)

kliniko-pathologiai tudományos ülést tart.

Üléselnök: Sótónyi Gábor dr.

1. Kraszkó Pál dr.: Köpet, hörgő-váladék és mellkasi folyadék cytologiai vizsgálatának hatékonysága.

2. Tanczos Géza dr., Mánik Károly dr.: Kliniko-pathologiai megbeszélés.

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete és a Vác városi Szónyi Tibor Kórház Tudományos Bizottsága 1975. október 18-án (szombat) 9.30 órakor Vácra, az Állami Zeneiskola hangversenytermében (Konstantin tér 8.) — a város fennállásának 900 éves és a kórház működésének 5 éves jubileuma alkalmából — ünnepi tudományos ülést rendez.

Program:

Kollár Lajos dr.: Megnyitó.

Előadások:

1. Prof. Bauer Miklós dr.: A hangvezető rendszer rekonstrukciója radicalis fülműtét után.

2. Székely Tamás dr.: Újabb megismerések jelentősége az arcideg és fültömrigy sebészetében.

3. Dévald József dr.: A nagyot-hallás epidemiológiájának néhány kérdése Borsod megyében.

4. Faragó László dr.: Szűrővizsgálatok jelentősége a fül-orr-gégészeti megbetegedések megelőzésében.

5. Korona Árpád dr.: Palatalis myoclonus (filmvetítés).

Társadalmi program:

13.00 órakor ebéd a Kőkapu étteremben a la carte.

14.30 órától kórházlátogatás és 15 órakor a Vácraótói Botanikus kert megtekintése szakvezetővel.

A Magyar Sebész Társaság 1975. október 23-án, 18 órakor, a Ssemelweis OTE I. Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Ullői út 78.) tudományos ülést tart.

Program:

1. Hangos György dr.: Bevezetés: a László Kórház sebészeti osztályának feladata és működése (5 perc).

A Magyar Gyermekorvos Társaság Nyugat-dunántúli Csoportja 1975. október 17—18-án Ajkán, a Városi Művelődési Központban tartja 26. tudományos ülést.

Program:

Október 17., péntek 9 óra

Bede Antal dr. megyei főorvos: Üdvözlés.

Cholnoky Péter (Szombathely): Elnökhelyettesi megnyitó.

Előadások:

Weisenbach János (Pécs): Post-asphyciás újszülöttek kardiorespiratorikus adaptációs zavarainak röntgen-diagnosztikája (30 perc).

Páldy László (Szeged): Újszülöttek és fiatal csecsemők nyelőcső-, gyomor- és duodenumvizsgálata (30 perc).

Szabó László, Uhl Károly (Ajka): Congenitalis bél-atresia eseteink.

Szünet

Vittay Pál (Budapest): Izotópkinetikai és scintigraphiás vizsgálatok csecsemőkori májmegbetegedések kórismezésében (15 perc).

Parócz Ervin (Budapest): Diagnosztikus eljárások a csecsemő és gyermekkor neuroradiológiájában (30 perc).

Szénásy József (Budapest): Gyermekkori cerebrovascularis körkpek radiológiája (15 perc).

Makay Anikó (Debrecen): Gyermekkori mediastinalis tumorok diagnosztikus problémái (20 perc).

Heger Flóris (Sopron): Bal-jobb shunttel járó veleszületett szívhibák elkülönítő röntgen-jelei (10 perc).

Kutor Jenő (Keszthely): 40 ágyas vidéki gyermekosztály radiológiai szükséglete és problémái az 1970—74-es években (10 perc).

Ebéd-szünet

Október 17., péntek, 14.30 óra

Kapcsányi Ignác (Pécs): Az uro-radiológia értéke a csecsemő- és gyermekgyógyászati diagnosztikában (30 perc).

Horváth Zoltán, Eper Tivadar, Brenner József (Sopron): Urographiai vizsgálatok a soproni gyermekosztály 3 éves anyagában (10 perc).

Kékesi Zsuzsa, Kassay László, Horváth Mária, Uhl Károly (Ajka): Hólyagpunctióval nyert tapasztalataink (15 perc).

Szünet

Madarász Judit (Budapest): Gyermek osteoporosis és osteosclerosis járó megbetegedései (20 perc).

Szabó László (Szombathely): Néhány veleszületett körkép radiológiai csontjelei (20 perc).

Vita

2. *Hangos György dr., Keleti György dr., Horváth Dezső dr.:* Az öregkori elzáródásos sárgaság sebészeti kezelésének lehetőségei (20 perc).

3. *Polyák Béla dr.:* A colitis ulcerosa műtéti kezelésével nyert tapasztalataink értékelése (30 perc).

4. *Horváth Dezső dr., Keleti György dr., Hangos György dr.:* A pancreasfej daganatok palliatív műtéti kezelésének tapasztalatai.

5. *Honti Gyula dr.:* Tanulságos septikus sebészeti esetek (10 perc).

6. *Szilágyi Ágnes dr.:* Differenciáldiagnosztikai problémák gyermekkori fertőző betegségek és akut sebészi kórképek között (10 perc).

A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága 1975. október 20—21—22—23-án Budapesten, a Magyar Tudományos Akadémia előadótermeiben (V., Roosevelt tér 9.)

28. **Nagygyűlést rendez.**

Október 20., hétfő

Plenáris ülés

9.00 óra: Megnyitó.

I. Főtéma: A tudatműködés zavarai.

10.00 óra: Referátumok:

Molnár L.: Az idegrendszer organikus károsodásaihoz társuló tudatzavarok.

Jellinger, K.: Tartós tudatzavarokkal járó állapotok neuropathológiája (német).

Böszörményi Z.: A psychogen tudatzavarok.

Pollner Gy.: A tudatzavar igazságügyi vonatkozásai.

Lenz, H.: Tudatzavarok igazságügyi jelentősége (német).

Schott, G.: Tudatzavar és psychopharmacoterapia igazságügyi szempontból (német).

A sectio

15.00—18.00 óra: I. Főtémához csatlakozó előadások.

B sectio

15.00—18.00 óra: *Psychiatriai tárgyú szabad előadások.*

C sectio

15.00—18.00 óra: *Neurológiai tárgyú szabad előadások.*

Október 21., kedd, 8.30 óra

Plenáris ülés

II. Főtéma: Az idegrendszer traumás sérülései.

Referátumok:

Leel-Össy L.: A friss agysérülések neuropathológiája.

Pásztor E.: Az agy akut sérülései.

Csermely H.: Az agy traumás sérüléseinek késői pathológiai szövődményei.

Török P.: Agytraumák késői klinikai következményei.

Bodosi M.: Echo-encephalographia a craniocerebralis traumák diagnosztikájában.

11.00 óra:

Walsa R.: A posttraumás EEG diagnosztikai és prognosztikai értékéről.

Bodosi M.: A gerincvelő traumás sérüléseinek neuropathológiája.

Mérei F. T.: A gerincvelő traumás sérülései.

Majerszky K.: A peripheriás idegek traumás sérülései.

Hasznos T.: Elektrofiziológiai vizsgálatok a környéki idegek sérüléseiben.

A sectio

15.30—18.10 óra: A II. főtémához csatlakozó előadások.

B sectio

15.30—18.00 óra: *Psychiatriai tárgyú szabad előadások.*

Október 22., szerda

A sectio

8.30—12.00 óra: A II. főtémához csatlakozó előadások.

B sectio

8.30—12.00 óra: *Neurológiai tárgyú szabad előadások.*

A sectio

15.30—18.00 óra: A II. főtémához csatlakozó előadások.

B sectio

15.30—18.00 óra: *Neurológiai tárgyú szabad előadások.*

Október 23., csütörtök

A sectio

8.30—10.40 óra: A II. főtémához csatlakozó előadások.

B sectio

8.30—10.50 óra: *Psychiatriai és neurológiai gyógyszertherapiás előadások.*

11.00—12.30 óra: *A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága közgyűlése.* (Párhuzamos tudományos program nincs.)

A sectio

15.00—16.00 óra: Az I. főtémához csatlakozó előadások.

B sectio

16.40—18.00 óra: *Psychiatriai tárgyú szabad előadások.*

C sectio

15.30—17.00 óra: *Neurológiai tárgyú szabad előadások.*

A kongresszus nyelve: magyar, angol, francia, német, orosz. Tolmácsolás nem lesz!

Vetítés: 5 × 5 cm diaposzítív, 16 mm mozgófilm.

Részvételi díj: 200,— Ft.

Kongresszusi iroda: Az Akadémia épületében október 20-án, hétfőn 1/28-tól, a többi napokon az előadások ideje alatt.

Társasági program: Október 20., este 8 óra, Fogadás a Budapest Szállóban, Október 21., este 8 óra. Kamarazene-est az Akadémia várbeli épületében (I., Országház u. 28.). Október 22., este 8 óra. Bankett a Citadella Étteremben.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Érsebszeti Intézet, a Balatonfüredi Szívkórház és a Vas Megyei Tanács Markuszovszky Kórháza, — a Veszprémi Akadémiai Bizottság Védnökségével — 1975. október 30-án Szombathelyen, a Véréllátó előadótermében (Dimitrov körút 42.) **Pacemaker ankétot** rendez.

Program:

10.00 óra: *Salánki János dr.:* Megnyitó.

Solti Ferenc dr.: A pacemaker kezelés indikációja, a pacemaker implantációban részesült betegek utókezelése.

Szabó Zoltán dr.: A pacemaker kezelés jelene, jövője.

Fehér Csaba dr.: A pacemaker kezelés lehetőségei az intenzív gyakorlatban.

Löblovics Iván dr.: A pacemaker kezelés aktuális kérdései a Markuszovszky Kórházban.

Hozzászólások, Vita.

Műszerbemutató, elektródabemutató.

A Korányi Sándor Társaság 1975. december 18—19-én **Nagygyűlést** tart Budapesten.

Téma: *Iatrogen ártalmak.*

A Nagygyűlésre előadások bejelentési határideje: 1975. november 1.

Az előadások időtartama 10 perc. Az előadások rövid, egy gépelt oldalas kivonatát a jelentkezéssel együtt, a Korányi Sándor Társaság főtítkára, *Eckhardt Sándor dr.* igazgató-főorvos címére (1525 Budapest 114. Pf. 21. Országos Onkológiai Intézet) kérjük eljuttatni.

Az Orvostovábbképző Intézet IV. Belgyógyászati Tanszéke

„*Psychotherapia a belgyógyászatban*”

címmel előadásorozatot rendez az alábbi programmal:

XI. 14. (péntek)

14.00 óra: *Mosonyi László dr.:* Megnyitó.

14.30 óra: *Óó Mária dr.:* Psychotherapia belosztályon.

15.45 óra: *Povázsai Éva dr.:* A larvált depressio felismerése és kezelése.

17.00 óra: *Koronkay Bertalan dr.:* Az autogen training.

XI. 21. (péntek)

14.00 óra: *Pertorini Rezső dr.:* A focalis psychotherapia alkalmazási területei belbetegségeken.

15.15 óra: *Buda Béla dr.:* Csoporttherapia.

16.30 óra: *Paulay Lajos dr.:* Csálátherapia psychosomatikus betegekkel.

17.45 óra: *Németh György dr.:* Carcinomás betegek psychotherapiája.

Előadások helye: Orvostovábbképző Intézet 3-as épület alagsori előadóterme (XIII., Szabolcs u. 35.).

Jelentkezéseket Intézetünk Oktatási osztályához (fenti címre) kérjük eljuttatni.

1976. évi orvostovábbképző tanfolyamok

I. Belgyógyászat

1. „Korszerű belgyógyászati therápia. A belgyógyászati osztályok vezetési feladatai” tárgyú tanfolyam osztályvezető belgyógyász főorvosok és helyetteseik részére X. 4—16.
2. „Újabbban előtérbe kerülő cardiológiai kórképek és újabb terápiás eljárások a cardiológiában” I. 26—II. 7.
3. „Az EKG értelmezése az újabb elektrophysiológiai ismeretek alapján. Az EKG szerepe a szívbetegségek diagnosztikájában” X. 18—30.
4. „Haladás a cardiológiai diagnosztikában és terápiában” *Miskolcon* IX. 20—X. 2.
5. „Új módszerek az endocrin betegségek diagnosztikájában és terápiájában” IX. 20—X. 2.
6. „Diagnosztikai tanfolyam haematologiai és autoimmun betegségek tárgyköréből” III.22—IV. 3.
7. „Korszerű racionalis terápia belgyógyászati megbetegedésekben, különös tekintettel a pharmacológiai hatásmechanizmusra” *Győrött* IV. 5—17.
8. „Belgyógyászati diagnosztika és terápia” tárgyú tanfolyam belgyógyász szakorvosjelöltek részére II. 9—III. 20. és XI. 8—XII. 18.
9. „A belgyógyászat válogatott fejezetei” (immunologia, nephrologia, hypertensio, endocrinologia) tárgyú tanfolyam belgyógyász osztályvezető főorvosok és helyetteseik részére II. 23—III. 6.
10. „Chronicus szívbetegség kezelése és gondozása” IV. 12—24.
11. „A haemorrhagiák és thrombosisok klinikai vonatkozásai” V. 31—VI. 5.
12. „A klinikai immunologia alapjai” XI. 15—XII. 4.
13. „Immunológiai módszertani továbbképző tanfolyam” X. 11—23.
14. „Klinikai haematologia” II. 9—28.
15. „A transfusiologia, haematologia, immunologia legújabb eredményei” V. 3—22.
16. Intenzív betegellátás elmélete és gyakorlata” V. 3—VI. 12.
17. „Heveny és idült mérgezések diagnosztikája és terápiája” VI. 7—19.
18. „Nephrologia” tárgyú tanfolyam vezető beosztású urológusok és belgyógyászok részére X. 4—16.
19. „Chronicus veseelégtelenség pathológiája és klinikuma. Peritonealis dialysis” *Miskolcon* XI. 22—XII. 4.
20. „Gastroenterológiai endoszkóp tanfolyam” XI. 8—20.
21. „Oxyologia” (orvosi elsősegély) III. 22—IV. 3. és V. 24—VI. 5.

22. Továbbképző tanfolyam az elsősegélynyújtást oktatók részére IV. 26—V. 8.

II. Sebészet

1. „Általános sebészeti tanfolyam” szakorvosjelöltek részére IX. 6—X. 2.
2. „Érsebészet” XI. 1—20.
3. „Korszerű irányzatok az akut hasi sebészetben” III. 1—13.
4. „Eszközös hasi diagnosztika” V. 31—VI. 5.
5. „Operálható szívbetegségek diagnosztikája és terápiája X. 25—30.
6. „Válogatott fejezetek a hasi sebészetből” (határterületi problémák) XI. 15—27.
7. „Új irányelvek a gastroenterológiában” IV. 26—V. 8.
8. „Anaesthesiológiai és progresszív betegellátás néhány kérdése” továbbképző tanfolyam I. 19—II. 7.
9. „A tápcsatorna sebészetének újabb kérdései” XI. 29—XII. 11.
10. Ambuláns általános sebészeti tanfolyam” *Győrött* V. 17—29.
11. „Égési sérültek ellátásának korszerű elvei és gyakorlata” II. 9—III. 6.

III. Gyermekgyógyászat

1. „Csecsemő és gyermekgyógyászat” szakorvosjelöltek részére I. 5—31. és IX. 6—X. 2.
2. „Gyermekgyógyász osztályvezető főorvosok hagyományos és új feladatai” főorvosok és másodfőorvosok részére V. 3—15.
3. „Intenzív ellátás a csecsemő és gyermekkorházban, különös tekintettel a parenteralis táplálás lehetőségeire” III. 15—27.
4. „Gyermekbőrgyógyászati tanfolyam” X. 11—23.
5. „Neonatalgia-koraszülött ellátás” IV. 5—24.
6. „A diagnosztika és terápia haladása a gyermekgyógyászatban” XI. 1—13.
7. „Somato-psychés teendők a prae- és postnatalis életben, valamint a későbbi gondozás terén” *Miskolcon* V. 31—VI. 12.
8. „Heveny katasztrófák a csecsemő és gyermekgyógyászatban” V. 17—29.
9. „Gyermekkori malignus betegségek korai diagnosztikája és korszerű terápiája” X. 25—30.
10. „Intenzív terápia az újszülötkorban” tárgyú tanfolyam. *Budapest*: II. 23—28., VI. 7—12., X. 4—9. *Pécs*: III. 1—6. *Szegeden*: V. 31—VI. 5. *Debrecenben*: X. 18—23.
11. „Heveny és idült mérgezések diagnosztikája és terápiája” VI. 7—19.
12. „Gyermekpulmonológiai tanfolyam” XI. 15—XII. 4.
13. A körzeti gyermekorvos területi feladatai (megelőzés, gondozás, betegellátás, iskola- és sportorvosi feladatok) XII. 6—18.

IV. Szülészeti-nőgyógyászat

1. „Korszerű terhesgondozás. A család- és nővédelem elméleti és

gyakorlati kérdései” V. 10—29.

2. „Perinatalis diagnosztika. Intenzív szülészob. Korszerű szülésvezetés. Neonatologia” IX. 6—18.

3. „Endocrinologia és genetikai problémák a szülészet-nőgyógyászatban. A gyermek-gynaecologia kérdései” III. 15—IV. 3.

4. „A szülészet-nőgyógyászat aktuális kérdései” szakorvosjelöltek részére I. 5—24.

5. „A magzati veszélyeztetettség felismerése a terhesség és szülés alatt” *Debrecenben* III. 15—27.

6. A családtervezés egészségügyi és szociális vonatkozásai. Nővédelmi tanácsadás” *Miskolcon* X. 18—30.

7. „Nőgyógyászati tumorok korai diagnosztikája” IX. 27—X. 16.

V. Szemészet

1. „Szemészeti tudnivalók szakorvosjelöltek részére” I. 26—II. 7.
2. „Ophthalmoneurologia. Strabismus. Számítástechnika alkalmazása a szemészetben” X. 4—16.
3. „Szemészeti microchirurgia” *Pécs* IV. 5—17.
4. „Az immunologia modern módszerei a szemészetben. A szem biokémiája” *Szegeden* IX. 6—18.

VI. Idegyógyászat

1. „Kórházi és kórházon kívüli elmebetegellátás módszerei” I. 12—31.
2. „A neurologia alapvonalai” IV. 5—24.
3. „Az elmebeteg ellátás alternatívái és irányításának módszerei” X. 4—9.
4. „Klinikai electroencephalographia és electromyographia” XI. 8—20.
5. „Endogen psychosisok” *Győrött* V. 3—15.

VII. Urologia

1. „Az urologia egyes fejezetei” szakorvosjelöltek részére, II. rész. III. 1—27.
2. „Nephrologia” vezető beosztású urológusok részére X. 4—16.
3. „Urogenitalis rendszer plasztikai műtétei” *Győrött* IV. 20—30.
4. „Chronicus veseelégtelenség pathológiája és klinikuma. Peritonealis dialysis” *Miskolcon* XI. 22—XII. 4.

VIII. Orthopaedia

1. „Gyermekorthopaediai problémák, újabb konzervatív és műtéti eljárások” III. 8—20.
2. „Újabb műtéti eljárások a coxarthrosis kezelésében” XI. 15—20.

IX. Fül-orr-gégészet

1. „A hangképzés zavarai” (phoniatria) IX. 13—25.
2. „A fül-orr-gégégyógyászat határterületi problémái” II. 2—14.
3. „Funkcionális vizsgáló eljárások a fül-orr-gégészetben” *Miskolcon* V. 3—15.

X. Anaesthesiologia

1. „Anaesthesiologiai tanfolyam” anaesthesiologus szakorvosjelöltek részére IV. 5—VI. 26.
2. „Alapfokú anaesthesiologiai tanfolyam” *Budapest* IX. 6—XI. 27., *Debrecenben* I. 5—III. 27.
3. „Anaesthesiologia és progresszív betegellátás néhány kérdése” továbbképző tanfolyam I. 19—II. 7.

XI. Röntgenologia

1. „Általános radiológiai ismeretek” (alap) I. rész I. 5—24.
2. „Általános radiológiai ismeretek” (haladó) X. 25—XI. 13.
3. „Röntgenosztályok szervezése, vezetése, a korszerű vizsgáló módszerek figyelembevételével” vezető főorvosok és helyetteseik részére IV. 5—24.
4. Csontizületi elváltozások röntgendiagnosztikája és terápiája” XI. 29—XII. 18.
5. „Izotóp diagnosztika és terápia” (alapképző) V. 10—VI. 26.
6. „A gyakorlati sugárterápia eszközei, módszerei és eredményei” IV. 5—17.
7. „Traumatológiai röntgendiagnosztika” V. 31—VI. 12.

XII. Sportorvostan

1. „Sportorvosi továbbképző tanfolyam” III. 1—13.
2. „Sportorvosi tanfolyam” IX. 13—25.

XIII. Rheumatologia

1. „Rheumatológiai és fizioterápiás alapképző tanfolyam” II. 16—III. 13.
2. „Fizioterápiás tanfolyam” V. 10—29.
3. „Rheumatológiai továbbképző tanfolyam” (határterületi kérdések) X. 18—30.

XIV. Közegészség-tan-járványtan

1. „Hygienikus orvosképző tanfolyam” mely két részből áll: a) 4 hónap bentlakásos tanfolyam I. 5—IV. 30., b) 4 hónapos kötelező egyéni továbbképzés.
2. „A járványügy aktuális kérdései” X. 18—30.
3. „A környezetvédelem aktuális kérdései” IX. 20—X. 2.
4. „A munkaegészségügyi epidemiológiai és szűrővizsgálatokban alkalmazható klinikai laboratóriumi vizsgálatok” III. 8—20.
5. „A mezőgazdaság munkaegészségügyi problémái” I. 19—24.
6. „Az élelmiszer-mikrobiológia fejlődésének újabb irányai” III. 22—27.
7. „Az élelmiszeripar, kereskedelem és közétkeztetés területén alkalmazott korszerű, új technológiák” X. 18—30.
8. „Sugárhygiene” XI. 29—XII. 4.

XV. Egészségügyi szervezés

1. „Társadalomorvostan (egészségügyi szervezés)” (kétéves konferenciás tanfolyam). Bevezető bentlakásos tanfolyam: I. 12—24.

2. „Munkaalkalmasság, keresőképesség, munkaképesség, rehabilitáció, egészségügyi szervezési, jogi, társadalombiztosítási kérdések” X. 4—16.

3. „Epidemiológiai — morbiditási vizsgálatok tervezése, szervezése és módszertana” III. 1—13.

XVI. Tüdőgyógyászat

1. „A tüdőgyógyászat alapfogalmai” III. 1—27.
2. „Haladás a tüdőgyógyászat diagnosztikájában és terápiájában. A vezetés modern módszerei” IX. 20—X. 2.
3. „A tüdőgyógyászat legújabb eredményei és azok felhasználása a megyei gondozóvezetői gyakorlatban. A reintegráció kérdései” V. 17—22.
4. „Chronicus nem specifikus légzési betegségek (CNSLB)” IV. 12—24.
5. „A tüdő, a mellhártya és a mediastinum daganatos betegségei” X. 4—16.
6. „A légzés és keringés összefüggései normális és kóros viszonyok között” *Debrecenben* V. 3—15.

XVII. Bőr- és nemibetegségek, Kozmetologia

1. „A dermato-venerologia aktuális kérdései” továbbképző tanfolyam XI. 29—XII. 11.
2. „Előkészítő tanfolyam (szakvizsga és gyógyintézeti munka)” bőrgyógyász szakorvosjelöltek részére X. 25—XI. 20.
3. „Kozmetologia” tanfolyam, szakorvosjelöltek részére I. 12—31.
4. „Gyermekebőrgyógyászati tanfolyam” X. 11—23.

XVIII. Fog- és szájbetegségek

1. „Szakvizsgaelőkészítő tanfolyam I. 5—31., IX. 6—X. 2.
2. „Lemez fogpótlás” II. 2—28. és X. 4—30.
3. „Rögzített fogpótlás. Parodontologia” III. 1—27.
4. Továbbképző tanfolyam fővárosi és vidéki rendelőintézeti fogászati osztály- és csoportvezető főorvosok részére IV. 5—30.
5. „Fogászati egészségügyi szervezési továbbképző tanfolyam megyei és fővárosi (területi) stomatologus főorvosok részére V. 10—22.
6. „Gyermekekből fogászat. Orthodontia” V. 24—VI. 12.
7. „A gyakorlati fogorvos szájsebészete. Fogászati röntgendiagnosztika” XI. 1—27.
8. „Szakvizsgaelőkészítő tanfolyam” az általános fogorvosi gyakorlatban dolgozó vidéki szakorvosjelöltek részére *Debrecenben* III. 1—27.
9. „Fogászati tanfolyam” megyeszékhelyeken kívül dolgozó fogorvosok részére *Debrecenben* X. 18—XI. 13.

XIX. Laboratórium

1. „Laboratóriumi diagnosztika (haematologia, klinikai kémia és

bakteriologia)” szakorvosjelöltek részére. II. 2.—IV. 30.

2. „A laboratóriumok vezetés-technikai kérdései” (haematologia, bakteriologia, klinikai kémia stb.) vezető főorvosok részére IX. 20—X. 2.

XX. Kórszövetani- és kórszöveteti vizsgálatok

1. „Kórszöveteti diagnosztika” szakorvosjelölteknek I. rész: II. 9—28., II. rész: X. 4—23.
2. „Támasztószövetek modern morfológiai vizsgáló módszerei” *Debrecenben* IX. 20—X. 2.

XXI. Onkopathologia

1. „A daganatopathologia és kórszöveteti daganat diagnosztika időszerű kérdései” IV. 5—17.
2. „A daganatok cytológiai diagnosztikája” XI. 15—27.

XXII. Onkoradiologia

1. „A gyakorlati sugárterápia eszközei, módszerei és eredményei” IV. 5—17.
2. „A rosszindulatú daganatok klinikai ellátása” (mell- és hasüregi, vérképzőszervi daganatok, stb.) XI. 15—27.
3. „Nőgyógyászati tumorok korai diagnosztikája” IX. 27—X. 16.
4. Alapképző tanfolyam az ionizáló sugárzásokkal foglalkozók alkalmassági vizsgálatát végző orvosok részére III. 8—13.

XXIII. Traumatologia

1. „Általános traumatologia” a) I. 5—III. 26., b) IX. 6—XII. 10.
2. „A korszerű osteosynthesis indikációi, módszerei és veszélyei” intenzív tanfolyam súlyos traumát ellátó sebész, orthopaed és traumatologus vezető főorvosok részére IV. 5—10.
3. Neurotraumatologia, maxillofacialis és szemsérülések ellátása” IV. 12—30.
4. „Hasi és mellkasi sérülések (thoraco-abdominalis) kezelése” V. 3—22.
5. „Traumatológiai röntgendiagnosztika” V. 31—VI. 12.
6. „Kézsebészeti tanfolyam” XI. 8—27.

XXIV. Fertőző betegségek

1. „Fertőző betegségek klinikuma és terápiája” szakorvosjelöltek részére V. 17—29.

XXV. Honvédelmi orvosi továbbképzés

1. „A közegészségügyi-járványügyi felügyelet gyakorlati kérdései” I. 26—30.
2. „Égési sérültek ellátásának korszerű elvei és gyakorlata” II. 9—III. 6.
3. „Kisegítő anaesthesiologus-képző tanfolyam” fogorvosok részére III. 22—VI. 18.
4. „Továbbképző kisegítő anaesthesiologus tanfolyam” IX. 6—X. 15.

5. „Tömeges sérültellátás belgyógyászati vonatkozásai” IV. 5—17.
6. „Tömeges sérültellátás sebészeti vonatkozásai” X. 11—22.
7. „Egészségügyi ellátás szervezése katasztrófa körülmények között” XII. 6—11.
8. Szükségkórházrendszer terve-szervezése”.
9. „Orvosi és orvos előtti segélytömegsérülések esetén”.

XXVI. Munka- és üzemegészségtan

1. „Üzemorvosi tanfolyam” (mezőgazdasági üzemorvosok részére is) IX. 20—XII. 18.
2. „Foglalkozási betegségek diagnosztikája és terápiája” II. 23—III. 6.
3. „Munkaegészségügyi epidemiológiai és szűrővizsgálatokban alkalmazható klinikai laboratóriumi vizsgálatok” III. 8—20.
4. „A mezőgazdaság munkaegészségügyi problémái” I. 19—24.
5. „A foglalkozási bőrbetegségek diagnosztikája” IV. 12—17.
6. „Toxicológiai biokémia újabb kérdései és eredményei” XI. 22—27.

XXVII. Körzeti orvosok továbbképzés

1. „Továbbképző tanfolyam” (körzeti orvosok részére) *Budapest* a Területi Vezető Kórházakban időtartam: 2 hét (az elméleti részt kétéhetes sávkórházi gyakorlat követi).
2. „Továbbképző tanfolyam a Győr megyei körzeti orvosok részére” *Győrött* évente 1 alkalommal (2 hetes elméleti részt 2 hetes kórházi gyakorlat követi).
3. „Az ischaemiás szívbetegség” körzeti orvosok részére XI. 22—XII. 4.

XXVIII. Több területet, illetve szakképesítéshez nem kötött munkaköröket érintő tanfolyamok

1. „Transzfúziós alapismeretek” *Budapest* 1. István Kórház Alközpont: IV. 12—17., XI. 22—27. 2. OTKI Vérellátó Osztály: V. 3—8., IX. 18—23. 3. Péterfy S. u. Kórház Alközpont: V. 31—VI. 5. Vidéken Megyei Alközpontokban (Baranya, Csongrád, Hajdú és Vas megye kivételével).
2. „Transzfúziós felelős tanfolyam” *Budapest*: I. 19—31., IX. 27—X. 9., XII. 6—18., *Pécsett*: II. 16—28., *Szegeden*: IV. 26—V. 8., *Debrecenben*: XI. 8—20., *Szombathelyen*: IX. 13—25.
3. „Transzfúziós alapismeretek” *Budapest* (központilag kijelölt orvosok részére): II. 16—21., IV. 19—24., VI. 14—19., VIII. 9—14., X. 18—23., XII. 13—18.
4. „Transzfúziós alapismeretek” honvédorvosok részére.
5. „Repülőorvosi tanfolyam” hivatásos repülőorvosok, illetve repülőszakorvos jelöltek részére *Kecskeméten* II. 2—28.
6. „Bűnügyekkel foglalkozó rend-

őrorvosok továbbképző tanfolyama” IX. 11—XI. 6.

7. „Munkaképesség, keresőképesség, munkaalkalmasság elbírálása a vasútüzemorvosi gyakorlatban” III. 15—30.

8. „A társadalombiztosítási orvosszakértői munka elméleti és gyakorlati problémái” III. 29—IV. 9.

Megjegyzés:

Azon tanfolyamok helyét, melyek *Budapest*en kerülnek megrendezésre nem tüntettük fel.

A Magyar Angiológiai Társaság 1975. október 24—25—26. között **Pécsett tudományos konferenciát** rendez.

Téma: *Az idült verőérbetegségek kezelésének lehetőségei.*

A konferencia megnyitása és a referátumok 1975. október 24-én, pénteken 14 óráig, valamint a kerekasztal-konferencia október 26-án vasárnap 9.30 óráig a „400 ágyas Klinikában” előadótermében, míg az egyes referátumok témájához csatlakozó előadások két szekción — 1975. október 25-én, szombaton délelőtt 9 óráig, illetve délután 15.30 óráig az elméleti tömb egymás mellett levő tantermeiben lesznek.

A referátumok időtartama 20 perc, a csatlakozó előadásoké maximum 10 perc, a vetítési idővel együtt.

A konferencia helye: Pénteken és vasárnap, október 24-én és 26-án a „400-ágyas Klinikában” előadóterme (bejárat az Ifjúság útja felől), szombaton, 25-én az „A” és „B” szekció helye az elméleti tömb tantermei (bejárat a Szigeti útról).

Lehetőség van 5 × 5 cm-es dia- és keskenyfilm vetítésre. A vetítésre kerülő diákat kérjük a vetítővászon felé eső jobb sarokban jelzéssel el látni, és azokat — az előadó nevét s az előadás címét feltüntető dobozban — az előadás előtt 20 perccel a vetítőnek átadni.

Résztvételi díj: a Magyar Angiológiai Társaság tagjai részére 200,— Ft, más résztvevőknek 300,— Ft, kísérőknek 100,— Ft, a Magyar Angiológiai Társaság „ifjúsági tagjai”-nak díjmentes.

A résztvételi díj magában foglalja a konferencia látogatásán kívül a tudományos ülések programját, az ismerkedési est cocktail-partyjának költségeit.

A fogadás helye: Az elméleti tömb aulája.

A kongresszus nyelve: magyar.

Elszállásolás: A Nádor és Pannónia Szállókban kétágyas, fürdőszobás szoba reggelivel, napi 370,— Ft, a Nádor és Pannónia Szállókban kétágyas, fürdőszoba nélküli szobák reggelivel, napi 220,— Ft, I. osztályú IBUSZ-szoba, fürdőszoba-használattal napi 70,— Ft.

Étkezési lehetőségek: Nádor Szálló Étterme, Pannónia Szálló Étterme, Olympia Étterem (Uránváros), Vadaskert, Szöllőskert, Fenyves Szálló Étterme (Mecsek), Tv-Éttermem (Misinetető).

A szállodai szobafoglalással egyidejűleg kérjük a résztvételi díjat a Magyar Angiológiai Társaság címére befizetni (OTP XII. ker. fiók. 1126 Bp. Böszörményi út 9—11. 530-417. *Magyar Angiológiai Társaság* javára).

Regisztrálás: Október 24-én 9 óráig a „400-ágyas Klinikában” Ifjúság utcai bejáratától megközelíthető hallban.

A kongresszusi titkárság: október 24—26. között a „400-ágyas Klinikában” tanteremének előtere.

Az előadások összefoglalóinak be- küldése: Urai László dr. főtitkár címére (1450 Budapest, Pf. 88.).

Program

1975. október 24-én, pénteken, 14 órakor ünnepélyes megnyitótartja a Pécsi Orvostudományi Egyetem rektora.

14.30 óra: *Referátumok.*

Üléselnökök: *Bugár Mészáros Károly dr., Kiss Tibor dr.*

Témakörök:

1. *Röntgen-diagnosztika* (Than Zoltán dr.).
2. *Izotópos vizsgáló eljárások* (Solti Ferenc dr.).
3. *Non-invasív diagnosztikai módszerek* (Farkas Péter dr. és Káli András dr.).
4. *Konzervatív kezelés elvei* (Urai László dr.).
5. *Sebészi kezelés elvi része* (Soltész Lajos dr.).
6. *Cerebrovasculáris erek sebészete* (Lakner Géza dr.).
7. *A zsigeri erek sebészete* (Kiss Tibor dr.).
8. *A végtagerek sebészete* (Stefanics János dr.).
9. *Aneurysma-sebészet* (Papp Sándor dr.).
10. *Verőérbetegségben szenvedők rehabilitációja* (Okos Gizella dr.).
11. *Amputáltak rehabilitációja* (Borsay János dr.).

20 óra: Ismerkedési est, állófogadás — a Pécsi Orvostudományi Egyetem Aulájában.

1975. október 25., szombat, 9 óra „A” szekció

Röntgen diagnosztika

Üléselnökök: *Than Zoltán dr., Pénztáros Iván dr.*

1. *Fráter L. dr., Pepó J. dr., Csajbók E. dr.* (Röntgen és I. Sebészeti Klinikában, Szeged): Tapasztalataink a hasi aorta és az alsó végtag verőérbetegségeinek vizsgálatában 150 translumbalis aortographia kapcsán.

2. *Horváth Z. dr.* (Markusivszky Kh., Szombathely): Hatvan lumbalis aortographia kritikai elemzése.
3. *Böhm K. dr., Somogyi J. dr.,*

Tabár L. dr. (Radiológiai Klinika, Pécs): Az oldalirányú hasi aortogram jelentősége az arteria coeliaca stenosis diagnosztikájában.

4. Tabár L. dr., Somogyi J. dr., Herr Gy. dr., Böhm K. dr. (Radiológiai Klinika, Pécs): Hasi erek auscultatiója és phonoangiographia.

5. Berentz E. dr. (OTKI I. Sebészeti Tanszék): Szelektív angiographia az érbetegségek diagnosztikájában.

6. Horváth L. dr., Varró J. dr. (Radiológiai Klinika, Pécs): Az arteria coeliaca ágainak superselectiv angiographiája.

7. Fontányi S. dr., Rakonczay Gy. dr., Nagy I. dr., Rück K. dr. (Péterfy S. u. Kh. Bp.): Az arteria profunda femorisnak — mint az alsó végtag „fő collateralisának” — angiographiai és klinikai jelentőségéről.

8. Degrell I. dr. (Megyei Kh., Zalaegerszeg): Szimultán alsóvégtag angiographia mozgó asztalon.

9. Varró J. dr., Herr Gy. dr., Lelkes J. dr., Tekeres M. dr. (Radiológiai Klinika, Pécs): A kéz idült verőérbetegségeinek angiographiai vizsgálata.

10. Gács Gy. dr. (Idegsebészet, Pécs): Az agyi erek selectiv angiographiája.

11. Mérei T. dr. (Idegsebészet, Pécs): Fluorescens angiographia jelentősége az agyi érbetegségek műtéti kezelésénél.

1975. október 25., szombat

„A” sectio

Izotóp vizsgáló eljárások és non invasiv diagnosztika

Üléselnökök: **Solti Ferenc dr., Lelkes József dr.**

1. Varró J. dr. (Radiológiai Klinika, Pécs): Tapasztalataink izotópvizsgálású szimultán kétoldali alsóvégtag angiographiával.

2. Fényes Gy. né dr., Gótz Gy. dr., Móricz I. dr. (Korvin Ottó Kh., Bp.): Lumbalis sympathectomiák hatásának vizsgálata radiocirculographiás módszerrel.

3. Márk B. dr., Lelkes J. dr., Kiss T. dr. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): Haemodynamikai adatok és a klinikai stadium összehasonlítása verőérbetegségeknél.

4. Szodoray S. dr., Soltész P. dr. (Városi Kh., Sátoraljaújhely): Csúcsidő vizsgálat diagnosztikai segítségével a végtagok verőérbetegségeiben.

5. Tahy Á. dr. (Balassa János Kh., Bp.): A QK intervallum mérésének jelentősége az érelmeszesedés progressiójának megítélésében.

6. Tóth E. dr., Nádasdy K. dr. (MÁV Kh., Bp.): A vér redoxipotentáljának emelkedése vérellátási zavarokban.

7. Szirtes M., Papp S. dr., Sárman P. dr., Simonyi J. dr. (Bajcsy-Zsilinszky Kh. és Érsebészeti Intézet, Bp.): Vizsgálatok alsó végtag idült verőérelzáródásában.

8. Lelkes J. dr., Márk B., Kiss T. dr. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): Alsóvégtagok vérkeringésének vizs-

gálata helyreállító érműtétek után.

9. Gótz Gy. dr., Móricz I. dr. (Korvin Ottó Kh., Bp.): Lumbalis sympathectomiák várható eredmények megítélése Doppler vizsgálattal.

10. Hunyi L. dr. (Központi Állami Kh., Bp.): A Doppler vizsgálat jelentősége a lumbalis sympathectomia indikációjában és várható eredményében.

11. Sulyok Z. dr., Dzsinič Cs. dr., Tóth L. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): Klinikai vizsgálatok sympathectomiák eredményességének kérdéséhez.

12. Herr Gy. dr., Horváth L. dr., Illés I. dr., Márton Z. dr. (I. Belklinika, RTG, I. Sebészeti Klinika, BM Megyei Kh., Pécs): Alsóvégtagok angiogramjainak változása Dotter angioplastika után.

13. Szádóczy E. dr., Faragó A. dr., Sömjen Gy. dr., Lakner G. dr. (OTKI I. Sebészeti Tanszék): Peripherias motoros ideg vezetési sebességének alakulása chronicus végtag-ischemiában.

14. Tóth E. dr., Kelemen L. dr., Viczian E. dr. (MÁV Kh., Bp.): Cerebralis ischaemiák diagnosztikájában szerzett rheoencephalographiás tapasztalataink.

1975. október 25., szombat, 15.30 óra

„A” sectio

A konzervatív kezelés elvei

Üléselnökök: **Urai László dr., Meskó Éva dr.**

1. Urai L. dr., Farkas P. dr., Káli A. dr., Wagner M. dr. (Országos Kardiológiai Intézet, IV. Belklinika, Bp.): Klinikai tapasztalataink Proctonin (pyridinolkarbamát) obliteratív verőérbetegségben.

2. Jarabin I. dr. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): Thrombosis profilaxis érbetegségeknél.

3. Turbók E. dr., Gloviczki P. dr., Moravcsik E. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): Alacsony molekulású dextran infusio jelentősége chronicus verőérelzáródások kezelésében.

4. Weigl M. dr. (Markusovszky Kh., Szombathely): Érsebészeti betegek belgyógyászati problémáiról.

5. Hunyi L. dr. (Központi Állami Kh., Bp.): Korszerű komplex belgyógyászati kezelés és a műtét viszonyai.

6. Herr Gy. dr., Horváth L. dr., Bódis L. dr. (I. Belklinika, Pécs): Munkaterápia a felsővégtag peripherias keringési zavaraiiban.

7. Megyesi Schwartz P. dr. (Városi Kh., Kapuvár): Érbetegségek kezelése és rehabilitálása széndioxid gázfürdővel.

1975. október 25., szombat

„A” sectio

A sebészeti kezelés elvi része

Üléselnökök: **Soltész Lajos dr., Löblovics Iván dr.**

1. Szabó I. dr., Soltész L. dr., Papp S. dr., Frank J. dr., Turbók E. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): 1000 helyreállító érműtét tapasztalatai,

2. Dzsinič Cs. dr., Papp S. dr., Turbók E. dr., Sulyok Z. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): 1000 helyreállító érműtét szövödményei.

3. Frank J. dr., Soltész L. dr., Papp S. dr., Szabó I. dr., Turbók E. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): A reobliteratio kérdése 1000 helyreállító érműtét tapasztalatai alapján.

4. Turbók E. dr., Kalmár I. dr., Kónya L. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): Helyreállító érműtétek anaesthesiologiai problémái.

5. Sömjen Gy. dr., Lakner G. dr. (OTKI I. Sebészeti Tanszék): Multiplex érelváltozások sebészeti megoldása.

6. Ludván S. dr. (Városi Kh., Mohács): 15 éves lumbalis sympathectomisált beteganyag elemzése.

7. Löblovics I. dr. (Markusovszky Kh., Szombathely): 4 éves érsebészeti beteganyagunk elemzése.

8. Löblovics I. dr., Németh L. dr., Németh L. dr. (Markusovszky Kh., Szombathely): Érprothesis thrombosisok megoldása.

9. Németh L. dr. (Markusovszky Kh., Szombathely): A „hosszú” érprothesisekről.

10. Vas Gy. dr., Keszthelyi P. dr., Koltai P. dr., Kárpáti Z. dr. (Tétényi úti Kh., Bp.): Az izolált gépi végtagperfusio helye az obliteratív verőérbetegség kezelésében.

11. Frank J. dr., Solti F. dr., Turbók E. dr., Bodor E. dr., Sármai K. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): Az extracorporalis végtag-perfusio javallatai és eredményei.

12. Frank J. dr., Soltész L. dr., Papp S. dr., Szabó I. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): Műtéli feltárások helyreállító érműtétekhez.

13. Turbók E. dr., Papp S. dr., Dzsinič Cs. dr., Gloviczki P. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): A vérzéses szövödmény jelentősége helyreállító érműtétekben.

14. Nemes A. dr., Soltész L. dr., Czákó E. dr., Gloviczki P. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): Chronicus verőérelzáródásban szenvedő cukorbetegség sebészeti ellátásának kérdése.

1975. október 25., szombat, 9 óra

„B” sectio

Cerebrovascularis erek sebészete

Üléselnökök: **Mérei Tibor dr., Lakner Géza dr.**

1. Meskó É. dr. (Róbert Károly Kh., Bp.): Klinikai megfigyelések az art. carotis interna csavarulat (kinking) tünetcsoportjában.

2. Csengődi J. dr., Jakab F. dr., Juhász M. dr. (III. Sebészeti Klinika, Bp.): Carotis kinking műtéti kezelése.

3. Papp S., Soltész L. dr., Szabó I. dr., Turbók E. dr., Frank J. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): Cerebrovascularis atherosclerosis sebészeti kezelése.

4. Mérei T. dr. (Idegsebészet, Pécs): Az art. temp. superficialis és az art. cerebri media művi összeköttetése.

5. Bodosi M. dr. (Idegsebészet, Pécs): Az átmeneti agyi ischaemiás attack.

1975. október 25., szombat

„B” sectio

A zsigeri erek sebészete

Üléselnökök: Kiss Tibor dr., Rác István dr.

1. Somogyi J. dr., Tabár L. dr., Böhm K. dr. (Radiológiai Klinika, Pécs): Az arteria mesenterica superior syndroma.

2. Ludván S. dr. (Városi Kh., Mohács): Arteria mesenterica superior thrombendarterektomisált eseteink ismertetése.

3. Illés I. dr., Somogyi J. dr., Karlinger T. dr., (I. Sebészeti és Radiológiai Klinika, Pécs): A „coeliaca compressió syndroma” kezeléséről.

4. Illés I. dr., Somogyi J. dr., Karlinger T. dr. (I. Sebészeti és Radiológiai Klinika, Pécs): Az art. coeliaca és azt art. mesenterica superior külső compressiójának együttes előfordulása.

5. Fontányi S. dr., Csorba É. dr., Simoncsics P. dr., Nagy I. dr., Rück K. dr. (Péterfy S. u. Kh., Bp.): Mesenterialis steal syndromás eseteinkről.

6. Somogyi J. dr., Tabár L. dr., Böhm K. dr. (Radiológiai Klinika, Pécs): A splanchnikus collateralis keringés.

7. Rác I. dr., Szücs J. dr. (Megyei Kh., Berettyóújfalu): Tapasztalataink a zsigeri erek elzáródása okozta bélnekrózisok kezelésével.

8. Matkó I. dr., Pepó J. dr. (I. Sebészeti Klinika, Szeged): A hasi aorta és az ilio-femorális arteriák sebészeti anaesthesiológiai vonatkozásai.

9. Pepó J. dr., Csajbók E. dr., Matkó I. dr. (I. Sebészeti Klinika, Szeged): A hasi aorta teljes elzáródása együttjáró renovascularis hypertensióval.

1975. október 25., szombat

„B” sectio

Végtagerek sebészete

Üléselnökök: Stefanics János dr., Csengődy József dr.

1. Szücs J. dr., Rác I. dr. (Megyei K., Berettyóújfalu): A végtagok idült verőérbetegségeinek kezelésével szerzett hat éves tapasztalataink.

2. Degrell I. dr. (Megyei Kh., Zalaegerszeg): Femoro-poplitealis érszakaszon végzett restructiv műtéteink tapasztalatai.

3. Sebestyén M. dr., Papp S. dr., Szabó I. dr., Frank J. dr., Gloviczki P. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): Peripheriás arteriák recanalizációs műtétei.

4. Jámbor Gy. dr., Kocsis L. dr., Kiss L. dr. (II. Sebészeti Klinika, Bp.): Axillo-femorális by-pass műtéteink.

5. Jámbor Gy. dr., Nagy L. dr., Kocsis L. dr. (II. Sebészeti Klinika, Bp.): Lábszár arteriákon végzett restructiv érműtéteink.

6. Jámbor Gy. dr., Kiss L. dr., Tóth B. dr. (II. Sebészeti Klinika, Bp.): Az alsó végtagi arteriák restructiv érműtéteit követő szövődmények.

7. Mogán I. dr., Sebestyén M. dr., Tóth L. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): Helyreállító érműtétek felső végtagokon.

8. Gaál P. dr., Löblovics I. dr. (Markusovszky Kh., Szombathely): Eranomáliával szövődött felső végtag embolisatio.

9. Juhász M. dr., Sugár I. dr., Csengődy J. dr., Jakab F. dr. (III. Sebészeti Klinika, Bp.): Verőérsérülések ellátásával szerzett tapasztalataink különös tekintettel idült verőérmegbetegedésben szenvedő sérültek kapcsán.

10. Góty Gy. dr., Erdélyi L. dr., Mórincz I. dr. (Korvin Ottó Kh., Bp.): Traumás eredetű arteria poplitea sérülésekről.

15.30 óra

Végtagerek sebészete (folytatás)

Üléselnökök: Vas György dr., Jámbor Gyula dr.

11. Németh L. dr., Bírosz B. dr., Löblovics I. dr. (Markusovszky Kh., Szombathely): Érdekesebb érsérülések.

12. Fontányi S. dr. (Péterfy S. u. Kh., Bp.): A thrombendarterektomia pathológiai problémáiról.

13. Fontányi S. dr., Simoncsics P. dr., Nagy I. dr., Mézes G. dr., Varga J. dr. (Péterfy S. u. Kh., Bp.): Szóba jöhet-e gépi érvarrat scleroticus erekben (film).

14. Fontányi S. dr., Simoncsics P. dr., Nagy I. dr., Mézes G. dr., Varga J. dr. (Péterfy S. u. Kh., Bp.): Kísérleti gépi érvarrás (film).

15. Horváth L. dr., Illés I. dr. (Radiológiai Klinika, Pécs): A Dotter angioplastica várható közvetlen eredményeinek megítélésé- se az angiographiai kép alapján.

1975. október 25., szombat

„B” sectio

Aneurysma sebészet

Üléselnökök: Papp Sándor dr., Márk Bertalan dr.

1. Lakner G. dr., Sömjén Gy. dr. (OTKI I. Sebészeti Tanszék): Tapasztalatok aneurysmák műtétjeivel.

2. Besznyák I. dr., Szabó Z. dr., Bodor E. dr., Rényi Vámos F. dr., Szántó K. dr. (Érsebészeti Intézet, Bp.): A mellkasi aorta aneurysmák sebészi kezelése.

3. Pepó J. dr., Vigh E. dr., Csajbók E. dr. (I. Sebészeti Klinika, Szeged): Növekvő arteria iliaca aneurysma tüneteivel jelentkező kettős arteria-venosus fistula.

4. Fontányi S. dr., Nagy I. dr., Rück K. dr. (Péterfy S. u. Kh., Bp.): Supracondylaris femur töréshez

társult, vénás pangást okozó arteria femoralis óriás aneurysma operált esete.

1975. október 25., szombat

„B” sectio

Verőérbetegségben szenvedők rehabilitációja, amputáltak rehabilitációja

Üléselnökök: Okos Gizella dr., Borsay János dr.

1. Gaál P. dr., Németh L. dr., Weigl M. dr. (Markusovszky Kh., Szombathely): A szombathelyi ér-beteg járórendelés forgalmi adatai.

2. Bobay K. dr. (MÁV Kh., Bp.): A pszichológus szerepe az érend-szeri betegek gondozásában.

3. Bonyhádi K. dr., Havasi L. dr., Bédi J. dr., Kosztovics A. dr., (Szö-vetség u. Kh., Bp.): Mozgásterápia hatása a fibrinolyticus aktivitásra peripheriás verőérbetegek esetében.

4. Endres M. dr., Meskó E. dr. (Állami Fodor József Gyógyint. és Róbert K. Kh., Bp.): Általános és rehabilitációs belosztály együttmű-ködése hemiplegiás betegek kezelé-sében.

5. Geruska L. dr., Tóth E. dr., Ver-bösi E. dr. (MÁV Kh., Bp.): Vér-keringségi elégtelenség miatt ampu-tált MÁV betegek rehabilitációja során szerzett tapasztalataink.

6. Papp A. dr., Endres M. dr., Tóth M. dr. (Állami Fodor József Gyógyint. Bp.): Hemipleg betegek rehabilitációjának korai eredmé-nyei.

7. Papp A. dr., Endres M. dr., Kullmann L. dr., Kozma D. dr. (Ál-lami Fodor József Gyógyint. Bp.): Hemipleg betegek rehabilitációja egyoldali alsóvégtag amputatio után.

8. Kulmann L. dr., Radnai L. dr., Borsay J. dr., Gyémánt Gy. dr. (Ál-lami Fodor József Gyógyint., Bp.): Az ideiglenes prothesis ellátás je-lentősége amputatio után.

9. Illés I. dr., Nyárády J. dr. (I. Sebészeti Klinika, Pécs): Gang-raena miatt amputáltak korai reha-bilitációja ideiglenes művégtag ké-sztésével.

Október 26., vasárnap, 9.30 óra

Kerekasztal-konferencia: Az idült verőérbetegségekből meddig konzervatív, meddig és mikor sebészi a kezelés?

Moderátorok: Soltész Lajos dr., Urai László dr.

Felkért résztvevők Borsay János dr., Kiss Tibor dr., Lelkes József dr., Löblovics Iván dr., Mérey Ti-bor dr., Okos Gizella dr., Papp Sán-dor dr., Solti Ferenc dr., Stefanics János dr., Vass György dr.

Lancet 1971. és 1972. évi füzetek (hiánytalan!) eladók. Tel.: 355-963 este, Honti dr.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1975. október 16. csütörtök	Péterfy Sándor utcai Kórház tanásterme VII., Péterfy Sándor utca 14., IV. emelet	délután 14 óra	Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottság	1. Pósz Erzsébet: 15 éves beteganyagunk és műtéti clostlúsuk. 2. Erdős Melinda: Néhány tonsilla problémáról az utolsó 9 év tonsillectomiái alapján. 3. Dolevicsényi Péter: Carat és gégedaganatok gyógyításáról, 15 év tapasztalata. 4. Vásárhelyi Adrienne: Gátolt orrlégzés és kezelése. 5. Nákó András: A nagyothallás és gyógyítása.
1975. október 17. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII., Mária u. 52.	dél előtt 1/2 9 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Debreczeni Antal, Kovács D. Géza: Sikertelen műtétek után visszamaradt szájpadi defektus zárása csúsztatós obturátorral. 2. Csapláros Zsuzsa (Kaposvár): A protetikai szakfelügyelet egyéves tapasztalatai Somogyban. 3. Kuti Mihály (Komárom): A fóliázás elmélete és gyakorlata.
1975. október 17. péntek	Debrecen OTE Elméleti Tömb tanterme	délután 16 óra	Debreceni Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága	1. Kelemen János, Péter Mózses, Vargha Gyula: Az abdominális aorta páratlan ágainak angiographiája Tolazolin-hatásban. 2. Péter Mózses, Krajcár Géza, Szabó Imre: Postmortalis Wirsungographia. 3. Vachter János, Kelemen János, Berta István: Angiographiás vizsgálatok malignus nőgyógyászati folyamatokban. 4. Csernyánszky Iván, Soltész István, Borabánova Inna: Az urogenitális tbc. klinikai és radiológiai diagnosztikája. 5. Endes János, Csernyánszky Iván, Szabó Zoltán: Az ureter jet-tünet klinikai-radiológiai jelentősége. 6. Arany László, Mándi András, Kiss Imre, Vachter János: A humerus-fej phlebographiájával szerzett tapasztalataink. 7. Miltényi László, Déssi Zoltán, Vargha Gyula: Újabb sugárterápiás fogalmak és módszerek.
1975. október 17. péntek	Heim Pál Kórház orvosi könyvtár VIII., Üllői út 86.	délután 14 óra	A kórház orvosi kara	Sárkány Jenő dr., Balogh László dr., Barb Edit dr., Székessy Vilma dr. és Vázyonyi Júlia dr.: Neonatologiai ügyelet abc-je (alapfogalmak példákkal illusztrálva). Légzési és keringési zavarok, icterus, acidosis, görcsök, vérzések, anaemia, meconium és vizeletürítési zavarok.
1975. október 17. péntek	Weil Emil Kórház kultúrterme XIV., Uzsoki u. 29.	délután 1/2 2 óra	Weil Emil Kórház Tudományos Köre	1. Elek Judit: Intra- és portoperatív cholangiographia. 2. Schoppel Zsuzsa: Akut hasi katasztrófák. 3. Bánki Zoltán: Gyomorvizsgálat: röntgen? endoszkópia?
1975. október 18. szombat	Szolnok Vegyiművek kultúrterme	dél előtt 10 óra	Magyar Sebész Társaság Délmagyarországi Szakcsoportja, Szolnok megyei Hetényi Géza Kórház	Fő téma: Tüvedések lehetőségei az acut hasi diagnosztikában (Fiatalkor Fóruma)
1975. október 21. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet előadóterme IX., Nagyvárud tér 2.	délután 14 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	1. Róna Borbála: A Magyar Népköztársaság iskolahigiénés hálózatának munkája. Kongresszusi beszámoló. Előadók: 2. Takátsy Gyula. 3. Lányi Béla, Csizók Éva. 4. Mülch Hedda. 5. Dömök István.
1975. október 23. csütörtök	Tétényi úti Kórház ebédlője XI., Tétényi u. 14–16., „A” épület	délután 1/4 3 óra	Tétényi úti Kórház Rendelőintézet Tudományos Köre	1. Perjés Gábor: Arteria renalis embolia. 2. Tóth Alajos: Nagyrizikójú betegek altatása. 3. Oszwald Péter: Kis műtétek altatási problémái.

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116–660

MNB egyszámlasszám: 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



75.2997 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

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.

*

116. ÉVFOLYAM

*

42. SZÁM

*

1975. OKTÓBER 19.

TARTALOMJEGYZÉK

*Fleischmann Tamás dr., Håkansson, C. H. dr.
és Gustafsson, T. dr.:*
Chromosoma-vizsgálatok
malignus lymphomás betegek
rövid éltű nyirokcsomó-kultúráin 2463

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Pulay Tamás dr. és Csömör Sándor dr.:
Adatok a terhesség immunológiai hátteréhez 2470

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Korossy Sándor dr., Vincze Erzsébet dr.
és Nebenführer László dr.:*
Allergiás kontakt dermatitis
spektrumában történt változások
kórházi beteganyagban 2474

KAZUISZTIKA

*Raposa Tibor dr., Jakab Imre dr.
és Gráf Ferenc dr.:*
Cytochemiai megfigyelések
chronicus myelosishoz társult
„malignus lymphoma” esetében 2479

MÓDSZERTANI LEVÉL

Az újszülöttek phenylketonuria
szűrővizsgálata és a phenylketonuriás
betegek ellátásának irányelvei 2485

TÁJÉKOZTATÓ

A Continuin helye a fogamzásgátlásban 2487

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Charles Richet és az immuno-allergia tan
fejlődése 2489
Hugonnay Vilma 2492
Makara Lajos — a kevéssé ismert
kiváló sebésztanár 2494
A TMB hírei 2496

Folyóiratreferátumok 2497

Levelek a szerkesztőhöz 2511

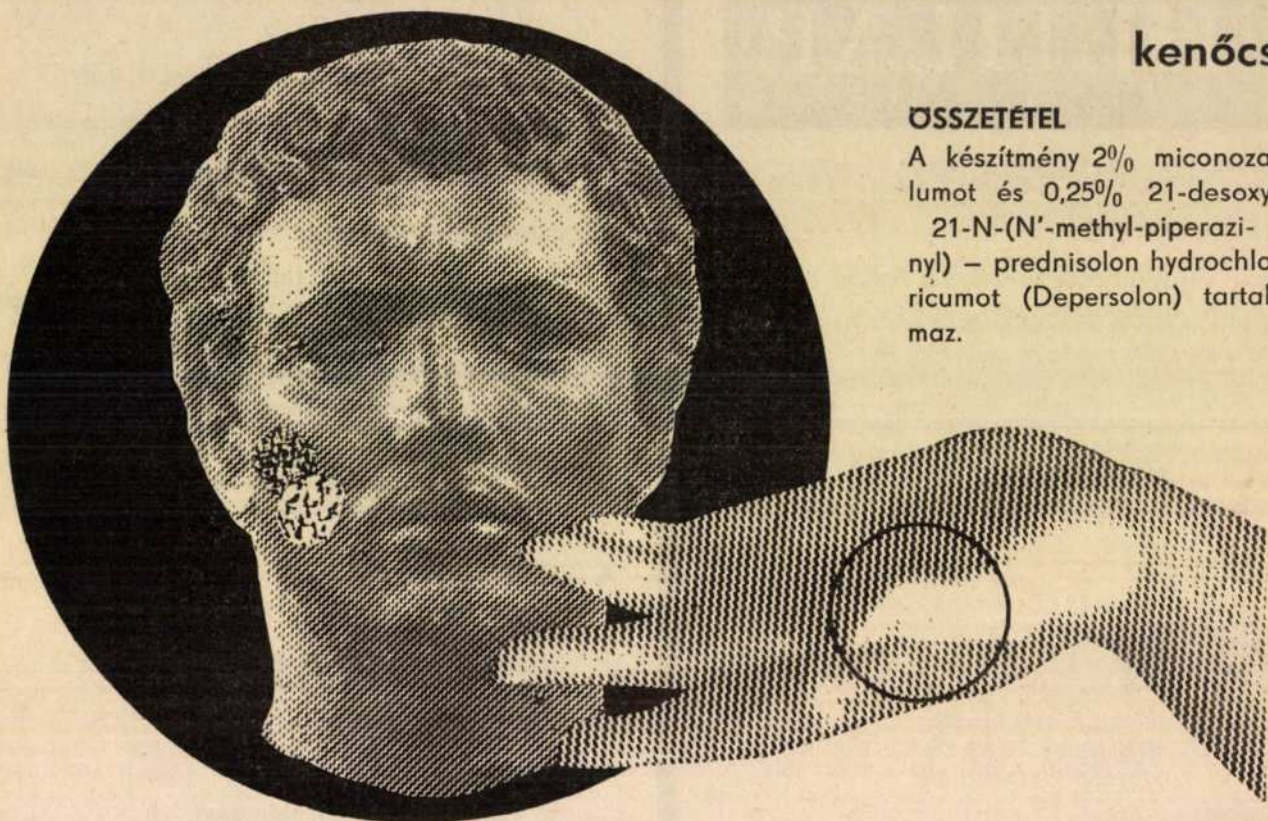
Hírek 2513

Pályázati hirdetések 2519

Előadások, ülések 2520

MYCOSOLON

kenőcs



ÖSSZETÉTEL

A készítmény 2⁰/₀ miconozolumot és 0,25⁰/₀ 21-desoxy-21-N-(N'-methyl-piperazinyl) – prednisolon hydrochloricumot (Depersolon) tartalmaz.

HATÁS

A Mycosolon kenőcs egyesíti magában a miconazol antimycotikus és antibacterialis aktivitását, valamint a depersolon glucocorticoid gyulladáscsökkentő, antiallergiás viszketéscsillapító hatását.

JAVALLATOK

Dermetophyták vagy más gombák által kiváltott, kifejezetten gyulladással, ill. irritációval kísért bőr- és körömfertőzések: ekzémák, intertrigo, interdigitalis mycosisok, köröm mycosisok, gyulladós ekzémák és mycosisok, hallójárat mycosisok.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőrinfekciók esetében: naponta 1–2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet Mycosolon kenőccsel.

Köröm-infekciók esetében: a megbetegedett körömrészek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig.

Fül-infekció esetén: naponta két-

szer vezessünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gaze-csíkot a teljes gyógyulásig.

MELLÉKHATÁSOK

Ez ideig nem ismeretesek.

ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes-simplex, himlő, bárányhimlő.

CSOMAGOLÁS

15 g-os tubusokban 26 Ft

MEGJEGYZÉS

A Mycosolon kenőcs localis tűrhetősége igen jó. A készítmény nem hagy foltot a bőrön, a ruhaneműkből pedig kimosható.

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

Chromosoma-vizsgálatok malignus lymphomás betegek rövid éltű nyirokcsomó-kultúráin

Fleischmann Tamás dr.,* Håkansson, C. H. dr.
és Gustafsson, T. dr.

A malignus lymphomák cytogenetikai háttere még nem megfelelően tisztázott, az utóbbi években azonban jelentős eredmények születtek e területen is. A korábbi vizsgálatok eredménytelenségének oka a módszer helytelen megválasztásával magyarázható: vércultúrán és csontvelőn végzett vizsgálatok zöme normális karyotypushoz vezetett. E problémát már viszonylag korán felismerték és megkísérelték a megbetegedésben közvetlenül érintett tumoros nyirokcsomók direkt vizsgálatát. Ricci és mtsai (1), valamint Spriggs és Boddington (2) direkt nyirokcsomó-analysist végeztek, s vizsgálataik chromosoma-aberrációk felismeréséhez vezettek. A módszer nehézsége — kevés és rossz minőségű metaphasis — hátráltatta az ilyen jellegű vizsgálatok elterjedését, s csak nagyon csekély számú eset vizsgálatát tette lehetővé. Hasznos módszertani újítást jelentett a tumoros nyirokcsomók rövid éltű sejt kultúráinak bevezetése, mely lényegesen több oszlo sejtet és jobb minőségű chromosomákat eredményez. Ezt a módszert használva jelentős számú eset vizsgálata vált lehetővé.

Chronikus lymphoid leukaemiában nagyon szerények a cytogenetikai eredmények. A Gunz és mtsai (3) által leírt Christchurch-chromosomáról (az egyik 22-es chromosoma rövid karja deletált) ma már tudjuk, hogy nem jellemzője a megbetegedésnek, valószínűleg családi előfordulása, s ilyen esetekben hajlamosító tényezőként szerepelhet (4). Az egyik legjelentősebb pozitív adat Goh nevéhez fűződik, aki megállapítva a mitotikus index optimális időpontját, 3—6 napos vércultúrákon végzett vizsgálatot és az analysált sejtek 40%-át pseudodiploidnak¹ találta (5). A vizsgálatok döntő többsége e megbetegedésben normális karyotypushoz vezetett.

* *Jelenlegi munkahely:* Országos Onkológiai Intézet.

¹ Normális chromosoma-szám mellett az egyes chromosoma-csoportok mennyiségi megváltozása.

Lényegesen több pozitív adatot észleltek *lympho- és reticulosarcomában*, valamint *lymphogranulomatosisban*. Lymphosarcomában a chromosoma-számot általában diploid nagyságrendűnek találták, reticulosarcomában gyakran normális, de esetenként 50—98 között változik. Hodgkin-kórban régen gyakran említették a subtetraploid² chromosoma-számot jellemzőként, de ezt nagyobb anyagok vizsgálata után nem erősítették meg (6, 7, 8, 9, 10). A legutóbbi időben szovjet szerzők lymphogranulomatosisos eseteikben a sejtek 10—30%-ában 3—5 n chromosoma-számot észleltek (11).

A számszerű anomáliák mellett marker chromosomák megjelenése a legjelentősebb e kórképekben. Spiers és Baikie (6, 7) az egyik 17-es vagy 18-as chromosoma rövid kar deletióját figyelte meg és az ily módon létrejövő marker chromosomát specifikusnak vélték (Melbourne-chromosoma). E marker létezését az utánvizsgálók nem erősítették meg, de eléggé elfogadott tény, hogy a 17-es és 18-as chromosoma-pár aberrációja a leggyakoribb malignus lymphomákban. Spiers és Baikie (12) későbbi közleményükben kitűnő irodalmi összefoglalás után maguk is hasonlóan foglalnak állást.

A három említett kórképpel kapcsolatban a marker chromosomák számos típusát írták le. Sajnos a nem ritkán pontatlan morfológiai leírás, illetve a távolról sem egységes nomenclatura miatt ezek összevetése problematikus. További problémát jelent a hagyományos és sáv-technikával vizsgált esetek összehasonlítása. Annyi bizonyos, hogy az esetek többségében észlelt markerek a nagy és közepes chromosoma-csoportokba sorolhatók. E közepes és nagy markerek többsége subtelocentrikus,³ gyakoriságában ezeket a submedianok követik. A kisebb méretű markerek közül az isomarkerek a leggyakoribbak. Valószínű, hogy a cytogenetikai és histológiai kép között van bizonyos összefüggés, de eddigi adataink ennek bizonyítására nem elégségesek (1, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Módszerek

Nyirokcsomó-kultúra

Friss biopsiás anyagból rövid éltű suspensiók kultúrát készítettünk. A kultúrák élettartama 16—96 óra volt. Tápfolyadékaként 20%-nyi foetalis borjúsavóval dúsított Earle—Eagle-mediumot használtunk. A chromosoma-praeeparálást Moorhead és mtsai (22) szerint végeztük. Colcemid helyett Vinblastint használtunk 0,0075—0,15 µg/ml-es adagban.

Fluorescens módszer

Caspersson és mtsai (22) módszerét jelentősen egyszerűsítettük: a száraz, lehetőleg friss lemezeket 0,5%-os atebrin (George Gurr) oldatban 5—10 percig festjük. Ezt rövid öblítés követi 0,9%-os konyhasóoldatban, melyből néhány cseppet a lemezre csepegtetve, azt fedjük és Krönig-cementtel zárjuk. Az eredeti módszerben használt elő- és utókezelést tehát teljesen elhagytuk. Készítményeink az eredeti módszerrel összevethető standard minőségűek (23).

² A négyszeres haploid számot (4×23) megközelítő chromosoma-szám.

³ A centromer a chromosoma végéhez közel helyezkedik el.

Computeres densitometria

A chromosomal fluorescens minta (pattern) vizsgálatára computeres densitometriás módszert dolgoztunk ki (24). A módszer lényege a következő: a szokásos fluorescens technikával nyert képet filmlemezben tovább nagyítjuk, majd a film densitását scanning densitometerrel⁴ mérjük. A mérési adatokat lyukszalagra visszük és az adatokat két- és ún. háromdimenziós térábrák formájában rögzítjük. A módszer igen kedvező képi megjelenítés mellett a chromosomal fluorescens minta részletesebb megismerését szolgálja.

Klinikai anyag

Betegeink legfontosabb klinikai adatait az 1. táblázatban foglaltuk össze. Kezelésként csak az alapbántalommal kapcsolatos specifikus terapiát tüntettük fel. Valamennyi esetünk kórisméje természetesen szövettani vizsgálaton alapszik.

Klinikai adatok

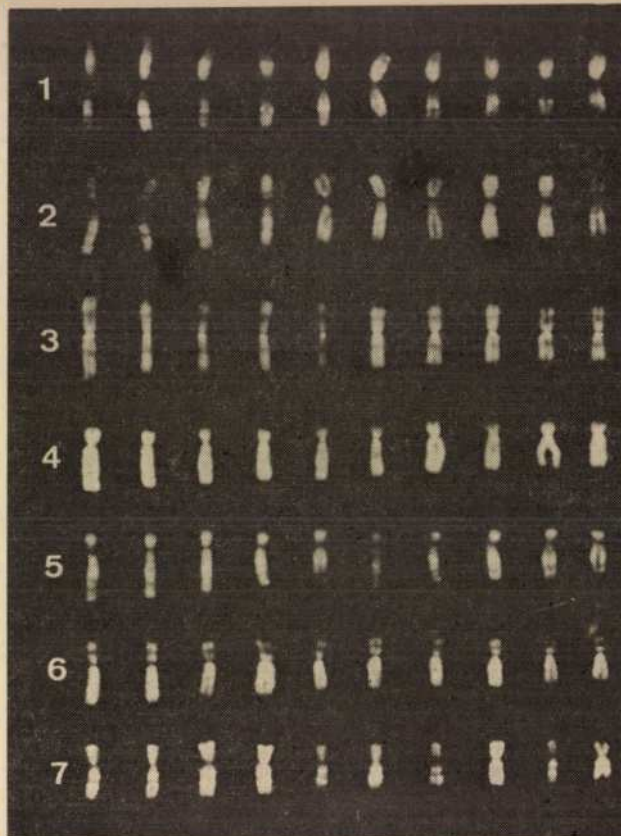
1. táblázat

Eset	Kórisme	Életkor (év)	Nem	Kezelés
1.	Hodgkin-kór	21	ffi	kezeletlen
2.	Hodgkin-kór	28	ffi	kezeletlen
3.	Hodgkin-kór	72	ffi	kezeletlen
4.	Hodgkin-kór	64	ffi	kezeletlen
5.	Hodgkin-kór	40	ffi	kezeletlen
6.	Hodgkin-kór	70	nő	sugárkezelés
7.	Hodgkin-kór	26	ffi	kezeletlen
8.	Hodgkin-kór	31	ffi	kezeletlen
9.	Hodgkin-kór	50	ffi	kezeletlen
10.	lymphosarcoma .	70	nő	Endoxan
11.	lymphosarcoma	63	ffi	sugárkezelés
12.	lymphosarcoma	63	ffi	kezeletlen
13.	lymphosarcoma	58	ffi	kezeletlen
14.	lymphosarcoma	73	nő	kezeletlen
15.	lymphosarcoma	61	ffi	sugárkezelés
16.	reticulosarcoma	59	nő	sugárkezelés
17.	reticulosarcoma	71	nő	sugárkezelés
18.	Brill-Symmers-kór .	63	nő	kezeletlen
19.	Atipusos malignus lymphoma	59	nő	kezeletlen
20.	chronikus lymphoid leukaemia	62	ffi	kezeletlen
		62	ffi	kezeletlen

Megfigyelések

Normális chromosomák fluorescens mintája malignus lymphomában

Összehasonlító vizsgálatokkal kívántuk tisztázni, hogy van-e különbség egészséges egyének lymphocyta-kultúráiból származó normál chromosomák és malignus lymphomás nyirokcsomókból származó normális chromosomák fluorescens mintája között. Alapadatként Caspersson és mtsai (26), valamint Manolov és mtsai (27) közléséből származó fluorescens szerkezetet fogadtuk el. Vizsgálatainkhoz hét malignus lymphomás nyirokcsomóból származó chromosomákat használtunk fel. A betegek kórisméje lymphogranulomatosis, lympho- és reticulosarcoma, atipusos malignus lymphoma volt. 150 jó minőségű metaphasis „normális küllemű” chromosomáit válogattuk ki részletes vizsgálatra, s kizártunk a vizsgálatból minden kóros



1. ábra.

Malignus lymphomás nyirokcsomók kultúráiból származó normális chromosomák (1-7) fluorescens mintája

vagy atipusos chromosomát. Eredményeinket fényképen, illetve az általunk kidolgozott computeres densitometriás ábrákön rögzítettük. Megállapítottuk, hogy a malignus lymphomákból származó normális chromosomák fluorescens mintája mindenben megegyezik a lymphocyta-kultúrákból származókéval (24). Normálistól eltérő jelenségként csak valamivel fokozottabb variabilitást figyeltünk meg a chromosomák hosszára vonatkozóan a homolog chromosomák és az egyes chromosomapárok között. Ez minden bizonnyal contractilitási zavarnak tekinthető (1. és 2. ábra).

Chromosoma-aberratiók

Anyagunk cytogenetikai vizsgálatának összefoglaló adatait a 2. táblázat tartalmazza. Clonálisan aberrált eseteinket a következőkben részletesen is ismertetjük.

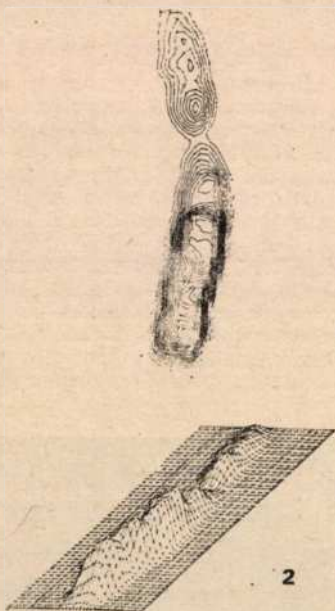
4. eset. Lymphogranulomatosis, nyirokcsomó-kultúra, 48 órás élettartam, orcein festés, közepes minőségű és kevés oszlo sejtek. A chromosoma-szám alakulása a következő: 2 2 2 1 1 1 1. Minden analysált metaphasisban azonos típusú marker chromosomákat észleltünk, ezek a következők: M 1 = hosszú subtelocentrikus marker, mely méretben leginkább a B csoportéhoz hasonlít, M 2 = közepes hosszúságú isomarker (marker isochromosoma), melynek hossza a C csoport rövidebb tagjaihoz hasonló. A csekély számú vizsgálható metaphasis miatt a karyotypus egyéb változásait pontosan meghatározni nem tudtuk.

5. eset. Hodgkin-kór, nyirokcsomó-kultúra, 72 órás élettartam, orcein festés, közepes minőségű és ke-

⁴ Film-densitást (sűrűség) rendszeres mérési pontokban automatikusan rögzítő műszer.

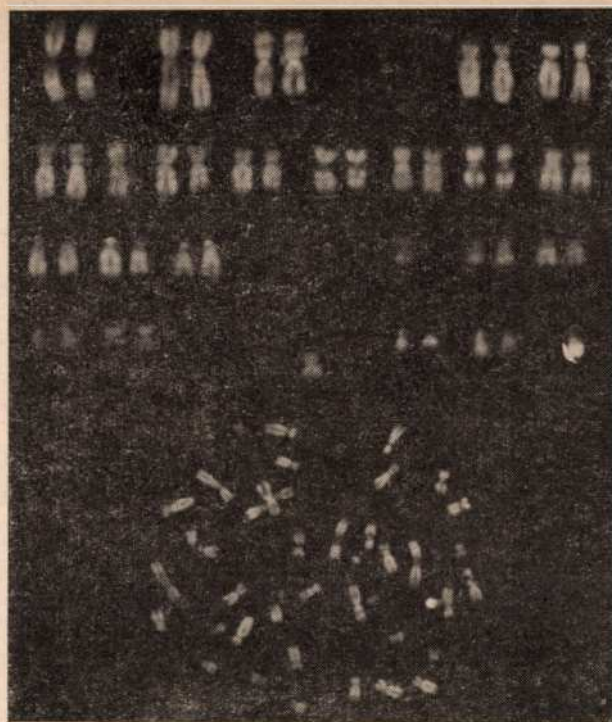
vés oszító sejt. A chromosoma-szám megoszlása a következő: $\begin{matrix} 46 & 57 & 62 \\ 2 & 4 & 4 \end{matrix}$. A kóros sejtvonalak következetesen 57 és 62 chromosomát tartalmaztak. A hyperdiploidia a C és E csoportot érintette. Markereket nem találtunk.

7. eset. Lymphogranulomatosis, nyirokesomó-kultúra, 48 órás élettartam, fluorescens módszer, sok és jó minőségű metaphasis. Chromosoma-szám: $\begin{matrix} 46 & 47 \\ 30 & 2 \end{matrix}$. Valamennyi 46 chromosomát tartalmazó metaphasis pseudodiploidnak bizonyult: a 16-os pár egyik tagja



2. ábra.

A 2-es chromosoma computeres densitometriás diagrammjai. Felül a contour-ábrát helyeztük el, a pozitív csúcsokat vonásokkal jelölt körök jelenítik meg. Alul az ún. háromdimenziós isometriás képalkotási mód látható. Ezen a pozitív sávok „dombok” formájában jelennek meg



3. ábra.

7. lymphogranulomatosisos esetünk karyotypusa. A 16-os pár egyik tagja hiányzik, az alsó sorban, közepén pedig egy kis marker chromosoma látható

hiányzott, helyette egy kicsiny, közel median centromerű markert észleltünk (3. ábra).

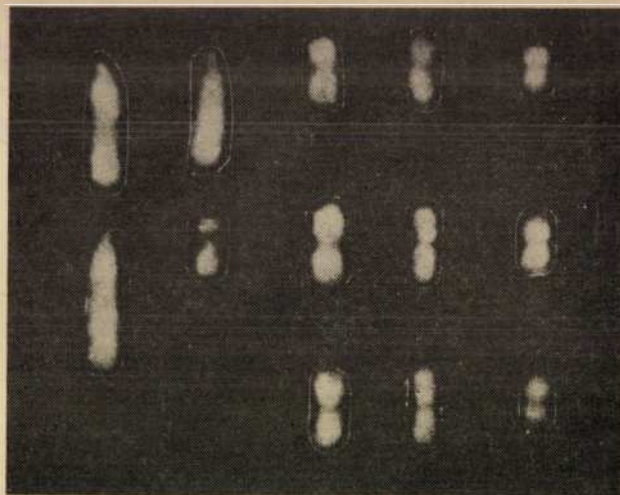
8. eset. Hodgkin-kór, nyirokesomó-kultúra, 48 órás élettartam, orcein festés, sok és jó minőségű metaphasis. Chromosoma-számolás: $\begin{matrix} 46 & 47 \\ 32 & 1 \end{matrix}$. A részletesen is elemzett 33 sejtől 16 metaphasist találtunk kórosnak. E kóros metaphasisek mindegyikében az 1-es pár egyik tagja helyett egy igen hosszú submedian markert észleltünk.

Összefoglaló cytogenetikai adatok

2. táblázat

Eset	Módszer		Analizált sejtek száma	Chromosoma szám (fővonal)	Clonalis aberratio
	Kultúra	Festés			
1.	nyirokesomó	orcein	25	46	—
2.	nyirokesomó	orcein	27	46	—
3.	nyirokesomó	orcein	11	46	—
4.	nyirokesomó	orcein	10	46, 47, 48	M 1, M 2 hyperdiploidia
5.	nyirokesomó	orcein	10	57, 62	hyperdiploidia
6.	nyirokesomó	orcein	11	46	—
7.	nyirokesomó	fluorescens	32	46	M 1, 16—
8.	nyirokesomó	orcein	33	46	M 1
9.	nyirokesomó	fluorescens	28	47	M 1, M 2, M 3, 2—, 5—, 9—, 17—, 16+
10.	nyirokesomó	orcein	60	47	C+
11.	nyirokesomó	fluorescens	11	47	M 1, M 2, M 3, 4—, 15—, 16—
12.	nyirokesomó	orcein	15	46	—
13.	nyirokesomó	fluorescens	20	49, 50	2—4C+
14.	nyirokesomó	orcein	10	46	—
15.	nyirokesomó	fluorescens, orcein	86	48	M 1, M 2, M 3—5, MY, 3+, 4—, 6—, 7+, 9—, 17—, 18—, 19—
16.	nyirokesomó	orcein	15	46	—
17.	nyirokesomó	fluorescens	16	46, 47	E+ vagy C+
18.	nyirokesomó	orcein	30	46	M 1
19.	nyirokesomó	fluorescens	32	43	M 1, 4—, 5—, 9—, 16—
20.	nyirokesomó	orcein	50	46	—



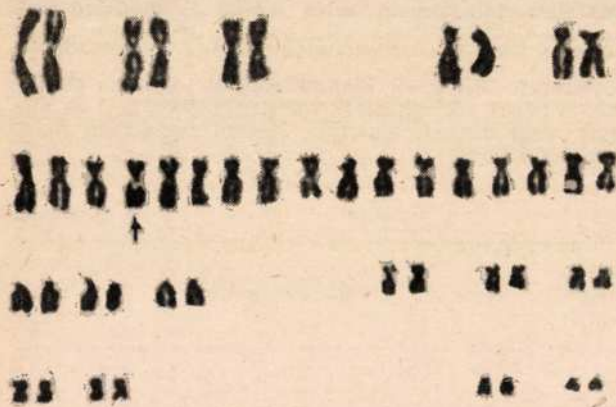


4. ábra.

9. lymphogranulomatosisos betegünk nyirokcsomó-kultúrájából származó három sejt marker-készlete

9. eset. Hodgkin-kór, nyirokcsomó-kultúra, 72 órás élettartam, fluorescens módszer, közepes minőségű és számú metaphasis. Chromosoma-szám: $\begin{matrix} 46 & 47 \\ 3 & 24 \end{matrix}$

48. Minden analysált sejtben három állandó markert észleltünk, ezek a következők: M 1 = közepes median, méretben a D csoporthoz áll közel, isomarker. A karok fluorescens szerkezete homogen és fényessége azonos, M 2 = az előzőhöz hasonló, de „karcsúbb” és kevésbé fluoreszkál. M 3 = kis median chromosoma, méretben a 16-os párra hasonlít. Emellett más típusú, sejtenként változó, nem állandó markereket is láttunk (4. ábra).



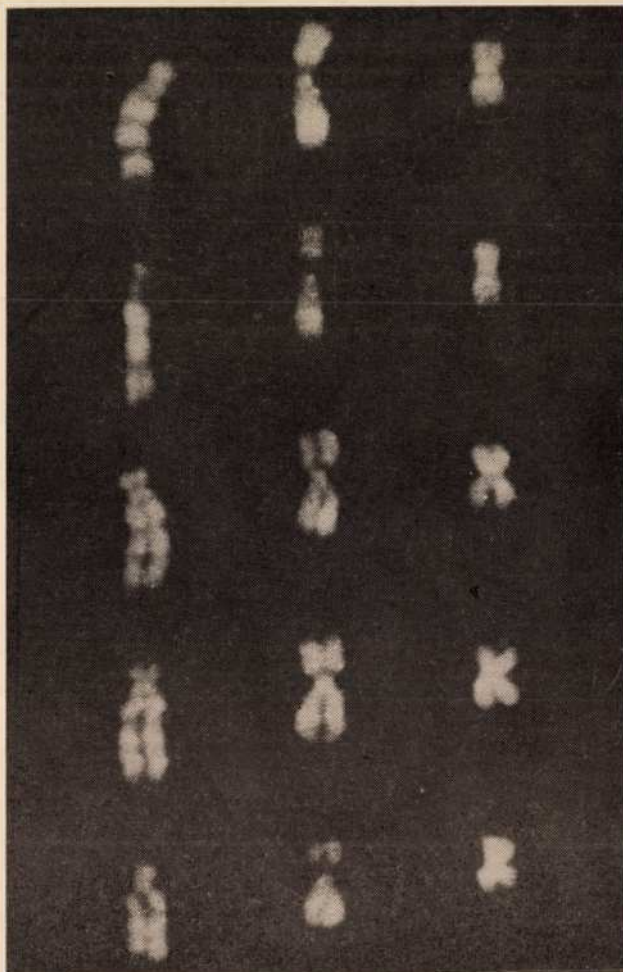
5. ábra.

Lymphosarcomás betegünk karyotypusa (10. eset). A nyíl a C csoportú többlet-chromosomát mutatja, melynek másodlagos constitúciója feltűnően prominens

10. eset. Lymphosarcoma, nyirokcsomó-kultúra, 48 órás élettartam, orcein festés, sok és jó minőségű metaphasis. Chromosoma-szám: $\begin{matrix} 42 & 47 & 48 & 49. \\ 2 & 54 & 3 & 1 \end{matrix}$. A 60 karyotypizált sejt közül 53 többlet C chromosomát tartalmazott, s ezeknek több mint fele nagyon kifejezett másodlagos constrictiójú volt. Mivel normális viszonyok között a 9-es pár hasonló tulajdonságú, felmerült a 9-es trisómia lehetősége is. Nehezíti az állásfoglalást az a körülmény, hogy csak egy chromosomán észleltük az említett tulajdonságot és az is hosszabb, mint a várható 9-es chromosoma (5. ábra).

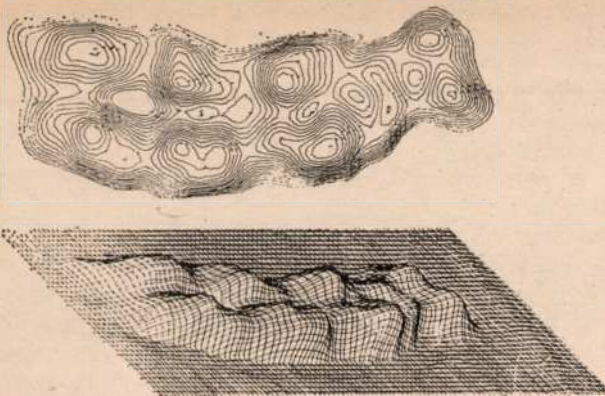
11. eset. Lymphosarcoma, nyirokcsomó-kultúra, 48 órás élettartam, fluorescens módszer, közepes számú és minőségű metaphasis. Chromosoma-számolás: $\begin{matrix} 46 \\ 2 \end{matrix}$

47 48. Három állandó markert láttunk minden sejtben, ezek a következők: M 1 = hosszú subtelocentrikus marker, méretben az A csoporthoz hasonló, s a hosszú karokon három nagyon jellegzetes pozitív sáv helyezkedik el. M 2 = hosszú submedian chromosoma, méretben szintén az A csoportra emlékeztet. A hosszú karok distalis része fényesebb, mint a proximalis és közel a centromerhez erősen fénylő sáv helyezkedik el. M 3 = méretben a D csoportra hasonlít, szigorúan median centromerrel, mindkét kar fluorescens szerkezete egyenletesen homogen, minden bizonynyal isochromosoma. Az észlelt markereket computeres densitometriás módszerünkkel is ábráztuk (6-8. ábra). A leírt markerek mellett minden megvizsgált metaphasisban 4-es, 15-ös és 16-os monosomiát észleltünk.



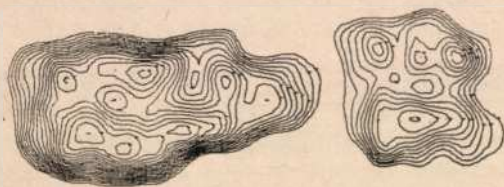
6. ábra.

Lymphosarcomás beteg (11. eset) öt metaphasisából származó marker-készlet



7. ábra.

11. esetünk M 1 chromosomájának computeres densitometriás diagrammjai



8. ábra.

11. esetünk M 2-es chromosomájának computeres densitometriás diagrammjai

13. eset. Lymphosarcoma, nyirokcsomó-kultúra, 72 órás élettartam, orcein és fluorescens festés, kevés és közepes minőségű metaphasis. Chromosoma-szám: 46

47 48 49 50. Egy analysált sejt kivételével minden metaphasisban 1—5 többlet C chromosomát találtunk. Legtöbbször — 8 sejtben — 3 C csoportú többlet chromosoma volt.

15. eset. Lymphosarcoma (lymphoblastos), nyirokcsomó-kultúra, két különböző biopsiából, a két vizsgálat közötti időtartam 80 nap, mindkét kultúra élettartama 48 óra, orcein és fluorescens festés, sok és közepes minőségű metaphasis. A két nyirokcsomó-kultúra karyotypusa egyetlen mozzanat kivételével mindenben azonos volt, s így külön tárgyalásuk nem célszerű.

Chromosoma-szám: 47 48 49 50 51. A már említett egyetlen eltérés a két biopsia karyotypusa között a következő: az első vizsgálatkor a 49 chromosomát tartalmazó metaphasisokban egy nagyon kicsiny markert észleltünk, melyet a G csoporttól biztosan elkülönítettünk. A második vizsgálat alkalmával e markert már nem láttuk, s ekkor összesen egyetlen, 49 chromosomát tartalmazó metaphasist figyeltünk meg. Öt jellemző fluorescens szerkezetű markert találtunk, mely minden megvizsgált metaphasisban jelen volt: M 1 = hosszú submedian chromosoma, mely méretben az A csoportra hasonlít. A teljes chromosoma intenzíven fluoreszkált, jellemzője, hogy rövid karjai lényegesen ragyogóbbak és a rövid karokon paracentromerikusan negatív sáv észlelhető. M 2 = a D csoporthoz hasonló méretű, közel median centromerű, gyengén fluoreszkál és mindkét karon terminalisan széles po-

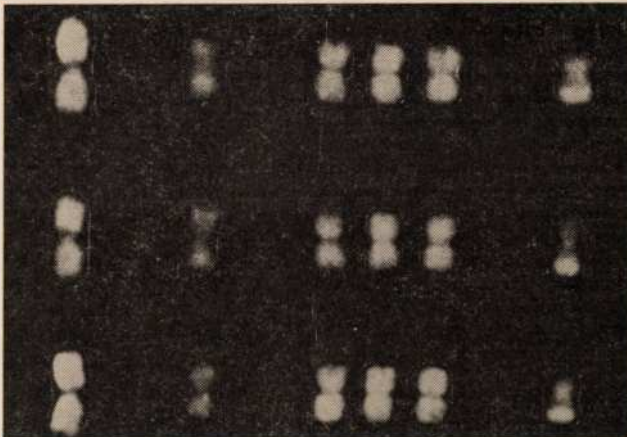
zítív csík látható. M 3, 4, 5 = az előzővel azonos méretűek, median centromerűek, s fluorescenciájuk teljesen homogen. Típusos isochromosomák. Az Y chromosoma rövid karjain translocált, ezért Y markernek neveztük el (9—11. ábra). A felsorolt markerek mellett a karyotypus következő változásai voltak még jellemzők: az 1-es pár egyik tagja a hosszú karokon deletált; 3-as és 7-es trisomia; egy negyedik 3-as chromosoma, melynek mindkét karja deletált; 4-es, 6-os, 9-es, 17-es, 18-as és 19-es monosomia. Az eset érdekessége, hogy egyetlen nagyon stabil sejtvonalat észleltünk és ez sokszorosan aberrált volt (28).

17. eset. Reticulosarcoma, nyirokcsomó-kultúra, 48 órás élettartam, orcein festés, közepes számú és jó minőségű metaphasis. Chromosoma-szám: 45 46 47
1 7 7

48. Részletes analysis után megállapítottuk, hogy a kóros metaphasiseket elsősorban C vagy E csoportú többlet chromosoma jellemzi.

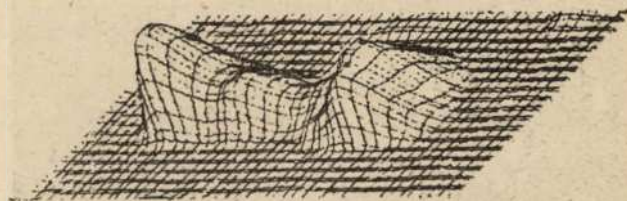
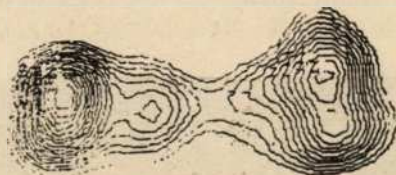
18. eset. Follicularis lymphoma, nyirokcsomó-kultúra, 48 órás élettartam, orcein festés, sok és jó minőségű oszló sejt. Chromosoma-szám: 46 47 49 92. A
26 2 1 1 A
harminc analysált metaphasis közül 28-ban egy nagy median vagy submedian markert észleltünk (M 1), mely hosszabb volt, mint a normális 1-es chromosoma, és centromere változó helyzetű.

19. eset. Atipikus malignus lymphoma, nyirokcsomó-kultúra, 48 és 72 órás élettartam, fluorescens fes-



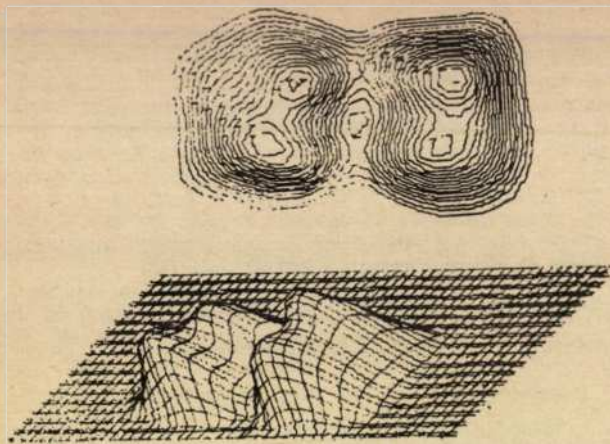
9. ábra.

Lymphosarcomás betegünk (15. eset) nyirokcsomó-kultúrájának három metaphasisából származó marker-készlet



10. ábra.

15. esetünk M 2-es chromosomájának computeres densitometriás diagrammjai. Jól látható mindkét kar terminalis régiójában elhelyezkedő pozitív sáv



11. ábra.

15. esetünk egyik isomarkerének computeres densitometriás diagrammjai

tés, sok és jó minőségű metaphasis. Chromosoma-szám: 42 43 44 45. Minden számoláshoz felhasznált sejtet részletesen megvizsgáltuk, s a kóros fővonal (stemline) legfontosabb tényezőjeként egy közepes méretű markert észleltünk. A minden megvizsgált metaphasisban előforduló marker (M 1) méretben a D csoportra hasonlít, szigorúan median centromerű, mindkét karja egyenletesen fluoreszkáló. A felsorolt jellemzők típusos isomarkerre utalnak. A sejtek nagy részében észleltünk egy második, változó méretű és szerkezetű markert is. E második marker gyakran részben vagy egészében identifikálható volt, s létrejöttét a terapia következményének tartjuk. Az isomarker mellett a fővonal következetes jellemzőjeként 4-es, 5-ös, 9-es és 16-os monosomiát is észleltünk (12. ábra).

Megbeszélés

Malignus lymphomákban — a monoclonalis gammopathiák kivételével — vérkultúrán és csontvelőn chromosoma-vizsgálatot végezni általában nem célravezető. Az irodalmi adatoknak megfelelően saját korábbi vizsgálataink is erre utalnak. A vizsgálat célszerű tárgya a megbetegedésben közvetlenül involvált nyirokcsomó, technikailag pedig a rövid éltű kultúrák látszanak optimálisnak. Jelentős számú rövid éltű nyirokcsomó-kultúrán végzett chromosoma-vizsgálataink alapján állíthatjuk,



12. ábra.

19. esetünk karyotypusa. A fővonalra legjellemzőbb isomarkert alul, középen helyeztük el

hogy e módszer cytogenetikai szempontból kitűnően használható. Előnye, hogy viszonylag egyszerű laboratóriumi körülmények szükségesek, s kielégítő technika mellett az ily módon nyert chromosomák minősége sávtechnikák alkalmazását is lehetővé teszi.

A nyirokcsomó-kultúra technikailag sokkal nehezebb, mint a vérkultúra és így a belőle származó normális chromosomák minősége sokszor elmarad a lymphocytá-kultúrák chromosomáitól. Ennek megfelelően gyakran valamivel kevesebb sávot észleltünk, de a legjellemzőbbeket mindig megtaláltuk. E karakterisztikus sávok alapján az egyes chromosomákat identifikálni tudtuk. A legjobb minőségű készítményeken pedig észlelhettük a fluoreszcens minta minden részletét is. Vizsgálataink alapján állíthatjuk, hogy anyagunkon észlelt méretbeli variációk a contractilitas zavarából adódnak. Azt találtuk ugyanis, hogy a különböző hosszúság ellenére a sávok száma és elhelyezkedése azonos.

A chromosoma-számot illetően megfigyeléseink két szempontból tűnnek érdekesnek. Kóros karyotypusú lymphogranulomatosisos eseteinkben — egyetlen eset kivételével — a fővonal chromosoma-száma diploid nagyságrendű, s ez ellentétben a subtetraploid chromosoma-számmal vonatkozó irodalmi adatokkal. Kétségtelen persze, hogy az irodalomban nincs egységes vélemény a Hodgkin-kór chromosoma-számával kapcsolatban. Lymphosarcomában valamennyi kóros karyotypusú esetünk chromosoma-száma hyperdiploid, s ez a viszonylag kevés számú eset ellenére is jellegzetesnek tartható.

A normális chromosomák változásainak statisztikus értékeléséhez eseteink száma és az egyes esetekben található metaphasisok mennyisége nem elegendő. Annyi azonban megállapítható, hogy az E csoport aberrációja a leggyakoribb, s ez a korábbi irodalmi adatoknak megfelelő (12). Emellett gyakran észleltük a C csoport valamely anomáliáját, amit részben az e csoportba tartozó chromosomák nagy száma magyarázhat. Nagyon perspektivikusnak látszik, hogy egyes esetekben meglehetősen bonyolult karyotypusok — többszörös monosomia — pontos identifikálása is lehetséges volt az alkalmazott fluoreszcens módszer segítségével. A sávtechnikák fokozottabb alkalmazása lehetővé teheti az egyes chromosoma-párok szerepének megismerését a malignus lymphomák pathogenesisében.

Adataink közül legjelentősebbek a marker chromosomákkal kapcsolatos megfigyeléseink. Tizenkét clonalisan aberrált esetünk közül nyolcban találtunk marker-chromosomát az észlelt anomalia alapjelenségeként. Az észlelt markerek morfológiailag nem egységesek, s az alkalmazott különböző technikák miatt összevetésük nehézkes. Mindenképpen örvendetes azonban az esetenkénti pontos alaktani leírhatóság, mert ez a jövőbeni kutatás alapjául szolgálhat. A fluoreszcens módszerrel tanulmányozott markerek nagyon markáns intrachromosomális szerkezete jelzi, hogy a jövőben markerek vizsgálata kizárólag sávtechnikák alkalmazásával célszerű. Megfigyeléseink közül kiemel-

kedik, hogy viszonylag gyakran észleltünk clonalis aberratio részeként egy vagy több isomarkert (28, 29). Isomarkerek más daganatos megbetegedésekkel kapcsolatban is ismeretesek (30, 31, 32, 33) és egyesek feltételezik, hogy megjelenésük meglehetősen általános malignus daganatokban (32).

Megfigyeléseinket együttesen szemlélve azt hisszük, hogy a chromosoma-szám alakulása, a karyotipus normális chromosomáinak változásai és a felismert marker chromosomák, ezek közül is elsősorban az isomarkerek, nem random jellegű cytogenetikai aberrációkra utalnak.

Összefoglalás. Szerzők húsz malignus lymphomás betegük chromosoma-vizsgálatának adatairól számolnak be. Vizsgálataikat a megbetegedésben közvetlenül érintett nyirokcsomók rövid éltű kultúráin végezték, s az esetek egy részében alkalmazták a fluorescens módszer egy általuk kidolgozott módosítását is. Tizenkét esetben clonalis aberrációt észleltek. A kóros karyotipusú lymphogranulomatosisos esetek chromosoma-száma általában diploid nagyságrendű volt, lymphosarcomában pedig minden clonalisan aberrált eset hyperdiploidnak bizonyult. A normális chromosomák változásaiban a C és E csoport szerepelt leggyakrabban. Az esetek jelentős részében marker chromosomákat találtak a fővonal alapjelenségeként, s különösen jelentősnek tartják a viszonylag gyakran észlelt isomarkereket. A fluorescens módszerrel vizsgált markerek egy részét ábráztatták az általuk kidolgozott computeres densitometriás módszerrel is.

IRODALOM: 1. Ricci, N. és mtsai: Lancet. 1962, 2, 564. — 2. Spriggs, A. I., Boddington, M. M.: Lancet. 1962, 2, 153. — 3. Gunz, F. W. és mtsai: Brit. med. J. 1962, 2, 1097. — 4. Fitzgerald, P. H., Hamer, W. J.: Brit. med. J. 1969, 3, 752. — 5. Goh, Kong-oo: J. Lab. clin. med. 1967, 69, 938. — 6. Spiers, A. S. D., Baikie, A. G.: Nature. 1965, 208, 497. — 7. Spiers, A. S. D., Baikie, A. G.: Cancer. 1968, 22, 193. — 8. Miles, C. P.: Med. Clin. N. Amer. 1966, 50, 875. — 9. Coutinho, V. és mtsai: Brit. J. Cancer. 1971, 25, 689. — 10. Demin, A. A. és mtsai: Genetika. 1972, 8, 126. — 11. Fleischmann, E. V. és mtsai: Neoplasma. 1974, 21, 51. — 12. Spiers, A. S. D., Baikie, A. G.: Brit. J. Cancer. 1970, 24, 77. — 13. Tjio, J. H. és mtsai: Blood. 1963, 22, 178. — 14. Castoldi, G. L. és mtsai: Lancet. 1963, 1, 829. — 15. Sandberg, A. A. és mtsai: Cancer. 1964, 17, 738. — 16. Sasaki, M. S. és mtsai: Cancer. 1965, 18, 1007. — 17. Baker, M. C., Atkin, N. B.: Brit. med. J. 1965, 1, 770. — 18. Atkin, N. B., Baker, M. C.: J. Nat. Cancer. Inst. 1966, 36, 539. — 19. Seif, G. F. S., Spriggs, A. F.: J. Nat. Cancer. Inst. 1967, 39, 557. — 20. Goh, Kong-oo: Arch. intern. Med. 1968, 122, 241. — 21. Millard, R. E.: Europ. J. Cancer. 1968, 4, 97. — 22. Moorhead, P. S. és mtsai: Exp. Cell. Res. 1960, 20, 613. — 23. Caspersson, T. és mtsai: Exp. Cell. Res. 1970, 62, 490. — 24. Fleischmann, T. és mtsai: Hereditas. 1972, 70, 75. — 25. Fleischmann, T. és mtsai: Hereditas. 1971, 68, 325. — 26. Caspersson, T. és mtsai: Hereditas. 1971, 67, 88. — 27. Manolov, G. és mtsai: Hereditas. 1971, 69, 273. — 28. Fleischmann, T. és mtsai: Hereditas. 1972, 70, 243. — 29. Fleischmann, T. és mtsai: Hereditas. 1971, 69, 311. — 30. de Grouchy, J. és mtsai: Europ. J. Cancer. 1968, 4, 481. — 31. Engel, E. és mtsai: Lancet. 1967, 2, 42. — 32. Lobb, D. S. és mtsai: Lancet. 1972, 1, 849. — 33. Mitelman, F. és mtsai: Lancet. 1973, 2, 972.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszokba csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszerárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritis urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acu. folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválóló hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

- I. sz. hát – váll, felkar – mell
- II. sz. derék – végtag
- III. sz. lábfej – boka (csizma)
- IV. sz. kézfej – csukló
- V. sz. has (főleg gynecológiai területen)



Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Női Klinika (igazgató: Csömör Sándor dr.)

Adatok a terhesség immunológiai hátteréhez (Előzetes közlemény)

Pulay Tamás dr. és Csömör Sándor dr.

A terhesség *Anderson* és *Benirschke* (3) szerint immunológiai paradoxon. A conceptus az anyától fehérje- és antigénszerkezet szempontjából különböző, tehát allotransplantatumnak tekinthető (8, 11). Ezért meglepő, hogy a normál körülmények között 10–18 napon belül bekövetkező immunológiai rejectiónak megfelelő tünetek, a terhességben még 9 hónap alatt sem jelentkeznek. Kétségtelenül vannak irodalmi adatok, amik immunológiai történés mellett szólnak — mint például a trophoblast lymphocytás beszűrődése (9), bizonyos szérum immunglobulin szint változások (28, 6, 25, 19), a lymphoblast transformatio csökkenése terhes szérum jelenlétében (18, 23, 14) vagy kevert lymphocytakultúrában bekövetkező csökkent válasz az apai sejtekkel szemben (24).

Más oldalról tekintve a terhesség endocrinológiai körülményei elég jól felderítettek. A terhes szervezetben két olyan fehérjetermészetű anyag jelenik meg, több más mellett specifikusan, amit éppen hormonhatásuk alapján fedeztek fel (4, 20, 21).

Ezek a humán choralis gonadotropin (HCG) és a humán placentalis lactogen vagy más néven humán choralis somatomamotropin (HCS). Ma már bizonyított, hogy mind a kettő lepényi eredetű (27, 21). A HCG molekulásúlya *Nydyich* és *mtsai* (26) szerint 30 500, a HCS-é *Florini* és *mtsai* (15) szerint 18 500. Endocrinológiai viszonylatban e két anyag hatáskálája lényegében tisztázott, de immunológiai szempontból csak feltételezésekre vagyunk utalva.

A magzat méhből történő immunológiai kilőködésének elmaradását számos elmélet igyekszik magyarázni. Ezek közül ma leginkább az anya és a foetus között fennálló barrier létét fogadják el leginkább, de értelmezése az utóbbi időben lényegesen dialektikusabbá vált, és feltételezik, hogy az anyai szérumban található és annak immunszuppresszív aktivitásáért felelős anyag, vagy anyagok képezik ezt az úgynevezett barrieret. Vizsgálataink célja az volt, hogy további adatokat szolgáltatassunk ehhez a kérdéshez.

Anyag és módszer

Vizsgálatainkat öt 60 év feletti, nem terhes, de élete folyamán már többször szült nőbeteg, 12 kora terhes és 9 terminusban szülő asszony perifériás leukocytáival, illetőleg saját, idegen és kevert idegen trophoblastból, valamint lepényből készült sejt-homogenizátummal végeztük. Antigénként, illetőleg az alkalmazott antigén kimerítéséhez használtunk még tisztított HCG-t (Serono Immunochemicals) 15 IE/ml koncentrációban, tisztított HCS-t (Pharmacia) 1 µg/ml és 0,2 µg/ml töménységben, anti-HCG szérumot (Humán Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet) és anti-HCS szérumot (Pharmacia).

Módszerként a perifériás leukocytá migratio-gátlást (PLMG) használtuk fel, lényegében *Soborg* és *Bendixen* (30) leírása szerint. Az alkalmazott módszer megegyezett *Révész* és *mtsai* (29) által ismertett eljárással. Az antigén előállításához a trophoblastból, illetőleg a lepényből sejtszuszpenziót készítettünk 6×10^6 sejtszámmal, 10% foetalis borjúsavot tartalmazó Parker médiumban. Ezt 9×1 percg ultrahanggal (MSE Disintegrator) roncsoltuk — mikroszkóppal ellenőrizve, hogy csak sejt-törmelék maradt az oldatban — és így használtuk fel. Az elkészített antigén 4–5 mg fehérjét tartalmazott milliliterenként. Az alkalmazott antigéneket 20 órás testben cytotoxicus hatás szempontból megvizsgáltuk. A trophoblast sejteket 6–12 hetes terheseken végzett legális interrupciókból, míg a placentáris sejteket a Naegele-féle időszámítás szerint terminusban, eseménytelen terhesség után szülő nők lepényeiből nyertük. A saját trophoblast vagy lepényi antigéneket a vizsgált perifériás leukocytákkal azonos terhesből származó trophoblast vagy lepényi sejtekből készült homogenizátumot értettük. Kontrollként 10% FCS-t tartalmazó Parker-oldatban mért migratiót tekintettük. Vizsgálatainkat mindig 6 paralellexel végeztük. Eredményeink értékeléséhez a Student-féle t-tesztet használtuk fel. Signifikans gátlásnak 0,8 vagy az alatti migratiós indexet (M. I.) tekintettük abban az esetben, ha az eredmény matematikailag is szignifikánsan kisebbnek bizonyult. Tekintettel arra, hogy az előkísérletek során az anti-HCS szérumnak rendkívül erős migratiót gátló hatása volt — melyhez 10% körüli cytotoxicus effektus is társult (trypánkéék festékkizárási tesztben vizsgálva) —, ezért azt használat előtt minden esetben humán leukocytákkal kimerítettük.

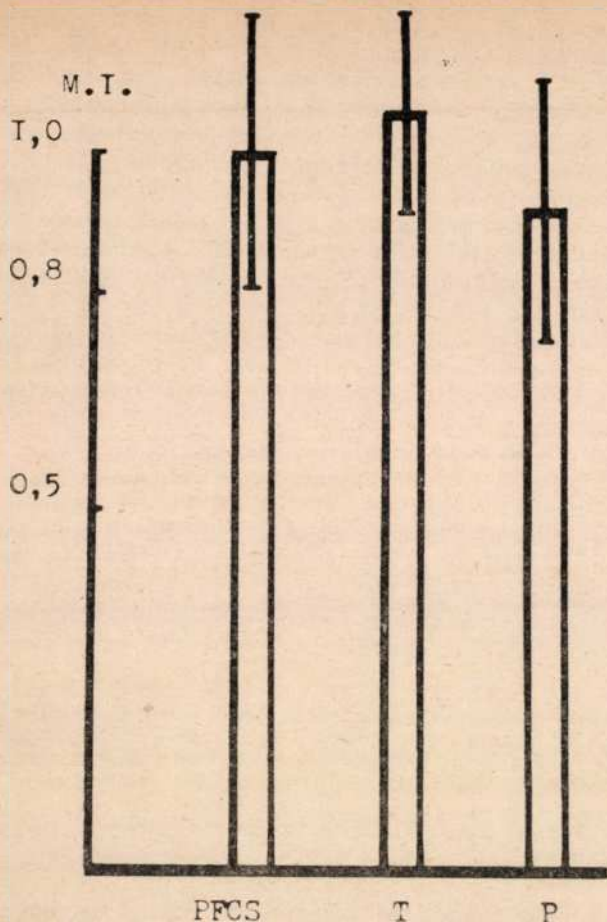
Eredmények

A 60 év feletti nők leukocytáinak migratióját a trophoblastból, vagy lepényből nyert antigén nem gátolta (1. ábra).

Tizenkét kora terhes leukocytáinak migratióját — egyiküket a várt menstruatio elmaradása után 10 nappal vizsgáltuk — mind a saját trophoblastból, mind bármely idegen, mind pedig a kevert idegen trophoblastból készült antigén szignifikánsan gátolta (2. ábra).

Terminusban a szülés alatt nyert 9 vérminta leukocytáinak migratióját mind a saját, mind az idegen lepény szignifikánsan gátolta (3. ábra). Ez a gátló hatás anti-HCG szérummal felfüggeszthetőnek bizonyult a saját trophoblastból nyert antigén esetében (2. ábra). Lepényi antigén alkalmazásakor az anti-HCG szérumnak ilyen irányú hatását nem tapasztaltuk, viszont anti-HCS szérummal a saját lepényből nyert antigén gátló hatása felfüggeszthetőnek bizonyult (3. ábra).

Ha ugyanezt a kísérletet az előbb említett 12 kora és 9 terminusban levő terhes leukocytáival 15 NE/ml HCG-t vagy 1 µg/ml HCS-t tartalmazó médiummal ismételtük meg, a fentiekhez hason-



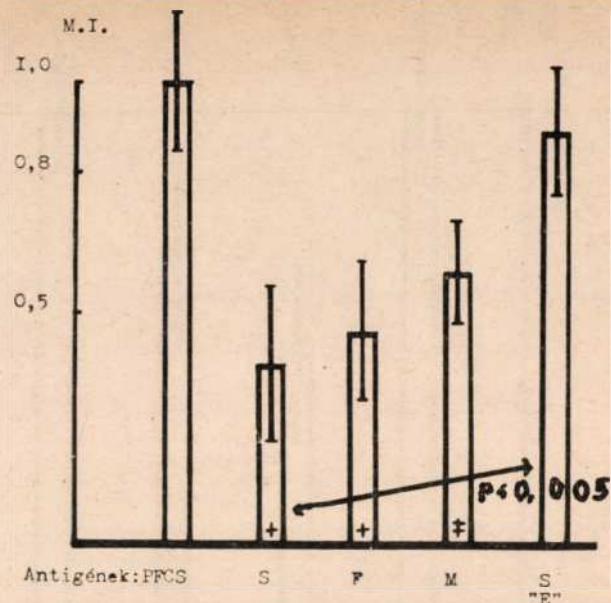
1. ábra.

60 év feletti kontroll csoport N = 5.
A trophoblast és lepényi antigén hatása a leukocyták migrációjára.
Antigének: $\bar{\sigma}$
PFCS = 10% foetalisborjúsavót tartalmazó Parker-médium
T = trophoblastból nyert antigén
P = lepényből nyert antigén

lőan, a leukocyták vándorlásának szignifikáns csökkentését tapasztaltuk. HCS 0,2 $\mu\text{g}/\text{ml}$ koncentrációban már gyakorlatilag nem befolyásolta a sejtek migrációját (4. ábra). Trypánkéék festékkizárásos tesztben a 20 órás vizsgálat végén számolva, az elpusztult sejtek aránya sohasem haladta meg az 1,5%-ot.

Megbeszélés

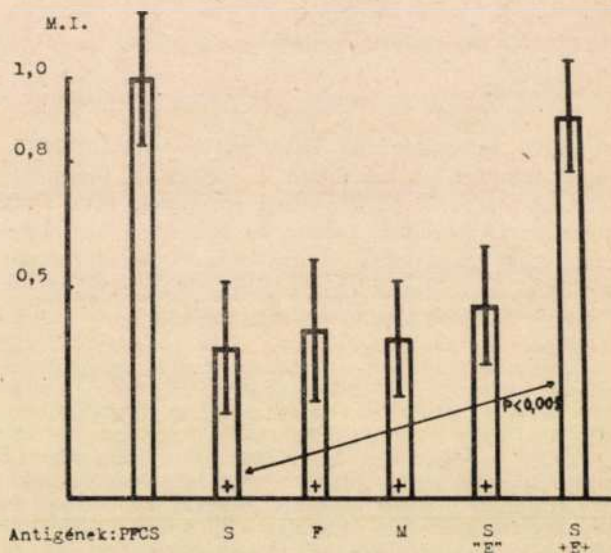
A Søborg és Bendixen (30) által leírt PLMG azon alapszik, hogy a perifériás vérből elkülönített és főként leukocytákat és lymphocytákat tartalmazó rendszerben a lymphocyták, ha számukra ismert antigénnel találkoznak, migratio inhibíciós faktort terhelnek és így a rendszer fő tömegét alkotó leukocyták vándorlása antigén jelenlétében az antigénmentes kontrollhoz viszonyítva jelentősen csökken. Magunk is tudjuk, hogy mind ez ideig sem a HCG-vel, sem a HCS-sel emberen immunizációt kiváltani nem sikerült, kivéve ha haptenhez kötötték a HCG-t kémiaiilag. Ebben az esetben azonban annak struktúrája feltétlenül megváltozott és ily módon vált alkalmassá emberben is immunizáció előidézésére. Ezen adatok alapján



2. ábra.

Kora terhesség N = 12
Trophoblastból nyert antigén hatása a leukocyták migrációjára
S = a terhes saját trophoblastjából nyert antigén
F = más terhes trophoblastjából nyert antigén
M = kevert idegen trophoblastból nyert antigén
S = S kimerítve anti-HCG szérummal

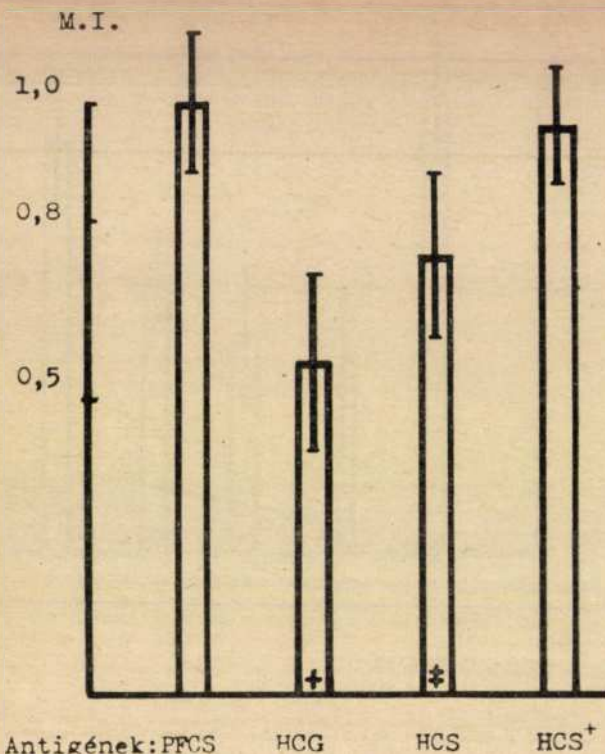
„E”
+ P < 0,005 # = P < 0,01 ● = P < 0,05



3. ábra.

Késő terhesség N = 9
A lepényből nyert antigén hatása a leukocyták migrációjára. Az anti-HCG és anti-HCS kezelés hatása.
S = saját lepényből nyert antigén
F = idegen lepényből nyert antigén
M = kevert idegen lepényből nyert antigén
„E” = az antigén anti-HCG szérummal kezelve
+E+ = az antigén anti-HCS szérummal kezelve
+ = P < 0,005

helytelennek tűnik az antigén kifejezés alkalmazása akár a trophoblast és lepényi sejtthomogenizátumokra, akár a médiumban alkalmazott terhes szérumra, vagy a tisztított placentáris proteohor-



4. ábra.

Kora és késő terhesség N = 21

A HCG és HCS hatása a terhesek leukocytáinak migrációjára

HCG = 15 NE humán choriális gonadotropin/ml médium
HCS = 1 μ g humán choriális somato-mammotropin/ml médium

HCS+ = 0,2 μ g HCS/ml médium

+ P < 0,005

= P < 0,01

monokra vonatkozóan. Tekintettel azonban arra, hogy ebben a situációban a vizsgálati módszerként alkalmazott PLMG teszt működési elve nem ismeretes, az eredeti *Søborg* és *Bendixen* (30) által leírt teszt működési elvére vonatkozó bizonyos analógia és a könnyebb szóhasználat alapján az antigén kifejezést gyakran használtuk.

Az utóbbi időben a lepényi eredetű fehérjehormonok immunológiai védőhatására vonatkozó utalások egyre gyakrabban találhatók az irodalomban. 1971-ben *Kaye* és *Jones* (22) leírták, hogy már 30 NE/ml HCG is jelentősen képes gátolni a lymphocyták phytohaemagglutinin (PHA) okozta blastos átalakulását. Hasonlóan gátló hatásról számolt be *Beling* és *Weksler* (7) MLC-ben, míg *Han* (17) a HCG gátló hatását egyaránt bizonyítani tudta mitogén, antigén és allogen sejtek által kiváltott blastos reakcióban. *Adcock* és *mtsai* (1) ezen gátló hatás koncentrációfüggő voltát is igazolták. Az a tény, hogy a HCG gátló hatása nagyobb, ha a PHA-t 24 órával később adják a rendszerhez, mint a HCG-t, valamint hogy a HCG az MLC-ben adott reakciót is gátolni képes, amellettszól, hogy a HCG nem a PHA-nal történt direkt reakció útján fejti ki gátló hatását. *Contractor* és *Davies* (10) ugyanilyen hatását igazolták a HCS-nek is. Vizsgálataikból kiderül, hogy egységnyi fehérje súlyra számítva a HCS-nek kétszer nagyobb gátló hatása van, mint a HCG-nek.

Saját kísérleteink szerint a terhesség 6–12. hetéből nyert trophoblast sejthomogenizátumoknak a PLMG tesztben, szignifikáns gátló hatásuk

van és ez a hatás anti-HCG szérummal megszüntethető. A terminusban született lepényből hasonló módon nyert sejthomogenizátum gátló hatását anti-HCS szérummal lehetett csökkenteni. Ezek az eredmények — összevetve az irodalmi adatokkal — arra engednek következtetni, hogy a terhesség elején a trophoblast védelmét az általa termelt HCG látja el, majd ennek szerepét a terhesség III. hónapja után mindinkább a HCS veszi át. *Contractor* és *Davies* (10) adatai szerint a HCS a HCG-nél kétszer hatékonyabb. Terminus körüli időszakból származó sejteken vizsgálva a tisztított HCG-nek változatlan gátló hatása volt. Ebből az következik, hogy a terhesség folyamán nem a lymphocyták és a HCG közötti kapcsolat lehetősége szűnik meg, hanem a lepény proteohormon-termelési profilja és ennek következtében a szérumban bekövetkező relatív és abszolút mennyiségi változások miatt történik a váltás a HCG és a HCS szerepében. Az így kialakult immunológiai kép nagyon jó egyezést mutat, *Balogh* és *mtsai* (5), *Albert* és *Berkson* (2), illetőleg *Spellacy* és *mtsai* (31), valamint *Gáti* és *mtsai* (16) által leírt szérum és lepényi HCG, továbbá HCS értékekkel.

A trophoblasttal és lepénnyel végzett vizsgálataink a valószínűség határán belül egyénre specifikus anyag hatása ellen szólnak. Kísérleteink során ugyanis nem sikerült különbséget találni az antigénként alkalmazott anyagok gátló hatásában attól függően, hogy azok a vizsgált sejtekkel megegyező vagy attól különböző személytől származtak. Ez a tény a HL—A antigének, illetőleg az ellenük irányuló antitestek lehetséges szerepének ellentmondani látszik.

Kísérleteink és az irodalmi adatok egybevetése alapján a terhesség immunológiai védelmének magyarázatára új hipotézist állítottunk fel. A megtermékenyített pete hamarosan elkezd HCG-t termelni, ami a menstruációs ciklus 23–24. napján — tehát az implantatio után 2–3 nappal már a vérben is kimutatható. Ez arra enged következtetni, hogy a beágyazódás idején a pete közvetlen környezetében már jelentős mennyiségű HCG lehet; ez a környező, esetleg az apai antigénnel szemben már immunizálódott sejtek teljes gátlását hozhatja létre. Később az egész szervezetet elárasztó HCG a trophoblasttól távol is képes gátolni az immunrendszer effektor sejtjeit, mert az in vitro gátló hatás kimutatható voltát, kezdettől a születésig, vizsgálataink is igazolják. A megtermékenyítést követő kb. 24. napon a lymphocyták migrációja a trophoblastból származó antigén vagy HCG jelenlétében gátolt. A fejlődő terhesség védelmét a továbbiakban is intenzív HCG termelés biztosítja, ami a 60. nap körül éri el tetőpontját. Ekkor a trophoblast 24 órás HCG termelése meghaladja a 300 000 NE-t és a szérum átlagosan 60 NE/ml HCG-t tartalmaz. Ez körülbelül 3 μ g/ml HCG-nek felel meg. A terhesség 6–7. hetében *Balogh* és *mtsai* (5) szerint egy gramm lepényben 1108 NE HCG van. Ettől kezdve a trophoblast HCG tartalma csökken, tehát korábban, mint a szérum HCG-tükör. A kettő közti különbséget szerintük egy darabig még a trophoblast gyors növekedése pótolni képes.

A terhesség 5. hetétől a HCS már kimutatható mennyiségben megjelenik a szérumban. A harma-

dik terhességi hónap végén, amikor HCG szérumszintje leesik 6–35 NE/ml-re, a HCS átlag 400 ng/ml, szélső értékekben 140–900 ng/ml szérumszintet ér el. Úgy tűnik, a terhesség végére a konceptus védelmét gyakorlatilag teljesen átveszi a HCS. Szérumszintje akkor *Gáti és mtsai* (16) szerint $5.9 \pm 1.1 \mu\text{g/ml}$. Az a tény, hogy az immunológiai védelmet biztosító anyagok szérumszintje folyamatosan növekszik a terminusig, bár a lepényi felszín növekedése befejeződik már hetekkel a terminus előtt, valószínűtlenné teszi, hogy a szülés megindulásának elsődlegesen immunológiai oka volna.

Az immunológiai paradoxon előidézésében feltehetően nemcsak a HCG–HCS rendszernek van szerepe, hanem ebben a többi carcino-foetalis antigén is részt vesz. Ez annál is inkább valószínű, mert a lepényen átjutó anyai lymphocytákkal szemben a foetalis keringésben belül, a HCG–HCS rendszer védő szerepe alacsony szintjük miatt nem érvényesülhet.

Kétségtelen, hogy néhány esetünk és az egyféle metodikával végzett vizsgálatok bizonyító ereje korlátozott, mégis a felvetett hipotézis hiányosságai mellett is elgondolkoztató és az további rendszeres vizsgálatok kiindulópontját képezheti; annál is inkább, mivel általa a terhességi immunparadoxon több oldala ellentmondások nélkül magyarázható.

Összefoglalás. Szerzők vizsgálataikban, melyekhez a perifériás leukocytá migratio gátlást használták fel, bizonyítják, hogy mind a trophoblastban, mind a lepényben a leukocytá migratio gátlásáért felelős substantia kiiktatható anti-humán chorialis gonadotropinnal, illetőleg anti-humán

chorialis somatomammotropinnal. A továbbiakban igazolják, hogy a gátló hatás reprodukálható humán chorialis gonadotropinnal, illetőleg humán chorialis somatomammotropinnal.

IRODALOM: 1. *Adcock, E. W. és mtsai:* Science. 1973, 181, 845. — 2. *Albert, A., Berkson, J.:* J. Clin. Endocrin. 1951, 11, 805. — 3. *Anderson, J. M., Benirschke, K.:* Brit. med. J. 1959, 1, 1534. — 4. *Ascheim, S., Zondek, B.:* Klin. Wschr. 1927, 6, 1322. — 5. *Balogh S. és mtsai:* Magy. Nőorv. L. 1970, 35, 56. — 6. *Bast, J., Banatvala, J. E.:* Lancet. 1965, II, 65. — 7. *Beling, C. G., Weksler, M. E.:* Clin. exp. Immunol. 1974, 18, 537. — 8. *Billingham, R. E.:* New Engl. J. Med. 1964, 270, 667. — 9. *Burstein, R. H., Blumenthal, H. T.:* Am. J. Obst. Gyn. 1969, 104, 671. — 10. *Contractor, S. F., Davies, H.:* Nature New Biol. 1973, 243, 284. — 11. *Currie, G. A.:* Foetal Autonomy. Ed. by Wolstenholme GEW and O'Connor, M. Churchill. London, 1967. 32. — 12. *Currie, G. A.:* Proc. Roy. Soc. Med. 1968, 61, 1206. — 13. *Curzen, P. és mtsai:* J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1970, 77, 523. — 14. *Finn, R. és mtsai:* Brit. Med. J. 1972, 3, 160. — 15. *Florini, J. F. és mtsai:* Endocrinol. 1966, 79, 692. — 16. *Gáti J. és mtsai:* Magy. Nőorv. L. 1973, 36, 193. — 17. *Han, T.:* Clin. exp. Immun. 1974, 18, 529. — 18. *St. Hill, C. A. és mtsai:* Brit. med. J. 1972, 5, 513. — 19. *Horne, C. H. W. és mtsai:* Lancet. 1970, I, 49. — 20. *Ito, Y., Higashi, K.:* Endocrinol. Jap. 1961, 8, 279. — 21. *Josimovich, J. B., McLaren, J. A.:* Endocrinol. 1962, 71, 209. — 22. *Kaye, M. D., Jones, W. R.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1971, 109, 1029. — 23. *Leventhal, B. G. és mtsai:* Proc. of fifth Leukocyte Culture Conference. Szerk.: Harris J. Academic Press, New York. 1970. 473. — 24. *Lewis, J. Jr. és mtsai:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1969, 96, 261. — 25. *Mac Gillivray, I., Torey, J. E.:* J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1957, 64, 361. — 26. *Nydick, M. és mtsai:* J. clin. Endocr. Metab. 1964, 24, 1049. — 27. *Philip, E.:* Zbl. Gynäk. 1930, 54, 2754. — 28. *Pulay T. és mtsai:* Gyermekgyógyászat. 1971, 22, 451. — 29. *Szigeti R. és mtsai:* Orv. Hetil. 1975, 116, 133. — 30. *Soborg, M., Bendixen, G.:* Acta med. Scand. 1967, 181, 247. — 31. *Spellacy, W. N. és mtsai:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1967, 97, 560.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTAP” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630–985.



Fővárosi István Területi Vezető Kórház,
Bőrgyógyászati Osztály (főorvos: Korossy Sándor dr.),
Országos Munka és Üzemegészségügyi Intézet
(igazgató: Timár Miklós dr.)

Allergiás kontakt dermatitis spektrumában történt változások kórházi beteganyagban

Korossy Sándor dr., Vincze Erzsébet dr.
és Nebenführer László dr.

Allergiás kontakt dermatitisben a gyanúba vett allergen bizonyítására világszerte ma is a rátevési próbát használják. Ennek segítségével igazolható egyrészt a feltételezett sensibilisatio, másrészt eldönthető, hogy irritáló vagy allergiás reakcióról van-e szó (4).

A próba technikáját korábban részletesen ismertettük (11). A bőrgyógyászati diagnosztikában a leggyakoribb kontakt allergeneket együttesen alkalmazzuk az ún. alap- vagy standard rátevési próbasorozat formájában. Természetesen a beteg kór-előzménye, foglalkozása stb. alapján a vizsgálatot a sorozatban nem szereplő egyéb anyagokkal ki kell egészíteni.

Irodalmi adatok (3, 13, 15) és saját tapasztalataink (11) is azt bizonyítják, hogy időnként szükséges a próbasorozat allergen-összetételének felülvizsgálata. A spektrum végső soron a környezet függvénye, az utóbbi változásai megkívánják a módosítást. Egyes anyagokat a termelésből kivonnak vagy más anyagokkal helyettesítenek, a vegyipar nap mint nap ontja az új műanyagokat, szintetikus termékeket, háztartási tisztítószereket, gyógyszereket, melyek mint újabb kontakt allergenek szerepelhetnek.

A kontakt allergenek gyakoriságának, a gyakoriság változásának és a kontakt sensibilisatio dinamizmusának vizsgálata a Fővárosi István Kórház bőrgyógyászati osztályán 1948 óta folyik. Jelen dolgozatunkban 8 éves (1966-tól 1973-ig terjedő) vizsgálati időszak alatt szerzett tapasztalatainkat összegezzük.

A 8 év alatt összesen 8396 beteg állt osztályunkon kezelés alatt. Az allergiás vagy irritans kontakt dermatitis lehetősége 2780 esetben (33,1%) merült fel, s ennek eldöntésére történt rátevési próba. Az egyes allergenek gyakoriságában bekövetkezett változások leírására a 8 éves vizsgálati időt két részre osztottuk (1966-tól 1969-ig és 1970-től 1973-ig), majd az így nyert 4 éves időszakokat hasonlítottuk össze. 1966–67-ben a rátevési sorozat az alábbi 8 anyagból állt: CoCl_2 — 2%, NiSO_4 — 5%, $\text{K}_2\text{Cr}_2\text{O}_7$ — 0,25%, paraphenylendiamin — 2%, formaldehid — 2%, terpentín — 4%, HgCl_2 — 0,1%, Novocain — 1%. A terpentín ol. helianthiban, a többi anyag desztillált vízben volt oldva. A HgCl_2 0,1 százalékos oldatával valószínűtlenül sok pozitív reakciót kaptunk. A szakirodalom álláspontja szerint 0,1–0,05%-os HgCl_2 oldat alkalmazása esetén irritáló hatással lehet számolni (9), ezért az értékelésből kihagytuk, hasonlóan a nyugat-európai (6, 13, 14) és észak-amerikai (15) gyakorlathoz.

1968-tól a sorozat 4 új anyaggal bővült: a gumi-gyártásban használt 2 accelerátorral (merkaptobenzthiazol: MBT — 2%, tetramethylthiuramdisulfid: TMTD — 2%), a Chlorociddal — 1,5% és a perubalzsammal — 25%; valamennyi vaselinum albumban. 1972-től újabb 2 anyag került a sorozatba: Neomycin — 20% (desztillált vízben) és paraben — 5% (propylen-glykol + glicerinnel).

Eredmények

A vizsgált 2780 beteg közül 983, azaz 35,4% reagált pozitívan a rátevési próbasorozatra.

Nemek szerinti megoszlás. A vizsgált betegek közül 1471 (52,9%) volt nő és 1309 (47,1%) férfi. Pozitívan reagált 549 nő és 434 férfi, azaz a vizsgált nőbetegek 37,3%-a, a vizsgált férfibetegek 33,2% százaléka. A különbség szignifikáns

$$(p < 0,05; \chi^2 = 4,330).$$

Életkor szerinti megoszlás. A legtöbb vegyi sensibilisatiót a 41–60 évesek között találtuk (1. táblázat). A különbség statisztikailag igazolható ($p < 0,001; \chi^2 = 116,161$).

Az egyes allergenek gyakorisági megoszlása. Az egyes vegyi allergenekkel 8 év alatt kapott pozitív reakciók gyakoriságát a 2. táblázat mutatja. Első helyen áll változatlanul a terpentín (10,4 százaléka). Ezt gyakoriságban egy gyógyszer, a chloramphenicol (8,9%) követi. Harmadik helyen áll a chrom (8,6%), fémek közül a leggyakoribb, míg a cobalt és a nickel ritkább (4,6, ill. 2,9%) al-

1. táblázat
A vizsgált betegek és a pozitívan reagáló betegek kormegoszlása

Korcsoport (év)	Vizsgált betegek közül a megfelelő korúak		Pozitívan reagálók közül a megfelelő korúak	
	száma	az összeg %-a	száma	az összeg %-a
11–20.....	147	5,3	76	7,7
21–30.....	378	13,6	135	13,7
31–40.....	439	15,8	145	14,8
41–50.....	467	16,8	186	18,9
51–60.....	423	15,2	206	21,0
61–70.....	473	17,0	153	15,6
71 felett.....	453	16,3	82	8,3
Együtt.....	2780	100,0	983	100,0

Anyag megnevezése	Pozitív esetek száma és gyakorisága						2 mintás t-próba
	8 év alatt		az első		a második		
			négyéves ciklusban				
	szám	%	szám	%	szám	%	
Terpentin	290	10,4	192	11,2±0,75	98	9,2±0,9	n. sz.
Chloramphenicol	247	8,9	120	7,0±0,8	127	11,9±1,0	p < 0,01
K ₂ Cr ₂ O ₇	239	8,6	134	7,8±0,7	105	9,9±0,9	n. sz.
Paraphenyldiamin	220	7,9	124	7,2±0,8	96	9,0±0,9	n. sz.
Formaldehid	180	6,5	98	5,7±0,55	82	7,7±0,8	n. sz.
Perubalzsam	173	6,2	74	4,3±0,5	99	9,3±0,9	p < 0,01
CoCl ₂	128	4,6	67	3,9±0,5	61	5,7±0,2	p < 0,05
Merkaptobenzthiazol	117	4,2	54	3,1±0,4	63	5,9±0,7	p < 0,05
Tetramethylthiuramdisulfid	84	3,0	33	1,9±0,3	51	4,8±0,65	p < 0,01
NiSO ₄	81	2,9	34	2,0±0,3	47	4,4±0,6	p < 0,05
Novocain	74	2,7	59	3,4±0,4	15	1,4±0,4	p < 0,05
Paraben	19	0,68	1	0,06±0,36	18	1,7±0,4	p < 0,05
Neomycin	10	0,36	1	0,06±0,36	9	0,85±0,3	n. sz.

A fenti arányszámok a pozitív próbák gyakoriságát fejezik ki az első 4 évben vizsgált 1716, illetve a második 4 évben vizsgált 1064 főhöz viszonyítva.
n. sz. = nem szignifikáns.

lergennek mutatkoznak. A paraphenyldiamin és a formaldehid előkelő helyet foglalnak el a 7,9, ill. 6,5%-os gyakoriságukkal. Figyelemre méltóak a gumi-acceleratorok (MBT: 4,2%, TMTD: 3,0%) mint allergenek. A gyógyszerek közül az említett chloramphenicolon kívül a perubalzsam tartozik a gyakoribb allergenek közé (6,2%), míg a Novocain lényegesen ritkább (2,7%), a paraben és a Neomycin pedig nem érik el az 1%-ot.

Az egyes allergenek gyakoriságában történt változások. Az első és második 4 éves periódusban bekövetkezett változásokat a 2. táblázatban tüntettük fel. A nickel sulphat, cobalt chlorid, mindkét gumi-accelerator, chloramphenicol, perubalzsam, paraben gyakorisága a második periódusban növekedett, a különbség szignifikáns. Csökkent a Novocain és a terpentin sensibilisatók száma; a csökkenés Novocain esetében szignifikáns. A többi anyag gyakorisága lényegében változatlan.

Valentia-megoszlás. A valentia kifejezést az egyes betegen kimutatható sensibilisatio számának jelölésére használjuk. Míg az első 4 éves periódusban a monovalens esetek túlsúlyban voltak (76,8 százalék), a második periódusban számuk lényegesen (46,9%-ra) csökkent. Ezzel szemben a bi-, tri- és polyvalens betegek száma feltűnően emelkedett

A sensibilisatio valentia megoszlása

3. táblázat

Valentia érték	Az esetek száma és gyakorisága			
	az első		a második	
	négyéves ciklusban			
	szám	%	szám	%
Monovalens	444	76,8	190	46,9
Bivalens	84	14,5	115	28,4
Trivalens	35	6,1	65	16,1
Polyvalens	15	2,6	35	8,6
Összesen	578	100,0	405	100,0

(lásd 3. táblázat). Valamennyi változás szignifikáns (p < 0,001; $\chi^2_3 = 96,120$).

Csoportallergia. Ismeretes, hogy vegyi szerkezetben egymáshoz közelálló anyagok esetében együttesen is kialakulhat ún. csoport- vagy kereszt-sensibilisatio. Ennek klasszikus példája a para-állású vegyületek (paraphenyldiamin, Novocain, sulfonamidok stb.) viselkedése. Multiplex sensibilisatio kémiailag nem rokon vegyületek (pl. a fémnyomok, gumi-acceleratorok) esetében is létrejöhet. A sensibilisatio okaként ilyenkor feltételezik, hogy környezetünkben is együttesen fordulnak elő.

Megkülönböztetésként „kapcsolódó allergia” („Koppelungsallergie”) megjelölést használják (4, 17). Ennek két változata ismert: a) ha ugyanazon anyagban vannak jelen („concomittans sensibilisatio”) és b) ha különböző termékekben („simultan sensibilisatio”) fordul elő (21).

Anyagunkban a második 4 éves periódusban a fémnyomok és a gumi-acceleratorok gyakorisága növekedett, a para-állású vegyületeké csökkent (lásd 4. táblázat). A változások szignifikánsak (p < 0,05; $\chi^2_3 = 10,012$).

A sensibilisatio feltételezhető eredete. Az allergizálódás forrását felderíteni sok esetben nehéz feladat. Az eredet tisztázását a beteg gondos kikérdezése, munkaanyagainak, munkakörülményei-

Csoport és kapcsolódó allergiás reakciók

4. táblázat

Anyagcsoport	Pozitív esetek száma és gyakorisága			
	az első		a második	
	négyéves ciklusban			
	szám	%	szám	%
Fémnyomok	70	12,1	62	15,3
Para-csoport	38	6,6	12	3,0
Gumi-acceleratorok	26	4,5	21	5,2
Egyéb	7	1,2	10	2,5

Eredet	Első 4 év		Második 4 év		Összesen	
	Eset-szám	%	Eset-szám	%	Eset-szám	%
Foglalkozási, háztartásbeli ..	347	60,0	129	31,8	476	48,4
Gyógyszer, kozmetikum, testápolószer ..	102	17,7	151	37,3	253	25,7
Ruházat, cipő, gumikesztyű...	88	15,2	65	16,1	153	15,6
Egyéb	41	7,1	60	14,8	101	10,3
Együtt	578	100,0	405	100,0	983	100,0

nek, otthoni környezetének, szociális helyzetének, gyógyszereinek, kozmetikumainak stb. felmérése segítheti. Betegünk esetében a feltételezhető eredet megoszlásában figyelemre méltó változás volt kimutatható (lásd 5. táblázat). A foglalkozási, ill. háztartási eredetű allergizálódás a második 4 éves periódusban csaknem a felére csökkent. A gyógyszerek, kozmetikumok, testápolószer kiváltotta sensibilisatio százalékaránya több mint kétszeresére emelkedett. A különbség mindkét csoportban erősen szignifikáns ($p < 0,001$; $\chi^2_3 = 88,662$). A ruházati anyagokkal, cipővel, gumitárgyakkal történő érintkezésre visszavezethető allergizálódás a két időszakban lényeges eltérést nem mutatott.

6. táblázat
Kiegészítő rátevési próbák kontakt gyógyszer-allergenekkel

Az anyag megnevezése	Pozitív esetek száma és gyakorisága			
	az első		a második	
	négyéves ciklusban			
	szám	%	szám	%
Phenylbutazon	0	—	25	8,1 ± 1,6
Vioform	6	2,6 ± 1,0	22	7,1 ± 1,4
Pellidol	1	0,4 ± 1,0	8	2,6 ± 0,9
Jód	7	3,0 ± 1,1	6	1,9 ± 0,8
Pix fagi	4	1,7 ± 0,8	5	1,6 ± 0,7
Lanolin	1	0,4 ± 1,0	2	0,65 ± 1,0
Sterosan	1	0,4 ± 1,0	2	0,65 ± 1,0
Chlorpromazin + fény	14	6,0 ± 1,5	—	—
Streptomycin	16	6,9 ± 1,7	8	2,6 ± 0,9
Resorcin	24	10,3 ± 1,9	21	6,8 ± 1,4
Egyéb	23	9,9 ± 1,9	21	6,8 ± 1,4
Vizsgált esetek száma:	233		309	

Egyéb kontakt gyógyszerallergiák. A 6. táblázatban tüntettük fel az alap próbasorozatban nem szereplő, esetenként kiegészítésül alkalmazott gyógyszerallergenekkel kapott pozitív reakciókat. 542 beteget vizsgáltunk, 206 (38%) esetben kaptunk pozitív eredményt. A Vioform és a Pellidol sensibilisatio gyakorisága növekedett. A Vioform esetében a különbség szignifikáns ($p < 0,05$) volt. A Phenylbutazon kenőcs rövid ideje van forgalomban, az utolsó 3 évben észlelt 25 eset igen erős allergizáló képességére utal. A második 4 éves szakaszban a resorcin, streptomycin, chlorpromazin + fény sensibilisatio csökkenő hajlamot mutatott. A

vizsgált többi anyag (jód, pix fagi, lanolin, Sterosan) gyakorisága lényegében nem változott.

Megbeszélés

A nőknél talált magasabb pozitivitást azzal magyarázzuk, hogy a foglalkozási és környezeti allergenek kivételével gyakoribb kontaktusuk van testápoló és kozmetikai szerekkel és a háztartásban használt tisztítószeresekben található allergenekkel, mint a férfiaknak. A nők körében a sensibilisatio emelkedéséről Hegyi és mtsai (7) is beszámoltak. Belga szerzők (16) chrom, nickel, TMTD sensibilisatiót gyakrabban találtak nőbetegeken, mint férfiakon.

Bár a foglalkozási dermatitisek 58%-a 40 év előtt megjelenik (16), véleményünk szerint ebben az életkorban van a legszélesebb lehetőség az expositóra, ekkorra már érvényesülnek a sensibilisatio kialakulását elősegítő tényezők (bőrszárazság, csökkent ellenállóképesség stb.) és az expositív időtényező is leghosszabb. Valószínűleg ezért találtuk a legtöbb pozitivitást 41–60. évesek között.

Hogy a sensibilisatiók gyakoriságának fokozódását, ill. csökkenését nem az egyes években vizsgáltak számának változása okozta, azzal bizonyítható, hogy az utóbbi 4 évben évenként vizsgált egyének számában lényeges különbség nem volt; ugyanakkor az egyes allergenekkel kapott pozitív reakciók száma növekedést vagy csökkenést mutatott (lásd 7. táblázat).

Vizsgálati anyagunkban az első helyen változatlanul a terpentin áll 10,4%-os gyakorisággal, ami majdnem kétszerese a Nyugat-Európai Nemzetközi Kontakt Dermatitis Kutató Csoport (6) (továbbiakban: ICDRG) által talált 5,9%-os és az Észak-Amerikai Kontakt Dermatitis Csoport (15) (továbbiakban: NACDG) 6,0%-os, valamint az NDK (12) 6,1%-os gyakoriságának, viszont kevesebb, mint Baer és mtsai (2) által New Yorkban észlelt 12,2%-os gyakoriságnak. A gyakori allergisatio magyarázatát főként abban keressük, hogy bár a terpentin helyét az iparban és háztartásban egyre inkább a terpentinmentes festékek, lakkok, padló- és parkett-, valamint cipőpaszták foglalják el, most is van terpentin tartalmú tisztítószer forgalomban, és mint ismeretes, a terpentin-sensibilisatio az érintkezés megszűnte után is tartósan megmarad (betegeink 63,8%-a 40. életév feletti volt).

A chromium ion 8,6%-os gyakorisága nem meglepő, mert a chrom egyike a leggyakoribb és legerősebb ipari (cement, chrom-tartalmú hűtő- és kenőolajok, festékek, chrommal cserzett bőrök, favédő anyagok stb.) és környezeti (mosószeres, fémtárgyak, bizzuk stb.) allergeneknek. (Hazai gyakorisága közepheletet foglal el a nemzetközi adatok között. ICDRG: 6,6, NACDG: 8,0, NDK: 25,3, melyből a cement egyedül 15,6%). A nickel- és cobalt-sókat az ipar kiterjedten alkalmazza. Jelentőségét növeli, hogy a mindennapi élet anyagai között is megtaláljuk (mosószeres, fémtárgyak, bizzuk). A nickel hazai 2,9%-os gyakorisága kisebb, mint a nemzetközi adatokban (ICDRG: 6,7, NDK: 10,1, NACDG: 11,0%).

A paraphenylendiamin pozitívítást gyakoriságát (7,9%) az anyag széles körű alkalmazása (festett szőrmék, textíliák, fodrászat, kozmetika, színes fényképészet, színesfilmgyártás), valamint a para állású vegyületekkel adott csoportallergia magyarázzák. Gyakorisága nemzetközi viszonylatban közepheletet foglal el (ICDRG: 4,9, NDK: 6,4, NACDG: 8,0%).

A formaldehid okozta pozitív reakciókért (6,5%) az ezt tartalmazó műanyagokat, szigetelőanyagokat, szintetikus ragasztókat, appetúra anyagokat (19), desodoransokat, antisudoricákat tehetjük felelőssé. Ná-

Év	1970		1971		1972		1973		Összesen	
Vizsgált betegek száma	245		257		266		296		1064	

Vizsgált anyagok	Szám	Százalék	Szám	Százalék	Szám	Százalék	Szám	Százalék	Szám	Százalék
NiSO ₄	8	3,2	10	3,9	13	4,9	16	5,4	47	4,4
CoCl ₂	11	4,5	13	5,1	17	6,4	20	6,8	61	5,7
Merkaptobenzthiazol	10	4,1	17	6,6	16	6,0	20	6,7	63	5,9
Tetramethyltiuramdisulfid	9	3,7	11	4,3	15	5,6	16	5,4	51	4,8
Chloramphenicol	28	11,4	26	10,1	32	12,0	41	13,9	127	11,9
Novocain	5	2,0	2	1,2	3	1,1	4	1,4	15	1,4
Terpentin	24	9,8	24	9,3	25	9,4	25	8,4	98	9,2

lunk valamivel gyakoribb allergen, mint a többi értékelésben (ICDRG: 3,5, NACDG: 4,0, NDK: 5,7%).

A gumi-acceleratorok (MBT, TMTD) okozta sensibilisatiót a gumiból készült használati tárgyak elterjedése magyarázza (2, 13, 14, 15). Betegeink az MBT 4,2%-os gyakoriságával nemzetközi viszonylatban a közepén helyezkednek el (ICDRG: 2,0, NACDG: 5,0, NDK: 7,7%).

A chloramphenicol okozta nagyszámú sensibilisatio hazánkban a Chlorocid-tartalmú helyi szerek bevezetésével esett egy időbe (10, 18). A külföldi alap rátevési sorozatokban nem szerepel, csak célzott vizsgálatok során derül ki gyakorisága. Az NDK-ban a „iatrogen” sensibilisatiók leggyakoribb oka lett a chloramphenicol (5). A *perubalzsam* gyógyászati szerekben, továbbá illattartósító, ízesítő anyagként a kozmetikai és élelmiszeriparban ad sensibilisatióra lehetőséget. Nálunk valamivel ritkábban (6,2%) adott pozitív eredményt, mint a nyugati vizsgálatok során (7,9 százalék) (2). A *Novocain* gyakorisága (nálunk 2,7, az NDK-ban 1,8%-os) a Lidocain bevezetése óta csökkenő hajlamot mutat. További rutinszerű vizsgálata feleslegessé vált, csak közlésményi adat esetén jön szóba. A *paraben* és a *neomycin* irodalmi adatok (9, 20) és egyes saját észleléseink alapján kerültek be a sorozatba. A *paraben* nálunk még csak 0,68%-os gyakoriságú, ugyanakkor az ICDRG összeállításában 1,9, a NACDG-ében 3%-ot ért el. A *neomycin* nálunk még 1% alatt van, de az ICDRG 3,7, míg a NACDG már 6%-ot talált. Ezen adatok és a kiterjedt hazai felhasználásuk alapján további vizsgálatokat indokoltak tartjuk.

A vizsgálati adataink felhívják a figyelmet továbbá arra is, hogy a környezetünkben állandóan szaporodó allergenek hatására egyre nagyobb a lehetősége annak, hogy egy, már kialakult sensibilisatiohoz arra hajlamos egyéneken újabb anyagok iránti allergizálódás társuljon. Ezt jól tükrözi a bi-, tri-, ill. polyvalentia megszorodása az utóbbi években. A csoportallergia ismerete prognosztikai jelentőségű. Támponthoz adhat a már kialakult allergia várható további kiszélesedésére vagy különállására.

A foglalkozási eredetű sensibilisatiók számának csökkenését egyrészt az ipari megelőzés fejlődésének tulajdonítjuk (korszerű védőeszközök, módszerek, zárt rendszerek, a megelőzést célzó előírások következetes keresztülvitele), másrészt hangsúlyozni szeretnénk, hogy vizsgálatainkat kórházi kezelést igénylő, nem válogatott betegeken végeztük. Feltételezhető, hogy járóbeteg-rendelésen még

nem ilyen kedvező a helyzet. Ezért az OMÜI foglalkozási járóbeteg-rendelésének anyagát is célunk feldolgozni. A gyógyszer és kozmetikumok okozta allergiák számának emelkedése megfelel a gyógyszerfogyasztás rohamos növekedésének, a kozmetikumok és testápolószerek széles körű elterjedésének és használatának.

Fel kell hívjuk a figyelmet, hogy az alap rátevési próbában szereplő allergenekon kívül betegeink 14 százalékában más gyógyszer, 11%-ában egyéb foglalkozási anyagok (pl. műgyanták, ragasztók, szigetelő anyagok stb.) is szerepeltek allergenként, tehát még a 13 tagú rátevési próbasorozat sem minden esetben elegendő, hanem „egyéni” kiegészítő sorozatra is szükség lehet, amely kiterjed a beteg munka-, környezeti anyagaira és gyógyszereire.

A különböző összeállítások során nyert tapasztalatok teszik lehetővé az allergenek ésszerűbb összeválogatását egy próbasorozatba, másrészt azt is jelenti, hogy időnként szükséges a spektrum felülvizsgálata. Ez egyben bizonyos mértékben útmutatást is ad az üzemorvosok számára, hogy munkaterületükön mely allergenekre kell elsősorban figyelemmel lenniük. Míg egyes foglalkozásokban (építőipar, galvanizáló, fodrász) csupán néhány anyagnak van allergen jelentősége, más foglalkozásokban (vegyszer-, gyógyszeripar) a noxák száma napról napra növekszik. A munkanyagok megismerése, s az azoktól várható károsodás ismerete segít a megelőző rendszabályok kidolgozásában. A sensibilisatio megállapítása segíti az optimális orvosi és szociális rehabilitációt (1).

Összefoglalás. A szerzők ismertetik 8 év alatt kontakt dermatitisszel kezelt 2780 betegen a leggyakoribb allergenekkel (terpentin, K₂Cr₂O₇, NiSO₄, CoCl₂, paraphenylendiamin, formaldehyd, merkaptobenzthiazol, tetramethyltiuramdisulfid, chloramphenicol, Neomycin, perubalzsam, paraben, Novocain) végzett rátevési próbasorozatok eredményét. Fenti allergenek közül gyakoriságban az utóbbi 4 évben emelkedő hajlamot mutattak a fémek (gyakran mint nyomelemek), a gumi-acceleratorok, a gyógyszerek közül a chloramphenicol és a paraben. Csökkent a Novocain és a terpentin sensibilisatio előfordulása. Több a polyvalens sen-

sibilisatio és ezzel együtt a csoportallergiás esetek száma is. Megemlítik a vioform és a phenylbutazon allergiás esetek számának emelkedését.

IRODALOM: 1. Antoniev, A. A., Getmanets, I. Ya., Rezenkina, L. D.: Vestn. Derm. Vener. 1974, 48/7, 3. — 2. Baer, R., Ramsey, D. L., Biondi, E.: Arch. Derm. 1973, 108, 74. — 3. Bandmann, H.-J.: Fortschr. prakt. Derm. Vener. 1965, 5, 165. Springer, Berlin. — 4. Bandmann, H.-J., Dohn, W.: Die Epicutantestung. Bergmann, München, 1967. — 5. Folesky, H., Rothe, A.: Derm. Mschr. 1975, 161, 67. — 6. Fregert, S. és mtsai: Trans. St. John's Hosp. Derm. Soc. 1969, 55, 17. — 7. Hegyi E., Hudáková G., Doležalová, A.: Allergie Immunologie. 1971, 17, 221. — 8. Hjorth, N.: Fortschr. prakt. Derm. Vener. 1970, 6, 75. Springer, Berlin. — 9. Hjorth, N., Fregert, S.: in: Rook, A., Wil-

kinson, D. S., Ebling, F. I. G.: Textbook of Dermatology. Vol. I, Blackwell, Oxford, 1972. 305. — 10. Korossy S., Vincze E., Gózonny M.: Allergie Asthma. 1962, 8, 228. — 11. Korossy S. és mtsai: Orv. Hetil. 1969, 110, 1837. — 12. Laubstein, H., Mönnich, H.-T.: Derm. Mschr. 1974, 160, 305. — 13. Magnusson, B. és mtsai: Acta dermat.-venereol. 1968, 48, 110. — 14. Malten, K. E. és mtsai: Berufsderm. 1971, 19, 1. — 15. North American Contact Dermatitis Group: Arch. Derm. 1973, 108, 537. — 16. Oleffe, J., Nopp-Oger, M. J., Achten, G.: Berufsderm. 1972, 20, 209. — 17. Pahl, O., Pürschel, W., Taufkirch, C.: Hautarzt. 1973, 24, 479. — 18. Rajka G., Vincze E.: Berufsderm. 1965, 4, 124. — 19. Schorr, W. F., Keran, E., Plotka, E.: Arch. Derm. 1974, 110, 73. — 20. Schorr, W. F., Mohajerin, A. H.: Arch. Derm. 1966, 93, 721. — 21. Wilkinson, D. S. és mtsai: Acta dermat.-venereol. 1970, 50, 287.

REASEC tableta és cseppek

1 tableta, illetve 25 csepp (1 ml) oldat
2,5 mg diphenoxylat. hydrochloric.-ot és 0,025 mg
atropin. sulf.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK

Acut vagy chronicus diarrhoeák legkülönbözőbb esetei (allergiás, fertőzések, gyógyszerek által okozott, idegeredetű, paraziták által kiváltott, utazás okozta, szervi laesiók által bekövetkezett incontinentia miatti, felszívódási zavarok miatt fellépő, a bélflóra egyensúlybomlása miatt beálló, gyomor- és bél-resectio után bekövetkező, stb. eredetű diarrhoeák).

ADAGOLÁS

A beteg korától és az eset súlyosságától függ.

ELLENJAVALLATOK

Subobstructio.

MELLÉKHATÁSOK

Nagy adagok esetében kivételesen előfordulhat émelygés, szédülés, aluszékonyság, nyugtalanság, bőrvizketés, puffadás.

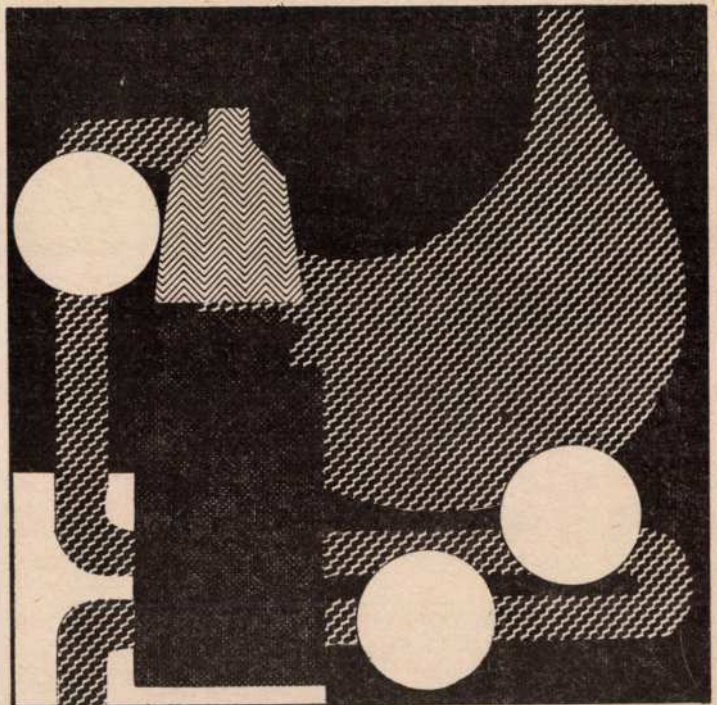
MEGJEGYZÉS

†† Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS

20 tableta 7,70 Ft

1 üveg (15 ml) 15,80 Ft



Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
III. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Gráf Ferenc dr.)

Cytochemiai megfigyelések chronicus myelosishoz társult „malignus lymphoma” esetében

Raposa Tibor dr., Jakob Imre dr.
és Gráf Ferenc dr.

Diagnosztikus probléma előtt áll a klinikus, ha a chronicus myeloid leukaemia (CML) klinikai képét extrem, generalizált nyirokcsomó-megnagyobbodás komplikálja. Jogosan vetődhet fel annak gyanúja, hogy az alapfolyamathoz a lymphoreticularis rendszer tumora társult. A megítélést csak tovább nehezíti, ha a haematologiai, cytomorphologiai és a histologiai leletek ellentmondanak egymásnak. A nyirokcsomók differenciálatlan sejtjeinek identifikálásában azonban segíthetnek olyan modern sejtbiológiai vizsgálati módszerek, mint a cytochemia, cytogenetika és elektronmikroszkópos vizsgálatok. Az alábbiakban egy esetünkről számolunk be, ahol a CML klinikai lefolyása során extrem, generalizált nyirokcsomó-megnagyobbodás alakult ki és a diagnosztikus dilemmát cytochemiai vizsgálatokkal sikerült feloldani.

Esetismertetés

K. J., 16 éves férfibeteg 1970. augusztusban került felvételre az egyik fővárosi kórházba. Felvételét megelőzően fél év óta subfebrilis volt, mindkét bordaív alatt nyomó fájdalmat érzett. Statusából a hepatosplenomegalia, súlyos fokú anaemia (hgb.: 5,9 g%), valamint a 400 000-es leukocytaszám és 606 000-es thrombocytaszám emelendő ki. Qualitativ vérképe: myeloblast: 1%, neutrophil myelocyt: 35%, eo. myelocyt: 21%, Ju.: 6%, St.: 8%, Eo.: 1%, Se.: 28% (1. ábra). A sternum chronicus myelosisnak felelt meg. A nagy lépét besugározták (900 r összdózis) és Myelobromolt kapott. Fvs.-száma 16 000-re csökkent, transfúziók adása után vörösvérképe javult.

1970 decemberében láz kíséretében fájdalmas, generalizált nyirokcsomó-megnagyobbodás fejlődött ki. A sternum myeloblastos infiltrációt mutatott, a periferián 41 000-es leukocytaszám mellett csaknem kizárólag kis, atypusos myeloblastok voltak láthatók.

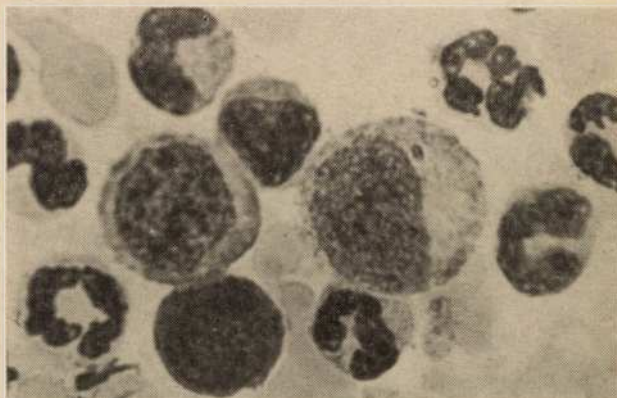
Leupurin—Methothrexat—Oncovin kúra után részleges remissio jött létre, nyirokcsomói visszafejlődtek, fvs.: 4–5 000, blastok aránya: 25–15% között.

1971 áprilisában újra lázas lett, nyirokcsomói megnagyobbodtak, sternuma és periferiás vérképe myeloblastos transformatiót mutatott. Leupurin adása után újra részleges remissióba került.

Klinikánkra 1971. május 27-én került felvételre. Mája 1, lépe 3½ h.-ujjal haladta meg a bordaívet. Subfebrilis. A testhajlatokban és a nyakon zöldsdiónyitójásnyi nyirokcsomók voltak tapinthatók. A nyakon az összekapaszkodott, érzékeny nyirokcsomók ökölnyi konglomeratumot képeztek, a lúdtójasnyi inguinális nyirokcsomók okozta kompresszió az alsó végtagokon nagyfokú oedemát hozott létre. A röntgenvizsgálat mindkét hilusban és paratrachealis nagy, karélyos nyirokcsomó-árnyékot mutatott. Vvs.: 5 300 000, hgb.: 16,1 g%, fvs.: 4800. Thrombocyt: 165 000. Qualitativ vérkép: Ju.: 1%, St.: 22%, Se.: 42%, Ly.: 10%, atypusos mononuclearis, blastszerű sejt: 25%.

A felvételi status — az anamnesis ellenére is — elsősorban malignus lymphoma gyanúját keltette, amely vagy második tumorként társult a chronicus myelosishoz, vagy mint alapbetegség, kiváltott egy korábban leukaemiának diagnosztizált leukaemoid reakciót. Tekintettel arra, hogy az elvégzett csontvelő- és nyirokcsomó-punctatumban a sejtek azonos karakterű, fiatal, nucleolussal bíró, leginkább promyelocytar paramyeloblastoknak imponáltak, a folyamat további megközelítésére nyirokcsomó biopsziát végeztünk. A histologiai lelet (I. sz. Kórbonctani Intézet) a nyirokcsomó-eltávolítást egyértelműen reticulumsajt-sarcómának minősítette (2. ábra). A két morphologiai vizsgálat így csupán további zavart, mintsem a diagnosztikus probléma megoldását eredményezte. A haematologiai-cytomorphologiai vizsgálat arra mutatott, hogy a klinikailag malignus lymphomát szuggáló generalizált, extrem fokú nyirokcsomó-megnagyobbodás a CML lymphoglandulákat is involváló blasterisisének a következménye. Ezzel szemben a pathologiai vizsgálat a lymphoreticularis rendszer tumorát vetette fel. A kérdés eldöntésére cytochemiai és cytogenetikai vizsgálatokat végeztünk.

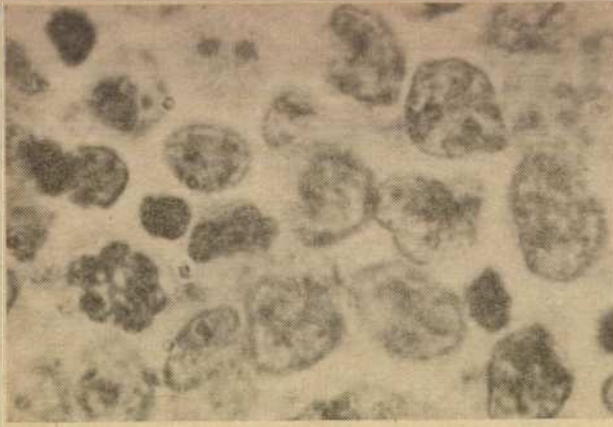
A beteg 4 hónapig állott kezelésünk alatt. Gyógykezelését és legfontosabb haematologiai adatait a 3. ábrán tüntettük fel. Nyirokcsomói az alkalmazott kezelésre kezdetben nagyobb, később kisebb mértékben megkisebbedtek. Mindvégig lázas, ill. subfebrilis volt, amit csak néhányszor szakított meg 1–1 hetes lázmentes periódus. A sectio kapcsán végzett szövettani vizsgálat a nyirokcsomók, lép és tüdők szövettani képét ismét reticulumsajt-sarcómának minősítette. Chronicus myelosisra utaló elváltozások nem voltak észlelhetők. A sectiós anyagból cytochemiai vizsgálatok nem készültek.



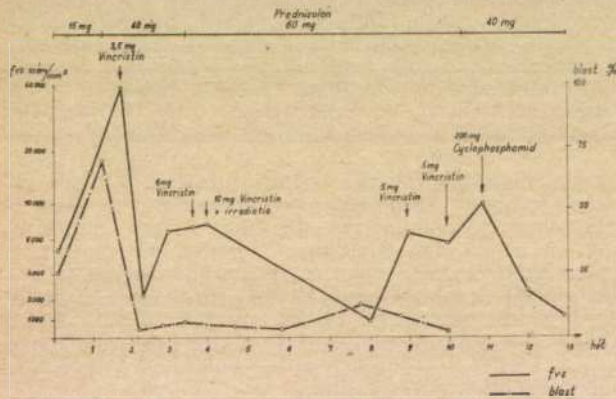
1. ábra
Periferiás vérkenet. May—Grünwald—Giemsa-festés

Vizsgálati módszerek

1. Rutin haematologiai-cytologiai vizsgálat számára csontvelő- és nyirokcsomó-punctiót végeztünk, a keneteket May—Grünwald—Giemsa szerint festettük meg.



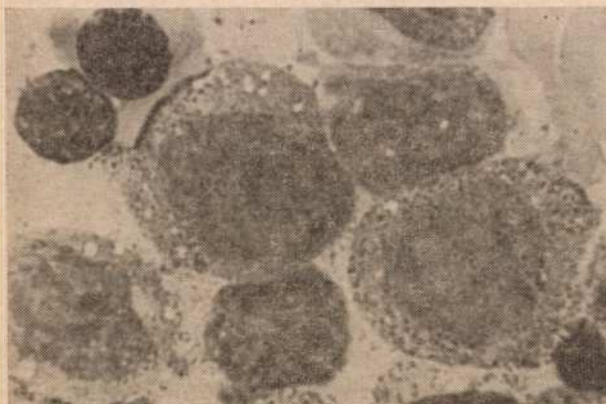
2. ábra. Ökölyire megnagyobbodott inguinális nyirokcsomó histológiai képe. Haematoxylin-eosin festés



3. ábra. A beteg észlelésünk alatti legfontosabb haematológiai adatai

2. Az atypusos sejtek pontosabb enzykémiai karakterizálására a következő cytochemiai reakciókat végeztük:
 - a) PAS (6);
 - b) acid phosphatase (11);
 - c) alfa-naphthyl acetat esteraze (10);
 - d) peroxidase (2);
 - e) Naphthol-ASD-Chloroacetat esteraze (13).
3. Chromosoma-vizsgálatokhoz direkt csontvelői preparatumokat készítettünk (16).

Számszerű aberrációra 30 mitosist számoltunk le, ezek közül hatot karyotypizáltunk (Schuler dr.).



4. ábra. Csontvelő-punctatum May-Grünwald-Giemsa-festés. Az atypusos sejtek promyelocyaer paramyeloblastoknak imponálnak



5. ábra. Nyirokcsomó-biopsia. May-Grünwald-Giemsa-festés. Az atypusos sejtek zöme a csontvelői promyelocyaer paramyeloblastokkal azonos karakterűnek látszik

Eredmények

Csontvelő- és nyirokcsomó-punctio: a csontvelő sejtjeinek túlnyomó többsége cytomorphologiailag promyelocyaer-paramyeloblastoknak felelt meg, amelyek nagyfokú atypiát mutattak, de myeloid elemeknek látszottak. Érési tendencia is megfigyelhető volt. Az előbbi típusú sejtek mellett érettebb granulopoetikus elemek is voltak, az erythropoesis relative megtartottnak imponált (4. ábra).

A nyirokcsomóban monomorph képet nyújtó sejtszaporulat; a fiatal, nucleolust tartalmazó atypusos sejtek a csontvelői promyelocyaer-paramyeloblastokkal azonos karakterűnek látszottak (5. ábra).

Cytochemia: az atypusos sejtek klasszifikálására:

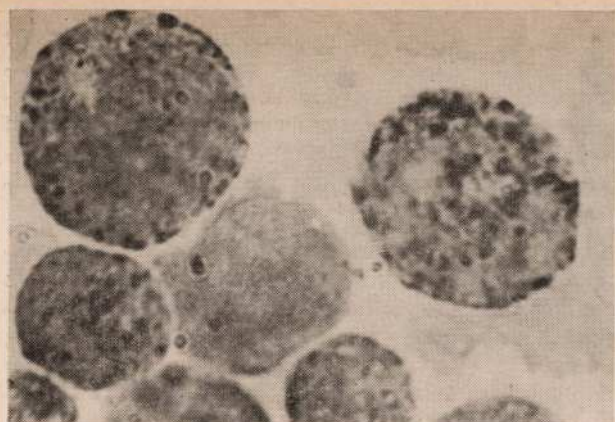
PAS	Csontvelő
Acid phosphatase	Gyenge diffus
Alpha-naphthyl acetat esteraze	cytoplasmaticus
Peroxidase	Gyenge
Naphthol-ASD-chloroacetat esteraze	Gyenge
	Gyenge positivitas
	Erős aktivitás (6. ábra)

PAS	Nyirokcsomó
acetat esteraze	Gyenge diffus
Naphthol-ASD-chloroacetat esteraze	cytoplasmaticus
Peroxidase	Gyenge
esteraze	Gyenge
Alpha-naphthyl acetat esteraze	Gyenge positivitas
Acid phosphatase	Erős aktivitás az atypusos sejtek 65-70%-ában (7. ábra)

Cytogenetikai vizsgálat: karyotypus 46,XY. Ph chromosoma nem látható (Schuler dr.).

Megbeszélés

A nyirokcsomók megnagyobbodása nem tartozik a chronicus myelosis szokványos képéhez. Az ilyen esetek helyes értékelése és a nyirokcsomó-



6. ábra.

Csontvelő. N-ASD chloroacetat esterese reactio. Az atypusos sejtek erős pozitívítást mutatnak

megnagyobbodás természetének tisztázása nehéz, a hagyományos morphologiai vizsgálómódszerekkel legtöbbször nem megoldható feladat. Differenciáldiagnosztikai szempontból a következő lehetőségek merülnek fel:

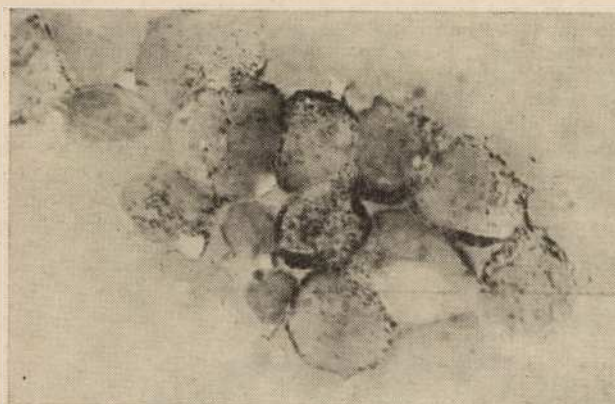
1. A nyirokcsomó megnagyobbodása a chronicus myelosishoz társuló — rendszerint a betegség végstádiumát jelentő — myeloblastos crisis következménye. Az éretlen atypusos blastsejtek extramedulláris, dominálón a nyirokcsomókban történő burjánzása klinikailag malignus lymphoma képeben nyilvánulhat meg.

2/a. A chronicus myelosissal egy időben vagy annak keletkezését követően — második tumorként — a lymphoreticularis rendszer daganata, lymphoreticulosarcoma alakulhat ki (15).

2/b. A chronicus myelosist gyakran kísérő reactivus sinus reticulosis neoplasticusan elfajulhat, amelynek kialakulásában az alkalmazott cytostaticus, ill. sugárkezelés szerepe is felvethető (4).

3. Végül lehetséges, hogy malignus lymphomát kísérő leukemoid reactio kelti két malignus haemoblastosis egyidejű előfordulásának látszatát.

Az említett alternatívák közül kétségtelenül a 2/a. helyen említett a legritkébb (7). *Joseph és mtsai* (7) 1966-ig mindössze 12 olyan chronicus myeloid leukaemiás esetet találtak az irodalomban,



7. ábra.

Nyirokcsomó-punctatum. N-ASD chloroacetat esterese reactio. Az atypusos sejtek zöme erős aktivitást mutat

amelyben a megnagyobbodott nyirokcsomók szövettani lelete kritikus mérlegelés alapján reticulo- vagy lymphosarcomának felelt meg. A hazai irodalomban legutóbb *Vizer és mtsai* ismertették idevonatkozó esetüket (18).

Már *Joseph és mtsai* hangoztatták, hogy a nyirokcsomó-megnagyobbodást létrehozó differenciálatlan sejtek agnoszkálása, azaz az atypusos myeloblastoknak malignus reticulum-sejtektől való elkülönítése rutin histologiai vizsgálattal meglehetősen bizonytalan, gyakorlatilag lehetetlen. *Laszlo és Grode* (8) azokra a diagnosztikus ellentmondásokra mutatnak rá, amelyet egy kórképnek két különböző morphologiai módszerrel történő megközelítéséből adódható differencia okoz. Két esetükben a pathologus a nyirokcsomó histologiai vizsgálata alapján reticulosarcomát diagnosztizált, míg a haematologiai-cytologiai vizsgálat szerint a kép chronicus, ill. acut myelocytás leukaemiának felelt meg. Az ismertett esetek többségében (*Joseph és mtsai*) a chronicus myelocytás leukaemiához társuló nyirokcsomótumor — a pathohistologiai leletek ellenére is — inkább az alapfolyamathoz társuló extramedullaris blastcrisist reprezentál mint valódi malignus lymphomát (reticulosarcoma, Hodgkin-sarcoma stb.). Megerősíteni látszik ezt a véleményt az a néhány közlemény is, amely olyan újabb cytodiagnosztikai eljárások alkalmazásával elért eredményekről számol be mint az elektronmikroszkópos, histochemiai és cytogenetikai vizsgálatok.

Duvall és mtsai (3) a megnagyobbodott nyirokcsomók sejtjeit cytogenetikailag vizsgálták. Mindhárom esetükben kettős Ph-chromosoma jelenlétét, s ezáltal a sejtek myeloid eredetét sikerült bizonyítaniuk, szemben a nyirokcsomó histologiai leletével, amely reticulosarcomát igazolt. Két esetükben a nyirokcsomók megnagyobbodása megelőzte a csontvelő és a periferiás vérkép blastos transformatióját, így vizsgálataik ezen esetekben extramedullaris, lymphoglandularis blastcrisist fennálltát igazolták.

Garfinkel és Bennett (5) esetében a szövettani lelet és a haematologiai kép közötti ellentmondást az elektronmikroszkópos vizsgálat döntötte el az utóbbi javára. A histologiai lelet reticulosarcoma volt, ezzel szemben az elektronmikroszkópos vizsgálat az atypusos sejtek granulocytar eredetét bizonyította.

Az atypusos sejtek myeloid vagy reticularis eredetének eldöntésében a histochemiai vizsgálatok is támpontot nyújthatnak. *Marin-Padilla és mtsai* (12) reticulosarcoma leukaemiás formájában a peroxydase, a cytoplasmaticus alkalikus phosphatase és naphthol-ASD-chloroacetat esterese reactiót negatívnak találta, míg myeloid eredetű sejtekben ezek a cytochemiai reakciók általában pozitívak (1, 14).

Ismertett esetünk is a cytochemiai vizsgálatok értékét és jelentőségét demonstrálja a különböző genézisű sejtek elkülönítésében, valamint a hemoblastosisok differenciáldiagnosztikájában. Míg a beteg anamnesise, a haematologiai-cytolo-

giai vizsgálat, a klinikai lefolyás, a therapiára való reagálás CML-t, ill. annak többszöri acut transformációját igazolja, addig a klinikai képhez csatlakozó extrem, generalizált nyirokcsomó-megnagyobbodás szövettani analysise ellentmond ennek a diagnózisnak. A pathohistologiai vizsgálat, amely a betegség klinikailag és cytomorphologiailag acut blastos transformációjának megfelelő szakaszában történt, reticulumsejt sarcomát mutatott. A therapiás konzekvenciát is viselő ezen diagnosztikus ellentmondás megoldására végeztük el a csontvelő és a nyirokcsomó egyidejű histochemiai vizsgálatát. Ennek eredménye szerint a csontvelő és a nyirokcsomó cytomorphologiailag praemyelocytar paramyeloblastoknak látszó sejtjei enzimikus szempontból is úgy viselkedtek, mint a myeloid elemek. A sejtek gyenge, diffus, cytoplasmikus PAS pozitívítása, gyenge acid phosphatase és alfa-Na-esterase tartalma, valamint igen erős NASDCI esterase aktivitása az atypusos sejtek myeloid eredete mellett szólt. A nyirokcsomó sejtjei közel 70 százalékanak erős NASDCI esterase pozitívítása azt mutatta, hogy azok fiatal myeloid elemeket reprezentálnak, a fennmaradó, reactiót nem mutató elem pedig egy cytochemiailag nem differenciálható sejtpopulációt képvisel. Nem zárható ki persze ezen utóbbiak erősen differenciálatlan reticularis jellege, de erre vonatkozóan meggyőző cytochemiai enzimreakciókkal még nem rendelkezünk. Mégis a nem specifikus esterase negatív volta a reticularis jelleg ellen látszik szólni (14). A csontvelő cytogenetikai vizsgálata Ph negativitást mutatott. Ez nem zárja ki a CML diagnózisának helyességét, mivel Ph negativitás mellett is lehetséges chronicus myelosis (17) és éppen a Ph chromosomát nem tartalmazó esetek a rosszabb prognózisúak (9).

Cytochemiai vizsgálataink szerint a megnagyobbodott nyirokcsomók sejtjeinek zöme myeloid jellegűnek bizonyult, így véleményünk szerint esetünkben a generalizált nyirokcsomó-megnagyobbodást megalapozottan tarthatjuk a CML extramedullaris blastos crise következményének. Ennek ellene szólt a histológiai vizsgálat eredménye. Bár a sectiós anyagból histochemiai vizsgálat nem történt, de a histológiai lelet (tüdő, lép, máj, csontvelő, nyirokcsomó) csakúgy mint 4 hónappal az exitus előtt, reticulosarcoma volt.

Amennyiben a pathologiai diagnosist fogadjuk el, úgy a kifejtettek értelmében két lehetőséggel kell számolni:

1. A CML-hez második tumor társult.
2. A CML a 2/b alternatíva szerint a reticulo-proliferatív megbetegedés irányában transformálódott.

Ezen feltevéseket azonban sem a klinikai lefolyás, sem a haematologiai cytochemiai, valamint cytochemiai vizsgálatok nem támasztották alá. Ellene szól ennek az a tény is, hogy a sectiós vizsgálat chronicus myelosisnak megfelelő pathologiai eltéréseket nem tudott kimutatni, holott a betegnek a kórkép indulásakor vitathatatlanul chronicus myelosisa volt.

A problémát azért tartottuk közlésre érdemesnek, mert véleményünk szerint jól demonstrálja a klinikai rutinban is hozzáférhető cytochemiai vizsgálatok informatív erejét az olyan esetekben is, amelyekben a hagyományos fénymikroszkópos histológiai módszerek értéke korlátozott.

Összefoglalás. Egy 17 éves férfibeteg chronicus myelosisának klinikai lefolyását extrem fokú, generalizált nyirokcsomó-megnagyobbodás komplikálta. A haematologiai cytomorphologiai vizsgálat az alapfolyamat blastos transformációját, míg a nyirokcsomó szövettani analysise reticulumsejt-sarcomát igazolt. Cytochemiai módszereket használva sikerült igazolni, hogy a nyirokcsomó sejtjei myeloid genezisűek, így a CML-hez csatlakozó generalizált nyirokcsomó-megnagyobbodás jelen esetben az alapfolyamat extramedullaris blastocrisisének a következménye. Szerzők rámutatnak a hasonló esetek diagnosztikus nehézségeire és hangsúlyozzák a klinikai rutinban is hozzáférhető cytochemiai vizsgálatok jelentőségét a haemoblastosisok differenciáldiagnosztikájában.

IRODALOM: 1. *Abbrederis, K., Schmalzl, F., Braunsteiner, H.:* Schw. Med. Wschr. 1969, 99, 1425. — 2. *Bege-mann, H., Hartwerth, H. G.:* Praktische Hematologie. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1969. — 3. *Duvall, C. P., Carbone, P. P., Bell, W. R. és mtsai:* Blood. 1967, 29, 652. — 4. *Fukuda, T. és mtsai:* Virchow's Arch. Abt. Path. Anat. 1968, 345, 310. — 5. *Garfinkel, L. S., Bennett, D. E.:* Amer. J. Clin. Path. 1969, 51, 638. — 6. *Hayhoe, F. G. J., Quaglino, D., Doll, R.:* The Cytology and Cytochemistry of Acute Leukemias. Her Majesty's Stationary Office. London. 1964. — 7. *Joseph, R. R., Zarafonetics, C. J. D., Durant, J. R.:* Amer. J. Med. Sci. 1966, 251, 417. — 8. *Laszlo, J., Grode, H. E.:* Cancer. 1967, 20, 545. — 9. *Levan, A.:* Hereditas. 1967, 57, 343. — 10. *Löffler, H.:* Klin. Wschr. 1961, 39, 1220. — 11. *Löffler, H., Berghoff, W.:* Klin. Wschr. 1962, 40, 363. — 12. *Marin-Padilla, M., Fahimi, H. D., Moloney, W. C.:* Amer. J. Clin. Path. 1964, 41, 402. — 13. *Moloney, W. C., McPherson, K., Fliegelman, L.:* J. Histochem. Cytochem. 1960, 8, 200. — 14. *Schmalzl, F., Braunsteiner, H.:* Acta haemat. 1971, 45, 209. — 15. *Takácsi-Nagy L., Gráf F., Jakab I., Raposa T., Szily J., Sipos J.:* Magyar Belorv. Arch. 1973, 26, 305. — 16. *Tjio, J. H., Whang, J.:* Stain Technol. 1962, 37, 17. — 17. *Tough, J. M., Jacobs, P. A., Court Brown, W. M. és mtsai:* Lancet. 1963, I, 844. — 18. *Vizer Gy., Mauks Gy., Doctor F.:* Magyar Belorv. Arch. 1971, 24, 179.

Országos Csecsemő és Gyermkegészségügyi Intézet

Az újszülöttek phenylketonuria szűrővizsgálata és a phenylketonuriás betegek ellátásának irányelvei

Az oligophrenia phenylpyruvica, újabb nevén phenylketonuria (PKU) betegség egyike a leggyakoribb és legjobban tanulmányozott enzimdefectuson alapuló vele született anyagcsere-betegségeknek.

A máj phenylalaninhydroxylase aktivitásának hiánya miatt kialakuló anyagcsereblokk phenylalanin felhalmozódáshoz és intoxicációhoz vezet. A betegség prototípusa azon oligophreniával járó, genetikailag determinált kórformáknak, melyek az újszülöttkorban végzett tömeg szűrővizsgálattal felismerhetők és ezután az élet első heteiben elkezdett phenylalanin-szegény diétás kezeléssel gyógyíthatók.

A betegség korai diagnosisának érdekében már az 1950-es évek végén próbálkozások történtek a vizelettel ürülő phenylalanin metabolit, a phenylpyroszólósav kimutatása útján, azonban a szűrővizsgálat ezen módja nem bizonyult eléggé sikeresnek. Az 1960-as évek elején R. Guthrie által kidolgozott bacterium inhibíciós módszer viszont eleget tesz mindazon követelményeknek, melyek a tömegmértéti újszülöttkori szűrővizsgálati módszerektől elvárhatók: egyszerű, gyors, megbízható, semiquantitatív és relatíve olcsó. További előnye az, hogy a betegség biokémiai manifestációjának első jelét a tej táplálás megkezdésével rövidesen megemelkedett serum phenylalanin-szintet mutatja ki. Ezen oknál fogva terjedt el világszerte szűrővizsgálati módszerként, és nyert alkalmazást az 1968-ban hazánkban is megindult phenylketonuria szűrővizsgálataiban.

A módszer lényege

A postán beérkezett vérmintákból korongokat kivágva, azokat Demain minimum táptalajra helyezték, amelybe előzőleg belekeverjük a bacillus subtilis és a növekedést gátló B thienylalanint. A phenylalanin felüggeszti az inhibitor gátló hatását és így a phenylalanin tartalmú vércorong körül megindul a bacillus növekedése, 16 óras, 37 °C-on történő incubálás után. A bacillus növekedési zóna nagyságát ismert phenylalanin tartalmú vércorong körüli bacillus növekedési zónához hasonlítjuk, és így egy hozzávetőlegesen pozitívnak talált gyermek vérmintájának phenylalanin tartalmát (mg⁰/₀-ban kifejezve) is meg tudjuk mondani.

Orvosi Hetilap 1975. 116. évfolyam, 42. szám

Hazánkban a PKU-szűrés kötelező, a megfelelő szűrővizsgálat minden újszülött gyermekek elvégzendő. A szűrővizsgálathoz a vérvételt az újszülöttszűrés, magát a szűrővizsgálatot a PKU gondozási központok végzik. A körzeti gyermekorvosok, orvosok és védőnők közreműködésével ugyancsak a PKU gondozási központok látják el a szűrővizsgálattal kiderített esetek diétás beállítását és gondozását.

Hazánkban két PKU gondozási központ működik:

1. a Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyermek-klinikáján,
2. a budapesti János Kórház Gyermekosztályán.

Az újszülöttszűrés ellátó orvosok feladatai

A szülészeti intézmények újszülöttellátását végző orvosok (gyermekgyógyász, szülész) kötelesek gondoskodni arról, hogy a phenylketonuriás szűréshez minden újszülöttől vérvétel történjék. A vérminta vételének technikája a következő: a szűrőpapír-adatlapok értelemszerű kitöltése után az újszülött ujjából, ill. sarkából vett vérről a szűrőpapíron levő 4 kört teljes terjedelmében mindkét oldalon át kell itatni. A vérvétel időpontja érett újszülöttnél az élet 6. napján történik, ill. ha az újszülött hamarabb elkerül az intézetből, úgy azon a napon, amikor távozik. Koraszülöttek esetében az élet 14. napján kell levenni a vérmintát. Amennyiben az újszülött-intézményből a csecsemő más gyógyintézménybe kerül, úgy a konziliárius gyermekgyógyász, ill. az újszülöttszűrés felügyelő szülész köteles a gyermekkel együtt egy phenylketonuriás szűrőpapírt is küldeni a gyógyintézménybe és egyben írásban felhívni a figyelmet a szűrővizsgálat elvégzésére. Az illetékes PKU gondozási központ részére a vérminták postázását hetente kell elvégezni.

A PKU gondozási központ feladata

1. A terület folyamatos ellátása a vérvételhez szükséges szűrőpapírokkal és a szűrővizsgálat elvégzése.
2. A Guthrie-tesztel kiszűrt enyhén pozitív (= 10 mg⁰/₀ serum phenylalanin szintig) esetekben újabb vérminta kérése annak eldöntésére, hogy átmeneti jelenségről vagy valódi PKU-ról van-e szó. Amennyiben a megismételt vizsgálat — vagy már az első vizsgálat — kifejezett pozitív leletet ad (=10–15 mg⁰/₀ serum phenylalanin szint), a csecsemőt felvételre berendeli a diagnosis megerősítése céljából. Minden szűrővizsgálati módszerrel nyert eredményt egyéb célzott vizsgálati módszerekkel kell igazolni. A következő vizsgálatokat kell elvégezni normál étrend mellett: vér és vizelet aminosav-chromatographia, vizelet phenylpyroszólósav kvantitatív és o-hydroxyphenylecetsav kvantitatív, majd a serum phenylalanin és tyrosin kvantitatív meghatározása.
3. A negatívnek bizonyult megismételt vérvizsgálat eredményéről — érett újszülött esetében — a család és a beküldő egészségügyi szerv írásban értesítendő.

4. A több mint egy évtizede már közel 30 országban folyó kiterjedt PKU szűrővizsgálati programok alapján nyilvánvalóvá vált, hogy a betegségnek, ill. a hyperphenylalaninaemiának többféle formájával és ennek gyakorlati kihatásaival kell számolni.

Az átmeneti, főleg koraszülötteken észlelt, általában hypertyrosinaemiával is kapcsolódó átmeneti phenylalanin szint emelkedéssel járó állapotok lényeges diagnosztikai és therapiás problémákat nem okoznak.

Emellett ismertté váltak tartós, permanens, de szintén enyhe hyperphenylalaninaemiák is. Ezen esetekben a serum szint nem haladja meg a 10–15 mg⁰/₀-ot, phenylpyroszólósav ürítés sohasem észlelhető, az ilyen betegek kezelésre nem szorulnak.

Az atípusos, ún. variáns formák heterogén csoportot képeznek az előbbiektől és a klasszikus PKU betegség között. Egyes esetekben a serum phenylalanin szint már újszülöttkorban, korán gyorsan emelkedhet, de általában nem haladja meg a 20 mg⁰/₀-ot, viszont időnként ennél magasabb is lehet és ilyenkor inter-

mittáló phenylpyroszólósav ürítés mutatható ki. Az ilyen körformában szellemi károsodás nagy valószínűséggel várható és huzamosabb időn át diétás terapia alkalmazandó, a phenylalanin bevitel relatíve mérsékelt megzavarásával. Más esetekben viszont a phenylalanin szint lassabban emelkedik, az újszülöttkor után éri el a $20 \text{ mg}\%$ -ot és gondos megfigyelés, gyakori kontroll vizsgálatok dönthetnek csak afelől, hogy a diétás kezelés bevezessük-e, és ha erre sor kerül, általában rövidebb időtartamig — 1—2 éves korig — van-e rá szükség.

Az ún. klasszikus PKU eseteiben a serum phenylalanin szint már az élet első napjaiban gyorsan emelkedik, már 7—10 napos korban meghaladja a $20\text{—}30 \text{ mg}\%$ -ot, korán nagy mennyiségű orthohydroxyphenylacettsav és később phenylpyroszólósav ürül állandóan, a phenylalanin szint ekkor már akár $40\text{—}50 \text{ mg}\%$ -ot is elérhet. Korai, minél előbb kezdett diétás kezelés feltétlenül indokolt huzamos időn át.

5. A klasszikus PKU, továbbá az atipikus formák és az enyhe, permanens hyperphenylalaninaemiák egymáshoz viszonyított gyakorisága jelenleg még kevésbé ismert, valószínűleg országoként különböző.

6. A hyperphenylalaninaemiával járó állapotok heterogén volta mindenképpen óvatosságra int és indokolja, hogy 4 hónapos és 1 éves korban a diétára beállított betegek phenylalanin terhelést végezzünk (összekapcsolva a serum phenylalanin és tyrosin szint arány, továbbá a vizelet phenylpyroszólósav ürítés mérésével) a biokémiai defektus tartósságának és mértékének megítélése céljából. Ez egyben a kezelés további beállítása szempontjából is lényeges információt nyújt. A terhelés történhet esetleg oly módon is, hogy a betegeket átmenetileg normál étrenden tartjuk.

7. A PKU gondozási központok döntenek a diétás kezelés elkezdésének szükségességéről, annak esetleges elhagyásáról, ill. folyamatosan ellenőrzik a tartósan phenylalanin-szegény diétán tartott betegeket. Klasszikus PKU eseteiben a kezelésre a jelenlegi vélemények többsége szerint általában 8—9 éves korig van szükség. A diétás kezelés folyamán alapvető fontosságú a serum phenylalanin szintjének az átlagszint felett $4\text{—}8 \text{ mg}\%$ között tartása, ez a phenylalanin-bevitel időnkénti szabályozása útján könnyen biztosítható. Fontos tapasztalat, hogy a klasszikus PKU eseteiben a phenylalanin tolerancia a kor előrehaladtával egyre csökken: $60 \text{ mg}\%$ -ról $15\text{—}20 \text{ mg}\%$ /kg-ra, viszont a variáns formákban növekszik. Ezért a betegek kezelésének „individualis monitorizálására” nagy gondot kell fordítani, elsősorban az esetleges hiányállapotok kialakulásának elkerülése érdekében.

A serum phenylalanin szint ellenőrzése otthon gondozott gyermekek esetében megoldható, 2—3 hetenként a PKU gondozási központba küldött, szűrőpapírra itatott vérminta segítségével. Évente legalább egyszer általános intézeti felülvizsgálat szükséges: somatikus, mentális-psichés fejlődés regisztrálása, EEG vizsgálat, a csontfejlődés regisztrálása radiogrammon, se. összfehérje és vérkép vizsgálat. Elengedhetetlen továbbá a szülőkkel és az illetékes körzeti gyermekszakorvossal való szoros kontaktus személyes kapcsolat és levelezés útján, a jó gondozás érdekében. Felhívjuk a figyelmet, hogy minden lázas, hurutos vagy egyéb betegség alatt a phenylalanin szint átmeneti emelkedése várható.

8. A diétás kezelésre alkalmazott phenylalanin-szegény vagy attól teljesen mentes fehérje-hydrolyzátumok folyamatos biztosítása érdekében a tápszer folyamatos beszerzéséhez az illetékes társadalombiztosítási igazgatóságnak, az Egészségügyi Minisztérium engedélye után, a PKU gondozási központ javaslatot ad ki és állandó lehetőséget nyújt ambulans szakkonziliumra. A PKU gondozási központ a szülőket felvilágosítja a betegség örökletes jellegéről, mely autoszomális recessív, és az újabb terhességek kérdésében tanácsokat ad szükség szerint a genetikai tanácsadó intézmények útján.

9. Évente legalább egyszer tájékoztató körlevelet küld a terület felé, melyekben beszámol a szűrés eredményeiről, a pozitív esetekről, az egyes szülőintézményekből szűrésre került újszülöttek, koraszülöttek számáról. Ugyanakkor adatokat kér az előző évi élve születések számáról, a szűrővizsgálatok hatásfokának felmérése céljából. Az összesítést végül megküldi az Országos Csecsemő és Gyermekegészségügyi Intézetnek, a fővárosi és megyei gyermekgyógyász főorvosoknak.

10. A fenti feladatok ellátásával a PKU gondozási központok eleget tesznek a korszerű orvostudomány azon követelményének, hogy a megelőzés elvét egy új területen, a vele született, örökletes anyagcsere-betegségek körében alkalmazzák és a betegség által okozott súlyos károsodásokat a korai kórisme és kezelés útján kivédjék. A PKU gondozási központok mentális retardációval és egyéb súlyos károsodásokkal járó, galactose anyagcsere-zavarok korai diagnosisa és kezelése irányába is kiterjeszthetik tevékenységüket: a galactosaemia szűrésére ugyanazon vérminták felhasználhatók, melyek a PKU szűrésre érkeznek. Ezáltal tovább csökkenthetjük hazánkban is mind a társadalomra, mind a családokra oly nagy terhet rozó szellemi károsodottak számát.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



A Continuin helye a fogamzásgátlásban

Közel tíz éve vette kezdetét a kis, illetve alacsony dózisú progestogénnel történő anticonceptio, mely „Luetal supplementation”, illetve „Minipill” néven vált ismertté. Ilyen jellegű anticonceptio céljait szolgálja a hazánkban Continuin néven forgalomba hozott készítmény (0,5 mg ethynodiol diaceticum tabl.).

Az alacsony dózisú progestogének támadáspontja az anticonceptiót illetően elsősorban a cervix és az endometrium. A cervixre hatva a cervixnyákban olyan kémiai változásokat hoznak létre, amelyek a spermiumok penetrációját nagymértékben csökkentik, az endometriumot pedig implantációra alkalmatlanná teszik. Alkalmazásuk során kb. 70%-ban mutatható ki ovulatio, így ovarialis effectus anticoncipiens hatásukat önmagában nem magyarázhatja.

A kis dózisú progestogének, így a Continuin helyét a fogamzásgátlásban a kevert (Bisecurin, Infecundin), illetve a sequentiális készítmények mellett a progestogének alacsony dózisa, ill. az oestrogén komponens hiánya határozza meg. A Continuin alkalmazá-

sának előnye, ill. hátránya a Bisecurinnal, ill. az Infecundinnal összehasonlítva az alábbiakban körvonalazható:

Előnyei:

1. Nem, vagy igen ritkán észlelhetőek olyan általános jellegű mellékhatások mint súlyváltozás, szédülés, fejfájás, émelygés stb.

2. Nem, vagy alig befolyásolja a szervezet hormonháztartását (a mellékvese, ill. pajzsmirigy működését, a szénhidrát-anyagcserét, a sexualendokriniomot), így tartós alkalmazása sem jár veszélyekkel a női endokrin működés valamilyen labilitása esetében.

3. Olyan esetekben is alkalmazható, amikor a kevert készítmények alkalmazása kontraindikált, pl. thrombo-emboliás anamnesis, lactatio stb.

Hátrányai

1. Gyakrabban okoz átmeneti vérzészavart, mint az Infecundin és a Bisecurin tablettá.

2. A Continuin anticonceptio biztonsága *kisebb* a kevert készítményekénél.

Ismeretes, hogy a terhességmegszakítást szabályozó rendelkezések szerint fogamzásgátló tablettát szedő nő nem kívánt terhessége nem szakítható meg, ellentétben az intrauterin eszközzel, az utóbbi használata esetén ugyanis a terhesség megszakítható. Ezért szükséges ismételt felhívni a figyelmet arra, hogy Continuint csak azoknak a nőknek rendeljenek, akik ha teherbe esnek, terhességüket ki tudják hordani, vagy a nem kívánt terhesség esetében egyéb indok is van (betegség, szociális ok stb.) a terhesség megszakítására.

A közöltek alapján a Continuin elsősorban azokban az esetekben használható anticoncipiens, ahol a kevert készítmények valamilyen kontraindikáció alapján nem alkalmazhatók, ill. ahol azok alkalmazása a jelentkező mellékhatások miatt nem folytatható.

Országos Szülészeti
és Nőgyógyászati Intézet

Orvosi Hetilap 1975. 116. évfolyam, 42. szám

„A dolgok nem bukkantak napvilágra, míg valaki rájuk nem bukkan.”

James A. Garfield

1975. április 1-től 1 év leteltéig az Eü. Min., PüM.

és az Országos Anyag- és Árhivatal

a PRODECTIN tablettá

(50 db-os csomagolás) árát 168,- Ft-ra mérsékelte





NOVORIN[®] Orrcsepp

(Xylometazoline)

A készítmény hatóanyaga 0,01 g 2-(4-terc. butyl-2,6-dimethyl-phenylmethyl)-imidazolin. hydrochlor. 10 ml vizes oldatban.

A hatóanyag sympathomimetikus hatású, a kitágult ereket összehúzza, úgyszintén gátolja az orr- és garat-nyálkahártya vérbőségét (orr és garatüreg), valamint csökkenti azoknak gyulladós állapotát.

A hatás pár perccel az adagolás után lép fel és néhány óráig tart. Novorint a betegek jól tűrik, irritáló hatása nincs.

JAVALLATOK: Allergiás eredetű acut coryza, rhinitis, szénanátha, orr- és garatüreg gyulladós állapota (nasopharingitis), sinusitis, oedemás arcüreggyulladás.

ELLENJAVALLATOK: A Novorin ellenjavallt chronikus rhinitis esetében.

MELLÉKHATÁSOK: Átmeneti gyenge égető érzés az orrban.

ADAGOLÁS: Gyermekeknek: 6 éves kor felett napjában egy cseppet mindkét orrüregbe cseppenteni. Figyelem! A gyógyszert nem szabad túladagolni!

Csecsemőknek és gyermekeknek 6 éves korig ne adjuk.

Felnőtteknek: napjában 1–3-szor 2–3 cseppet az orrba cseppenteni. Felnőtteknek a készítmény megfelelő belégző-készülékből is adható napjában 3-szor.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 10 g-os üvegben 1 ezrelékes oldat, ára 18,10 Ft.

Információ: „POLFA” Tudományos Információs Iroda

1075 Budapest VII., Tanács körút 25. I. 3.

Telefon: 427-723

Exportálja:

Ciech

CIECH-Polfa Vegyipari Külkereskedelmi Vállalat

Gyógyszerészeti termékeket gyártó osztálya

00-950 Warszawa

Jasna 12, Pf. 271

Lengyelország



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI
DOKUMENTÁCIÓS
SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója
21. szám

Charles Richet és az immuno-allergia tan fejlődése

A nagy múltú és nagy hírű párizsi „Societé de Biologie” 1902. II. 15-i ülésén hangzott el az az előadás, amely egy új kutatási irányt, az allergo-immunológiát indította el. Az ezzel kapcsolatos új megismeréseknek már számtalan beteg köszönheti gyógyulását és ez a tan napjainkban is állandóan bővül, terebélyesedik, újabb és újabb eredményeket hoz mind az orvosi alap kutatásban, mind a klinikumban.

Az egyik előadó, *Charles Richet* párizsi egyetem fiziológiai professzorának szerzőtársa, a zoológus *Paul Portier* (1866—1962) volt. A beszámoló tárgyát képező kísérleteket részletesen leírta e sorok szerzője *Richet* halálának harmincadik évfordulója alkalmából összeállított megemlékezésében (Orv. Hetil. 1965, 106, 2383.), úgyhogy ehelyütt csak vázlatosan ismertetjük, viszont bővebben foglalkozunk az antecedenciákkal és az előadást követő évek kutatási eredményeivel.

A felfedezés lényege az anafilaxia máig is rejtélyes képe.

Külső és belső befolyásokra fellépő szokatlan reakciókat már az ókorban is ismertek. *Ptolemaiosz* (i. e. 2. szd.) „*Tetrabiblos*” című művében, valamint *Dioszkoridesz* görög orvos (i. e. 1. szd.) műveiben is találkozunk már egy idioszinkráziaként identifikálható kórképpel. Magyarázatuk a humoralis tanokra épült.

W. Harvey (1578—1657) műveiben is találkozunk a megjelöléssel, ő a különleges és sajátosság nedvkeveredés jelölésére használta.

Az első hallei klinikus, *F. Hoffmann* (1660—1742) ezt írja: „Ismeretes, hogy vannak egyének, akik bizonyos dolgokat nem tudnak megszagolni, látni vagy elfogyasztani. Néhány példa: kámfor, kutya, macska, egér, ámbra, mósusz stb. szaga, vagy nem tudnak vért, vagy kivont kardot szemlélni, ha ilyesmit megpillantanak, azonnal elájulnak. Ismertem egy olyan udvari orvost, akinek elviselhetetlen volt a roston sült malac látványa, ha ez került az asztalra, azonnal hányingere támadt és el kellett hagynia a helyiséget”. Ebben a cikkében *Hoffmann* ezeknek a jelenségeknek a pszichogén

elemeit emeli ki. Megjelent azonban a tanszékéről egy olyan disszertáció, amelynek szerzője a különböző gyógyszerek szedése után mutatkozó idioszinkráziás reakciókkal foglalkozik. A doktorandusz felismeri, hogy a döntő szerepet az idioszinkrázia kiváltásában az egyéni érzékenység játssza. A disszertáció idéz számos más szerzőt is, pl. a portugál *Lusitanust* (1511—1567), aki a rózsailattal kapcsolatban észlelte purpura és gyomor-bél tünetek felépését.

Másképp foglal állást ebben a kérdésben *Hoffmann* nagy kortársa és ellenlábas, a másik hallei professzor, *G. E. Stahl* (1659—1734), aki alapbeállítottságának megfelelően ezeket a jelenségeket elsősorban a „temperamentum” változásaival hozza összefüggésbe.

Sydenham (1624—1689) is szerepel a szerzők között, akik idioszinkráziát figyeltek meg. Svájci szerzők leírtak számos önmegfigyelést is. Egy olasz orvos, *Marcello Donati* (1538—1607) 1586-ban megfigyelt egy gyermeket, akinek tojás elfogyasztása után minden esetben megdagadtak az ajkai és testszerte kiütések léptek fel. Mielőtt azonban a szindróma névadója, *H. I. Quincke* (1842—1922) a róla elnevezett tünetegyüttest leírta volna, egy angol dermatológus, *R. Willan* (1757—1812) 1798-ban a következőképpen örököltette meg önmegfigyelését: „Mandulamag fogyasztása után első ízben undor és enyhe gastrointestinalis panaszok léptek fel. Később megduzzadt az arcom, forró lett és viszketett. Eközben kellemetlen csiklandást éreztem a torkomban, kínzó köhögés jelentkezett és a garat összehúzódása következtében úgy éreztem, hogy megfulladás fenyeget. A nyelvem megduzzadt, úgyhogy alig tudtam beszélni”.

Számos megfigyelés jelent meg már ebben az időben asztmás rohamokról, amelyeket szintén bizonyos anyagokkal szembeni érzékenységgel hoztak összefüggésbe. Sőt az ágytollal szembeni érzékenységet is leírták már. Az urticaria leírása is felbukkant szórványosan az évszázadok folyamán az orvosi irodalomban. A hippokratészi írásokban knidosis néven szerepel (knidé = csalán). Egészen vége azonban a szerzők megelégedtek azzal, hogy a betegséget az idioszinkráziák csoportjába sorolják.

Később, a nervális tanok előtérbe kerülésekor ezt a kórképet is idegi alapokra helyezték. Ezek szerint a döntő momentum „a ratio nervorum”. Ugyanakkor hangsúlyozzák, hogy a ganglion rendszerben nem sikerült semmiféle kvalitatív különbözőséget kimutatni. Sőt, egy az 1855-ben írott doktori disszertációban felmerült az a gondolat is, hogy az idioszinkrázia „döntően konstitucionális túlérzékenységi reakció”.

Az allergia tanának korai szakaszával kapcsolatban nem szabad elfeledkeznünk a foglalkozási betegségek atyjáról, *B. Ramazziniról* sem (1633—1714). Ő számos olyan bőrelváltozást írt le a „morbus artificum” kapcsán, amelyek csak bizonyos foglalkozásokat üzökön figyelhetők meg. *Ramazzini* arra is rámutatott, hogy bizonyos foglalkozásokban az asztma is gyakrabban fordul elő. Az allergo-immunitás tanának történelmi előzményei közé



tartozik E. Jenner (1749—1823) halhatatlan felfedezése is.

A bakteriológiai éra térhódításakor a nagy bakteriológusok behatóan foglalkoztak a fertőző betegségek megelőzésében a gyengült baktérium-tenyészetek védő hatásával. Különösen kiemelni a nálunk kevésbé ismert amerikai *Theobald Smith* munkásságát (1850—1934), aki kimutatta, hogy immunizálásra nemcsak legyengített, hanem előlt baktérium-szuspensiókat is sikerrel lehet alkalmazni. Jól ismertek *P. Ehrlich* (1854—1915) munkái, aki fokozódó adagok segítségével növényi mérgekkel szemben alakított ki — az arzénvevők modellje alapján — védettséget. *H. Sewall*nak (1855—1936) kígyómérgekkel szemben sikerült embereket immunizálnia 1887-ben.

Ezen kísérletek alapján kezdte el *Ch. Richet* 1898-ban kísérleteit. Kutyaának toxikus angolna szérumot fecskendezett be. Megfigyelte, hogy a nem halálos adag után, amikor az állatok látszólag teljesen kiheverték az első injekció hatását, a második vagy harmadik injekció után súlyosan megbetegsznek és elpusztulnak. De *Richet*ben nem merült fel akkor a gondolat, hogy itt egy új, eddig le nem írt jelenségről lehetne szó, hanem úgy fogta fel, hogy nem sikerültek a kísérletek és abbahagyta őket. Mindenesetre ezek a kísérletek indították *I. Albertet* (1848—1922) Monaco akkori uralkodó hercegét arra, hogy kutatóútjára, amelynek során különböző tengeri állatok jól ismert mérgező tulajdonságainak okát kívánta vizsgáltatni, *Richet*-t magával vigye. A hólyagos medúzák, physaliák toxicitását vizsgálták, hazatérve azonban — mint-hogy physaliákhoz nem tudtak hozzájutni — egy, Franciaország sziklás partjain bőven található aktínia fajtával (tengeri rózsza) folytatták a kísérleteket. Számos kutya túlélte az első injekciót, azonban amikor másodszor is beadták ugyanezt az adagot, *Portier* felfigyelt arra, hogy a kutyák egy része súlyosan megbetegedett és sajátságos tünetek között elpusztult. Ez a kórkép teljesen különbözött az anyag mérgező hatásával kapcsolatosan megfigyelt tünetektől. *Richet* megismételtette a kísérleteket és a megfigyelés beigazolódott. (Az 1902. II. 10-én anafilaxiás sokkban elpusztult első kutya nevét megörökítette az orvostörténelem: Neptunnak hívták.)

Richet ekkor felkiáltott: „Felfedeztünk egy új jelenséget, nevet kell hát adni neki!”. Elővett egy görög szótárt és egy táblára felírta a szót „afilaxis”, ami görögül védtelenséget jelent. Minthogy azonban a szónak rossz volt a hangzása, a filológiai nem túl szerencsés anafilaxis elnevezést választotta. (Ana ugyanis görögül fel, felfelét jelent, a fosztóképző az „a”.)

Richet ezután megállapította, hogy az előkezelt állat elpusztul a második injekció adásakor még akkor is, ha az adag igen kicsiny. Amint látjuk, *Richet* még nem fogta fel felfedezése lényegét, vagyis azt a későbbi felismerést, hogy itt a szervezet szenzibilizálásáról van szó. Egy év múlva *M. Arthus* (1862—1945) svájci származású francia fiziológus felismerte, hogy ez a reakció nem az anyag toxicitásával függ össze, hanem kiváltására minden fehérjetartalmú anyag alkalmas. Leírt egy jelenséget, amely ma is az ő nevét viseli. *Richet* egyik legalapvetőbb felismerése az volt, hogy a szenzibilizálás kifejlődéséhez bizonyos időnek kell telnie és ezt latenciának nevezte.

Régebbi közlemények böngészésekor megállapítható, hogy a jelenséget már korábbi kutatók is megfigyelték, de mint jelentőség nélküli, elsikkadt a közleményekben. Nem kisebb francia fiziológus mint *F. Magendie* (1783—1855) az egyik könyvében megemlíti, hogy a nyulak, ha ismételten emberi szérumot fecskendeztek beléjük, elpusztultak. (A kísérlet 1824-ben történt.) A modern endokrinológia egyik úttörője, *Th. L. Bischoff* (1807—1882) 1835-ben szintén megfigyelte, hogy a kakasok, ha ismételten fajidegen vért fecskendeztek beléjük, súlyos görcsrohamot kaptak. *A. Donné* (1801—1878) jegyzőkönyveiben utal arra, hogy az ismételten tejjel kezelt állatok néhány óra alatt elpusztultak. A kiváló heidelbergi klinikus, *Rudolf Krehl* (1861—1937) szintén megfigyelte, hogy ismételt tejinjekcióval kezelt betegek a második injekcióra hevesebben reagáltak, mint az elsőre. A Koch-féle alkalisérlet is már bevezetője volt az allergia tanának, amint azt *Portier* és *Richet* előadásuk bevezetőjében ki is emelték.

Egészen közel járt az allergia felismeréséhez *H. Buchner* (1850—1902), az alexin fogalmának megalkotója, aki a Koch-féle alkalisérletek megisméltése során a következőket állapította meg: „Ha egy tbc-vel inficiált állat másként reagál, illetve az újabb oltás a tbc bacillussal másképp hat rá, mint az egészségesre, akkor fel kell tételeznünk, hogy az előzőleg fertőzött állat szövetei megváltozott állapotban vannak”. (A kiemelés *Buchner*-től származik.) *Buchner* az állapot megjelölésére „a latens izgalom” kifejezést használta. *E. Behring* (1854—1917) is megfigyelt hasonló jelenségeket szérum kísérletei során, megelégedett azonban azzal, hogy ezt túlrézkénységnek nevezze. A hatásmechanizmust illetően is megelégedett a paradox reakció megjelöléssel, vagyis felismerte azt, hogy az állatok ahelyett, hogy immunitást szereztek volna, túlrézkennyé váltak. Sorolhatnánk még a szerzőket, akik szintén megfigyelték és leírták a jelenségeket, azonban a „nagyok” közül még egy nevet említenénk. *S. Flexner* (1863—1946) a Rockefeller Intézet megalapításának katalizátora

1894-ben szintén leírta ez irányú megfigyelését, de a kérdést nem vizsgálta tovább.

S mi történt az emlékezetes ülés után?

Richet még évek múlva is szilárdan meg volt győződve arról, hogy az általa megfigyelt jelenséget toxikus anyagok idézik elő. Egyidejűleg Bécsben *Pirquet* (1874—1929) a magyar származású *Schickkel* (1877—1967) a szérumbetegségek okainak felderítése során eljutottak az allergia fogalmának részletes megtárgyalásához és ők is rámutattak az allergia kifejlődésében az időfaktor jelentőségére, ami — mint említettük — *Richet* és *Portier* egyik igen alapvető új megállapítását képezte. Az allergia, „a másként reagálás” kifejezés *Pirquet*-től származik. *Richet* „toxicitás” elméletébe azonban csakhamar nem volt a latencia idő beilleszthető, mert ha a hatásban kumuláció játszaná szerepet, úgy az hosszabb idő után megszűnének, viszont inkább fokozódik. Nem volt túl szerencsés *A. Besredka* (1870—1940) — az *anafilaxiás sokk* kifejezés kreálójának — elmélete sem, aki szerint a szervezetben termelt toxin váltja ki a központi idegrendszer útján a súlyos sokk állapotot. Nem vált be *Ch. Nicolle* (1862—1937) — a kiütéses tífusz vektorának felfedezéséért később (1928) Nobel-díjjal kitüntetett mikrobiológus — elmélete sem, aki szerint az antigén bevitele után a szervezetben két ellenanyag keletkezik: a koagulín és a dekoagulín.

Az anafilaxia okának további tisztázását szolgálták a bécsi kísérletes kórtani intézetekben végzett vizsgálatok. 1909-ben *A. Biedl* (1896—1933), az endokrinológia egyik nagyja és *R. Kraus* (1868—1932), az argentin tudományos élet későbbi kiválósága egyszerű kísérletet végeztek. A pepton különböző kísérletekhez régóta használták. Megfigyelték, hogy a pepton ismételt adagolásakor az anafilaxiás sokkhoz hasonló tünetek lépnek fel. Azt is megállapították, hogy tengerimalacban elsősorban a tüdőben, kutyában viszont más szervekben jelentkezik. Ennek a megfigyelésnek a hisztamin kutatásban később nagy szerepe volt. Kifejezték azt a meggyőződésüket, hogy a kiváltó tényező egy *fehérjeméreg*. (*Arthus* és *Pirquet* viszont azt hangoztatták, hogy az allergén *atoxikus* anyag is lehet.) Később egy ideig feltételezték, hogy az anafilaxiás sokk hisztamin hatására jön létre. Mindenesetre az anafilaxiás sokkkal foglalkozó munkák száma már megközelítette a négyezretet, amikor *Richet*-t 1913-ban Nobel-díjjal tüntették ki.

A Nobel-díj átvételekor már bizonyos távlatból nézte alapvetőnek bizonyult korai megállapításait:

1. Az előzetesen kezelt állat sokkal érzékenyebb, mint a kezeletlen.
2. A második injekció tünetei alapvetően különböznek az elsőétől.
3. A lappangási idő (latencia) 3—4 hetet vesz igénybe.

Richet-ről írott korábbi cikkünkben is kiemeltük, hogy a legszínesebb és legsokoldalúbb tudósok közé tartozott és talán nem veti el túlzottan a súlykot az, aki őt a reneszánsz nagy polihisztoraihoz hasonlítja annál is inkább, mert ő is megpró-

bálkozott a múlt század kilencvenes éveiben (mint annak idején *Leonardo da Vinci*) repülőmodell elkészítésével. A fiziológiai fogalmak szótárának összeállításával alapvető munkát végzett és hozzájárult a fiziológiában is eluralkodó terminológiai zűrzavar felszámolásához.

S végül néhány adat kiegészítésként a korábbi cikkhez.

A tbc területén végzett munkássága nem hozott számára sok babért. *Behring* előtt kísérletezett a szérum terápiával és modellül a tbc-t választotta, amelynek szérum terápiáját még napjainkban sem sikerült megoldani. *Richet*-nek sem sikerült. Más módon is próbálkozott a tbc gyógyításával. Kutyakísérletek alapján a nyers hús fogyasztását ajánlotta. Majd nyers hús kivonatot hoztak forgalomba *Zomin* néven. (Ma már tudjuk, hogy tbc kísérletek céljaira a kutya nem a megfelelő állat.) Mindenesetre ez irányú tevékenysége nem járult hozzá tudományos eredményeinek gazdagításához.

1952-ben, az anafilaxia felfedezésének 50. évfordulóján nagy ünnepségeket tartottak Párizsban. A Francia Tudományos Akadémia, az Orvosi Akadémia, valamint a Biológus Társaság együttes ülésén emlékezett meg a nagy eseményről. Az ülés egyik érdekessége az volt, hogy azon megjelent az alapvető megfigyelés társszerzője, a 86 éves *Paul Portier*, valamint *Richet* 97 éves özvegye is.

Richet fia folytatta a családi tradíciót; kiváló orvos lett. Néhány évvel ezelőtt kórházat neveztek el róla Párizsban, amiben közrejátszott a francia partizán mozgalomban kifejtett sebészeti tevékenysége is.

Végül néhány életrajzi és az okkultista *Richet*-t bemutató adat.

1850. augusztus 26-án született. Édesapja kórházi sebész, később professzor a párizsi fakultáson, aki hivatását olyan komolyan vette, hogy sohasem vett ki szabadságot. Anyai nagyapja is ismert közéleti személyiség volt. Hírneves jogász, akitől a *Richet* család átvette a háború, a monarchia és a Napóleonok elleni gyűlöletet és megvetést, valamint a szabadság és az igazság szeretetét.

Fiatal orvosként kezdett somnambulismussal és hipnózissal foglalkozni. Ez irányú megfigyeléseit közölte is — atyja intelmei ellenére, mert szerinte ezzel a cikkel „lehetetlenné teszi” magát. Fiziológiai tanulmányait a *College de France*-ban kezdte el *Marey*-nál, akit a kinematográfia felfedezőjeként tartanak sokan számon. *Richet* nem az általánosan elfogadott kísérleti állaton, a békán kezdte el idegéletani tanulmányait, hanem gerinctelen állatokon: rákokon.

Disszertációját a fájdalomról írta, mert ebben ötvözte egybe addigi tanulmányait, amelyek a sebzés, fiziológia és a pszichológia területét érintették. Értekezésében hangoztatja teleologikus beállítottságát.

Főnöke egy lúgmérgezett fiatalembernek az elsők között készített gyomorsipolyt és ez alkalmat nyújtott a fiziológia iránt érdeklődő fiatal sebészeknek a *Beaumont*-féle kísérletek egzakt utóvizsgálataira. *Richet* is megfigyelte a pszichikai ingerek hatását a gyomornedv elválasztásra, de megfigye-

léseit nem közölte. 1878-ban nevezték ki az élettan professzorának a párizsi egyetemen és így az a ritka eset fordult elő, hogy apa és fia egy időben működött ugyanazon fakultás két tanszékén.

Amint említettük, a metapszichikával kapcsolatos jelenségek már fiatal orvos korában is érdekelték, intenzívebben azonban 1888-ban kezdett okkultizmussal foglalkozni. Nevesebb partnerei ebben a német *Schrenk-Notzing* és az angol *Frederic Myers* voltak. 1891-ben alapította a „Les annales des sciences psychiques” című folyóiratot. Ebben *autentikus* (kiemelés e sorok írójától) leírások olvashatók hallucinációkról, távolbalátásokról és jóslásokról. 1897-ben a londoni Society for Psychical Research elnöke lett. E minőségében kreálta és használta először a metapszichika kifejezést. 1922-ben Edinburgh-ban a nemzetközi élet-tani kongresszuson hangoztatta, hogy experimentális bizonyítékok állnak rendelkezésére arról, hogy az ember az érzékszervein kívül más úton is új észlelésekhez juthat. 1925-ben, nyugállományba vonulásakor jelent meg „*Traité de Metapsychique*” című 3 kötetes munkája, amelyet több nyelvre is lefordítottak. Egy másik hasonló témájú műve 1921-ben jelent meg, ebben a gondolatátvitellel foglalkozott.

Richet, az allergo-immunológia egyik elindítója és katalizátora 1935. december 4-én hunyt el.

Kenéz János dr.

Hugonnay Vilma

A magyar orvostörténetírás, hozzá kívánva járulni az ENSZ égisze alatt 1975-re meghirdetett nemzetközi nőév tudatosításához, keresve sem találhatna jobb témát *Hugonnay Vilmának*, az *első magyar orvosnőnek* a személyénél. Leszármazottainak jóvoltából nem egy kézírata megtalálható a Semmelweis Orvostörténeti Levéltárban. Ezek egyike az az 1897. szeptember 30-án kelt sajátkezű német nyelvű önéletrajz, amit fényképeivel együtt küldött meg a „Verein für Erweiterung Frauenbildung in Wien” (Bécsi Női Továbbképző Egylet) részére.

Szóljon meg hát, s valljon ő maga az életéről. „1847-ben születtem a tétényi — Pest megye — atyai birtokon. Apám szentgyörgyi *Hugonnai Kálmán* gróf volt, anyám nemes tomesi *Pánczély Teréz*. Elemi oktatásban otthon részesültem, 10 éves koromban kerültem az angolkisasszonyok kólossorába, 12 éves koromban egy budapesti felső leányiskolába, ahol 16 éves koromig voltam... 1863-ban elhagytam ezt az intézetet, hogy a szülői házban tanuljam meg a háztartást és a főzés művészetét. Mivel az anyám nagyon felvilágosult asszony volt, azt kívánta, hogy folytassam a továbbképzésemet, így délelőtt a háztartással kellett foglalkoznom, délután pedig egy német nevelőnő vezetése mellett írásbeli feladatokkal, olvasással és tanulással, ami nagyon jót tett testi és szellemi fejlődésemnek.

1865-ben házasságra léptem nemes *Szilassy György* úrral, egy évre rá fiút szültem, akit ma-

gam szoptattam, és Fröbel módszere szerint neveltem 6 éves koráig. Ekkor nevelő jött a házba, s most, hogy nem találtam többé szellemi ösztönzést, elhatároztam, hogy tudományos pályára lépök...

Házasságom egész addigi tartama idején olvastam népszerűen írt tudományos műveket, közben mindig jegyzeteltem, jegyzeteimet időnkint átolvastam, úgyhogy önkéntelenül is előkészíttem szellememet a komoly munkára. Férjem beleegyezésével 1872-ben Zürichbe utaztam, ahová szeptember 12-én érkeztem. Mindjárt elmentem az orvosi kar egyik egyetemi tanárához: *Dr. F.*-hez, akiről az a hír járta, hogy helyesli a nők tanulását, és különleges tanulmányi tervet kértem tőle. *Prof. F.*... azt tanácsolta nekem, hogy teljes erőmmel csak az orvostudományt tanuljam, és miután megszereztem a doktori oklevelet, hazámban tegyem le a gyakorlatra jogosító érettségit és államvizsgát. Követtem tanácsát.

Akkoriban külföldieket minden további nélkül felvettek a zürichi egyetemre rendes hallgatóként... Már az immatrikuláció előtt magánórákat vettem latinból és matematikából... mert a latin nagyon szükséges az orvostanhallgató számára, a matematika viszont a legjobb tornagyakorlat az agy részére.

Ami a tanulást illeti, pontosan látogattam a kollégiumokat, jegyzeteket készítettem, hogy folytonos figyelemre készítsem a szellememet. A jegyzeteket azonban soha többé nem használtam, mert kiváló tankönyvek álltak rendelkezésünkre, amelyeket maguk a tanáraink írtak... Minden kollégiumból átvettem elejétől a végéig egy vagy két tankönyvet, kijegyeztem a legfontosabb adatokat. Naponta meg kellett birkóznom 40—60 oldalnyi adaggal, és sohasem feküdtem le az adag legyűrése előtt, és sohasem kezdtem el egy mű befejezése előtt a másik tanulmányozásába... Ilyen módon tanultam Zürichben 1879-ig, közben másfél évig asszisztens voltam *Dr. Rose* tanár sebészeti osztályán, megírtam értekezésemet »a diphtheritis esetén előforduló tracheotomiákról«, melyet az orvosi kar elfogadott. Ekkor minden szakágból átvettem egy kézikönyvet, elkészítettem a zárthelyi dolgozatokat, és nem sokkal később lettem a szóbeli vizsgákat, és 1879. február 3-án megkaptam a doktori oklevelet.”

Szakítsuk itt meg *Hugonnay Vilma* önéletrajzának fonalát! Amit itt ő csak általánosságban említ mint „zárthelyi dolgozatokat”, e sorok írójának sikerült azonosítania. A *Weszprémi István* zürichi tartózkodásával kapcsolatos adatok kutatása levelezésre vezetett Zürich kanton Állami Levéltárával. *Dr. Otto Sigg* levéltári adjunktus előzetekénységéből 1974 júniusában megkaptam a 4 oldal és 7 sort kitöltő, németül írt dolgozat fényképmását, amelynek címe: „*Ueber Verbrennungen ihre Grade, Diagnose, Gefahren u. Folgen nebst Behandlung*” (Az égési sebekről, azok fokairól, diagnózisáról, veszélyeiről és következményeiről, valamint kezeléséről). A címlap sarkában ott a név: „*Vilma Hugonnay*” és a dátum: 1878. XI. 20., a beadás napja. A dolgozat végére *Edmund Rose* tanár sajátkezűleg írta oda a véleményét:

„A dolgozat, ha kissé rövid is, de egészen jó, és ajánlom, hogy a jelöltet engedjék szóbeli vizsgára”.

Ami azonban az önéletrajznak a *disszertáció* tárgyával kapcsolatos megállapítását illeti, ez pontatlan. Nemcsak az eddigi kutatás (*Katona Ibolya* 1956-ban, az „Orsz. Orvostörténeti Könyvtár Közleményei”-nek 2. számában írt tanulmánya), hanem *Sigg* adjunktus fentemlített hivatalos közlése szerint is ez volt a disszertáció címe: „Das erste Hundert Croup-Operationen in Zürich”. (Nyomtatásban megjelent az Orell—Füssli kiadónál Zürichben 1878-ban.) Mivel azonban a „croup” nem más mint a laryngitis diphtherica, másrészt a tracheotomia indikált műtét az olyan megbetegedésekben, amelyek a légutak szűkületét idézik elő, világos, hogy csak emlékeztetési pontatlanságról van szó; a tárgy ugyanaz.

A doktorrá avatás után 8 nappal már idehaza van. „... Minthogy a legkisebb kilátásom sem volt az oklevelem nosztrifikálására, február 20-tól Budapesten a szülésznőképző tanfolyamot látogattam és 1879. május 19-én megkaptam a magyar szülésznői oklevelet” — írja folytatólag.

Ezután következett az érettségi, amelyet 1881. március 13-án tett le. „Ugyanez év téli szemeszterében rendkívüli hallgatóként látogattam a budapesti orvosi klinikákat, és kérelmeztem doktori oklevelem nosztrifikálását. Az orvosi kar hajlandó volt kérelmemnek helyt adni azzal a feltétellel, hogy ha jól teszem le valamennyi orvosi szigorlatomat, új orvosi oklevelet adnak ki nekem; ám az akkori kultuszminiszter nem hagyta jóvá a kar döntését, hanem a szerény szülésznői oklevél jogszerű alapján engedélyezte nekem, hogy gyermekeket és nőket kezeljek. Így folytattam gyakorlatot 1887 szeptemberéig. A szenvedő asszonyvilág nagy bizalmat mutatott irántam, és több család megfogadott házi orvosának.” Majd rátér a magánélete elbeszélésére: „Első házasságom Zürichből történt hazatérésem után sem lett elviselhetőbb, ezért 1884-ben elértem a válás kimondását, de fiam nevelésének a gondját magamra vállaltam. — Orvosi gyakorlatom során ismertem meg második férjemet, *Dr Wartha Vince* tanárt, akivel 1887. szeptember 9-én kötöttem házasságot. Házasságkötésem után lemondtam a nyilvános orvosi gyakorlatról, s azontúl már csak rokon és ismerős nőket kezeltem.

Egy évvel a második házasságkötésem után szültem egy kislányt, ettől kezdve főleg a kicsi nevelésének éltem, anélkül azonban, hogy elhanyagoltam volna az orvostudományt”.

Ezután néhány egészségügyi és gyermeknevelési előadást, ill. tanfolyamot említ, amelyet a kilencvenes években tartott, majd így tér rá az orvosi diplomája elismertetéséért folytatott küzdelmének következő szakaszára: „Második házasságom nagyon boldog volt, és az is, s mégis, amikor 1895-ben jelenlegi nagyrabecsült kultuszminiszterünk, *Dr Vlasits Gyula* elérte a nők tudományos egyenjogúsítását, újból kérelmeztem a Zürichben szerzett oklevelem nosztrifikálását. Az 1896. július 31-én visszaszármaztatott kérvény elintézése így szólt: valamennyi gyakorlati orvosi szigorlat leté-



tele után megtörténik a nosztrifikálás, illetőleg kiadnak számomra egy magyar doktori oklevelet”. Ezután felsorolja a három szigorlat tárgyait, majd így folytatja: „Az itt említett szigorlatokat nagyobb részt kiváló, kisebb részben elégséges eredménnyel tettem le...”.

Négy nappal a 3. szigorlat után, „1897. május 16-án került sor a nyilvános, ünnepélyes avatásra. Június 1-én jelentkeztem, hogy bejegyezzenek a gyakorló orvosok jegyzékébe; június 13-án a X. kerület orvosi előjárósága, amely kerületben van a lakásom, bejegyzett mint gyakorló orvost. Május 15-től máig, szeptember 29-ig, leszámítva a háromhetes üdülő utazást, 174 különböző beteget kezeltem”. Sorain a friss örömet és büszkeséget érezni... Meg is írja nyíltan:

„Most pedig megjegyzem, hogy az orvostudomány ápolásában kimondhatatlan boldogságot találtam és teljes kielégülést”. Ez azonban nem fedteteti vele a kiállt megaláztatást. „Ma is büszke vagyok életemnek arra a szakaszára is, amikor a szülésznő szerény oklevelével álltam a világ elé. Akkoriban, midőn ezt az oklevelet azért kellett megszereznem, hogy törvényes alapot teremtsék hatásköröm számára, nem annyira a grófnő érezte magát bennem mélyen megsértve, mint inkább a diplomás orvos; hiszen a két egyetemen, a zürichin és a budapestin 9 éven át tartó szakadatlan tanulás nem tette lehetővé számomra az orvosi gyakorlatot, ellenben elértem ezt az egyszerű, három hónapos szülésznői tanfolyammal!” Nem áll meg azonban önmagánál... Észreveszi a szülésznők társadalmilag lebecsült helyzetéből adódó válságot, és ezt tanácsolja: „Hogy a szülésznő-kérdés

jelenlegi válságán segítsenek, a női orvosoknak ma, amikor még oly csekély a számuk, főként a nőgyógyászat és a szülészet szakágazatát kellene kultiválniuk, nem avégett, hogy kiszorítsák erről a területről a férfi orvosokat, hanem hogy munkatársakként kezeljék a szülésznőket, s ily módon hozzájáruljanak jobb kiképzésükhöz”.

Válaszol arra az ellenvetésre, hogy az orvosi pálya azért nem való a nőknek, mert „nagyony nehez, sok erőt igényel és jó egészséget. Nos, a nehézségek nem nagyobbak — írja —, mint egy »haute saison« végigcsinálásáé; a bálók, színielőadások, hangversenyek, társalkodások vakító fényben és zajos muzsika mellett bizonyára éppoly nehezen viselhetők, és nem hagynak hátra semminő lelki kielégülést, semmi fennkölt érzést, mint az orvosi gyakorlat. Erőre is, e szó teljesértelmében, csak bizonyos sebészeti műtéteknél van szükség, de ez esetben a férfi orvos ereje sem elegendő, hanem többeknek kell egyidejűleg munkához látniok. Helyettesítsük be az erőt *kitartással*, s akkor eltaláltuk a helyeset. A jó egészség természetesen nagyon kívánatos minden munkás, valamint minden élvhajhász számára, ennek ellenére jónéhány férfi orvost ismerek, aki semmitől sincs távolabb az egészségnél... emellett azonban nagyon ügyes a bizalom kiérdemlése terén”.

Curriculum vitae-jét optimista hangvétellel zárja: „Befejezem azzal a nyilatkozattal, hogy akiben van lelkesedés a szakmája iránt, az nem talál majd benne semmilyen nehézséget, de annál több meglepedettséget”.

Még egy negyedszázadnyi földi lét és munkásság volt ekkor előtte. Hogy mivel töltötte ki, arról orvosi naplói tájékoztatnak, amelyek ugyancsak az orvostörténeti levéltár megőrzésében vannak. Ha csak figyelemmel végiglapozzuk ezeket, feltűnik, hogy az első években zömmel nőbetegei voltak, míg később a férfiak is megbarátkoztak azzal a gondolattal, hogy orvosnő kezelje őket, bár pácienseinek többsége mindvégig nő volt. Nyolckötetnyi orvosi naplója 1897. májusával kezdődik. 1898. V. 2. és XI. 1. között megszakad, majd tart 1900. III. 31-ig. Itt ismét abbamaradnak a feljegyzései XII. 11-ig. Ettől kezdve folytatódnak 1902. I. 10-ig. Az utolsó kötetben áthúzott bejegyzések találhatóak 1902-ből és 1903-ból, majd 1920. I. 2-től XII. 29-ig. Mind betegségstatisztikai, mind orvosszociológiai szempontból érdemes lenne feldolgozni e 8 kötet anyagát, 1443 lapon összesen 7243 esetet.

Életéhez visszatérve, a *Wartha Vincével* kötött házasság után csak eleinte mondott le az orvosi gyakorlatról. Férje később már csak az éjjeli praxist ellenezte. Később egy sürgős eset kapcsán ebbe is beleegyezett. Magánélete nem volt szerencsésnek mondható. *Vilma* leányuk tbc-ben betegedett meg, *Wartha Vince* pedig Parkinson-kórban halt meg 1914-ben. Orvosi, előadói és cikkeiről tevékenysége mellett mindkettőjüket odaadóan ápolta.

1915. november 24-én sajátkezűleg hevenyészve összeállított bibliográfiája 22 nyomtatásban megjelent munkát, ill. cikket sorol fel. Fölötte 17 egyesület nevét írta le, ezeknek valószínűleg a

tagja volt. Életének későbbi éveiből nagyon kevés az adat. Egy 1921-ből való adóügyi feljegyzése szerint akkoriban már csak a lakásán rendelt, házhoz csak egészen kivételesen járt. 1922. március 25-én halt meg szívszélhűdésben. A rákoskezesztéri köztemetőben sírkövén ez a felirat olvasható: „*A köznek éltél, nagy célokért nemesen küzdöttél*”.

Bizonyos, hogy nevéhez nem fűződnek korszakalkotó orvosi felfedezések, sőt, az orvostudománynak egy szűk szakágában sem vált ki kutató vagy szervező tevékenységével. Személyének és működésének a jelentősége mégis több annál a pusztán orvostörténeti ténynél, hogy ő az első magyar nő, aki orvostudományi oklevelet szerzett. Egészségügyi felvilágosító tevékenysége mellett elsőrendű szerepe van ebben a nők társadalmi egyenjósításáért írásaival, szóban és személyes magatartásával folytatott kiartó küzdelmének, amivel hazánkban előfutára volt a mostani nemzetközi nővé célkitűzéseinek.

Vida Tivadar dr.

Makara Lajos — a kevéssé ismert kiváló sebésztanár

Az 1872-ben egyetemi rangra emelt kolozsvári Kir. Orvossebészeti Tanintézet (véle a Karolina-kórház) első ny. r. sebész tanára *Brandt József* a Semmelweis-életrajzokból rokonszenven ismerős *Franz Schuch* tanítványa volt. Tőle, az éternarkózi bécsi bevezetőjétől tanult operálni, *Semmelweis* kései honfitárs-kollégájának azonban paradox módon éppen az aszepszis-antiszepszis nem volt erős oldala. Azt utóda, a Kovács-tanítvány *Makara Lajos* valószínűleg meg maradéktalanul.

Apja, *Makara György* azonos azzal a pápai járásorvossal, aki az 1847/48-as Orvosi Tár szorgalmas levelezője volt, a bíráló más véleményű, de sohasem támadó és támadható ellenzéki pózában. A szaksajtó szerepét a gőzhajó és a vasúthoz hasonlítja, megfeddésében részesül az Orvosi Tár, mert „sem küllemén, sem belterén nem mutat haladást”. Ezért nem tud versenyre kelni előfizető-szerzés terén (a honi előfizetők közt) a külföldi lapokkal. Kifogásolja az orvosok célszerűtlen elosztását a vidék rovására, továbbá, hogy a kar csak az 1831-ben tapasztalatokat szerzett kollégákat alkalmazta kolera-orvosnak. Helyesebbnek tartotta volna hozzájuk fiatalokat is beosztani. Észrevételeinek készséges leközlése ama kritikus időben azt bizonyítja, hogy nem a sértődött vidékit látták személyében.

Makara György később Veszprém megyei főorvosként a Poór Imre szerkesztette *Gyógyászat* szerző-levelező érdekköréhez tartozott. Az 1861-es évfolyam 33. számának *Ügyeink* c. rovatában azt írja: „*az orvos mint törvényesen elismert testületnek szabályosan fölavatott tagja*” állami alkalmazott legyen, ezért nem bízható „*a tehetősebb betegek gyarló jószívűségére*”. A *Gyógyászatban* egy

országos orvosi testület létrehozását javasolta, nemcsak segélyző szándékkal, de az orvosetika örzésére. Az egyesület 1863-ban 1000 orvostudort, 1200 sebészt, 500 gyógyszerészt és 300 állatorvost számlálhatott volna.

Részint önmagáért, méginkább a familiáris indíttatásért ismertetett pápai lakosú Veszprém megyei főorvos és *Lóskay Mária* házasságából született *Makara Lajos* 1862. március 20-án. Gimnáziumi tanulmányait a soproni bencéseknel, az orvoskart Pesten járta. Oklevélszerzés után a kistermetű, kiemelkedő szellemi képességű fiatal orvos *Lenhossék József* kórbonctani segéde lett. Ő azonban a boncasztal mellől a műtőbe vágyott, így két év után az I. számú Sebészeti Klinikára került, ahol kórbonctani múltjával rövidesen *Kovács* professzor egyik első számú emberét tisztelték benne.

Klinikai kinevezése a bakteriológia koronás korszakára esett. *Koch* legnagyobb felfedezése után minden valamirevaló kutató nem kevesebbet mint a vérhaj és a rák kórokozó mikroorganizmusát akarta megtalálni. Egymást érték-erősítették-cáfolták a közlemények, mindenki talált valamit, de a syphilisé 1906-ig, a carcinoma „kórokozójának felfedezése” azóta is várat magára. A venerológia porondján csörtéző német—francia bakteriológiai párbajról *Marschalkó Tamás* adott az Orvosi Hetilap olvasóinak avatott tollú tudósítást, ugyanezt tette (de nemcsak német—francia, hanem interkontinentális méretekre szélesítve) *Kovács* prof. megbízásából *Makara György* „A rák kóroktanára vonatkozó vizsgálatok” Gyógyászat-beli ismertetésével. A nyirokcsomókban levő cc-átteket a tbc fertőző analógiájával magyarázták. Neves nagyságok Berlintonól (*Schill*) Rio de Janeiróig (*Domingos Freire*) vitatkoztak a prioritáson a megválaszolatlan kérdőjelek árnyékában. A tudományos (ellen-) közvélemény három dologra nem kapott magyarázatot. Először: nem tudtak a „felfedező” egységesen egy kórokozót megjelölni. Másodsor: csak a kifehélyesedett carcinomákban sikerült (különböző) baktériumokat találni. Harmadsor: magában a daganatsejtekben nem észleltek mikroorganizmusokat. Anno 1888 így nézett ki a rák bakteriológiai kóroktana.

Makara az utánvizsgálatokból megállapította, hogy a frissen kivágott zárt daganatok táptalajra oltva sterilek maradnak. A fertőződés tehát másodlagos. A tudományos „inter multos litigantes...” esetében *Makara* a kívülálló harmadik, nem nevető, de okosan érvelő. Szó szerint idézzük összegezését: „Az álképletekben, nevezetesen a carcinomák és sarcomákban az eddig rendelkezésünkre álló segédeszközök mellett specifikus mikroorganizmus mutatható ki... megjegyzem, hogy a rák fertőző természete mellett felhozott érvek engem nem igen győznek meg annak valódiságáról”. Természetesen nem egyedül látta így. Sokat sejtető az alábbi megállapítása: „bennem legalább ezen gondolatokat érlelték meg a göröcsői készítmények, melyeket egy emlőrák kiirtása után néhány hét múlva gyanúsán pirosodni kezdő bőrreszletből kiegészítettem, hogy az ép szövetekbe befurakodó ráksejtek, melyek a nyirkevények némelyikét kitöltötték, legnagyobbbrészt oly megosz-

lasi alakokkal mutatkoztak, mint ezt csak a fejlődő ébrényi hámszöveteknél látjuk ily fokban”.

A rákszakértőként kezdő *Makara* rövidesen a Gyógyászat egyik reprezentáns cikkírója lett. A lap iránti megkülönböztetett elkötelezettséget egyrészt édesapjától örökölte, másrészt a tulajdonos ekkor már intézeti főnöke, *Kovács* tanár volt. A szerkesztő-kiadó a sebész *Schächter Miksa*. *Makara* úttörő vizsgálója volt a iatrogén ártalmaknak. A klinikai kórtermek porából (minél zsúfoltabb, annál több) *Staphylococcus pyogenes aureus* és *albus* törzset tenyésztett ki. Megtiltatta a műtőben már a műtét előtti felórában a felesleges járkálást. Ellenőrizte a csíraszámokat, fertőtlenített, javasolta bizonyos esetekben preventíve a „sebőrök alagszóvezését”.

Az orvoskar 1890-ben nagy feladattal bízta meg. Berlinben a helyszínen kellett megismerni a nagy reményre jogosító, de keserű kiábrándulást okozó Koch-tuberkulin terápiás hatásosságát. *Bergmann* sebészeti klinikáján és a Charité *Fränztel* vezette sebészeti osztályán láthatta a 0,5%-os phenollal tartósított barna anyagszéria hátbőr alá történő fecskendezését. Maga *Bergmann* sem volt (enyhe említéssel) elragadtatva a terápiás effektustól. Inkább diagnosztikai lehetőséget gyanított benne. *Makara* berlini tudósítása szerint „*Koch* neve elég garancia arra, hogy az általa leírt tények felett ne kételkedjünk, de a betegség alattomos és makacs természete int, hogy a következtetésekkel óvatosság legyünk”.

Gyógyászatbeli beszámolójával párhuzamosan jött *Báron Jónás* és *Stiller Bertalan* tanár ismeretése a pesti izraelita kórházban szerzett tuberkulin tapasztalatokról, hasonlóan kérdéses eredményel.

Makara Lajos 1892-ben már a klinika egyik prominens sebésze. Őt bízta meg *Kovács* a 24 éves praxisa utáni első kloroform-halál esetének leközlésére, mert az — úgymond — nem elhallgatást, de okulási okból a legnagyobb publicitást igényeli.

Az orvosegyesület 1896. február 15-i ülésén a fiatal sebész már fontos szakreferens. Nagy összefoglalást tartott a gastro-jejunostomia indikációról. Nem helyeselte a nagy tekintélyű *Doyen* radikális elvét, mert a gastro-jejunostomiánál szerzett *Kovács*-klinikai tapasztalatok nem kedvezőbbek. Az alábbi javaslatokat sorolta fel: pylorus-rák, heges pylorus-stenosis, súlyos összenövések okozta passage-zavar. Egyéb esetleges indikációk: a gyomor mechanikus működésének elégtelensége, állandó hypersecretio (hányás stb.), kiújuló fekélyek, heges gyomorfekély. Nem a radikális, hanem a racionális sebészetet tartja ideálisnak, a sebész és a belgyógyász egymásra utaltságát.

Az 1899-es Gyógyászatban a narkózisról és a helyi érzéstelenítésről értekezik (*Schleich*-féle kokainos, *Braun*-féle eucainos, *Oberst*-féle vezetésses). A *Tauszk Ferenc* szerkesztésében megjelent klinikai diagnosztika-sorozat sebészeti fejezetét *Makara* írta. Önálló könyve 1905-ben jelent meg, címe: „A végtagok sebészeti bántalmainak gyógyítása”. Ekkor már magántanár, közkórházi rendelőorvos, s az Orvosi Hetilapnak (is) kazuisztikai közlője. A traumás bántalmaktól az érbetegsége-

kig, a sterilizáló víz lúgosításától a kombinált éter—kloroform narkózisig tárgyalja a leggyakorlatibb teendőket. A könyv 5. oldalán írja: „Az utókezelés terén, különösen régente, sok mulasztás történt. Csak amióta a munkás-balesetbiztosítás révén kiderült, hogy a sérülések gyógytartama korántsem oly rövid, az eredmények sem oly fényesek, mint azt a tankönyvekből olvastuk: kezdenek nagyobb figyelmet fordítani a sérülések utókezelésére”.

A könyv megjelenése előtti esztendőben vount nyugalomba *Brandt József* sebésztanár, utódjának a kolozsvári kar kitűnő érzékkel 1905-ben *Makara Lajost* hívta meg. Kinevezése minőségi változást, operatív fellendülést hozott a sebészeti klinika életében. Szigorúan megvalósította az aszepszis-antiszepszis elvét, az Erdélyi Múzeumi Egylet állandó előadót nyert benne. A Magyar Sebészeti Társaság 1907-ben tartott első nagygyűlésén ő referált a Bier-féle passzív hiperémiás gyógykezelésről a sebészetben. A gümös ízületi bántalmaknál kísérletezett vele, nem megnyugtató eredményekkel. Az Orvosi Hetilap 1905—1910 között rengeteg kazuisztikai közlésének biztosított nyilvánosságot. Írt a röntgenográfiáról az idegentestek eltávolításának a szolgálatában, előadást tartott a Strauss-féle rektoromanoszkópia fontosságáról a végbél-cc korai felismerésében. Nagy szakértője volt az anus prae készítésének. Leközlött sikeres lépkürtást, végzett gennymellnél thorakoplasztikát, nyitott meg rekeszizom alatti tályogot, végzett arcidegvarrást, orrplasztikát, klinikai szinten mindazt, ami egy közkórházban is előadódhat. A kistermetű, kevés beszédű ember tíz évig állott a kolozsvári sebészet élén. Tanári kiválóságáról az egykor még őt hallgató élő nagy öregeink (*Issekutz, Haynal, Miskolczy*) személyes visszaemlékezései tanúskodnak.

1915-ben a halál nemcsak a harctereken vágott széles rendet. A kolozsvári tanárok közül meghalt a kitűnő venerológus *Marschalkó Tamás*, két rövid őszi hónap múlva követte a vele egyidős *Makara Lajos*. Aláírás nélküli nekrológgal a Gyógyászat búcsúztatta. A legfőbb sebészeti őrhelyek örökre elhagyását ő kezdte meg, *Schächter Miksa* folytatta és *Herczel Manó* fejezte be 1918-ban.

Fegyverek mögött kényszerült lezajlani egy chirurgus nemzedékváltás a mozgó-álló, majd összeomló frontokról visszaözlött sebesültek szakadatlan ellátása közepette.

Szállási Árpád dr.

A TMB hírei

A Tudományos Minősítő Bizottság *Vas Györgyöt* „Isolált végtag-perfusio obliteratív arteriabetegségekben” című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává;

Ács Zsuzsannát „Transzkortin-receptor-kortikosteroid hatás” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Elődi Zsuzsát „A haemophilia B variánsai” című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Frey Zsuzsát „Kísérletes epilepsia elektromos kéri és mozgásos rohamjelenségeinek elemzése” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Illyés Zsigmondot „A luxatio, dysplasia coxae congenita korai és késői következményei, a prophylaxis lehetősége” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Károlyi Alice-t „Az epidemiológiailag súlyos tüdőgümőkór kialakulása és felkutatása Magyarországon” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Korányi Lajost „A hypophysis és a mellékvesekéreg rendszer hormonjainak hatása a magasabb idegtevékenységre” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Marton Lajosnét „A percepció és az elemi tanulási folyamatok” című disszertációja alapján a pszichológiai tudományok kandidátusává;

Simkó Alfrédot „A haladott kor depresszív psychés decompensatióinak psychopathologiai vizsgálata” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Simon Istvánt „Kisszögű röntgenszórás alkalmazása fehérjék térszerkezetének vizsgálatára” című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Somogyi Bélát „Molekuláris enzimkinetika” című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává és

Sztaricskai Ferenc Jánost „Vankomicin típusú antibiotikumok vizsgálata, különös tekintettel az aktinoidinre és a risztomicinre” című disszertációja alapján a kémiai tudományok kandidátusává nyilvánította.

„Minél nagyobb és nehezebb az, amit az ember mondani akar, annál szükségesebb az egyszerű és keresetlen stílus.”

Stendhal



Therápiás kérdések

Újabb adatok a digitalis glycosidák alkalmazásához I. rész. Schick, D., Scheuer, J. (Division of Cardiology, Department of Medicine, Montefiore Hospital and Medical Center of the Albert Einstein College of Medicine): The American Heart Journal 1974, 87, 253—258.

A szerzők az 1966 óta felhalmozódott tapasztalatokról számolnak be (ekkor foglalták össze addigi ismereteinket a lapban). Részletezik a digitalis glycosidák mérésére szolgáló újabb módszereket (radioimmunassay; a vörösvértestek isotop rubidium felvétele).

Összefoglalják a digitalis myocardiumra kifejtett pharmacologiai hatásait: növeli a myocardium contractiók készségét (mind a contractio erejét, mind a sebességét); e hatás a szer koncentrációjával arányos. Különböző hatást fejt ki a vezetőlánc és szívizomzat sejtjeire (befolyásolva az ingerelhetőségét, az automatitát, a vezetés sebességét és a refracter időszakot). A direct szívhatás mellett számolni kell a vezetőláncra kifejtett cholinerg hatásával is. A contractilis fehérjékre a digitalisnek nincs közvetlen hatása. Újabb vizsgálatok szerint e szerek a szív és más szervek sejtjében levő ATP-asehoz specifikusan kötődnek, gátolva ezek működését, így a sejtek transport-függését. Terápiás adagban a digitalis fokozza a calcium sejtbeáramlását. Toxikus adag hatására a sejt kálium tartalma csökken és részben ezzel függ össze az ilyenkor észlelhető elektromos instabilitás a sejtekben.

A digitalis különböző módon hat az egészséges, a hypertrophias szívű és a decompenzált egyének cardiovascularis paramétereire. A direct inotropia mindhárom esetben észlelhető (javul a kamrafunkciós görbe, azaz a systolés munka (végdiastolés nyomás). A percvolumen alakulása részben a perifériás erekre kifejtett hatástól, részben a kamrai izomzat állapotától függ. Egészségeseken a vénás tónus digitalis hatására nő és arteriális constrictio is kimutatható. E két hatás eredőjeként a percvolumen nem változik vagy csökken. Nem decompenzált hypertrophizált szív terhelését digitalis adásával fokozni lehet (a szer biztosítja a percvolumen szükséges növekedését). Cardialis decompensációban a kezelés során a percvolumen nő, az értónus reflexesen csökken.

A serum digitalis meghatározás methodikájának fejlődése az absorptio, metabolizmus és excretio területén is bővítette ismereteinket. A digoxin felszívódás már

a gyomorban megindul, az absorptio fő területe a vékonybél. A pancreas elégtelen működése a felszívódási viszonyokat nem befolyásolja. Intramuscularisan adva a szert, a felszívódás sokkal rosszabb, mint szájon át vagy vénába juttatva. A haemodynamikai hatása a myocardium digoxin koncentrációjának függvénye. A keringő digoxin közel $\frac{1}{4}$ -e a plasma albumin fractióhoz kötődik, a relative gyors renalis excretióért e tény felelős (sok a szabad digoxin). Ez magyarázza, hogy könnyen átjut a foetusba is. A szöveti concentratio különböző, legmagasabb a vesében. A szív: serum concentratio arány 20:1—50:1 közt. A vázizomzatban tárolódó digoxin egyéb szövetek számára raktárinként szerepel.

Kísérleti körülmények közt a hyperkalaemia csökkenti a digoxin kötődését, függetlenül a serum szinttől s ezzel arányosan csökkenti az inotropiát. A hypokalaemia ezzel ellentétes hatású. Ha a digoxin már kötődött a myocardiumban, e hatások már nem észlelhetők.

A szer változatlan formában ürül a vesén át, bár kis enterohepatikus circulatio is van. A szokásos terápiás adagban 6—8 nap után érhető el az állandó serum szint. Veseműködési zavarban kisebb adagra van szükség.

A digitoxin közel 100%-ban felszívódik a bélből és csaknem teljes egészében a serum albuminhoz kötődik. A szervezetben levő digitoxin mennyiség 15—20%-a ürül ki naponta. Szokásos adagot alkalmazva közel egyhónapos kezelésre van szükség a kinetikai egyensúly kialakításához. Szemben a digoxinnal, a szervezetben (főleg a májban) le bomlik és az így keletkező termékeknek is van bizonyos pharmacologiai hatásuk. A szervezetben levő digitoxin mennyiségének közel $\frac{1}{4}$ -e részt vesz az enterohepatikus keringésben, renalis excretiója így lényegesen kisebb. A máj működését befolyásoló gyógyszerek a kezelés során figyelembe veendőek.

Az *ouabain* szájon át igen rosszul szívódik fel, vénásan kell adni. A bevitt mennyiség 50—60%-a a beadás napján változatlan formában ürül ki a vesén át. A pozitív inotropiás hatás már 20 perccel bejuttatása után észlelhető. Jelentős része a szervezetben biotransformáció megy keresztül vagy nem renalis úton ürül ki. Pálóssy Béla dr.

Újabb adatok a digitalis glycosidák alkalmazásához II. rész. Schick, D., Scheuer, J. (Division of Cardiology, Department of Medicine, Montefiore Hospital and Medical

Center of the Albert Einstein College of Medicine): The American Heart Journal 1974, 87, 391—396.

1. *Digitalis az ischaemiás szívbetegségekben.* Myocardialis infarctust követő enyhe szívelégtelenségben sok esetben a digitalis növeli a systemás érellenállást, mielőtt inotropiája kialakulna, így növeli a szív energiaigényét s a percvolumen csökken. Ezek alapján ilyen esetekben a digitalis adagolása nem tanácsos. Súlyos szívelégtelenség vagy digitalisra reagáló arrhythmiaik jelentik infarctusban e kezelés javallati területét.

Angina pectorisban (ha a beteg nem decompenzált) a digitalis kezelés értéke vitatott, pozitív inotropiája növeli a szív energiaigényét és adott esetben ez anginás rohamot provokálhat. Ha az anginás beteg decompenzált, a helyzet természetesen más.

2. *Prophylactikus digitalizálás.* Értéke vitatható, a toxicitás veszélye miatt. Idiopathiás subaortikus hypertrophias stenosisban, ahol a digitalis a kamrai kiáramlási pálya obstructióját fokozza, a prophylactikus kezelést ellenjavallt.

3. *Digitalis intoxicatio.* A kezelt betegek közel 20%-ában észlelhető, ez a terápiás és toxikus adag közti szűk határral magyarázható. A toxicitás kialakulásában számos faktor szerepelhet (elektrolyt eltérés, ischaemia, a myocardium sympathikus innervatioja, a vezetőlánc anatómiai állapota). Jól ismert a hypokalaemia toxicitást provokáló hatása (elsősorban veszélys tachyarrhythmiaik, a kamrai irritabilitás fokozódása). A hyperkalaemia a digitalisnak az ingervezetésre kifejtett hatását erősíti. A hypercalcaemia mind a terápiás, mind a toxikus digitalis hatást fokozza. A magnesium szint csökkenése is hajlamosít intoxicációra. Jól ismert, hogy minden hypoxiás állapot következménye hasonló (idült tüdőbetegeken a toxikus jelek már jóval alacsonyabb serum-szint esetén is kialakulnak. Az acidosis szerepe e tekintetben még tisztázásra szorul. Hypothyreotikusok digitalis érzékenysége fokozott, míg a hyperthyreosis eseteiben relatív digitalis resistenciával kell számolnunk.

Az életkor előrehaladtával a digitalis intoxicatio lehetőségének veszélye nő. A diagnoszt elsősorban klinikai tünetek alapján állíthatjuk fel, bár a blockkal járó pitvari tachycardia, a bidirectional tachycardia, az a-v dissociatio jellegzetes EKG tünetként értelmezhető. A nyál Na és/vagy Ca koncentrációja lényegesen magasabb, mint terápiás szint eseteiben.

4. *A digitalis intoxicatio kezelése.* Döntő a szer elhagyása. Napjainkban is, ha a veseműködés és az a-v vezetés kielégítő, a toxikus arrhythmiaik kezelésében a kálium részesítendő előnyben. Az egyéb megkísérélhető szerek: beta blokkolók, diphenylhydantoin, lidocain, chinidin, procainamid, bretylium-tosylat.

Ha az a-v vezetés jelentős károsodása alacsony kamrafrekvenciával társul, pace-maker átmeneti alkalmazása szükséges. Befolyásolhatatlan kamrai tachyarrhythmiaiban az overdrive effektus használható fel.

A digitális a kamrai fibrillációs küszöböt jelentősen mérsékli, így a cardioversio veszélyes lehet. Ha az arrhythmia a megfelelő kezelésre nem reagál és a beteg életét veszélyezteti, igen óvatosan (igen alacsony energiával) megkísérélhető a cardioversio is.

A kezelés új módszere immunológiai: human albumin-digoxin komplexussal kezelt patkányok sávjával a digoxin az egyes szervekből kivonható. A digitoxin jelentős enterohepatikus keringési miatt sterolokat kötő szerek (cholestipol, cholestyramin) alkalmazását kísérhetjük meg.

5. **Digitalis veseelégtelenségben.** A clearance értékekből meghatározható, hogy a szervezet milyen mennyiségű digoxin eliminálására képes s ennek ismeretében a szükséges adag is.

6. **Szívsebészeti beavatkozások előtt** tanácsos átmenetileg a veszélyes arrhythmia kivédése érdekében a digitalis kezelést elhagyni. Az első postoperatív napokban, a csökkent veseműködés miatt, kisebb adagok alkalmazása indokolt.

Pálóssy Béla dr.

Szükséges-e kálium pótlás tartós furosemid kezelés alatt? Dargie, H. J. és mtsai (Dept. of Medicine, Royal Infirmary, Glasgow): Brit. Med. J. 1974, 4, 316—319.

A mindennapi klinikai gyakorlat tapasztalatai szerint a hosszantartó diuretikus kezelés alatt rendszeres kálium pótlásra van szükség. A serum kálium érték vizsgálatán alapuló tapasztalatokat a szerzők egész test kálium tartalomra vonatkozó vizsgálatok segítségével vették revízió alá. Olyan betegeket vizsgáltak, akik hypertóniájuk kezelése érdekében kaptak naponta 40 mg furosemidet, de szívelégtelenségben, nephrosis szindrómában vagy májcirrhosisban nem szenvedtek. Egyik csoportjuk K pótlásban nem részesült, a másik naponta 24 mEq KCl-t kapott. Külön csoportot képeztek azok, akik endogén kreatinin clearance-e 11—60 ml/min között volt. Ezek egy része K pótlásban nem, másik része ugyancsak 24 mEq KCl pótlásban részesült. A vizsgálatokból kiderült, hogy K pótlás nélkül az egész test K tartalma az első 4 hónapban elhanyagolható mértékben csökkent, majd K pótlás nélkül is normalizálódott, míg a szignifikánsan csökkenő Cl tartalma maradandó volt a 12 hónapig tartó vizsgálati periódus alatt. A rendszeres K substitúció a serum-K érték és az egész test K tartalma alakulásán nem változtatott. Feltételezik, hogy tartós furo-

semid kezelés alatt a renalis K excretio adaptatíve csökken, ill. fokozódik az enterális K absorpció. Az egész test K tartalma a serum K értékekből nem ítéhető meg. White, Flear, Materson, és mások adatai szerint szívbetegeken, nephrosisos betegeken és cirrhosisban szenvedőkön a helyzet más; a mérhető egész test K-tartalom csökkenés miatt a hosszantartó diuretikus kezelést K substitúcióval kell kiegészíteni.

Berkessy Sándor dr.

Az ágybavizelés gyógyszerei. Meadow, R. (Department of Paediatrics and Child Health, University of Leeds): Archives of Disease in Childhood 1974, 49, 257.

Az enuresis nocturna kezelésében hálátlan szerep jut a gyógyszereknek. A betegség spontán gyógyulási aránya viszonylag magas (5—10 éves kor között átlag 14% évente). Összehasonlító vizsgálatok alapján legeredményesebb az elektromos alarm kezelés.

Számtalan drogot alkalmaztak már az enuresis nocturna gyógykezelésére. Egyedül a triciklikus antidepressans gyógyszerek bizonyultak jobbnak a placebónál. Közülük általában az imipramint és az amitriptylint használják. Hatásmódjuk bizonytalan, úgy tűnik inkább anticholinerg, mint antidepressans aktivitásuk hatásos. Hiányoznak az adatok arról, hogy az enuresis mely formájában hatásosak leginkább a gyógyszerek, van néhány megfigyelés arról, hogy jobban hatnak lányokon sekunder enuresisben és az enuresis súlyos eseteiben.

A teljes gyógyulás ritkább, mint a komoly javulás, mely általában egyhónapos gyógyszeresedés után várható, (az esetek 40%-ában), de magas a relapsus gyakorisága a gyógyszer elhagyása után.

Imipramin kezelés dosirosása: 25 mg-os kezdeti dosis, mely két hetenként 25 mg-mal emelkedik, max. 75 mg-ig. Az effektív dosis és a már mellékhatást okozó adag egyénileg nagyon változó, ha magatartás és alvászavarok jelentkeznek, meg kell szüntetni a kezelést. Éjjel előtti ágybavizelés esetén du. 4-kor kell beadni a gyógyszert.

A gyógyszerek mellékhatásait és a magas spontán gyógyulási arányt figyelembe véve, drog terápia akkor jön szóba, ha más kezelésre nincs mód, vagy az eredménytelen, illetve akkor, ha gyors átmeneti szobatisztaságra van szükség, pl. táborozás, üdülés.

Meggyessy Veronika dr.

Enuresis és spontán gyógyulási aránya: 1129 eset vizsgálata. W. J. Forsythe, A. Redmond (Royal Belfast Hospital for Sick Children): Archives of Disease in Childhood, 1974, 49, 259—263.

Meglepő, hogy alig található irodalmi adat az enuresis spontán

gyógyulási arányáról. A szerzők 1129 enuresisben szenvedő gyermek sorsát követték nyomon, e betegek 1952—1959 között kezelték klinikájukon. A tanulmányba csak olyanokat vettek be, akiket elektromos alarm készülékkel nem kezelték.

Az évenkénti átlagos spontán gyógyulási arány 5—9 éves korban 14%, 10—14 éves korban 16% és 15—19 éves korban 16%. 33 betegük (3%) még 20 éves korára sem gyógyult. 20 éves kor felett nem tudták valamennyi betegük sorsát követni, ezért innen már csak szórva nyos adataik vannak.

Gyakran számolnak be arról, hogy az enuresis hátterében organikus megbetegedés van. A szerzők 830 esetben, s ezenkívül a jelen tanulmányban részt nem vevő 530 betegen végeztek iv. pyelographiát, mictiós cystographiát organikus okot keresve, s kevesebb mint 1%-ban találtak. Campbell ezzel szemben 5—10%-ra teszi az enuretikus gyermekekben előforduló urogenitális traktus anomáliákat. A szerzők leleteik alapján nem látják bizonyítottnak, hogy ureteralis reflux vagy hólyag diverticulum enuresist okozna. Ezért 1963 óta csak abban az esetben végeznek radiológiai vizsgálatokat is, ha az enuresis nem javul elektromos alarm kezelésre. Pacienseik 16%-a (ezek a jelen tanulmányban nem szerepelnek) nem gyógyult elektromos alarm kezelésre, s közülük 6-ban (10%) találtak urogenitális anomáliákat, azonban ezek egyike sem volt az enuresis okozója.

Az enuresis kezelésére már nagyon sok gyógyszert kipróbáltak. A szerzők is többféle szert adtak, biztató eredményt csak a propanthelin bromidtól láttak (anticholinerg hatású), kontroll kísérletben azonban nem volt szignifikáns az eltérés sem phenobarbitallal kombinált adagolással, sem placebóval szemben. Drog terápiának akkor van helye, ha az elektromos alarm kezelés eredménytelen (a betegek 10—20%-a). Sajnos ezek legtöbbször a terapia ellenére csak a spontán gyógyulásban bízhat.

Meggyessy Veronika dr.

Az enuresis nocturna kezelése Noxenurral. Hammar, Fr. (8230 Reichenhall, Salzburger Str. 49.): Münch. med. Wschr. 1974, 116, 525—527.

A szerző évek óta alkalmazza enuresis nocturna kezelésére a Noxenurt akkor, amikor a kórkép functionálisnak bizonyul. Ilyen okok: vagotonia kapcsán jelentkező reflex-irritabilitás, psychés és familiáris túlterheltség, neurotikus és psychotikus viselkedésmód.

A készítmény 1 mg atropint, 0,17 mg ephedrint, 0,33 mg B₁-vitamint és 1 mg natrium glycerophosphatot tartalmaz. Hatását a következőkkel magyarázzák: az atropin csökkenti a musculus detrusor tónusát, ennek következtében nő a hólyag

befogadó képessége és csak nagyobb vizelet mennyiség váltja ki a vizeleti ingeret, vagyis esély van arra, hogy a beteg enuresis éjszaka nem jelentkezik. Az ephedrin fokozza a sympathikus tónust, és így biztosítja a sphincter internus záródását. Az ephedrin gátolja a mély alvást is és megakadályozza, hogy a beteg „átaludja” a vizeleti ingeret. A natrium glycerophosphat az intermedier anyagcsere tagja, általánosan tonizálja az idegrendszert.

A szerző 48 betegen végezte a készítmény hatékonyságával kapcsolatos megfigyelését. Vizsgálta az enuresisek számát, mictio gyakoriságát a Noxenur alkalmazása előtt és után. 36 betegen az enuresis megszűnt, 5 betegen jelentős javulás volt észlelhető. A készítményt 6 héten át kell adni, azonban a napi adagot mindig individuálisan kell megállapítani.

Hübler János dr.

Sebészet

Késői eredmények transduodenalis sphincterotomiák után biliaris pancreatitisekben. H. Willenenger és mtsai (Chirurgische Klinik, Kantonsspital Liestal, Schweiz.): Zbl. Chir. 1974, 99, 751—757.

A biliaris eredetű acut pancreatitis kezelése a szerzők klinikáján is konzervatív, ha azonban 12—48 óra alatt jelentős javulás nem áll be klinikailag — a serum és a vizelet diastase nem mutat javuló tendenciát — néhány év óta ilyen esetekben álláspontjukat revideálva törekednek az elvezető epeutak röntgen és functionalis diagnosztikájára.

Az irodalmi adatok szerint az összes pancreas necrosis 40—80%-a a papilla elzáródása, illetve a lefolyás akadályoztatása következtében jön létre. A pancreas nedv és az epe keverékének a ductus pancreaticusba való visszaáramlása döntő feltétele annak, hogy a pancreas parenchymában tryptikus necrosis keletkezzen.

Kézenfekvő megoldásnak látszik tehát a sphincterotomia, a papillaconcrementumok eltávolítása, illetve a gyulladást, vagy sclerotikus stenosisok kezelésére. Elterjedésének gátat szabott a relative magas, 3%-os mortalitás, melyet azonban a szerzők klinikájukon az utóbbi időben 1%-ra tudtak csökkenteni.

1959-től 1971-ig 31 biliaris pancreatitist operáltak meg 48 óra letelte után. 15 esetben incarceralt papilla követ, 5 esetben acut stenotizáló papillitist és 11 esetben chronikus papilla stenosiszt találtak. A sürgősen műtöttek mindegyikénél igazolódott anatómiai és pathológiailag az acut pancreatitis. 100%-ban találtak haemorrhagiás exsudatumot valamint zsírnecrosist, 11 esetben totalis pancreas necrosist.

A laparotomia kapcsán duodenotomián keresztül sphincterotomiát végeztek. Minden esetben elvégezték a cholecystectomiát és a műtétet choledochus drainage-zsal fejezték be.

A 31 közül 2 beteg a műtétet nem élte túl; az egyik pneumoniában, a másik a 3. postoperatív napon pancreas necrosis következtében halt meg. A többi 29 esetben mind a postoperatív, mind a későbbi lefolyás zavartalan volt és a betegek klinikailag gyógyultnak mondhatók. A lefolyási akadály gyors megszüntetése után a javulás hirtelen következett be, mind az általános állapot, mind pedig a laboratóriumi értékek szempontjából. Az összes beteg utólagos kontroll vizsgálaton vett részt; 23 beteg teljesen panaszmentes, 6-nak kisebb panaszai vannak — diétára kényesülnek, szörványos hányingerük, illetve hasmenésük és gyomorfájdalmuk van. Az összes paciens étvágya jó, újabb icterus, vagy pancreas görcs nem lépett fel.

Zimányi Tamás dr.

A transduodenalis sphincterotomia helyzete az epesebészetben. H. Wolff, U. Schenker, H. J. Mlynek (Chirurgische Klinik der Karl-Marx Universität Leipzig): Zbl. Chir. 1974, 99, 801—806.

Több mint 20 évvel azután, hogy *Doubilet* és *Mulholland* chronikus recidiváló pancreatitisekben alkalmazta a papillotomiát, ismét aktuális kérdéssé vált az irodalomban az indiciós terület meghatározása. Ezért a Karl-Marx Egyetem Sebészeti Klinikáján felülvizsgálták az 1962 óta operált 136 sphincterotomiás betegüket, hogy kritikus képet kapjanak az indicatio felállítás és a kezelési siker tekintetében.

A 136 eset közül 120-ban találtak gyulladást papilla stenosis chololithiasis mellett — icterussal, vagy anélkül. Ez volt a fő indiciós terület.

További indiciót jelentett a chronikus pancreatitis. 5 esetben végeztek ilyen indicatio alapján sphincterotomiát. 3 betegnek volt cholecysto-duodenalis fistulája choledocholithiasis mellett, recidiváló cholangitis kimutatható kő nélkül 4 esetben, s végül szintén 4 esetben volt az indicatio choledochoduodenostomia utáni recidiváló cholangitis. Az utóbbi esetben megszüntették az anastomosist.

Postoperatív nem halálos kimenetelű komplikáció (sebinsfectio, duodenalis fistula, pancreatitis és parotitis) 15 betegen, késői panaszok, illetve szövődmények (cholangitis, recidiváló stenosis) 9 betegen léptek fel.

10 beteg halt meg postoperatív szövődmény kapcsán (coma hepaticum, tüdő-embolia, bronchopneumonia, pancreas necrosis, peritonitis), — ez 7,3%-os mortalitást jelent.

Az utóvizsgálatok kapcsán pa-

naszmentes volt 82 beteg (74,5%). Enyhe panasz volt (káposztaféléket és hüvelyeseket nem tudják fogyasztani, teltség érzés, stb.) 19 betegnek (17,3%). Súlyos panasz volt 9 betegnek (kólika, súlycsökkenés, teljesítménycsökkenés, átmeneti icterusok) —, ez 8,2%.

A közleményekben gyakran hangsúlyozzák, hogy a sphincterotomiáknak különleges indiciós területe van. Ez a megállapítás csak feltételese helyes. Egy új módszer bevezetése mindig egy másik háttérbe szorításával jár. Így Fritzsich hangsúlyozza, hogy a choledochoduodenostomiák aránya 10 év alatt 54%-ról 16%-ra esett vissza, míg a transduodenalis sphincterotomia 32,1%-ról 70,2%-ra emelkedett.

Általában azt mondhatjuk, hogy a műtét megoldások indiciós területei egymást fedik. Kizárólagosság elve nem áll fenn. Azt azonban leszögezhetjük, hogy bizonyos intraoperatív leleteknél a sphincterotomia jelenti a legsikeresebb megoldást. Így incarceralt papilla kő esetén tanácsos mindenképpen sphincterotomiát végezni. Rövidtávú gyulladást papillastenosis — melynél 4 mm-nél nagyobb átmérőjű szondázás nem lehetséges —, sphincterotomiával sikerrel megoldható.

Chronikus stenosisok esetén, a choledochus duodenalis részén, a papilla tájékon és pancreasfej tumoroknál viszont a legkedvezőbb megoldásnak a choledochoduodenostomiát tartják.

A kérdés egyéni szempontból való elbírálásánál azonban a beteg legmegfelelőbb ellátásának kérdése legyen előtérben, az általános elvek mellett kötelezően az adott situációnak kell meghatározni a ténykedésünket.

Zimányi Tamás dr.

Tapasztalatok és eredmények az acut pancreatitis kezelésében. W. Kothe és mtsai (Chirurgische Klinik des Bereiches Medizin der Karl Marx Universität, Leipzig): Zbl. Chir. 1974, 99, 1217—1224.

Az acut pancreatitis (továbbiakban a. p.) ma is gyakran fatális kimenetelű igen súlyos megbetegedés. Igen sok nyitott kérdés maradt az utóbbi években ezen a területen végzett klinikai és kísérleti síkon végzett kutatások után is. Az előtünk álló problémák közül a szerzők csak kettővel kívánnak foglalkozni; az első a betegség korai felismerése.

Az irodalmi adatok szerint a hibás diagnózisok száma relative magas (25%). Véleményük szerint a felismerés csak a klinikai jelenségek megítélésére és a diagnosztikai laborvizsgálatokra támaszkodhat. A klinikai jelenségek alapján az a. p.-t három csoportba sorolják *Creutzfeld* alapján: 1. Könnyű (mésékelt felhási fájdalom, kevés peritonealis tünet, ferment-eltérések, leukocytosis 12 000-ig). 2. Középsúlyos (erős abdominális fajda-

lom, fermenteltérések, leukocytosis 20 000-ig, láz, pleuritis). 3. Súlyos (shock, erős abdominalis fájdalom, subileus, fermenteltérések, leukocytosis 20 000 felett, azotaemia, icterus, hyperglykaemia, további lefolyásában ascites és pleuralis folyadékgyülem). A laboratóriumi vizsgálatok közül az amylase és lipase — mint az exocrin pancreas functio jelei igen nagy jelentőségűek, de sok esetben nem adnak útmutatást. A magas amylase értéket pathognomikus jelnek kell tekinteni, másrészt az is ismert, hogy drámai esetekben igen sokszor nincs amylase emelkedés. A kezdeti ferment érték emelkedés 3—4 nap alatt normál értékre süllyedhet, anélkül, hogy ebből a betegség lefolyására bármiféle következtetést lehetne levonni.

A lipase mint szervspecifikus enzim meghatározásának a jelentőségét csökkentik a relative magas költségek és a hosszú incubációs idő. Így a módszer gyors diagnózis felállítására nem alkalmazható. Figyelmet érdemel a fehérvérsejtszám emelkedése is, mely csaknem minden esetben kimutatható. A szerzők azt a nézetet vallják, hogy a labor-diagnosztikai eredményeket csak a klinikai jelenségekkel együtt szabad értékelni, s minden esetben inkább a klinikai képre bízzák magukat.

A másik problémakör az *optimális kezelési eljárás* megválasztása. Ez az évtizedek alatt többször alapvető változáson ment keresztül. A századforduló előtt a p.-ben várakozó álláspontot foglaltak el. Kontraindikált volt a primer sebészi beavatkozás, s a laparotómia csak a később kialakult abscessusok esetén ajánlottak. A későbbiekben *Gulecke*, *Scmieden*, *Sebening* a gyors műtét mellett foglaltak állást, mely a pancreas behatását és az abscessus kiürítését jelentette. Az aktív sebészi beavatkozások utáni halálozás is igen magas volt, ezért a Német Sebész Társaság 62. ülésorozatán 1938-ban ajánlották a visszaterést a konzervatív terápiához. Az azóta eltelt időben általában az a nézet volt érvényben, hogy az a. p.-t nem kell operálni, csak komplikációk esetén kell sebészi beavatkozni, illetve késői beavatkozást végezni.

A szerzők konzervatív kezelési alapelvei: fájdalomcsillapítás, shock profilaxis, illetve thérapia, a folyadék-elektrolit egyensúly biztosítása, infectio profilaxis, protease-inhibitorok adása, secretio csökkentés, tartós gyomor leszívás, a p. o. táplálás felfüggesztése. A protease-inhibitorokkal való kezelés jelentőségét a fájdalom leküzdésében és a vérkeringés szabályozásában látják.

Saját beteganyagukban 182 beteg közül 17 esetben a legkisebb beavatkozásra szorítottak, ami a bursa omentalis drainálásából állt. Az epeutak decompressióját — mint *Glenn* és *Frey* ajánlotta —, ők nem végzik. 16 esetben pancreas resectiót végeztek a sequester eltávolítá-

sára septikus állapotban — 6 gyógyulást értek el. Az a véleményük, hogy ezekben az esetekben a műtét abszolút indikált, egyébként halálos a kimenetel.

Az epeút megbetegedést az akut stádium lezajlása után nem sokkal operálják, az esetleges fellángolás veszélye miatt. Az elmondottak ellenére még ma is minden negyedik beteg meghal, s az operáltak mortalitása is 40—60%.

Zimányi Tamás dr.

Az epeutak korai decompressiójának néhány kérdése akut pancreas necrosisban. U. Werner, G. G. Adler (Chirurgische Klinik des Städtischen Krankenhauses im Friedrichshain Berlin.): Zbl. Chir. 1974, 99, 1225—1232.

Az akut pancreatitis konzervatív terapiája manapság már mindennél elfogadott, de ugyanakkor a legsúlyosabb formák halálozása az újabb gyógyszerek bevezetése ellenére is csak alig csökkent.

Az epeutak és a ductus pancreaticus közös beszajadása miatt súlyos esetekben *Marschner* és *Glenn*, valamint *Frey* már régebben ajánlotta az epeutak korai decompressióját, abból a feltételezésből kiindulva, hogy ezáltal a pancreatitis tovább ható pathologikus faktorai kiküszöbölhetők. A végleges epeút revisiót később végzik el, mikor az akut jelenségek már lezajlottak.

A szerzők is ezt az álláspontot képviselik. Amennyiben akut pancreatitisben 48 órán belül nem következik be lényeges javulás, vagy icterus lép fel — esetleg kétség merül fel a diagnosist illetően —, akkor időben, korán — elhatározzák magukat az exploratív laparotómia. A laparotómia — általános tapasztalat szerint — nem jelent rizikó növekedést és nem rontja a prognosist, feltéve, hogy a kezdeti shockot le lehet győzni. Ha hibás diagnosist állapítanak meg (ulcus perforatio, destructiv cholecystitis, epehólyag perforatio) úgy az adequat műtét megoldást alkalmazzák.

Amennyiben a pancreas megnagyobbodott, kemény — gócos necrosisokat tartalmaz —, elvégzik a bursa omentalis drainezését, s ezzel egyidőben az epeutak exploratórióját cholangiographia, valamint manometria segítségével. Cholelithiasisnál, ha a choledochus kómentes, cholecystectomiát és tehermentesítő T drainaget végeznek. A choledochus köveket és a papilla köveket choledochotomiával távolítják el. Transduodenalis sphinterotomiát a varratelgtelenség igen nagy veszélye miatt nem végeznek.

Amennyiben teljes pancreas necrosist találnak, capsulotomiát csinálnak, és az elhalt distalis részeket eltávolítják. Feltételezhető, hogy a mirigyállomány 95%-ának elhalása után is létrejön bizonyos regeneratio, mivel a vérellátást a duodenum erei biztosítják. A subtotális

distális pancreas resectiónál is okvetlenül szükséges az epeutak egyidejű sanálása. Duodeno-pancreat-ectomiát nem végeznek.

Zimányi Tamás dr.

Postoperatív pancreatitis gyomorresectiók után. G. F. Schwowski, H. Albert, W. Hartig. (Chirurgische Klinik des Bereichs Medizin der Karl-Marx Universität Leipzig.): Zbl. Chir. 1974, 99, 1233—1238.

A postoperatív pancreatitis (továbbiakban p. p.) igen súlyos szövődemény, mely leginkább gyomorresectiók és epeút műtétek után szokott fellépni. Az irodalmi adatok eltérők — elfogadható, hogy relative ritka szövődemény.

Ellentétben az akut pancreatitis-sel, a p. p. larvált formában zajlik. A kórisme felállítása igen nehéz, gyakran későn, vagy egyáltalán nem is állítják fel. Szerepe van ebben a lezajlott műteti stressznek és a műtétek utáni peritonealis reactiónak. Mivel technikai és labor-kémiai vizsgálómódszerek csak ritkán teszik lehetővé a felderítést — a sebésznek kell a nem könnyű helyzetben dönteni —, s a relaparotomiát indikálni, vagy konzervatív terapiát beállítani. A p. p. aetiologiájában több tényező jön szóba — valójában komplex történet.

A szerzők szerepet tulajdonítanak a pancreas parenchyma műtét alatti traumatisatiójának, pancreasvezeték sérülésnek, neurovegetativ és secretiós zavaroknak, amelyek a műteti beavatkozás pathophysiologiájával összefüggésben lépnek fel. Egyéb kiváltó okként elképzelhető a duodenalis, illetve biliopancreaticus reflux.

Differenciál diagnosztikai szempontból a varratelgtelenség, vérzés, magas növekedést ileus jön szóba.

Döntőnek tartják a betegségkép megítélésében az amylase értékek és a leukocytaszám meghatározását.

A terapiában elsődleges a shock-állapot megelőzése, az elvesztett folyadékmennyiség pótlása. Az elektrolytoldatoknak az ionogram függvényében való bevitelén kívül nagy súlyt kell fektetni az albumin és a kalória bevitelre. Az utóbbit 40%-os fruktóz oldattal oldják meg. Ezekon túlmenően természetesen analgeticumokat, spasmolyticumokat, secretio gátlókat, protease inhibitorokat, antibioticumokat alkalmaznak.

Amennyiben az intenzív therapia ellenére az általános és helyi tünetek nem javulnak, véleményük szerint az újabb laparotomiát nem lehet elkerülni.

Esetenként életmentő a drainage, egyébként a sequestrotomia vagy a részleges pancreat-ectomia hozhat kedvező fordulatot.

Klinikájukon 2132 gyomorresectio után 26 súlyos p. p. lépett fel. 14 esetben konzervatív kezelés, 12

esetben relaparotomia, 3 betegen re-relaparotomia történt.

A 26 beteg közül 15-öt veszítettek el (57,6%). Az utóbbi évekből a túlélés valamit javult. Ennek okát az intenzív terapiában, valamint abban látják, hogy időben határozzák el magukat az újabb beavatkozásra.

Hangsúlyozzák a megelőzés fontosságát, mely az atraumatikus műtéti technikát jelenti.

Zimányi Tamás dr.

Sportorvostan

Hirtelen halál és sport. Opie, L. H. (Ischaemic Heart Disease Laboratories, Dept. of Med., Univ. of Cape Town and Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa): *Lancet*, 1975, I, 263—266.

Bár a gyakorlás az ischaemiás szívbetegségek megelőzésében nagy jelentőségű, ugyanakkor a gyakorlás bizonyos egyénekben arhythmiaikat és myocardialis infarctusokat is kiválthat. Jó példa az utóbbira a nagyobb megerőltetéssel járó sporttevékenység, melynek gyakorlása közben hirtelen halálesetek előfordulnak.

A fokvárosi szerző 21 sportoló hirtelen halálának körülményeivel foglalkozik közleményében. Az adatokat sajtóból, orvosi ambulancia igazgatójától és rendőrorvosi halotti jelentésekből kapta. Hozzá tartozóktól, a beteg orvosától is nyert értékes információkat és a 7 boncolás adataira is támaszkodott.

A sportolók többségükben rugby és labdarúgó játékosok voltak, ezek életkora 1 kivételével 20 év fölött volt, a többi sportoló (golfozó, teniszese, alpinista, játévezető stb.) 40 éven felüli volt. Coronariabetegségre utaló direkt és indirekt bizonyítékok a 21 sportolóból 18-on voltak kimutathatók részben a sectio, részben a meggyőző klinikai kép alapján.

A hajlamosító tényezők közül erős dohányzás 11 esetben, anginás familiaris anamnesis 8 esetben, előzetes angina 8 alkalommal, elhízás, illetve nem megfelelő kondíció („fit”) 11 esetben állt fenn. A vérlipoidok vizsgálata 3 alkalommal történt meg, másik 3 esetben familiaris hyperlipidaemiára voltak bizonyítékok, a vizsgált esetekben is magas cholesterin szintet találtak.

Psychés tényezők is szerepet játszottak a hirtelen halál felléptében, mégpedig elsősorban hiúsági okok. 8 sportolóról lehetett kideríteni, hogy az előzményben infarctus vagy angina szerepelt, ennek ellenére panaszait eltitkolva verse nyezni kezdték, s a sporttevékenység közben vagy közvetlenül utána haltak meg hirtelen.

A halált közvetlenül megelőző symptomák közül mellkasi fájdalom 9 esetben fordult elő, 4-nek fáradtság- és kimerültségérzése volt, 2-nek kisebb panasa (arc-, ill.

Achilles-ín fájdalom, utóbbi miatt a mérkőzés reggelén adrenalinmentes injectiót is kapott). Mindössze 4 sportoló volt teljesen panaszmentes, őket orvosaiak sem ismerték.

A 21 sportoló azonnali, illetve hirtelen halála arra figyelmeztet, hogy a megerőltető sporttevékenység előtt nagyobb körültekintéssel kell eljárni, az erős dohányzást redukálni kell, s a coronaria betegség előhírnökeként jelentkező angina pectoris miatt soronkívüli orvosi vizsgálat, ellenőrzés szükséges.

Iványi János dr.

Epilepsia és a contact sportok. McLaurin, R. L. (The Division of Neurosurgery, University of Cincinnati Medical Center.): *JAMA*, 1974, 225, 285.

Az epilepsiának igen sokféle oka lehet, kategorikus általánosítás ezért nem lehetséges az epilepsiás betegek sportolását illetően.

A contact sportokban érdekelt korosztályokban fellépő epilepsiás megnyilvánulások valószínűleg elsősorban genetikusan eredetűek. A genetikusan tényező csak predispozíciót, fokozott görcskészséget jelent. Az ilyen alacsony rohamküszöbrel rendelkező fiataloknak meggondolandó a sportolás engedélyezése, kockázata az, hogy esetleg enyhe fejsérülés is valóságos epilepsiás állapotot idézzen elő.

A vélemények igen eltérőek. Vannak, akik a genuin epilepsiában szenvedőknek engedélyezik a sportot, ha anticonvulsivus terápia mellett tartósan rohammentesek, ha rohamaik ritkán vagy csak éjszaka jelentkeznek. Mások aszerint tesznek engedményt, hogy az illető contact sporttal vagy egyéb sporttal akar-e foglalkozni. (Ref.: A Webster szótár szerint „contact sports” az USA-ban használt kifejezés és a szoros test-test elleni harccal járó sportok jelölésére használják, pl. rugby, baseball.)

A direkt koponyasérülésen kívül egyéb, provokáló tényezőkkel is számolni kell, pl. hypoxia, hypoglycaemia, amelyeknek convulsivus hatása régen ismert. Nem szabad figyelmen kívül hagyni az adrenalin hatást sem. *Fabricant* adrenochrome adott önként jelentkező epilepsiásoknak, és ezeken fél órán belül hangsúlyozattabbá vált a korábban EEG-vel észlelt cerebriális dysrhythmia. Ismeretes, hogy sportolás alatt a keringő adrenalin mennyisége megnő.

Igen lényeges a koponyatraumák szerepe az epilepsiák aetiologiájában. *Jennett* 1000, válogatás nélküli, koponyasérülést szenvedett egyént vizsgált az oxfordi Radcliffe kórházban. Az első epilepsiás roham 46 esetben jelentkezett a sérülést követő első héten. A korai epilepsiás roham leggyakrabban az 5 éven aluli gyermekeken jelentkezett, ezt követte a 16—25 év közöttiek csoportja. Úgy tűnik, éppen a contact sportokat űző korosztályban

(16—25 év) nagyobb a hajlam a posttraumás epilepsiára. A késői epilepsiát (amely 4 vagy több évvel a koponyasérülés után jelentkezik először) is gyakrabban észlelték a fiatalabb egyéneknél.

Evans, Cobb és mások úgy találták, hogy a posttraumás epilepsiában szenvedők családjában lényegesen több az epilepsia, mint az átlag populációban. Ebből az a következtetés adódhat, hogy a posttraumás epilepsia is részben öröklött, alkati tényezők által determinálódik. Ez további okot ad arra, hogy a már epilepsiás gyermekeket ne tegyük ki olyan veszélyeknek, amelyek alapbetegségét súlyosbíthatják.

Amerikai futballt űzők kitűnő modellt szolgáltatnak a fejsérülések vizsgálatára. *Reid* és mtsai a sisakba beszerelt érzékeny műszer segítségével vizsgálták az agy túróképességét a játék alatti erőbehatásokkal szemben. Az agy max. túróképessége 188—250 g között van, e feletti erőbehatás commotiót okoz. Egy játékoson végzett mérési eredmények szerint (aki a teljes játékidején alatt 418 mérkőzésre játszott) 9 ütközése volt 200 g, 15 ütközése 150 g feletti, 1 esetben volt commotiója.

A szerző még egy kérdést vet fel. Nevezetesen azt, hogy a gyermekeknek a contact sportoktól való eltiltása nem okoz-e kisebbrendűségi érzést bennük. Véleménye szerint az epilepsiát úgy kell tekinteni, mint bármely más betegséget és amely nem akadályozza azt, hogy a fiatal az élet más területén jelentős eredményt érhesen el.

Zsolnai Mária dr.

Munkaegészségügy

Vinyl-chlorid okozta májmegbetegedés: a Banti-szindrómától az angiosarcomatosisig. L. B. Thomas és mtsai (Labor. of Path., National Cancer Institute, NIH, Bethesda, Md): *New England J. Med.* 1975, 292, 17—22.

A PVC gyárakban dolgozó munkások soraiban fellépő vinyl-chlorid syndroma spektrumában a májsarcomák, cirrhosis és portalis hypertensio mintegy 30 éve ismert és világszerte közölt ipari ártalom. A szerzők 8 boncolási és 18 biopsiás szövettani vizsgálat során 15 esetben a máj angiosarcomáját, ezenkívül finom, interlobularis és durva májtörfibrosist találtak a nemtumoros esetekben. A később angiosarcomába alakuló elváltozások már korábban, megelőző biopsiák idején jelentkeztek: a sinusoidok tágulata, a sinussejtek proliferációja formájában. Az angiosarcomák sinusoid, papillaris és cavernosus típusai különböztethetők meg. 3 betegen a duodenumban, tüdőben és vesékben is angiosarcoma lépett fel. A vinyl-chlorid-gáz expozíció más munkásokban a hepatocyták, s mind a májban, mind a lépben a

RES elemek és a kötőszövet szaporulatát váltotta ki.

A tény, hogy idült arzén mérgezésben hasonló májtumorok és Banti-syndroma mutatkozik, s thorostrast alkalmazás májfibrosishoz vezethet, arra utal, hogy a syndroma néha ismeretlen toxikus, esetleg környezeti kémiai ártalommal kapcsolatos.

A Banti-syndroma pathomechanizmusában egyesek a hepaticus-portalis sclerosist tartják döntőnek. Valószínűbb — állatkísérletek tapasztalatai alapján —, hogy a RES-re gyakorolt idült stimulus a folyamat ugrópontja.

[Ref.: A közlemény nem annyira eredetisége, inkább aktualitása miatt érdemel figyelmet. Igen értékes Monson és mtsai (The Lancet, 1974, No. 7877, 397) statisztikája, amely a PVC munkások mortalitásának okait elemzi és hangsúlyozza az egyre szaporodó daganatos eseteket. Thomas és mtsai közleményének témája túlmutat a vinyl-chlorid ártalom problémáin: a lakosság széles rétegeit érintő, egyre szennyezettebb makro- és mikroklíma veszélyeire, civilizációs epidémia várható bekövetkezésére hívja fel a figyelmet.]

Hazai közlemény a vinyl-chlorid syndromára vonatkozóan még nem jelent meg; az Országos Vegyipari Üzemorvosok Kongresszusa, (Leninváros, 1971) még nem érinti e nagy, egyre rohamosabban fejlődő iparág (olefin-program stb.) munkavédelmi kérdéseit. Tudomásunk szerint a Borsodi Vegyipari Kombinátnban már folynak vizsgálatok, Ir. Hornyák vezetésével. A munkavédelmi és onkológiai kutatóintézetek, üzemorvosok feladata a vinyl-chlorid betegség pathomechanizmusának pontosabb feltárása, az iparban foglalkoztatottak alkalmassági tesztelésének, az expozíció során laboratóriumi, esetleg biopsziás szűrés módszereinek kidolgozása.]

Hollósi Katalin dr.

Májbetegségek előfordulása vinil-klorid polimerizálással foglalkozó üzem dolgozói között. Falk, H. és mtsai (Cancer and Birth Defects Division, Bureau of Epidemiology, Center for Disease Rd.): JAMA 1974, 230, 59—63.

Louisville (USA) egyik gyárában vinil-kloridmonomerből (VCM) poli-vinil-kloridot állítanak elő. A gyár 850 dolgozójából jelenleg 271 személyt foglalkoztatnak a polimerizáló üzemegységben. 1974 februárjában a dolgozók rendszeres orvosi vizsgálata során 11 májbetegét szűrtek ki, akik közül 7 személynek máj angiosarcoma volt, 4 esetben pedig nem rosszindulatú májváltozást találtak. A kiszűrt személyek mindegyike régóta PVC gyárban dolgozik, ahol viszonylag nagy a VCM expozíció. Ez érthetővé teszi a kóros elváltozások bekövetkezését, de nem zárja ki annak lehetőségét sem, hogy rövid ideig tartó

kisfokú expozíció is hasonló egészségkárosodást idézhet elő. Még nem tisztázott kérdés, hogy a tumor kiváltásáért maga a VCM vagy annak bomlásterméke a felelős. Nemrég megjelent német és más kelet-európai közlemények szerint lehetséges, hogy a májfibrosis és a portalis hypertensio, ami a vinil-klorid munkások között előfordul, a rosszindulatú daganat egyik előzménye. Amennyiben ez így van, akkor a májbetegségek korai kimutatásának nagyobb népegészségügyi jelentősége van, mint magának a daganatnak. Ugyanis a májfibrosis a VCM-mel dolgozó munkások között irodalmi adatok alapján gyakoribb, mint a tumor. A szűrővizsgálatokkal lehetségessé válhat, hogy a májrendellenesség jelentkezősekor a munkást a veszélyes munkaterületről más munkakörbe helyezték át.

Kneffel Zsuzsa

Májkárosodás és angiosarcoma vinil-kloriddal dolgozó személyeken. Makk L. és mtsai (Departments of Pathology, Surgery, and Radiology St. Antony Hospital, and the Medical Department B. F. Goodrich Co., Louisville USA). JAMA 1974, 230, 64—68.

Az angiosarcoma humán vonatkozásban a legritkábban előforduló rosszindulatú májkárosodás. Az USA-ban évente átlagosan 21 eset fordul elő. 1974-ben 7 angiosarcoma beteget találtak a Louisville-i PVC gyár munkásai között. Tekintettel arra, hogy a fizikális vizsgálat, illetve a rutin laboratóriumi tesztekkel egyik személyen sem találtak kóros elváltozást, a szerzők kidolgoztak egy olyan vizsgálati programot, amely az elváltozás reversibilis szakaszában a májkárosodást kimutatja, és így lehetőség nyílik a megelőzésre.

A szerzők által közölt vizsgálati program egy 12, illetve 18 faktoros véranalízisen alapul. A 12 faktor ezekből a meghatározásokból fevődik össze: calcium, anorganikus foszfát, glukóz, maradék nitrogén, cholesterolin, összfehérje, albumin, húgysav, bilirubin, alkalikus foszfát, LDH, SGOT meghatározása.

A 18 faktoros analízishez a fentiek kivételével ezeket a meghatározásokat végezték: creatin phosphatase, phosphokinase, creatin, serum elektrolit meghatározás.

Ha ezen laboratóriumi vizsgálatok eredménye normális értéket ad, akkor a vizsgálat sorozatot csak 3 hónap múlva ismétlik meg. Ha egy teszt eredménye pozitív, akkor 3 hét múlva kontrollra rendelik vizsarga a dolgozót. Ellenben, ha két vagy annál több pozitív eredményt kapnak, akkor átfogóbb vizsgálatot végeznek. Ha ennek eredménye is kóros elváltozást mutat, tovább vizsgálják a személyt. Angiogramot készítenek, laparotomiát, és ha szükséges, próbaexcíziót végeznek. Ha az átfogó vizsgálatok eredmé-

nyei alapján indokoltnak találják, eltanácsolják a dolgozót a PVC gyárból, de teljes gyógyulásáig rendszeres orvosi ellenőrzés alatt tartják.

Kneffel Zsuzsa

Kísérletek a környezet rákkeltő hatásának megelőzésére. Maltoni, C., Lefemine, G. (Istituto di Oncologia e Centro Tumori, Bologna): Lincei Rendiconti Della Classe di Scienze Fisiche Matematiche e Naturali 1974, 56, 1—10.

A szerzők az ipari jelentőségű vinil-klorid (VC) monomer tumor-keltő hatásának állatkísérletes vizsgálatáról számolnak be. A vizsgálatokat patkányokon, egereken és hörcsögökön végezték, egy olyan speciális inhalációs készülék alkalmazásával, amely 30 000 és 50 ppm közötti koncentráció adagolására alkalmas. A készülék segítségével egyidejűleg 1200 rágcsálót kezeltek.

A VC monomer tumor-keltő hatását 14 kísérletsorozatban úgy vizsgálták, hogy az előre elkészített program szerint választották meg a VC monomer beadásának módját, a kezelések gyakoriságát, egy-egy kezelés időtartamát, valamint a kezelésbe fogott állatok korát.

Minden állatot a természetes elpusztulásig figyeltek, majd szövettanilag vizsgálták a Zymbal-mirigyeket, az interscapularis zsírszövetet, hasnyálmirigyet, nyelvet, tüdőt, májat, veséket, lépét, gyomrot, a bél különböző szakaszait, húgyhólyagot, agyhártyát, és a láb csontjait. A szövettani eredményekből a következőket állapították meg:

— A VC monomer, a végzett kísérletek alapján, egyértelműen rákkeltő hatású. Patkányokon a következő elváltozásokat találták: Zymbal-mirigyek rákját, nephroblastomát, máj és egyéb szervi-szöveti angiosarcomát. Egereken tüdőadenoma, adenosarcoma, emlőrák, máj-angiosarcoma volt megfigyelhető.

— A dózis és a hatás között összefüggést találtak.

— A nephroblastomák és a Zymbal-mirigy tumorok bilaterálisan is kifejlődhetnek.

— A máj angiosarcomák policentrikusak voltak.

— A kezelt patkányokon osteolytikus sérüléseket nem találtak.

— A VC monomerrel nem kezelt kontroll állatokon a felsorolt elváltozások nem voltak megfigyelhetők.

A szerzők célja az volt, hogy a VC monomer rákkeltő hatását állatkísérletekkel igazolják, mivel a műanyagtoxikológia egyik aktuális kérdése a fent említett vegyület toxicitása. Felhívják a figyelmet arra, hogy a daganatkeltő anyagok nagy része (mint pl. a VC monomer is) az ember környezetében (pl. a rozs-szal polimerizált PVC-ben) megfigyelhető. A káros környezeti hatások elkerülhetők, ha minden újonnan előállított vegyület esetében elvégzik annak szisztémás kivizsgálását, melynek alapján eldönthető,

hogy az anyagnak van-e rákkeltő hatása.

Maltoni kísérletei megerősítik, hogy a „vinilklorid” betegség valóban létezik, mivel 30 évvel ezelőtt, amikor a PVC forgalmazása nagyüzemi méreteket öltött, nem vizsgálták meg annak rákkeltő hatását.

(Ref.: A PVC-vel dolgozó személyek ún. „vinilklorid” betegségéről az Orvosi Hetilap 1974. 3. számában két folyóiratreferátumot közölt, melyek a VC monomerral, illetve a PVC-vel foglalkozó vegyipari munkások foglalkozási ártalmait ismertették.)

Kneffel Zsuzsa

Onkológia

A pancreas carcinoma diagnosztikus lehetőségei. A. Löffler és mtsai (Medizinische Universitäts-Poliklinik und Radiologische Universitätsklinik, Bonn.): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 1976—1983.

A pancreas-cc. diagnózis — az egyéb gastrointestinalis szervek daganatának diagnózisához viszonyítva — a szerv retroperitonealis elhelyezkedése miatt lényegesen nehezebb. A kérdés taglalását az teszi szükségessé, hogy minden boncolásra számítva 0,3—0,75% gyakorisággal és az összes tumorok 1,62—2%-ában észlelhető a pancreas cc.

A szerzők összefoglalják az alkalmazható diagnosztikus lehetőségeket. 1. Anamnesis és klinikai kép: Jellemző trias a súlyvesztés, a has felső részének fájdalma és az icterus. A súlyvesztés nem olyan kifejezett, mint egyéb tumorok esetében. Előidézője elsősorban az emésztési zavar (az exocrin pancreas functio kiesése, steatorrhoea), étvágytalanság és nagy fájdalom. A fájdalom helye is nehezen lokalizálható, — oka feltehetően az idegek mechanikus nyomása, perineuralis tumoros infiltráció, illetve az enzimek kiömlésének nehezítettsége. A sárgaság a tumor lokalizációjától függ. A papilla közelében elhelyezkedő tumor korán, a test és a fark tumorra későn (áttét miatt) okoz sárgaságot. A többi hasi tünet (székrekedés, puffadás, stb.) nem jellemző. A Courvoisier tünet az epeút elzáródás jele. A pancreas test és fark cc.-k kb. felében alakul ki ascites. Néha a vena lienalis leszorításának tünete látszik, ritkán az első tünet a gyomor fundus vagy oesophagus varixok vérvése. Előfordulhat, hogy az a. lienalist leszorító tumor a has bal felső részén systolés zörejjel járó hallgatósági eltérést ad. Nem tisztázott kérdés még, hogy miért kísérő jelenség a végtagok thrombophlebitise.

2. Laboratóriumi jelek: A serumban és a vizeletben az amylase és lipase szint nem, vagy csak alig emelkedett. Talán még a 24 órás vizelet amylase szintjének emelkedése a legjellemzőbb. Még nincs elég adat annak bizonyítására, hogy a pancreas cc.-ra jellemző-e a hyperlipasaemia és a normoamylase-

aemia. A functionális diagnosztikában jól használható a frakcionált duodenum-nedv vizsgálat secretin és secretin-cholecystokinin adagolás után. Ez elsősorban a pancreas-fej cc. diagnosztikában értékelhető jól. A teszt eredménye két tényezőtől függ: a tumor nagyságától és a kiválasztó rendszerhez viszonyított elhelyezkedéstől. A kiválasztási functio és a tumor nagysága tekintetében számításba kell venni, hogy néha a parenchyma felének pusztulása is normális functiókkal járhat. A pancreas fej kis tumora is jelentősen csökkentheti a nedv elválasztást. A teszt eljárás összeköthető a duodenoscopiával nyert nedv cytologiai vizsgálatával. Hozzásegít a diagnózishoz a széklet trypsin és chymotrypsin meghatározás is.

3. Röntgen vizsgálatok: A hagyományos vizsgálatokkal egyelőre csak az oesophagus, gyomor, duodenum, colon és ductus choledochus elváltozásaiból következtethetünk a pancreas cc.-ra. A legmegbízhatóbb röntgen vizsgálat az angiographia. Lehetőségei: selectiv és superselectiv coeliacographia, izolált a. hepatica, a. gastroduodenalis, a. pancreatica dorsalis és a. lienalis feltöltés, a direct és indirect splenoportographia, valamint a kombinált lumbalis vena és cavographia, melyek a műtét előtt a következőkre adhatnak választ: a) 80%-os differentiatív lehetőség a pancreas cc., cysta és chr. pancreatitis között, b) A műtét várható eredménye, azaz körülírta-e a tumor, ráterjedt-e a környezetre és van-e májmetastasis. c) Az adenoma localizációja. Nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy előfordul tévesen pozitív és tévesen negatív eredmény.

4. Retrograd cholangio-pancreatographia: E vizsgálati módszer az utóbbi időben egyre inkább elterjed. Miután a duodenoscoppal a Vater papillát megtaláltuk, abba kanült vezetünk és a kontrasztanyagot a pancreas és epe vezetékét, a pancreas üregeit ábrázolhatjuk. A pancreas vezetékének lefutásából, alakjából, esetleges szűkületeiből következtethetünk a tumor helyére. A szűkület nagyságából, formájából következtethetünk tumorra, vagy chr. pancreatitise. Célzerű a pontosabb diagnózis miatt a retrograd pancreatographiát és angiographiát együttesen elvégezni.

5. Laparoscopia: A nagy feszes epehólyag és a tág epeutak a choledochus elzáródására utalnak. A laparoscopia két irányból, a gyomor felől, illetve alatt juthat a pancreas közelébe. A műszerrel esetleg szövettani diagnózishoz is sikerül anyagot nernünk. Ezzel a módszerrel a pancreas fej állapotáról nem kapunk felvilágosítást. A pancreas scintigraphia és az angioscintigraphia a pancreas cc. diagnosztikájában még nem hozott kellő eredményt.

(Ref.: Nem tesz említést a cikk a röntgen vizsgálatok között a retroperitonealis insufflatióról, amely a tomo-

graphiával egybekötve a pancreas alak elváltozására hasznos felvilágosítást nyújt.) Szatlóczyk Ernő dr.

Az emlő nagy lipid-tartalmú (histiocytoid) carcinómája. Ramos, C. V., Taylor, H. B. (St. Louis University Hospital, Department of Pathology, 1325 South Grand Boulevard, St. Louis, Mo. 63104): Cancer, 1974, 33, 812.

A szerzők a nagy lipidtartalmú (histiocytoid) emlőrákok klinikopathologiai entitását vizsgálták 13 saját eset megfigyelése és követése alapján. Eseteiket 10 év alatt kezelt 900 emlőcarcinoma közül válogatták ki.

Úgy találták, hogy ezen emlőrák-félék kórbonctani és klinikai képe jellegzetes. A daganatsejtek nagy vacuolisált cytoplasmával, szabálytalan alakú, laza chromatin szerkezetű maggal, prominens nucleolussal rendelkeznek, solid fészkekbe tömörülnek, mirigyeket nem képeznek. Lobularis és intraductalis variánsuk egyaránt előfordul. A daganatsejtek plasmájában specifikus festésekkel lipidek mutathatók ki. Egy esetben EM vizsgálatot is végeztek. A mitochondriumokban 150—200 m μ hosszúságú, tű alakú kristályokat, bőséges endoplasmaticus reticulumot, prominens Golgi-apparatust és elsősorban ennek közelében, de egybeült is lipidtartalmú vesiculumokat találtak. Utóbbi jelenségeket activ lipid-kiválasztás bizonyítékának tartják. Jellegzetesek voltak a nyirokcsomó áttétek is, amelyek oly mértékben hasonlítottak a malignus reticuloendotheliosishoz, hogy a primer tumor ismeretének hiányában komoly differenciál diagnosztikus problémát okozhattak volna.

Klinikailag a histiocytoid carcinomák más emlőrákoktól elsősorban a prognosis tekintetében különböznek. Úgy látszik, hogy aggressivitásuk nagyobb az átlagosnál, ugyanis 11 betegben találtak a tájéki nyirokcsomókban már műtétkor áttéteket, és a betegek fele a műtét után 2 éven belül rák következtében halt meg. Az életben levők közül egyben localis bőrcidiva, egy másikban agyi és tüdő áttétek alakultak ki.

A szerzők vizsgálati eredményeik alapján úgy vélik, hogy az emlő nagy lipidtartalmú carcinómája klinikopathologiai entitás és a nagy lipidtartalom nem degeneratio, hanem activ sejtsecretio következménye.

Dömötör László dr.

Cystikus nyaki áttétek jelentősége a rejtett tonsilla-carcinomák diagnosztikájában. Micheau, C., Cachin, Y., Caillou, B. (Department of Pathology, Institut Gustave-Roussy, 94 800, Villejuif, France): Cancer 1974, 33, 228—233.

A fej és a nyak carcinomá-áttéteiben besugárzást követően vagy spontán gyakori a cystikus átalaku-

lás, de nem ritka e regio valódi, tömlős, malignus daganatáttéte sem. A szerzők 6 olyan esetet közölnek, amelyekben a nyaki cystikus metastasis a lappangó primer, occult tonsilla carcinoma megjelenését vagy felfedését hosszú idővel, olykor évekkel megelőzte, és nem egy esetben elsődleges, benignus cervicalis tumor benyomását keltette.

Három férfi és 3 nő átlagéletkora 48 év volt (25 és 67 év között). Mindegyik betegben pharyngealis infectio után 1–2 héttel szabadon mozgatható, kerek, szabályos, fájdalomtalan nyaki tumor alakult ki, amely általában a subdiaphragmaticus régióra localisálódott. A kimetszett tumor szöveti szerkezete mind a 6 esetben meglehetősen egyforma és jellegzetes volt: rostos tokkal határolt lymphoid szövetbe ágyazva túlnyomóan papillaris-cystikus szerkezetű, de solid részleteket is tartalmazó epithelialis daganatot találtak, amelyet 3 esetben malignusnak, háromban pedig benignusnak tartottak. Utóbbiakban csak a primer carcinoma felfedése után végzett histológiai revisio derítette ki, hogy a tömlős nyaki tumor carcinoma áttét volt. A cystikus nyaki áttét és a primer tumor megjelenése vagy felfedése között átlagban 41 hónap telt el (a legrövidebb idő 1 hónap, a leghosszabb 12 év volt). A primer daganat minden esetben a tonsillában volt, 3 esetben laphámráknak, 2 esetben differenciálatlan vagy átmeneti sejtes carcinomának, 1 esetben lymphoepitheliomának bizonyult.

Négy beteg a kezelés időpontjában még élt. Egy beteg az áttét megjelenése után 12 évvel halt meg, egy beteg sorsát követni nem tudták.

Úgy látszik, hogy különleges természetű tonsilla tumorokról van szó amelyekre az elhúzódó, lappangó növekedés, korai soliter nyaki metastasis-képzés, a primer tumor histológiai heterogenitása mellett az áttétek monomorfiaja — sajátos, branchiogen cystákat utánzó szerkezet — jellemző. Valószínű, hogy utóbbi a lymphoid szövet és a daganatsejtek symbiosisának következménye.

Dömötör László dr.

Urológia

Az akut ureter-colica és az eltávolítható kő kezelése. R. Stark (Urologische Univ.-Klinik Bonn.): Med. Welt 1975, 26, 65–68.

Újabb vizsgálatok kimutatták, hogy az ureter mozgását inkább a sympathikus, mint a parasymphathikus idegrendszer szabályozza. Míg a parasymphathicus egységes rendszer, addig a sympathikus idegrendszer végszervén alfa és béta receptorokat találunk, melyek működése gyakran ellentétes. Az alfa receptorok stimulációja fokozza az ureter-

tónusát és peristalticáját, a béta receptorok izgalma ellazítja és lassítja.

A kőbeékelődéssel megsérül az ureter nyálkahártyája és az idegreceptorok izgalomba jutnak, a vizelet-transport rendezetlenné válik, a kezdeti fokozott ureter-mozgás csökken, végül teljesen megszűnik, csupán a megnövekedett tónus marad meg egészen a vesekelyhekig. A splanchnikus-terület fájdalomvezeető sympathikus rostjai ingerületbe jutnak. A központi idegrendszer irritációjával, psychés alterációval és a vegetatív idegrendszeri funkciók kisiklásával fokozódik a fájdalom a feedback-mechanizmus útján. A viscerovisceralis reflex megváltoztatja a gyomor-bél-tractus motilitását (hányás, egyes bélkacskok fel-fűvódása). Az ureterkő körül fellépő oedema tovább fokozza a pangást. Ellentétben a vékonybél-elzáródással, ahol praestenotikus hyperperistalticát találunk, az ureterconcentratum felett az uretermozgás igen lecsökken.

A therapiás törekvésünk a pangás, fájdalom, centralis irritatio és vegetatív dysregulatio okozta circulus vitiosus megszakítása.

Parasympathicolithicum-típusú spasmolyticumok adása, melyeket a gyomor-béltraktus görcseinél alkalmazunk, itt teljesen hatástalan, mert a parasymphathikus rendszer alig vesz részt az ureter megzavart peristalticájában.

A sympathicus alfa-receptor-blokkolók és a béta-adrenergica adása káros a szívre és a keringésre való mellékhatásuk miatt.

Az opiátokat mellőznünk kell a megszokás veszélye, a légzésre való depressív hatás és a gyomor-béltractus, valamint a sphincter-izomzat tónusának fokozása miatt, melyek a hasi szövődeményeket és a vizeletürítés zavarait csak fokozzák.

Ezekután csak a centralisan ható analgetikumokhoz nyúlhatunk melyeket iv. adunk: Algotyrim, pentazocin. Ha egyszeri iv. adás után nem kapunk kielégítő eredményt, tartós cseppinfúzióban adjuk. Ha ez is hatástalan, kivételesen egyszer pethidint (Dolargan) adhatunk.

A következőkben arra törekszünk, hogy a fájdalmas roham ismétlődését elkerüljük és elősegítsük a concrementum spontán távozását.

Több nagy klinika 3900 esetének tanúsága bizonyítja, hogy a concentratumok spontán távozására 80%-ban lehetséges. A konzervatív kezelés tartama, ill. a várakozás ideje függ a klinikai lefolyástól és az urogramtól.

Fájdalommentesség és mérsékelt pangás esetén heteken-hónapokon át a spontán ürítésig a következő kőhajtó kezelést alkalmazzuk:

1. Folyamatos spasm-analgesia.
2. Oedema-ellenes kezelés.
3. Mozgás-terápia a kő mobilizálására, a leülepedett detritus felzárására és a vizelet-passage szabaddá tételére

(úszás, torna). 4. Ha a vizelet-ürítés szabad, a diuresis fokozására 1–2 liter teát itatunk a beteggel és diureticumokat adunk (Esidrix, Lasix). 5. Meleg-applicatio.

Ezek a kezelések természetesen csak szövődénymentes ureterkőre vonatkoznak. Műteti beavatkozás szükséges, ha tartós haematuria, septikus láz vagy anuria lép fel.

Kollár Lajos dr.

Bleomycin alkalmazása férfiak malignus genitalis tumoraiban. Rathert, P., Terhorst, B., Lutzeyer, W.: Urologe 1974, A 13, 67–71.

Az aacheni urológiai klinika munkatársainak közleménye a Bleomycin urológiai vonatkozásait emeli ki. Két olyan kórkép kezelésében kísérelték meg felhasználását, ahol a jó eredményeket ígérő műteti kezelés csonkító jellege miatt — megfelelő kritikával — helye van a konzervatív, illetve kombinált kezelésre irányuló törekvéseknek.

A közlemény első része ismerteti a gyógyszer felfedezését és hatásmechanizmusának főbb vonásait.

Összesen 5 penis carcinomás beteg és 4 heretumoros beteg észlelt eredményeikről számolnak be.

5 penis carcinomás betegük közül egy 61 éves ($T_2N_0M_0$) meghalt, két beteg ($T_2N_0M_0$) teljes remissiót ért el ezzel az eljárással: 1. Circumcisio és a tumor excisioja. 2. 15 mg Bleomycin iv. vagy i. m. másnaponta összesen 400 mg-ig. 3. 150–200 rad. localisan.

További két beteg ($T_3N_3M_0$) remissiót nem ért el, de progressiót sem láttak. A már távoli metastasis adó esetekben jelentős eredmény nem várható, ezért a kezelés megkezdése előtt gondos metastasis kutatást kell végezni.

4 germinális heretumoros betegük közül egy 22 évesnek ($T_1N_3M_1$) eredménytelen Mithramycin kúra után tudómetastasisa jelentősen megkisebbedett. Másik betegüknél ($T_1N_2M_1$) a Bleomycin Vinblastin-Actinomycin kombináció hatására a 2 cm átmérőjű tudómetastasis 14 nap alatt eltűnt. Két beteg kezelésének eredménye az idő rövidsége miatt nem ítéhető meg.

A gyógyszer bőrreakciót okozó mellékhatása az adag csökkentésével, vagy átmeneti szüneteltetéssel kivédhető. Fontos, hogy tudófibrosist okozhat még fiatal betegben is. Nem normális légzésfunkciónál, illetve 70 év felett ezért nem ajánlatos a Bleomycin használata. Előnyös tulajdonsága, hogy nem okoz csontvelő depressiót, illetve immuno-suppressiót. Így kombinálható más cytostaticumokkal. A heretumorok kezelésében legjobbnak a Vinblastinnal és Actinomycinnel történő használata látszik.

(Ref.: A kis beteganyag ellenére a közlemény értéke, hogy felhívja

az urológusok figyelmét a még kevésbé ismert gyógyszer, illetve gyógyszer-kombináció kedvező hatására.)

Gervain Mihály dr.

A húgyhólyag phaeochromocytomája. D. Barwich (Endokrinologische Abteilung der Medizinischen Universitäts Poliklinik, Heidelberg): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 1506.

Az esetismertetés azért bír érdekességgel, mert első leírása 1953-ban jelent meg és azóta is csak 43 esetről tesz említést a világirodalomban.

A felnőttek phaeochromocytomájának 10%-a a mellékvesén kívül fejlődik, bárhol, ahol sympathikus idegkötegek találhatóak. E chromafin tumorokat paragangliomának is nevezik. Igen ritkán előfordulhat a húgyhólyagban is, ez esetben a hólyagfalban található idegi plexusok környéke a kiindulási helye.

Tünetei jellemzőek: A hólyagcontractiók a hólyagfalban levő phaeochromocytoma adrenalin és noradrenalin tartalmának kiáramlásához vezetnek. A tünetek a húgyhólyag telődésétől függetlenül, rögtön a mictio után lépnek fel. Legtöbbször heves fejfájás, szívdobogás, stenocardia, dyspnoe, sápadtság, émelygés és hányinger észlelhető. Előfordulhatnak epigastriális görcsös sensitívok, verejtékezés, suprapubikus fájdalom, fokozott nyálfolyás, általános erőtlenség, ájulások. Látászavarokat is leírtak. Egy betegen bilaterális papilloedema fejlődött ki.

31 beteg közül 26-on a tünetek rögtön vizelet után jelentkeztek, néha csak percekig, máskor órákig is eltartottak. A leírt tünetekkel egyidőben pár percig paroxysmalis vérnyomásemelkedés mutatkozott 200–300 Hgmm systolés, 100–170 Hgmm diastolés értékkel. A 31 beteg közül csak egyen maradt normális a tensio. A panaszok mictio után naponta többször is megismétlődhetnek, kísérheti fájdalommentes haematuria is.

Nem okvetlenül szükséges, hogy a 24 órás vizelet katecholamin, vagy lebontási termékeinek mennyisége fokozott legyen, mert lehet csekély is a mictio alatti katecholamin kiáramlás. Lényegesnek tartják ezzel szemben a roham előtt és után mért érték különbségét. Fontosnak jelzik a roham alatt mért serum adrenalin és noradrenalin értékeit. A provokatív tesztek (histamin, glucagon stb.) alkalmazása nem elsőrendűen fontos.

Korai diagnosishoz a cystoscopia vezethet, mert a legtöbb esetben (29-ből 24) soliter hólyagtumor van jelen. A hólyag bármely részén foglalhat helyet és ha a szájadékok vidéke ez a terület, hydronephrosis alakul ki. Bár a hólyagizomzatban levő sympathikus plexus mentén fejlődik ki a tumor, csak ritkán terjed a perivesicalis tér irányába, legtöbbször a hólyag lumene felé, ahol azután láthatóvá válik.

A histologiai, histochemiai és ultrastrukturája megfelel a mellékvese és egyéb localisatiójú phaeochromocytomának. Metastatisálhat a nyirokcsomókon kívül a tüdőben, csontokban és májban.

Kezelése: operatív, partialis cystectomya.

Merényi István dr.

Az impotencia sebészi kezelése. Hasche-Klünder, R., Tudoriu, T. (Urologische Klinik des Robert-Koch Krankenhauses Gehrden, Chirurgische Abteilung des Spitals CFRI Bukarest): Der Urologe 1974, 13, 232–235.

A szerzők megemlítik, hogy az impotenciákat gyógyszeresen és psychotherápiával kezelik általában, azonban ez a kezelés az organikus alapon kifejlődő impotencia esetében természetesen sikertelen. Pl.: a barlangos testek sclerosisa, hegesezése miatt az afferens arteriális ellátás károsodása a motorikus afferens idegek sérülése, gerincvelői határkötegek laesiója, valamint endocrin mirigyek agenesiája esetében. Másik csoport az ún. fixálódott impotenciák, amikor konzervatív kezelés eredményre nem vezet és a fentiekhez hasonló kimutatható organikus elváltozás nem található. A műtét célja, hogy a hímvessző a vaginába bevezethető legyen, kielégítő coitus létrehozására legyen alkalmas, a beteget ruházkozásban ne zavarja.

A szerzők az általuk megadott, hosszú, a penis gyökétől a makkig terjedő „villa alakú” szövetbarát teflon prothesist ajánlják beültetni a corpus cavernosum pótlására. Ez a penis gyökénél flexibilis. Bukarestben 60 beteget, Gehrdenben 22 beteget operáltak; kilökődés 1 esetben volt észlelhető. Miután az organikus alapon fennálló impotenciák esetén jó eredményeket értek el, a betegek elégedettek voltak, sikeresen alkalmazták ún. fixálódott impotenciák esetében is, olyan esetekben, amikor házastársak között emiatt válás fenyegetett, vagy pedig a beteg öngyilkosságot követett el, vagy hasonló gondolatokkal foglalkozott. A műtét indikációt orvosi bizottság, a beteggel megbeszélve, szigorúan orvos etikai alapon állapítja meg.

Meluzsin János dr.

Vesebetegségek

Vesebetegség és terhesség. Strauch, B. S., Hayslett, J. P. (Dept. of Medicine, Yale University): Brit. Med. J. 1974, 4, 578–582.

A terhesség hatása az egyidejűleg fennálló vesebetegségekre, és fordítva mindmáig vitatott és tisztázatlan probléma. Míg azonban a korábbi megfigyelések egyértelműen rossz prognosztis jósoltak az anyának és a magzatnak egyaránt, addig az utóbbi időben inkább azt hangsúlyozzák, hogy az egyes esetek mély-

reható elemzése és a gondos betegmegfigyelés hozhat helyes ítéletet az anya és a magzat sorsát illetően.

A szerzők e kérdést vizsgáló 25 vesebeteg terhést vizsgáltak és observáltak összesen 41 terhesség során. A vesebetegség természetét minden esetben ismételt vesebiopsziákkal tisztázták és rendszeresen végeztek általános klinikai vizsgálatokat, MN., kreatinin, clearance, vizelet és LE-factor meghatározásokat. A dolgozat 3 enyhefokú proliferatív glomerulonephritises, 5 chr. prolif. glomerulonephritises, 1 súlyosfokú prolif. glomerulonephritises, 2 membranoprolif. glomerulonephritises, 4 membranous nephropathiás, 1 diabeteses glomerulonephrosisos, 1 enyhefokú lupus-nephritises és 8 diffus lupus-nephritises beteg adatait tartalmazza.

Amint a megbeszélésben részletesen kifejtik, a terhességek 75%-a komplikációmentesen zajlott le, a vese functionális állapota általában nem romlott és az újszülöttek többsége terminusban, 8–10-es Apgar értékkel született meg. Terhesség-megszakításra 7 esetben kényszerültek, többségében a progressiv hypertonia miatt. Két spontán abortus a 6. és 7. hónapban következett be. A leggyakoribb komplikáció a nephrosisos tünetcsoport kialakulása volt, amit csaknem kivétel nélkül eredményesen tudtak kezelni Na-megvonással és intermitáló diuretikus kezeléssel. Néhány esetben, a szülést követően, spontán szütek meg a nephrosisos tünetei. Egyetlen súlyosfokú proliferatív glomerulonephritises betegük abortált a 4. terhességi hónapban. Az anyán később vesetransplantációt végeztek. A nephrosisos tünetek kíséretében észlelt vesefunkcióromlást extrarenalis tényezők, nevezetesen a hypoproteinaemia magyarázták, amit igazolt a serum albuminszint javulását követő vesefunctio javulás.

A szerzők megfigyelései arra utalnak, hogy a terhesség vesebetegségeken is eredményes lehet, ha azt nem komplikálja már meglévő veseelégtelenség és súlyosfokú hypertonia. Ugy tűnik, hogy a terhesség maga nem idéz elő irreversibilis vesefunctio romlást. Felhívják a figyelmet arra, hogy mindaddig, amíg arra speciális eljárásaink nincsenek, a vesebetegséggel társuló terhességi toxemia elkülönítése a primer nephrosis syndromától csaknem lehetetlen, és számos tévedés forrása lehet. Ugyancsak véleményként szögezik le, hogy a lupus-nephritises betegek kilátásait a nem lupus-nephritises betegekével azonosnak lehet venni. Amit nem hangsúlyoznak, de a dolgozatból érezhető, rendkívül fontosága van a pontos kivizsgálásnak, a vesefolyamat milyensége pontos identifikálásának — és nem utolsósorban a gondos, folyamatos szülész-belgyógyász terhesgondozásnak. Az idejében elkezdett antihypertensiv kezelés és diuretikus terápia biztosítani képes a terhesség kihordását, érett, élő új-

szülött megszületését és a vese functionális kapacitásának megőrzését. Hazai népesedéspolitikánk szempontjait is szem előtt tartva, nem érdektelen e kérdést nephrologiai programunk homlokterébe állítani.

Berkessy Sándor dr.

Acut pancreatitis és heveny veseelégtelenség. A renális vasoconstrictio szerepe. Werner, M. H. és mtsai (Dept. of Surgery, Wayne Univ., Detroit): Amer. J. Surgery, 1974, 127, 185—190.

Az acut pancreatitis egyik legsúlyosabb szövődménye a heveny veseelégtelenség, mely 50%-os felelős a mortalitásért, még azokban az esetekben is, amikor a folyadék- és elektrolit egyensúly rendezése lehetséges volt. A súlyos, sokszor irreversibilis esetű betegek kialakulásáért 1957-ben Thal, Perry és Egner egy olyan „nephrotoxikus” anyagot tettek felelőssé, amely a károsodott pancreasból kerülhet a beteg keringésébe. Kwaan, Anderson és Gramatica viszont arra hívták fel a figyelmet, hogy a veseelégtelenség kialakulásáért a vesében lezajló disseminált intravasculáris coagulatio okolható. Frey és Brody véleménye szerint legalábbis elsődleges elváltozás a vesepereforis csökkenése, aminek oka a fokozott renális resistencia.

A cikk szerzői 7 betegen végeztek acut alkoholos pancreatitistben részletes haemodynamikai vizsgálatokat — megerősítve Frey és Brody említett állítását, rámutatva, hogy a localis renális vasculáris resistencia növekedése mindig kifejezettebb, mint a totalis periferiás resistencia fokozódása.

A systemás és localis vasculáris resistencia növekedéséért valószínűleg több tényező felelős: vasopressor anyagok keletkezése, felszabadulása, és a hypercoagulabilitás. A betegek vérének mindig magasabb trypsin-szintje a plasmaproteinek degradációját és vasoactiv polypeptidek létrejöttét eredményezi. E mechanizmus talán keletkező bioactiv anyag, a myocardialis depressor factor (MDF) is, melynek létezése ma már bizonyított, de a vesekérgi haemodynamika megváltozásáért ma még ismeretlen egyéb anyagok is feltételezhetők. Igazolni sikerült, hogy phentolamin adására a systemás és a localis haemodynamikai viszonyok rendeződnek, az utóbbi legjobban, ha a szert közvetlenül az arteria renálisba juttatják. Feltételezik, hogy a natriuretikus diureticumok jó terápiás hatása is a vasculáris resistencia csökkenésének eredménye.

(Ref.: A cikk nem tér ki arra, hogy a hypercoagulabilitás, azaz a disseminált intravasculáris coagulatio befolyásolása mennyiben javíthatja az acut pancreatitistben szenvedő betegek veseelégtelenségét.)

Berkessy Sándor dr.

A mesterolone (oralis androgén preparátum) hatása a chronikus haemodializált betegek erythropoiesisére. Kraft, D., Freund, D., Karow, J. (Med. Klinik der Freien Universität, Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 1119—1124.

A chronikus haemodialysisekkel életben tartott betegek kezelésének egyik legnagyobb problémája az erythropoetin-hiányos, megrövidült erythrocyta élettartammal járó anaemia javítása vagy egyensúlyban tartása. Maga a haemodialysis kimutatható mértékben csökkenti progressióját, azonban az anaemiát jelentős, ill. kívánt mértékben nem javítja, főként pedig nem teszi melőzhetővé a rendszeres transfusiókat, melyekre a gyakori kisebb-nagyobb vérvesztések miatt szükség van. Régóta ismeretes, hogy az androgének az egészséges veséjű betegek erythropoiesisére serkentőleg hatnak, s mint számos szerző igazolta, a chr. vesebetegek erythropoiesisét is bizonyos fokban serkentik. Az eddig alkalmazott készítmények egyik hibája volt, hogy parenterális adagolást tettek szükségessé, emiatt az otthoni (home-) dialysissal kezelt betegek hormonterápiája akadályokba ütközött. 1965-ben Shaldon és mtsai alkalmaztak orálisan adható androgéneket jó eredménnyel. A szerzők 4 nő és 8 férfi betegnek adtak naponta 150 mg Mesterolont (Schering AG, Berlin), akiket cellofáncsöves (Ultra Flow), vagy lemezdialyzátorral (Gambro) dialyzáltak hónapokon át hetenként két alkalommal. A kezelésen (de dialyzált) kontrollcsoporttal összehasonlítva — a vizsgálatokat vaskinetikai, csontvelő stb. vizsgálatokkal kiegészítve — a Mesterolonnal kezelt anaemiájának javulását, a transfusió igény csökkenését észlelték. Jó eredmények alapján a chron. uraemiás betegek anaemiájának kezelésére az oralis androgén terápiát alkalmazni találják. Vizsgálati eredményeiket táblázatokban, részletesen ismertetik. Kóros mellékhatásokat (férfiakon priapismust, nőkön virilizációt) nem tapasztaltak, a szert teljesen veszélytelennek tartják.

Berkessy Sándor dr.

Furosemid nagy adagjainak hatása a plasma és a sejtek víz és elektrolit tartalmára idült veseelégtelenségben. Maschio, G. és mtsai (Inst. of Med. Pathol., University of Padua): Nephron, 1974, 13, 235—244.

1963 óta ismert, hogy a furosemid nagy adagjaival acut és chronikus veseelégtelenségben is jelentősen lehet növelni a diuresist, a víz, Na és Cl ürítést. A szer hatását az intracellularis víz és elektrolit tartalomra vonatkozóan eddig csak szórványosan vizsgálták. A szerzők 15 idült veseelégtelenségben és 5 idült veseelégtelenség + cardialis decompensatióban szenvedő betegen (plasma creatinin: 5

—16 mg^l/o) vizsgálták 7—16 napos periódus alatt a plasma és a vázizomzat víz- és elektrolit-tartalmának alakulását naponta adott 300—1500 mg furosemid hatására. Mindkét csoportban kiadós diuretikus effectust észleltek; kifejezettebbet a cardialis decompensált csoportban. A csak veseelégtelenségben szenvedők plasma-Na, Cl, és K tartalma, ill. az intracellularis víztartalom mérsékelt csökkenést mutatott, a sejt-K tartalom azonban változatlan maradt. A cardialis decompensáltak sejt-víz, Na és Cl tartalom csökkenése kifejezettebb volt, viszont sejt-K tartalmuk szintén nem változott szignifikánsan. A vizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy rövid tartalmú nagy dózisú furosemid kezelés során nem kell jelentős intracellularis víz- és elektrolit-eltolódással számolni. Ezzel szemben az egyidejűleg fennálló cardialis decompensatio talán kialakult intracellularis víztér megnövekedést furosemid nagy adagjaival még veseelégtelenség fennállása esetén is eredményesen korrigálni lehet.

Berkessy Sándor dr.

Furosemid a veseelégtelenség kezelésében. Guédon, J., Chapman, A. (Unité de recherches de pathologie rénale, 92 151 Suresnes, France): La nouvelle Presse Médicale, 1974, 3, 1499—1504.

Húsz évvel ezelőtt a renális insufficiencia diureticummal történő kezelése célszerűtlennek tűnt volna. Cantarovich és Muth 1966-ban megjelent munkája után az orvosi irodalomban egyre több cikk számolt be arról, hogy heveny és idült veseelégtelenségben — más diureticumok hatástalansága esetén — a furosemiddel kedvező eredmények mutathatók ki.

A szerrel feltárt új terápiás lehetőségek gyenge toxicitása és nagy hatékonyságán nyugszanak. P. os dosis 60%-a, iv. dosis 10—15%-a választódik ki az emésztőtractus révén. Nem raktározódik szervezetben, nem kumulálódik; a vérben 80%-a plasmaproteinekhez kötődik. Renális kiválasztása csak csekély mértékben történik glomerularis filtrációval, többnyire a proximalis tubulus szintjén. Ezért hatása igen beszűkült glomerularis filtratio mellett is fennáll. Veseelégtelenségben a furosemid felezési ideje megnyúlik, de a vérkoncentráció maximuma még nagy iv. dosis után sem ér el túlzott mértéket, mert a fokozott epe kiválasztás a beadott mennyiség 60%-a eliminálására is képes. Így veseelégtelenségben a normál vesefunkcióban szokásos napi 2 g adag túlhaladható. A natrium reabsorptiót a Henle kacs felhágó száránál gátolja, a kiválasztott natrium mennyiség emelkedik. Ezzel párhuzamosan a vizelettel történő calcium és magnesium kiürítés is fokozódik. (A szokásos salureticumok hatása ellentétes: csökkentik a

vizeletbe történő calcium kiválasztást, mivel hatásuk a Henle-kacs-nál distalisabban történik.) A furosemid a distalis tubulusokban végbemenő natrium reabsorptióra nincs gátló hatással, ezen szakaszon a kálium secretió fokozódik. A gyógyszer hatásmechanizmusa még nem pontosan tisztázott, valószínűleg a tubulus sejtanycseréje hat, glycolysis gátlása útján. ATP-ase gátló hatása is van. Carboanhydrase gátló hatása tízszer gyengébb az acetazolamidénál.

Heveny veseelégtelenségben a furosemidnek a vese corticalis vér-átáramlásra, a glomerulus filtrációra és a tubularis secretióra gyakorolt hatását használjuk fel. A diuresis nagyobb vízfelvételt tesz lehetővé, ezzel megkönnyíti az oliguriás betegek táplálását. Az első 24 órában 1 g adható folyamatosan, vagy 3–4 óránként p. os és iv. egyaránt. Ha nem indul meg a diuresis, a kezeléssel le kell állni. Esetleg pár nap múlva a diuresis megindítható vagy fokozható furosemid újabb adagjaival. A diuresis megindulásakor a kezelés folytatandó olyan dosis beállításával, hogy a 3–4 l vizelet ürítés elérhető legyen 24 óra alatt.

Idült veseelégtelenségben a furosemidnek a maradék ép nephronokra gyakorolt hatásán át a bicarbonat, aminosavak, és foszfatok reabsorptiójának javítását használjuk fel, illetve segítségével diuresist biztosítunk peritonealis vagy haemodialysis kezelésnél, ha azt chr. veseelégtelenségben intercurrens szövödmény miatt kellett bevezetni. Nephrosis syndromában, kiterjedt oedemával napi 120 mg bevezető dosisú furosemidre, majd 200–1000 mg-ig fokozatosan emelt adagokra az oedema csökken, néhány nap vagy hónap alatt fenntartott nagy adagok mellett el is tűnhet. Az oedemák megszűnése után a kúra napi kétszeri 80–120 mg adag hónapokon át, az elért eredmény megtartását teszi lehetővé. Az oedema nélküli előrehaladott idült veseelégtelenség kezelésére vonatkozó vélemények megoszlanak: napi 800–2000 mg-os adagokkal 200 ml-es infúzióban 3 óra múlva a creatinin clearance emelkedését észlelték, a vizelet acidotikus irányba tolódásával. A diuresis fokozódásához az osmolaris clearance, a nátrium és klór clearance kedvező emelkedése vezet. Mások napi 400–800 mg p. os alkalmazással is a vizelet nátrium kiválasztás emelkedését észlelték.

Az ajánlott dosisokkal a furosemid mellékhatásai minimálisak, és csak igen magas adagokra, gyors iv. adásra léphetnek fel. Nausea, étvágytalanság, hallászavarok ritkán előfordulhatnak. Ez utóbbiak a Corti szerv laesio következményei és nem centralis eredetűek. Más ototoxikus szereket nagyadagú furosemid kezelése alatt mellőzni kell. Cirrhosis hepatitisban, card. insufficienciában a furosemid nátrium-diuretikus hatása gyengébb

és kálium-uretikus hatása erősebb, mint egyébként. A terápia folyamán fellépő izomgörcsök, súlyvesztés, és arteriális nyomás túlzott csökkentése a folyadék-elektrolit veszteségs gondos ellenőrzésére és pótlására hívják fel a figyelmet. Ez a gyógyszernek nagyadagú alkalmazását intézetben feltételezi.

Hörcher Andrea dr.

Analgeticum nephropathia vagy phenacetin mérgezés. Szerkesztőségi közlemény. Brit. Med. J. 1974, 1, 588.

1953-ban Spuhler és Zollinger ismertette az analgeticumok okozta nephropathia kórképét, melynek klinikai, radiológiai és patológiai jellemzőit azóta jól megismertük. Klinikailag recurráló lázas rohamok és dysuria jellemzőek, a vizeletben nagy mennyiségű fvs mellett esetleg vesepapilla töredékek láthatók. A klinikai kép húgyúti fertőzőhöz hasonlít a vesefunctio gyors romlásával. Szövettanilag általában papilla necrosis mutatható ki súlyos interstitialis lobosodással majd fibrosissal szimmetrikusan mindkét vesekéregben és a velőben.

A betegség gyakoriságáról pontos adatok nincsenek. Egyesek szerint az összes veseelégtelenség mintegy 10%-a analgeticum nephropathia következménye, a közlemény szerint ez a szám valószínűleg nagyobb.

Mivel az analgeticumokat általában kombinációkban adják, nehéz az egyes komponensek szerepének megítélése. A rendszeresen phenacetint szedőkön gyakoribb a proteinuria és ötször gyakoribb a koncentráció képesség csökkenés, mint az egyéb analgeticumot szedőkön, illetve a gyógyszert nem fogyasztókon. Az aspirin nephropathogen szerepét nagy anyagra támaszkodó közlemények kétségbe vonják, bár állatkísérletekben az aspirin papilla necrosist okozhat.

A megfigyelések összegezése alapján legvalószínűbb, hogy a különböző analgeticumok közül a phenacetin vesekárosító hatása a legkifejezettebb. Ezt támogatja az is, hogy Skandináviában és Skóciában a gyógyszer korlátozása után megjelent közlemények az analgeticum nephropathiák csökkenéséről számolnak be. A továbbiakban, 1975-től azt tervezik, hogy a phenacetin keverékeket csak orvosi receptre adják, így ezen gyógyszer fogyasztása jobban ellenőrizhető, illetve korlátozható lesz.

Nagy Judit dr.

A paraneoplastikus nephrosis syndroma. H. Asamer, W. Stühlinger, P. Dittrich (Medizinische Universitätsklinik, Innsbruck): Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1974, 99, 573–575.

A szerzők nephrosis syndromával társult daganatos betegségek esetén azt kívánták vizsgálni

aránylag hosszú megfigyelés adatai segítségével, hogy az ez esetben a paraneoplastikus nephrosis syndroma elnevezést viselő nephrosis syndroma súlyosbodása, vagy javulása összefüggésbe hozható-e a tumor aktivitás változásaival. Immunológiai, immunhistológiai vizsgálatokkal pedig a tumorról valamilyen kapcsolatban levő vesekárosító immunmechanizmus lehetőségét elemezték.

Két Hodgkin-kórban szenvedő betegükön az alapbetegség exacerbatióval és cystostatikus szerrel, localis besugárással, vagy akár resectióval elért remissióval teljes párhuzamot mutatott a nephrosis, pontosabban a paraneoplastikus nephrosis syndroma súlyossága. Egy bronchus-rákos betegükön már két héttel a daganatos terület resectiója után a proteinuria foka elhanyagolhatóvá vált. A negyedik betegükben a nephrosis syndroma akkor fejlődött ki, amikor a condyloma acuminata malignus degeneratiója következett be.

A malignus lymphomás esetekben a vese szövettani vizsgálat csak „minimális változások”-at mutatott, immunhistológiai negatívítással. A carcinomában szenvedő két betegükön viszont a perimembranosus glomerulonephritis diagnózisa mellett immunhistológiai-
lag az IgG és a complement granularis lerakódása volt jellemző.

Irodalmi adatokra támaszkodva a szerzők általában is jellemzőnek találják a malignus lymphomákban az előbbi, a többi daganatos kórfolyamatokban pedig az utóbbi histológiai-immunhistológiai elváltozásokat paraneoplastikus nephrosis syndroma kifejlődése esetén.

Minimális vese szövettani elváltozások esetén a daganat terjedésével párhuzamot mutató proteinuria magyarázatára eddig még nem identifikált basal-membran permeabilitás-zavart okozó tumoranyag lehetőségét a szerzők felvetik. A rákos folyamatokban az esetleg concomitáló perimembranosus glomerulonephritisek kialakulásában pedig az általuk kimutatni nem sikerült, de az irodalomban már leírt keringő tumorantigen-tumorelőlenes antitest komplexumok aetiopathogenetikus szerepét lehetségesnek tartják.

Székács Béla dr.

Percutan nephropyllostomia. L. E. Almgard, I. Fernström (Karolinska Sjukhuset, Stockholm, Sweden): Acta Radiologica Diagnosis 1974, 15, 288–294.

Az ureterek részleges vagy teljes elzáródása esetén a vizelet elvezetése megoldható a vesemedencébe percutan bevezetett katéterrel. Ezt az ismert, de ritkán használt technikát a szerzők 55 esetben alkalmazták egy- vagy kétoldali ureter-elzáródásban szenvedő betegek kezelésében. Az eljárás nem vezetett eredményre 4 alkalommal. Két esetben pyelonephritises zsgorve-

se, két ízben pedig a hydronephrosis hiány miatt nem sikerült a katótert behelyezni. 51 beteg vizeletelvezetését sikerrel oldották meg. Ezekben az ureterelzáródás oka nemiszervi vagy alsó húgyúti malignus tumor, sigmacarcinoma, sebészi beavatkozás vagy metastasis volt. A technika a Seldinger-módszer elvén alapul. Röntgenkép-erősítő ellenőrzése mellett hátfekvésben az axillaris vonalban beszúrva pangálják meg a vesemedencét, kontrasztanyag befecskendezésével láthatóvá teszik, majd vezetődrót és megfelelő katéterek felhasználásával biztosítják a drainaget. A technikai részleteket pontosan leírják. Ideiglenes céllal kissé hajlított végű katótert alkalmaznak, melynek vége lefelé, az ureter kezdeti szakasza felé irányul. Tartós drainage céljára percutan bevezethető ballon-katótert helyeznek be, mely megfelelő időközönként vezetődrót segítségével cserélhető. A művelet helyi érzéstelenítésben elvégezhető, a katétercseréhez pedig ez sem szükséges.

51 beteg összesen 66 veséjét drai-

nálták eredményesen ezzel a módszerrel. A vesemedence punctiója többnyire az első kísérletre sikerült, de némelykor csak harmadszorra. 35 esetben volt szükség permanens nephrostomiára. Néhány betegük 3 évig viselte a katótert. A katéter bevezetését követően gyakori a vérzés, ez azonban magától megszűnik. Szövődményt egy esetben láttak: a vizeletfolyás egy héttel a katéter behelyezése után megszűnt, ellenőrző vizsgálattal a katéter csúcsát a colon ascendensben találták, eltávolítása után egyéb probléma nem adódott.

Tapasztalataik alapján az eljárást átmeneti és tartós nephrostomia készítésére egyaránt jónak tartják. Műtéti nephrostomiát csak akkor végeznek, ha az ismertetett percutan módszer valamely okból nem eredményes.

Laczay András dr.

Műve (haemodialysis) alkalmazása a „Concepcion Palacios” Anyavédelmi Intézetben Caracasban.
Perera, R. G. (Matern. „Concepcion

Palacios”, Caracas.): Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela, 1973, 33, 61—68.

A szerző a Caracas-i Anyavédelmi Intézetben 21 betegen 38 esetben végzett haemodialysist. 6 betegnek eclampsiája volt, 14-nek septikus abortusa, minden esetben bekövetkezett az akut veseelégtelenség szövődménye. A haemodialysis végzését közvetlenül hypercatabolismus, anuria, acidosis és rossz általános állapot indikálták. A beavatkozás 37 esetben hatásos volt. A paciensek közül hat meghalt a beavatkozástól teljesen függetlenül, más intercurrens okok miatt. A műve alkalmazása során sohasem lépett fel komplikáció s az eredmények legáltalában olyan kedvezőek voltak a haemodialysis következtében, mint ahogy régebben a peritonealis dialysis során volt alkalma a szerzőnek a kórházban tapasztalni. Elhanyagolt betegségek esetén természetesen rossz eredmény mindkét beavatkozás után, de tőlük függetlenül bekövetkezhet. Fontosnak tartja a műve alkalmazásának fokozását.

Nikodemusz István dr.

CLINIUM TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 60 mg lidoflazinumot tartalmaz.

HATÁS: A Clinium tartós orális adagolása – a coronaria resistencia csökkentésével javítja a collateralis keringést és a myocardium revascularisatióját is elősegíti.

JAVALLATOK: Coronariasclerosis következtében fellépő angina pectoris. Myocardialis infarctus, illetve recidiva profilaxisa.

ELLENJAVALLATOK: 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 3×1 tablettá, azonban célszerű ehhez az adaghoz fokozatosan eljutni: a kezelés első hetében naponta 1 tablettá; a második héten naponta 2×1 tablettá; a harmadik héttől kezdve naponta 3×1 tablettá a kúra befejezéséig.

MEGJEGYZÉS: A Clinium és szív-glycosidok, diureticumok, ill. mellékhatásként ritmuszavart okozó készítmények együttes rendelése csak különösen körültekintő ellenőrzés mellett ajánlatos.

MELLEKHATÁS: Az ellenjavallatok kizárása és megfelelő adagolás mellett mellékhatások alig alakulnak ki. Ritkán előfordulhat fejfájás, szédülés, fülzúgás, esetleg átmeneti emésztési zavar.

FIGYELMEZTETÉS: Ha az EKG görbén a Q-T szakasz megnyúlása látható, vagy ha kamrai extrasystolék lépnek fel, akkor az adagot csökkenteni kell.

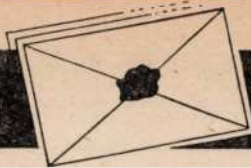
CSOMAGOLÁS: 50 tablettá 118,— Ft.

MEGJEGYZÉS: ✚ Társadalombiztosítás terhére fekvőbeteg-gyógyintézet belgyógyászati osztályának vezetője vagy cardiológiai szaknácádással megbízott főorvos kórházi gyógykezelés, illetve kivizsgálás után rendelheti vagy javasolhatja. A javaslat alapján a beteg kezelőorvosa (körzeti, üzemi orvosa) is rendelheti.

A vényen a kórismét, valamint a javaslatot adó fekvőbeteg-gyógyintézetet és a javaslat keltét fel kell tüntetni. A vényt 2 példányban (másolattal) kell kiállítani.



LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A peritoneális dialízishez szükséges szerelések olcsó megoldásáról.

T. Szerkesztőség! A peritoneális dialízishez szükséges katheterek és műanyag szerelések valutaköteles importáruból származnak. A nálunk leginkább elterjedt Braun és Dasco típusú szerelések viszonylag hosszú átfutási idő után, és költséges módon szerezhetők be. Osztályunkon a Rico Kőtszerművek által gyártott 1 db infúziós és 1 db transzfúziós szerelékből — és 2 db 2523003 kódszámú Y üvegcsővek segítségével készítettünk peritoneális dialízishez, a beteg hasi katheterét a Peridisolos üveggel összekötő szerelékét.

Az összeállítást végezhetjük hem steril körülmények között is, ebben az esetben gázsterilizálás előtt az alábbi módon állítottuk össze a szerelékét: (1. ábra).

Az infúziós és transzfúziós szerelések levegőzőcsőveit a Peridisolos üvegek gumisapkájához készítjük, majd az egyik Y cső két végét ráhúzzuk a levegőző csövek szabadon maradó végére. (1.) Ezt követően az infúziós szerelék üvegbe csatlakoztatható tús végét ollóval — a légszáktól proximálisan 15 cm-re levágjuk, és a műanyag végét az előbbi Y csőtalpához illesztjük. (2.) Ezután az infúziós szerelék légszák alatti 30 cm-es szakaszát meghagyva a tű tartására szolgáló keményebb végét levágva a második Y cső talpához illesztjük. (3.) Ekkor vesszük elő a transzfúziós szerelékét, melynek distális 20 cm-ét levágva kapjuk a folyadék hasüregbe juttatására szolgáló szerelék utolsó darabját. Az alsó Y cső megmaradt szárai közül az egyikre illesztjük a levágott 20 cm-es darab műanyag végét, majd a tű tartására

szolgáló csövet a gumis toldalék középső részénél levágjuk és eldobjuk. (5.)

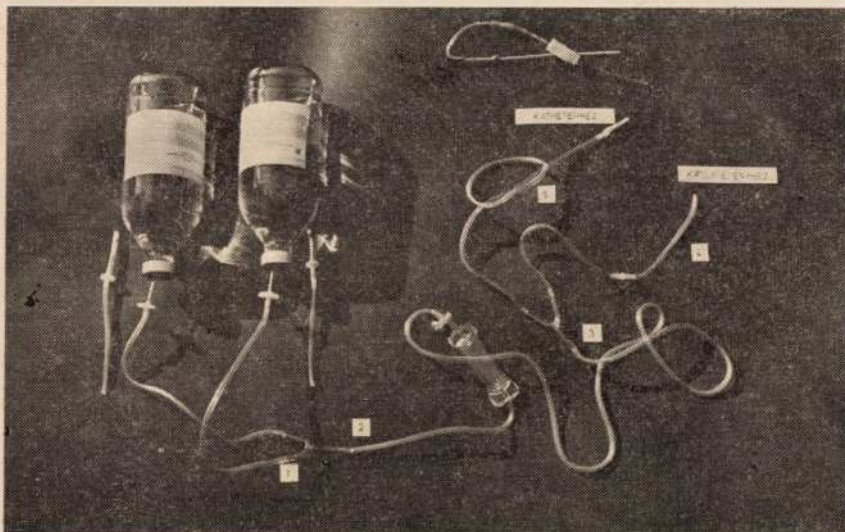
(Transzfúziós szerelésekre csak azért van szükség, mert ennek alsó szakaszán található gumi toldalék lehetővé teszi a szerelék illeszthetőségét a különböző átmérőjű hasi katheterekhez.)

Lényegében tehát a folyadék befolyására szolgáló út így biztosítva van. Az Y cső másik szárára a maradékként fennmaradó transzfúziós szerelékdarabot illesztjük, melyet azután gyűjtőedénybe lótatunk. (4.) Kocher alkalmazásával a be- és kifolyás útját szabályozhatjuk aszerint, hogy a beáramló pályát, vagy a kimaradó pályát tesszük szabaddá. Az infúziós szereléken levő csavarzóritóval pedig a beáramlás sebességét szabályozhatjuk.

Megjegyezni kívánjuk, hogy az ábrán látható Y üvegcső — műanyag szerelék illesztés az üvegcső átmérőjének gyártási hibájából származó ingadozása esetén nem minden esetben tökéletes. Ilyen esetben az illeszkedési felületre helyezett Technokol Rapid ragasztóanyaggal stabilá tehetjük az érintkezést. Így a szerelékcső nem fog kicsúszni az üvegcsőből. Az ismertetett módon összeállítható szerelékét kiegészítjük használt infúziós levegőzőcsővekkel, melyek az ábrán a Peridisolos üvegek mellett láthatók, és a rendszer működéséhez elengedhetetlen levegőzést szolgáltatják — és az ily módon komplett szerelékét gázsterilizálóban csírátlanítjuk.

Véleményünk szerint intenzív osztályokon, valamint olyan belgyógyászati részlegeken ahol peritoneális dialíziseket végeznek, jól alkalmazható ez az egyszerű, hazai alapanyagokból előállítható, a nyugati gyártmányú szerelések árának egyharmadába kerülő szerelék.

Zsembery Dezső dr.
Pák Gábor dr.



**A
U
T
O
M
A
T
A**

**T
H
E
R
M
O
F
L
U
X**

KÉZSZÁRÍTÓ



A THERMOFLUX automata kézzárító készülék kiválóan alkalmas kórházakban és orvosi rendelőintézetekben, ahol egyéni rendeltetésű törülköző nem alkalmazható higiénikus kézzárítás céljára. Működése teljesen automatikus; sem be- sem kikapcsolni nem kell.

Gyártja:

IPARI MŰSZERGYÁR, IKLAD

2170 Aszód Pf. 2. Telefon: Aszód 60.



Forgalomba hozza: RAVILL Kereskedelmi Vállalat
és a Vidéki Vas- és Műszaki Kereskedelmi Vállalatok

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. október 28-án du. 2 órára tűzte ki **Kónya László dr.**: „*A sebészi beavatkozás helye a mellkasszerűtek kezelésében*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Kulka Frigyes dr.**, az orvostudományok doktora, **Ungár Imre dr.**, az orvostudományok doktora.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1975. október 28-án, du. 2 órára tűzte ki **Grastyán Endre dr.**: „*Orientáció és megerősítés*” című doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Ádám György dr.** akadémikus, **Kardos Lajos dr.**, a pszichológiai tudományok doktora, **Obál Ferenc dr.**, az orvostudományok doktora.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. október 29-én, du. 2 órára tűzte ki **Zsigmond Gyula dr.**: „*A katatoxikus szteroidok hatása a bilirubin és más organikus anionok kiválasztására*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Jávor Tibor dr.**, az orvostudományok doktora, **Káldor Antal dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. október 29-én, du. 2 órára tűzte ki **Masszi József dr.**: „*A pemphigus therápiája*” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Melczér Miklós dr.**, az orvostudományok doktora, **Vadász Erzsébet dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1975. október 30-án du. 2 órára tűzte ki **Spüt András dr.**: „*A vese szerepe az aldosteron-eltávolítás szabályozásában*” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Gláz Edit dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Gomba Szaboles dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1975. október 30-án, du. 2 órára tűzte ki **Molnár József dr.**: „*A Bacillus anthracis egy új virulencia faktorának tanulmányozása*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Dénes Géza dr.**, az MTA levelező tagja, **Kétyi Iván dr.**, az orvostudományok doktora.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1975. október 28-án, délután 17 órakor, a Szemészeti Klinika előadótermében *tudományos ülést* tart.

Üléselnök: **prof. Ormos Jenő**.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstani Intézetének előadásai:

1. **László István és Knyihár Erzsébet**: A thiamin-pyrofoszfátáz-rendszer lokalizációja a motoneuronális egységben (15 perc).

2. **Jancsó Gábor és Wollemann Mária** (Szegedi Biológiai Kp.): Az adenylcyclase rendszer szerepe a központi hőszabályozásban (15 perc).

3. **Csillik Bertalan és Knyihár Erzsébet**: Degeneratív atrophia és regeneratív axon-proliferatio a gerincvelőben (40 perc).

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem 1975. október 30-án (csütörtök) délután 15 órakor, a II. Belgyógyászati Klinika tantermében (VIII., Szentkirályi u. 46.) *tudományos ülést* tart.

Biológiailag aktív vegyületek kutatása
(1. főirány)

A fájdalomcsillapítás farmakológiájának aktuális kérdései.

Elnök: **Nász István dr.**

1. **Knoll József** (Gyógyszertani Intézet): Azidomorfinok és homopirimidazolok farmakológiája (35 perc).

2. **Magyar Kálmán** (Gyógyszertani Intézet): Azidomorfinok és homopirimidazolok sorsa a szervezetben (15 perc).

3. **Rétsági György** (III. Belklinika): Azidomorfinok és Probon kombinációjának klinikai farmakológiája (15 perc).

4. **Friedmann Tamás, Hársing László** (Gyógyszertani Intézet): Azidomorfinok köhögéscsillapító hatása (15 perc).

5. **Vizi E. Szilveszter** (Gyógyszertani Intézet): Kábító fájdalomcsillapítók és a neurokémiai transzmisszió (15 perc).

6. **Fürst Zsuzsa** (Gyógyszertani Intézet): Kábító fájdalomcsillapítók és antagonistáik hatása a kolinger transzmisszióra (15 perc).

A Szeged Városi Kórház Tudományos Bizottsága 1975. október 31-én 17 órakor, a Technika Házában (Kígyó u.) *symposiumot* rendez.

Téma: *Az újszülöttkori halálozást befolyásoló lehetőségeink.*

Elnök: **prof. Sas Mihály**.

Vezető: **Bódis Lajos dr.**

Résztvevői: **Antal Albert dr., Bácskai István dr., Bede Károly dr., Bódi Ferenc dr., Juhász Imre dr., Marofka Ferenc dr., Szabó József dr., Szilágyi Imre dr., Veszeloovszky Iván dr., Viski Sándor dr.**

A Baranya megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya és az Orvosi Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Baranya megyei Bizottsága 1975. október 30—31-én Pécsen, az Orvostudományi Egyetem Központi Épületében *V. Baranyai Orvosnapokat* rendez.

Közreműködnek: Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesülete Délnyugat Dunántúli Tagozata, a Magyar Gyermekorvosok Társasága Déldunántúli Csoportja, a Magyar Sebész Társaság Déldunántúli Csoportja.

Fő témák:

I. *Eddigi tapasztalatok a népese-
déspolitikai határozat végrehajtásában.*

II. *A gondozás aktuális kérdései.*

III. *A járóbetegellátás időszzerű kérdései: szervezés, irányítás.*

IV. *Szabad előadások.*

Tudnivalók

Részvételi díj: 150 Ft.

Az előadások időtartama 10 perc, a hozzászólásoké 3 perc. Kérjük az idő pontos betartását.

Vetítés: normál dia 5 × 5 cm-es méretben.

A diaposzítíveket vetítésre alkalmas állásban, elől a jobb felső sarokban sorszámokkal kell ellátni és a névvel ellátott dobozt a vetítőnek az előadás előtt leadni.

Az előadások teljes szövegét és a hozzá tartozó ábrákat előadás előtt kérjük nyomdaképes állapotban az ülés titkárának leadni, különben évkönyvben való megjelentetését nem tudjuk biztosítani.

Kultúrprogram: Városnézés autóbusszal, múzeumi belépőkkel, Pécs, Harkány—Siklós—Pécs autóbussz kirándulás, melyekre jelentkezni a kongresszusi irodában lehet.

Információ a rendezvény egész ideje alatt a kongresszus színhelyén.

A sectio

1975. október 30., délelőtt 10.00 óra

Elnök: **prof. Tényi J.**

Titkár: **Végi J.**

1. **Barna K., Bank J., Csobó D.** (Megyei Kórház, Pécs): A fertőzőbetegségek egy évszázad alatti változása közokozóbeteganyagban.

2. **Csobó D., Bank J., Barna K.** (Megyei Kórház, Pécs): A főbetegségcsoportok változása 100 év alatt kórházunk beteganyagában.

3. **Buda J.** (Eü. Szervezéstan Int., Pécs): A körzeti egészségügyi szolgálat helye és szerepe az egészségügy rendszerében — egy elméleti modell alapján.

4. **Gösfay S., Telkes J., Horváth R.** (Egyesített Eü. Int., Pécs): A rendelőintézeti röntgen-osztály és a tüdőszűrőállomás együttműködése.

5. **Dános L., Szakács D.** (Mecseki Szénbányák Üzemei. Szolg., Komló): A gyógyító-megelőző munka során végzett felülvizsgálati és 3 Hetes Bizottsági tevékenység tapasztalatai.

6. Péter E., Cselényi F. (Egyesített Eü. Int., Pécs): A rendelő- és fekvőbeteg intézetben megállapított diagnózis összehasonlításával nyert tapasztalataink.

7. Debreczeni L., Szakács D., Vereby Gy. (Mecseki Szénbányák Üzemei. Szolg., Komló): Bányamentés, gázkötés által okozott tömeges baleset alkalmával.

8. Barla Szabó S. (MÁV Eü. Szolg.): Mozgásszervi betegek és betegségek helyzete a jelenlegi szervezési adottságokban.

Vita

Ebédészünet

1975. október 30., délután 15.00 óra

Elnök: Kóbor J.

Titkár: Orbán I.

9. Szilasi A., Erdélyi T. (Városi Tanács Eü. Oszt., Pécs): Járó és fekvőbeteg intézmények együttműködésének tapasztalatai Pécs városában.

10. Kérchy M., Andik Gy. (Egyesített Eü. Int., Pécs): A járóbeteg-ellátás aktuális kérdései a Pécs Város I—II. ker. Rendelőintézetének területén.

11. Zelles M., Ambrus I. (Városi Tanács Közeü. Járványügyi Szolg.): Járványos megbetegedések és azok gazdasági összefüggései.

12. Erdélyi T. (Városi Tanács Eü. Oszt., Pécs): Tapasztalatok a bölcsődei szakképzett gondozónők intenzív továbbképzéséről.

13. Csobó D., Kevey M., Mischl Gy.-né (Megyei Kórház, Pécs): A megye fogászati rendelőinek hygienés és felszereltségi vizsgálata.

Vita

Szünet

Elnök: Bank J.

Titkár: Veszelits V.

14. Frankl Ágnes (Egyesített Eü. Int., Pécs): Táppénzkérdés orvosi és társadalmi vetülete.

15. Köröztös V. (Egyesített Eü. Int., Pécs): Ki tartsa táppénzen a beteget?

16. Kancsár L. (Megyei Tüdőgyógyintézet, Pécs): A TBC-s betegek korai munkábaállításának korszerű szemléletéről.

17. Bank J., Csobó D. (Megyei Kórház, Pécs): A beteglátogatási rendszer vizsgálata kórházunkban a betegek véleménye alapján.

Vita

A sectio

1975. október 31., 8.30 óra

Elnök: prof. Karlinger T.

Titkár: Kett K.

1. Molitor Á., Czurkó G., Horváth P. (Siklós): Idős betegek anaesthésiájának problémái osztályunk anyagában.

2. Sohár E., Gogev C., Gász J., Fodor E. (Városi Kórház, Pécs): Sebészeti osztályunkon előfordult thrombo-emboliás esetek elemzése.

3. Jerabín I., Varga E. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): A vérál-

vadás változásai acut pancreatitisban.

4. Schmidt P. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): A heveny sebészeti kórképeket kísérő funkcionális veszelegtelenségről.

5. Alföldi F. (I. Sebészeti Klinika, Pécs): A spontán pneumothorax sebészeti vonatkozásai.

6. Morvay G., Czurkó G., Kovács S. (Siklós): Sebészeti járóbeteg ellátás fejlődése és problémái a siklói kórház rendelőintézeti egységében.

Vita

Szünet

Elnök: Márton Z.

Titkár: Nemerey P.

7. Horváth J., Nemerey P., Várady B., Karlinger Gy. (Megyei Kórház, Pécs): Bilio-digestiv anastomosisok késői eredményei.

8. Fodor E., Gász J., Gogev C., Sohár E. (Városi Kórház, Pécs): Idős-öregkori epeköves betegek műtéti kezelésével szerzett tapasztalataink és eredményeink.

9. Schäfer J., Pintér A., Pilaszanovich I., Kustos Gy. (Gyermekklinika, Pécs): Eredmények a congenitalis epeútelzáródások sebészetében.

10. Mayer F., Sinkó O., Molnár J. (I. Sebészeti Klinika, Pécs): Colon diverticulum és vérzés.

11. Mayer F., Molnár J. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): A proctológiai gondozás jelentősége — levator ani spasmus syndroma.

12. Kenyeres M., Márk B. (Magyar Néphadsereg Eü. Szolg. és II. Sebészeti Klinika, Pécs): Nyálmirigy eredetű nyaki malignus óriás-tumor kiirtása, Conley-féle plasztikával. (Színes film.)

Vita

Ebédészünet

1975. október 31., 15 óra

Elnök: prof. Forgon M.

Titkár: Boros T.

13. Bíró V. (I. Sebészeti Klinika, Pécs): Új műtéti eljárás a kéz in-szerűlései követő összenövések csökkentésére: in-hüvelyképzés vé-nából.

14. Tóth K., Molnár J., Mayer F. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): Osteomyelitiszes állízületek klasszikus és retesztelt velőürszegezése.

15. Tóth K., Kiss T. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): Autovaccinatio, mint a chronicus posttraumás osteomyelitis adjuvans terápiája.

16. Mammel E., Bíró V., Laky R. (I. Sebészeti Klinika, Pécs): A femur fertőzött állízületeinek kezelési problémái.

17. Laky R. (I. Sebészeti Klinika, Pécs): Idősült naviculare állízületek kezelése fragmentextirpatióval.

18. Kerner J., Köves S., Tóth J. (I. Sebészeti Klin. és Urológiai Klinika, Pécs): A penis és a scrotum teljes bérhiánnyal járó sérülésének ellátása.

Vita

Szünet

Elnök: prof. Kiss T.

Titkár: Schmidt P.

19. Nemerey P., Bánki L., Mórítz S., Várady B. (Megyei Kórház, Pécs): Polytraumatizált sérülések baleseti anyagunkban.

20. Boros T., Kovácsy A., Lukács L. (I. Sebészeti Klinika, Pécs): A femur distalis végének töréseivel szerzett tapasztalatok.

21. Kovácsy A., Boros T. (I. Sebészeti Klinika, Pécs): Tibia proximalis vég törések kezelése kapcsán szerzett tapasztalataink.

22. Tóth K., Mayer F., Molnár J. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): A traumás symphyseolysis cerclage műtéte.

23. Illés I., Nyárády J. (I. Sebészeti Klinika, Pécs): Amputált betegek korai rehabilitációja.

24. Nemerey P., Horváth J., Kontrohr T., ifj. Márton Z. (Megyei Kórház, Pécs): Baleseti sérülések gondozása sebészeti osztályunk anyagában.

Vita

B sectio

1975. október 30., délelőtt 10.00 óra

Elnök: Páli K.

Titkár: Seres G.

1. Páli K., Pejtsik B., Sápisky V. (Megyei Kórház, Pécs): A gestatio események alakulása Baranya megyében a Népesedéspolitikai Határozatok eredményeként.

2. Paál M., Ambrus M., Bajtai G., Hernádi E., Balogh T., Thán G., Csaba I., Szabó D. (Megyei Kórház, Megyei Vértransfúziós Állomás, Nőgyógyászati Klinika és Biokémiai Intézet, Pécs): A terhességi immunitás in vitro vizsgálata.

3. Pejtsik B., Pácsa S. (Megyei Kórház és Mikrobiológiai Intézet, Pécs): A sterilitás immunológiai vizsgálata.

4. Szabó T., Rákóczi I., Cseh I., Hadnagy J., Garadnay B., Sárdi J., Kereszti J., Gáti I. (Nőgyógyászati Klinika, Pécs): Egyszerű vizsgáló módszer az intrauterin retardatio korai felismerésére.

5. Kóbor J., Bédi Gy., Thán N. (Szervezési Intézet és Megyei Tanács Eü. Oszt., Pécs): A veszélyeztetett terhesség alakulásának analyse és újabb szempontjai.

6. Erdélyi M., Nagyréti É. (Megyei Kórház, Pécs): Az ikerszülések alakulása 1962—72. között Baranya megyében.

7. Hadnagy J., Preisz J., Járjai I., Cseh I., Kereszti J., Rákóczi I., Szigetvári I., Gáti I. (Nőgyógyászati Klinika, Pécs): A terhesség alatti fertőzések szerepe az újszülöttkor alakulásában.

8. Nagy P., Görcs J., Csaba I., Veszprémi B. (Nőgyógyászati Klinika, Városi Kórház, Pécs): Összefüggés a vetélések és a méhnyak ectopiás decidialis elváltozása között.

Vita

Ebédészünet

1975. október 30., délután 15.00 óra

Elnök: prof. Gáti J.

Titkár: Diszpód J.

9. **Várbiro B.** (Közp. Nő- és Gyermekevédelmi Int., Pécs): A népesedéspolitikai határozat következményeként jelentkező demográfiai változások Pécs városában.

10. **Rákóczi I., Garadnay B., Hadnagy J., Szigetvári I., Gáti I.** (Nőgyógyászati Klinika, Pécs): Thromboembolia és carcinoma veszélyeztetettség kérdése orális kontraceptívumok szedése során.

11. **Farkas E., Czeglédi J.** (Közp. Nő- és Gyermekevédelmi Int., Pécs): A házasság előtti kötelező tanácsadás néhány pécsi tapasztalata.

12. **Görcs J., Hargitai F., Csaba I., Görcs M.** (Városi Kórház és Nőgyógyászati Klinika, Pécs): Nem szült nőknél végzett terhességmegszakítások problémája a népesedéspolitikai határozat után.

Vita

Szünet

Elnök: prof. Csaba I.

Titkár: Bücs G.

13. **Ceglédi J., Görcs J., Panka J.** (Nő- és Gyermekevédelmi Int. Városi Kórház és Szülészeti Klinika, Pécs): A fogamzásgátlás, családtervezés Pécsen.

14. **Sápszky V., Pejtsik B., Than N., Páli K., Nagyréti É.** (Megyei Kórház, Pécs): Segítség a sokgyermekes anyák családtervezési problémáinak megoldásához.

15. **Seres G., Faluhelyi Zs., Ferencz P.** (Megyei Kórház, Pécs): A terhespatológiái osztály jelentősége a terhesgondozásban.

16. **Nagy Z.** (Siklós): Népesedéspolitikai határozatok végrehajtásának tapasztalatai a siklói járásban.

B sectio

1975. október 31., 8.30 óra

Elnök: prof. Hámori A.

Titkár: Süle T.

1. **Hazafi K., Gofman L., Sámik J., Tarján J., Karátson A.** (II. Belgyógyászati és Urológiai Klinika, Pécs): Isolált ascites intermittáló haemodialysis folyamán.

2. **Varga E., Schmidt P.** (II. Sebészeti Klinika, Pécs): Húgyúti fertőzést okozó kórokozók resistencia változásai (15 éves anyag elemzése).

3. **Kenderes M.** (Megyei Kórház, Pécs): Emésztésre ható új gyógyszerek.

4. **Sándor J., Fehérvári O.** (Egyesített Eü. Int. Üzemei. Szolg., Pécs): Orthostatikus keringési zavarok vizsgálata ipari tanulóknál.

5. **Patakfalvi A.** (I. Belgyógyászati Klinika, Pécs): A malignus lymphomák polychemotherápiájának új szempontjai.

6. **Szentkláray J.** (MÁV Kórház, Bp.): Saint-trias és coecum carcinoma együttes előfordulása.

Vita

Szünet

Elnök: prof. Bohenszky Gy.

Titkár: Törő M.

7. **Maros M., Bokor Zs., Bohenszky Gy.** (Megyei Kórház, Pécs): A terhességi cardiomyopathia problémáiról.

8. **Dorn K., Solt J., Vági K.** (Kórbonctani Intézet, Megyei Kórház és a Magyar Néphadsereg Eü. Szolg., Pécs): Myocardialis sarcoidosis.

9. **Berki L.** (Sikonda): Időskori bányászok EKG eltérései a sikondai szanatórium beteganyagában.

10. **Veress G., Kisfalvi I., Szentkláray J., Ingula I.** (MÁV Kórház, Bp.): Intraventricularis vezetési zavarok osztályunk két éves beteganyagában.

11. **Angyal B., Horváth L.** (Siklós): Rizikofaktorok és szívizominfarctus beteganyagunkban.

12. **Peti P., Mezei B., Tekeres M., Strenger J.** (Szigetvár és Intensív Therápiás Osztály, Pécs): Kollaboratio és mobil intenzív ellátás jelentősége kritikus bradycardiás betegeknek.

Vita

Ebéd-szünet

1975. október 31., 15 óra

Elnök: Háber J.

Titkár: Zibotics H.

13. **Kenderes M., Kadas I.** (Megyei Kórház, Pécs): Gyógyszerokozta májkárosodások.

14. **Bajtai G., Kadas I., Paál M., Barna K., Ambrus M., Vágvolgyi M., Balogh T., Horváth Gy., Szokola J.** (Megyei Kórház és Vértranszfúziós Állomás, Pécs): A chronikus HB_{Ag} pozitívitás prognosztikai jelentőségű tünetmentes hordozóknál.

15. **Gersei E., Gösfay S., Körömy Z.** (Egyesített Eü. Int., Pécs): Prae-carcinosus gyomor-elváltozások.

16. **Radovits B., Varró J.** (Sikonda és Radiológiai Klinika, Pécs): A csigolyák centrálrt röntgenfelvételének jelentősége a lumbalis gerinc diagnosztikájában.

17. **Vargha E., Deckmann E.** (Egyesített Eü. Int., Pécs): A III. kerületben nyilvántartott, illetve gondozott diabetikus betegek részletes szemészeti vizsgálata, eredményeinek értékelése, különös tekintettel a korai jelekre.

Vita

Szünet

Elnök: Csete B.

Titkár: Gyenei M.

18. **Matyasovszky R., Bencze N.** (Egyesített Eü. Int., Pécs): A Hydrops articularum intermittensből kialakuló Rheumatoid arthritisek korai Solganál-kúrával elért eredményeink.

19. **Barabás Zs.** (Egyesített Eü. Int., Pécs): Congenitalis iris és chorioidea coloboma familiáris előfordulása mentális retardációval.

20. **Csontos F., Kiss I., Sey O., Békefi J., Gallovich E.** (Megyei Kó-

JÁL, Pécs): Talajfertőzés okozta geohelminth „járvány” felszámolása Csertőn 1972—75.

21. **Mezey K.** (Bőr- és Nemibeteg-gondozó Int., Pécs): Környezeti és familiáris tényezők szerepe a psoriasis pathogenesisében.

22. **Horváth K., Botos I.** (MÉV Eü. Szolg., Pécs): Tapasztalataink a Mycolon kenőccsel.

Vita

C sectio

1975. október 30., délelőtt 10.00 óra

Elnök: prof. Varga F.

Titkár: Pump K.

1. **Horváth M.** (Megyei Gyermek-kórház, Pécs): Újabb adatok veszélyeztetett népcsoportok demográfiai sajátosságaihoz.

2. **Péley I., Nagy L., Kopcsányi I., Vass G.** (Megyei Gyermek-kórház, Pécs): A D-Xylose kiválasztás kezeletlen és kezelt coeliákiában.

3. **Andrásofszky B.** (Tüdőgyógyintézet, Mosdós): A gyermekpulmonologiai gondozás feladatai.

4. **Szigethy Gy., Jobban Zs., Horváth M., Jáni L.** (Megyei Gyermek-kórház, Pécs): A népesedéspolitikai határozat eredményei a Megyei Kórház Újszülött részlegének munkájában.

5. **Pump K., Kollmann E.** (Megyei Gyermek-kórház, Pécs): A Schönlein—Henoch-syndroma vese szövdményeiről, gyermekkorban.

6. **Halmos L., Németh L., Nagy Zsuzsanna** (Megyei Gyermek-kórház, Pécs): A gyermekkori pancreatitisekről.

7. **Nagy L., Pinterics M., Horváth M.** (Megyei Gyermek-kórház, Pécs): D-vitamin anyagcsere zavarának klinikai problematikája.

8. **Weisenbach J., Várady S., Hajpál A., Jászai V., Pap L., Rippl I.** (Gyermekeklinika, M. T. A. Biometriai Osztály, Pécs): A postasphyxiás eredetű carciorespiratoricus adaptatio zavar röntgenológiája.

Vita

Ebéd-szünet

1975. október 30., délután 15.00 óra

Elnök: Jáni Lajos.

Titkár: Soltész Gy.

9. **Pétek E., Szendrei E., Pinterics M., Gódi K., Vass G.** (Megyei Gyermekszívbeteg-gondozó és Gyermek-kórház, Pécs): A Baranya megyei gyermekkardiológiai gondozás aktuális kérdései.

10. **Kaszás T.** (Siófok): Beszámoló a gyermekkardiológiai szakrendelésünk és gondozóink hat éves munkájáról.

11. **Péley I., Kadas I., Bajtai G., Varga L.** (Megyei Kórház, Megyei Gyermek-kórház és Vértranszfúziós Állomás, Pécs): A gyermekkori chronikus hepatitis.

12. **Pozsár J., József I.** (Marcali): Újabb (0142) serotypusú dyspepsia coli járvány során szerzett megfigyeléseink.

13. **Pinterics M., Nagy L., Horváth M., Eklies J.** (Megyei Gyer-

mekkorház, Pécs): Oto-mastoiditis intensív kezelése kapcsán szerzett tapasztalataink.

14. **Gódi K., Szigethy Gy., Jáni L., Rajnai E.** (Megyei Gyermekkorház, Pécs): Antallerg infektív kezeléssel szerzett tapasztalataink obstructiv bronchitisben szenvedő betegeken.

15. **Rajkai I., Bóna I., Péley I.** (Megyei Gyermekkorház, Pécs): A humán toxoplasmosis jelentősége.

Vita

Szünet

Elnök: Péley I.

Titkár: Fekete M.

16. **Kaszás T., Zsolnai L.** (Siófok): Connatalis toxoplasma — foetopathia észlelt esete.

17. **Bodor Á., Cser Á., Ambrus M., Hernádi E., Bajtai G.** (Megyei Kórház, Vértranszfúziós Állomás és Gyermekklinika, Pécs): Adatok a juvenilis diabetes mellitus autoimmun pathogenesiséhez.

18. **Cser Á., Jászai V., Ambrus M., Heim T., Bajtai G., Bodor Á., Varga F.** (Gyermekklinika, Vértranszfúziós Állomás, Pécs): Juvenilis diabetes mellitus és immunstatus.

19. **Bajnay E., Szabó A.** (Komló): Újszülött ellátásban elért eredményeink.

C sectio

1975. október 31., 8.30 óra

Elnök: prof. Mestyán Gy.

Titkár: Sulyok E.

1. **Gálfi I., Vincellér M.** (Közp. Nő- és Gyermekvédelmi Int., Pécs és Gyermekklinika, Pécs): Változások a gyermekkori leukaemia betegsége és kezelés szemléletében.

2. **Soltész Gy., Méhes K., Klujber L.** (Gyermekklinika, Pécs és Megyei Kórház, Győr): Korán felismert histidinaemia fiatal csecsemőben.

3. **Várkonyi A., Várbiro B.** (Közp. Nő- és Gyermekvédelmi Int., Pécs): Pécs gyermekvédelmi ellátásával összefüggő mutatók alakulása a népesedéspolitikai határozat végrehajtása nyomán.

4. **Nyul I., Horváth M., Széles L.** (Mohács és Gyermekklinika, Pécs): Rubeola syndroma két esete — járvány következményeként.

5. **Gombos Zs., Kaszás T., Bükki V.** (Siófok): A napszúrásos kórkép tünettana és differential diagnosztikája gyermekkorban.

6. **Horváth M., Lázás A., Soltész Gy.** (Gyermekklinika, Pécs): Epidermolysis bullosa congenita.

Vita

Szünet

Elnök: Horváth M.

Titkár: Rubecz J.

7. **Kovács M., Pavkovics M.** (Mohács): Kísérlet a lázas convulsiók genetikai viszonyainak meghatározására.

8. **Wilhelm O.** (Dombóvár): A congenitalis invertase defectusról egy esetünk kapcsán.

9. **Horváth G., Márkus M.** (Szekszárd): Acrodynia.

10. **Schultz K.** (Gyermekklinika, Pécs): Újszülöttek gyomorvadásának cytologiai és bacteriologiai vizsgálata perinatális infectióban.

11. **Örkényi R.** (Közp., Nő- és Gyermekvédelmi Int., Pécs): A fokozott gondozást igénylő (veszélyeztetett) csecsemők a körzeti (orvosi) gyermekorvosi gyakorlatban.

12. **Pap Sz. K.** (Gyermektüdőgyógyintézet, Mosdós): A gyermek tbc-hálózat feladata ma.

Vita

E b é d s z ü n e t

1975. október 31., 15 óra

Elnök: Ozsváth K.

Titkár: Czopf J.

13. **Poór Gy.** (Mohács): Specialis körülmények között végzett idegbeteg gondozás hasznosítható tapasztalatai.

14. **Kézdi B.** (Megyei Mentálhygiènes Int., Pécs): Depressio és suicidium.

15. **Herber E., Poór Gy.** (Mohács): A szocialis milieu szerepe a depressios betegek gondozásának eredményességében.

16. **Jeges E., Jandala M., Éva L-né** (Megyei Mentálhygiènes Int. és MÉV Eü. Szolg.): A kontrollálatlan gyógyszerfogyasztás a neurosis fixálódásában.

17. **Bőviz G., Poór Gy.** (Mohács): Szerves foszfát tartalmú növényvédőszerrel történt mérgezés kiváltotta polyneuropathia.

18. **Kovács M.** (Mohács): A munkahelyi légkör mentálhygiénéjéről.

Vita

D sectio

1975. október 30., délelőtt 10.00 óra

Elnök: Szilasi A.

Titkár: Buda J.

1. **Kalotai K., Buda J., Ozsváth K.** (Egyesített Eü. Int., Egészségügyi Szervezési Int. és Magyar Néphadsereg Eü. Szolg., Pécs): Neurotikus betegek előfordulási gyakorisága a rendelőintézet — kardiológiai — beteganyagban.

2. **Bencze N., Buda J., Ozsváth K.** (Egyesített Eü. Int., Egészségügyi Szervezési Int. és Magyar Néphadsereg Eü. Szolg., Pécs): Neurotikus betegek előfordulási gyakorisága a rendelőintézet — reumatológiai — beteganyagban.

3. **Pál T., Buda J., Dános L., Tényi J.** (Mecseki Szénbányák Eü. Szolg., Egészségügyi Szervezési Int., Pécs): Vasas-bánya üzem dolgozóinak orvosszociológiai vizsgálata.

4. **Bihari L., Szilárd I., Buda J., Kiss J., Ozsváth K.** (Egyesített Eü. Int., Egészségügyi Szervezési Int., Számítástechnikai Csoport, Magyar Néphadsereg Eü. Szolg., Pécs): A Pécs-Rácvaros-i (44. sz.) orvosi körzet felnőtt lakosságának pszichometriai vizsgálata.

5. **Dvorszky K., Kulcsár S.** (Bőr- és Nemibeteggyógyintézet, Pécs):

Szociális otthonok ápoltságainak bőrgyógyászati gondozása.

6. **Szilágyi K.** (Megyei Mentálhygiènes Int., Pécs): A csoportpsychotherápia helye a pszichikus betegek gondozásában.

7. **Szabó M., Szilárd I., Ozsváth K., Nagy J., Pár A., Kiss J., Tényi J.** (Eü. Szervezési Intézet, I. és II. Bőrgyógyászati Klinika, Számítástechnikai Csoport, Magyar Néphadsereg Eü. Szolg., Pécs): Klinikai állapot, betegségtudat és neurotizáltság kapcsolatának vizsgálata gondozott krónikus betegek min-táin.

8. **Debreczeni L.** (Komló): A hypertoniások rehabilitációja Zobák bányáüzemben.

Vita

E b é d s z ü n e t

1975. október 30., délután 15.00 óra

Elnök: Horváth

Titkár: Réder F.

9. **Gróf Á., Szilárd I., Kovács B.** (Egészségügyi Szervezési Int. és Szemészeti Klinika, Pécs): A nagyfokú rövidlátók gondozásának jelentősége.

10. **Fónay K., Keszthelyi B., Kovács I.** (Mecseki Ércbányászati V. Eü. Szolg., Pécs): Szűrővizsgálat által kiváltott psychés reakciók.

11. **Schein M., Horváth R.** (Egyesített Eü. Int., Pécs): A tüdőszűréshez kapcsolatos diabetes szűrés eddigi tapasztalatai Pécs város I. és II. ker. lakossága körében.

12. **Paulai J.** (Egerág): Diabetes-szűrés és gondozás tapasztalatai Egerág körzetben.

13. **Csallóközi M., Somos A., Szabó M.** (Egyesített Eü. Int., Pécs): A gondozott cukorbeteg betegek belgyógyászati vizsgálatának tapasztalatai, Pécs II. kerületében.

14. **Gyenei M., Szilas J.** (Mohács): Diabetes szűrővizsgálatok Mohács város üzemében.

Vita

Szünet

Elnök: Schwartz J.

Titkár: Rajczi A.

15. **Szilárd I., Budai J., Bihari L., Kiss J.** (Eü. Szervezési Int., Egyesített Eü. Int. és Számítástechn. Csoport, Pécs): Kísérlet a cardiovascularis betegségsoport kérdőíves előszűrésére.

16. **Veress G.** és a Pápai Kórház—Rendelőintézet KISZ-alapszervezete (Pápa): 3000 textilgyári dolgozó egyszerű cardiológiai szűrővizsgálatáról szerzett tapasztalataink.

17. **Kulcsár S., Dvorszky K.** (Bőr- és Nemibeteggyógyintézet, Pécs): Munkaalkalmassági vizsgálatok jelentősége a bőrgyógyászatban.

18. **Fauszt F.** (Bőr- és Nemibeteggyógyintézet, Pécs): Munkaeszközök által okozott vibrációs ártalmak gondozásának jelentősége.

19. **Péter E., Cselényi F.** (Egyesített Eü. Int., Pécs): A rendelő- és fekvőbeteg intézetben megállapított diagnosis összehasonlításával nyert tapasztalataink.

20. *Bozay L.* (Eü. Szervezéstan Int., Pécs): DMF-index, mint a caries-gondozás mutatója.

Vita

D sectio

1975. október 31., 8.30 óra

Elnök: *prof. Jobst K.*

Titkár: *Kellermayer M.*

1. *Kövesi Gy.* (Megyei Tüdőgyógyintézet, Pécs): Adatok az izonikotinsavhidrazid eliminatiohoz.

2. *Hernádi E., Ambrus M., Bajtai G.* (Vértranszfúziós Állomás, Pécs): A szöveti antigenek jelentősége a különböző kórképekben.

3. *Balogh T., Pejtsik B., Ambrus M., Bajtai G., Páli K.* (Megyei Kórház és Vértranszfúziós Állomás, Pécs): Egy új carcinoembryonalis antigen a diagnosztikában: az α pha₁-foeto-protein.

4. *Szokola J., Márton Z., Ambrus M., Bodor A., Bajtai G.* (Megyei Kórház és Vértranszfúziós Állomás, Pécs): Rosettaképző lymphocyták vizsgálata mamma carcinomás betegekben.

5. *Lukács L.* (I. Sebészeti Klinika, Pécs): A globális vvt-proteaze aktivitás változása tumoros beteganyagban.

6. *Szelenczy M., Kiss T., Jarabin I., Vöröss E.* (II. Sebészeti Klinika, Pécs): A máj aktuális oxigénszintjének változása narkózisban.

Vita

Szünet

Elnök: *Fendler K.*

Titkár: *Romhányi M.*

7. *Hegyi E.* (Egyesített Eü. Int., Pécs): Idült alkoholizmus belgyó-

gyászati szövödményei és laboratóriumi vonatkozásai.

8. *Várhelyi M., Donhoffer H.* (Gyógyfürdő Kórház, Harkány és Közp. Klinikai Kémiai Labor., Pécs): Pancreas betegségek laboratóriumi diagnózisa.

9. *Zentai A., Keszthelyi B., Szigetvári I., Varga J.* (MÉV Eü. Szolg., Pécs): A B₁₂-vitamin serum szintjének meghatározása izotóp módszerrel.

10. *Rajczi A., Schwartz J., Jegenyész I., Balogh M.* (Városi Kórház, Pécs): Egyszerűsített cukorterheléses vizsgálatok értékelése hipertóniás betegeknek.

11. *Szilás J., Gyenei M.* (Mohács): Eytone készülékkel végzett vércukor szűrővizsgálatok.

Vita

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 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

POTESEPT® tableta

ÖSSZETÉTEL:

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

HATÁS:

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

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

A POTESEPT-tel szemben resistencia fokozódás nem tapasztalható.

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

JAVALLAT:

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

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

Typhus abdominalis, Shigella infekciók.

Salmonellosis gastroenteritica.

Typhusbaktérium-gazdaság.

Reconvalescentiában Salmonella- és Shigella ürítés.

Brucellosis, gonorrhoea.

ELLENJAVALLAT:

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

Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

ADAGOLÁS:

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

ÁLTALÁNOS ADAGOLÁSI TÁJÉKOZTATÓ FELNŐTTEKNEK:

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

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

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

GYERMEKEKNEK:

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

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

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

MELLÉKHATÁSOK:

Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, gyógyszerexanthea.

Ritkán, 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.

Exanthea keletkezésekor a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

MEGJEGYZÉS: ++

RENDELHETŐSÉG:

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

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

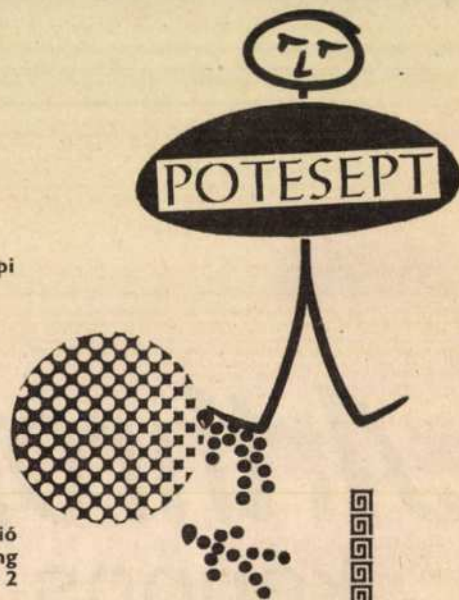
CSOMAGOLÁS:

20 tableta — 61,50 Ft

FORGALOMBA HOZZA:

ALKALOIDA

TISZAVASVÁRI



PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(238/b)

Acsteszér Községi Közös Tanács elnöke (2387 Acsteszér, Kossuth Lajos u. 54.) pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett körzeti orvosi állásra.

Eltemény megállapítása a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás alapján, a munkakörre megállapított ksz. szerint, 450,— Ft ügyeleti díj. Ev végén 6—10 000,— Ft-ig terjedő jutalom. A körzethez 1 csatolt község tartozik, mely 4 km távolságra van, útviszonya jó, lélekszáma 850 fő. A pályázat elnyerése esetén az orvosi állás azonnal betölthető.

A Tanács újonnan épült 3 szobás komfortos, kertes lakást garázzsal biztosít. Rendelő az épületben van elhelyezve.

Bónyai János
tanácselnök

(240/a)

Mezőfalva Községi Tanács a Dunaújvárosi Járási Hivatal Eü Osztályának vezetőjével egyetértésben pályázatot hirdet a megüresedett II. sz. körzeti orvosi állásra.

Alapbér a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint a szolgálati időtől függően, valamint ügyeleti díj és fuvarátalány. 2 szobás összkomfortos lakás rendelkezésre áll. Az állás azonnal elfoglalható.

Mateidesz György
tanácselnök

(244/a)

A Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Tanács V. B. Tüdőgyógyintézetének igazgató-főorvosa (Füzéradvány) pályázatot hirdet az intézetnél nyugdíjazás folytán megüresedett 1 fő E 103/D ksz.-ű oszt. vez. főorvosi állásra. Az állás javadalmazása a kornak (gyakorlati időnek) és kulcsszámnak megfelelően a 18/1971. (Eü. K. jún. rk.) EÜM—MÜM együttes utasítás szerint + 30% veszélyességi pótlék.

2 (kettő) szobás komfortos lakás az intézet területén rendelkezésre áll. Pályázati határidő a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap. Az állás azonnal elfoglalható.

3 fő 108/3 ksz.-ű segédorvosi, illetve 109/3 sz.-ű orvosgyakornoki állásra. Az állások javadalmazása a gyakorlati időtől és a kulcsszámnak megfelelően + 30% veszélyességi pótlék. 2 (kettő) szobás komfortos lakás az intézet területén rendelkezésre áll. Az állások azonnal elfoglalhatóak.

Pap Máttyás dr.
igazgató-főorvos

(245/a)

Tolna Nagyközségi Közös Tanács elnöke pályázatot hirdet a nagyközségben megüresedett I. és II. körzeti orvosi állásokra.

Mind egyik álláshoz szolgálati lakás biztosított.

Orvosházaspárok előnyben részesülnek.

Jelentkezési határidő: 1975. október 31.

Toronyi István
mb. tanácselnök

(246)

A MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet főigazgató-főorvosa — 1062 Bp. VI., Rudas László u. 111. — pályázatot hirdet a Rendelőintézetben megüresedő 6 órás főállású szemész szakorvosi állás betöltésére. Szakvizsga előtt álló szakorvos jelölt is benyújthatja pályázatát.

Mellékállás lehetősége adott.

Eltemény 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

(247)

Osztópán Községi Közös Tanács tanácselnöke pályázatot hirdet áthelyezés

folytán megüresedett körzeti orvosi állásra. A körzethez egy kapcsolt község tartozik. Bérézés a 18/1971. EÜM—MÜM számú együttes utasításban megjelölt kulcsszám szerint. Az alapbérén kívül 500 Ft ügyeleti pótdíj és 700 Ft fuvarátalány biztosított.

A körzeti orvos részére 3 szobás, fűrdőszobával, mellékhelyiségekkel ellátott komfortos lakás, valamint garázs rendelkezésre áll. Az állás azonnal betölthető.

Pályázhatnak ez évben végzett orvosok is. Pályázat benyújtásának határideje: 1975. október 31.

Horváth Imre
tanácselnök

(248)

Gyula Város Tanácsa V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Gyula, Petőfi tér 3.) pályázatot hirdet egy fő gyermekkörzeti orvosi és egy fő felnőtt beteget ellátó körzeti orvosi állásra.

Besorolás, illetmény az eltöltött szolgálati évek alapján, a 18/1971. (Eü. K. jún. rk.) EÜM sz. rendelkezés alapján.

Orvosházaspár előnyben részesül. A házastárs részére a gyulai Megyei Kórházban elhelyezkedési lehetőség van. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

(249)

Vas megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (9701 Szombathely, Berzsenyi Dániel tér 1.) pályázatot hirdet a megyei Markuszovszky Kórház Bőrgyógyászati Osztályán nyugdíjazás folytán megüresedett E 103/A kulcsszámú osztályvezető főorvosi állásra.

A pályázatot elnyerő részére személyes megbeszélés alapján lakást biztosítunk.

Pályázati határidő a pályázat megjelenésétől számított 1 hónap.

Molnár László dr.
megyei főorvos

(250)

A Pszichiátriai Rehabilitációs Intézet (Intaháza, up. 9551 Mesteri, Vas megye) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az 1975. szeptember 1-én áthelyezés folytán megüresedett 1 fő E 108 kulcsszámú segédorvosi állásra. (Szakképzett jelentkező esetén E 107 alorvosi, ill. E 106 adjunktusi kulcsszámú módosítás is lehetséges.) A pályázó részére kulcsszámnak megfelelő alapbért, 30% veszélyességi pótlékot, 600,— Ft munkaköri pótlékot és havi átlagban kb. 1000,— Ft ügyeleti díjat tudunk biztosítani. Az álláshoz az intézet területén újonnan felépült 2 szobás komfortos telefonos szolgálati lakás tartozik.

Kiss-Vámosi József dr.
igazgató-főorvos

(251)

Borsod-A.-Z. megyei Tanács „II. Rákóczi Ferenc” Kórház—rendelőintézeti egység (3800 Szikszó, Pf.: 56.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az alábbi főorvosi, orvosi és fogorvosi állásokra.

1 fő E 104 kulcsszámú felülvizsgáló főorvosi, 1 fő sebész alorvosi, 1 fő szülész-nőgyógyászati alorvosi állásokra, továbbá 1 fő fogorvosi állásra Krasznokvajda községi székhellyel és 1 fő fogorvosi állásra Boldogkőváralja székhellyel.

Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM számú együttes utasítás szerint. Fenti állásokhoz komfortos lakást biztosítunk.

A kórházi alorvosi állásokat szakképesítés nélküli segédorvosok is pályázhatják.

Pető Árpád dr.
kórházigazgató-főorvos

(252)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem rektora pályázatot hirdet az Urológiai Klinika műve osztályán megüresedett egyetemi adjunktusi állásra.

Pályázhatnak több éves gyakorlattal rendelkező belgyógyász szakorvosok, akiknek laboratóriumi szakképesítésük is van és nephrológiai osztályon huzamosabb ideig dolgoztak.

A szabályszerűen felszerelt és a szolgálati út betartásával benyújtott pályázatokat az Egyetem Személyzeti Osztályának címére a megjelenéstől számított 2 héten belül kell benyújtani.

(253)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Gyógyszerésztudományi Karának dékánja pályázatot hirdet a Gyógyszerészeti Intézetben 5004 kulcsszámú egyetemi tanársegédi állásra.

Pályázhatnak 2—10 évig munkaviszonnyal rendelkező gyógyszerészek, lehetőleg ipari gyakorlattal. Az illetmény megállapítása a kulcsszám szerint történik.

A pályázatot elnyerő feladata a tanszék oktatási, kutatási, valamint egyéb tanszéki teendőiben való részvétel.

A pályázatot a Kar Dékáni Hivatalához (1085 Budapest, Üllői út 26.) kell benyújtani.

A pályázatot benyújtási határideje a meghirdetéstől számított 2 hét.

(254)

Az Orosháza Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya (Orosháza, Szabadság tér 4—6.) pályázatot hirdet az osztályon úresen álló állami közegészségügyi-járványügyi felügyelői állás betöltésére.

Munkabér a kulcsszámnak megfelelő alapbér + 1200 Ft munkahelyi pótlék.

Lakásvásárlási hozzájárulásra és OTP-lakás kiutalásra lehetőség van.

Munkába lépés időpontja: azonnal.

Vajda Péter dr.
városi főorvos

(255)

Cegléd Városi Tanács V. B. Városi Járási Egészségügyi Osztályának vezetője (2700 Cegléd, Kossuth tér 1.) pályázatot hirdet az úresen levő állami közegészségügyi-felügyelői állásra. Illetmény kulcsszámnak megfelelően. Az álláshoz kétszobás összkomfortos tanácsi értékesítésű bérlakás biztosított.

A pályázati kérelmet a 66/1970. (Eü. K. 4.) EÜM sz. utasításban meghatározott okmányokkal felszerelve a szolgálati út megtartásával — a pályázat meghirdető szervhez kell benyújtani.

(258)

A Szabolcs-Szatmár Megyei Tanács Vásárosnaményi Kórházának igazgatója pályázatot hirdet a kórház gyermek és sebészeti osztályán úresen álló 1—1 segédorvosi állásra. Alapbér: 2100,— Ft.

A pályázók részére 1 szobás összkomfortos, központi fűtéses lakást, illetve orvosszállást elhelyezést tudunk felajánlani. Az állások azonnal elfoglalhatóak.

Pásztor János dr.
igazgató-főorvos

(259)

Veszprém Megyei Szocioterápiás Intézet, Doba (elmegyógyintézet) pályázatot hirdet pszichiáter és belgyógyász orvosi állásokra. Illetmény: kezdőknek 2600,— Ft, szakorvosoknak 3300,— Ft alapbér, azonkívül 30% veszélyességi pótlék + 700,— Ft munkahelyi pótlék és ügyelet. Röntgenüzem és laboratóriumban jártas belgyógyász szakorvos esetében a főorvos II. besorolás jöhet szóba. Pszichiátriából szakvizsgalehetőség, 5 napos munkahét, 3 szobás lakás biztosítva. További részletekről levélben adunk tájékoztatást.

(260)

Dunaújvárosi Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Dunaújváros, Lenin tér 1.) pályázatot hirdet a nyugdíjazás folytán megüresedő Bőr- és Nemibetegkedő Intézet vezető főorvosi állásra. Besorolás kulcsszám szerint, lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Liptai László dr.
városi főorvos

(256)

Eladó új minicardio és cardiolna horozható EKG készülék. Erdeklődni: 666-398 és 255-448 telefonszámon, egész nap.

(257)

Sürgősen eladó komplett fogorvosi rendelő röntgennel és nőgyógyászati műszerek. Szabó dr.-né, 415-035. Tanács krt. 3/a III.

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	T á r g y
1975. október 24. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII., Mária u. 52.	délelőtt ½9 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Vass Zoltán, Bánóczy Jolán: A caries pathogenesisének immunológiai vonatkozásai. 2. Gera István, Nemes Júlia, Boross Éva, Esztáry Béla, Krámenes Iléka: A szájhigiéniá vizsgálata 14—17 éves szakmunkástanulóknál. 3. Bánóczy Jolán, Nöbel Péter, Sallay Kornélia, Batizi András: Thermographiás vizsgálatok lehetségei szájbetegségekben és a fogászati diagnosztikában.
1975. október 24. péntek	Debrecen OTE Elméleti Tömb tanterme	délután 16 óra	Debreceni Orvos- tudományi Egyetem Kórbonctani Intézet	1. M. G. -né, 74 éves, I. Sebészet, A. Klinika. <i>Klinikai dg.</i> : Status post cholecholeoduodenostomiam. Status post operationem sec. Noble. Ileus chronicus. Ileotomia. 2. T. M. 16 éves, leány, II. Belklinika és I. Sebészet, B. Klinika. <i>Klinikai dg.</i> : Colitis ulcerosa. Tumor flexi lienalis coli transversi. Ileus et obstructio. 3. T. M. 20 éves, nő, I. Belklinika. <i>Klinikai dg.</i> : Multifocalis fibrosclerosis. Kollagenosis. Nephropathia. Embólia? 4. T. I. 66 éves, férfi. Tüdőklinika. <i>Klinikai dg.</i> : Status post pneumonectomiam l. s. propter pleuritidem tuberculosam et fibros im pulmonis. Empyema thoracis l. s. Hepatitis chr. agressiva. Hepato-renal is insufficiencia.
1975. október 27. hétfő	Sportkórház tanácsterme XII., Alkotás u. 48.	délután 14 óra	Magyar Sportorvos Társaság és a Sport- kórház Tudományos Bizottsága	1. Nemessuri Mihály: Az izomműködés sportorvosi vizsgálata. 2. Károlyi Miklós, Martos Mihály, Dóka József: Sportolás közben előforduló bokaizületi sérülésekről.
1975. október 28. kedd	Merényi Gusztáv Kórház-Rendelő Intézet IX., Gyáli út 17.	délután ½2 óra	Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre	1. Marton Margit: A nyaki gerincoszlop megbetegedéseinek neurológiai és pszichátriai körképei. 2. Kultár Barnabás: Komplex látási hallucináció alkoholistá betegen.
1975. október 28. kedd	Semmelweis-terem VIII., Szentkirályi u. 21.	délután 16 óra	Korányi Frigyes Tbc és Tudógyógyász Társaság	Üléselnök: Szűcs Sándor. 1. Süle É.: 30 év a Tüdőgondozó Intézetben. 2. Hegedűs I.: A tüdőgümőkór változása Óbudán a felszabadulástól napjainkig. 3. Pálffy J.: A tbc járványtani helyzetének alakulása 50 év alatt Pesterzsébeten. 4. Fényi J.: Különböző tényezők szerepe a tbc. incidenciá alakulásában. 5. Flesch I.: Hol tartunk a gyermek-tbc leküzdésében fővárosunkban? 6. Úveges J., Thorocskay L.: A nem tbc-s tüdőbetegek komplex kivizsgálása és kezelése.
1975. október 29. szerda	Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet, Lukács-klubterem II., Frankel L. u. 25—27.	délelőtt ½8 óra	Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet Orvosi Kara	1. Kempelen Imre: A gastroscopia indikációi, technikája és néhány érdekesebb eset ismertetése. 2. Kürthi László: a) A gyomor biopsziás szövettani vizsgálatának teljesítőképessége a gastritisek súlyossági fokozatainak értékelésében. b) Film-demonstrálás a gyomor mozgásairól. 3. Csermely Miklós, Bély Miklós, Eggenhoffer Balázs: Biometriás vizsgálatok az úgyéki gerincen.
1975. október 29. szerda	Orvostovábbképző Intézet kultúrterme XIII., Szaboles u. 33.	délután 15 óra	Magyar Urológiai és Nephrológiai Társaság Andrológiai Sectiója	1. Molnár J., Papp Gy.: Ritka fejlődési rendellenességeken alapuló aspermia. 2. Molnár Gy., Stipkovits L., Molnár A., Papp Gy.: Mycoplasma előfordulása az emberi spermában. 3. Róssahegyi G.: Adatok a férfi meddőségi vizsgálatokhoz herebiopsziás anyagunk alapján. 4. Assódi I., Losonczy I., Sallay Zs., Szokolai V.: Család- és Nővédelmi gondozónk meddőségi esetei, különös tekintettel az andrológiai szempontokra. 5. Az andrológiai centrumok helyzete és ügyei.
1975. október 30. csütörtök	Cyőr Megyei Kórház	délután 14 óra	Megyei Kórház Tudományos Bizottsága	1. Hajós László: Urogenitalis rendszer ritka fejlődési rendellenességei (10 perc). 2. Fekete Tamás: Endogen psychosok biokémiájáról III. (15 perc). 3. Ostorhárics Horváth György: EEG aktivációs eljárások diagnosztikus értéke (10 perc). 4. Varga József, Németh Tamás: A digitalis therapia és a digitalis intoxicatio I. (15 perc)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116—060

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



75.2998 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

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.

*

116. ÉVFOLYAM

*

43. SZÁM

*

1975. OKTÓBER 26.

TARTALOMJEGYZÉK

Fazakas Sándor dr., Kiss Barnabás dr.,
Erdei István dr. és Petrányi Gyula dr.:
Hypothyreosis a Graves—Basedow-kór
¹³¹IJ kezelése után 2523

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Romics László dr., Szigeti Agnes dr.,
Varsányi-Nagy Mária
és Gerő Sándor dr.:
Klinikai megfigyelések
primaer hyperlipoproteinaemiában
218 eset kapcsán 2527

Zoltán István dr., Horváth II. Sándor dr.
és Illei György dr.:
Lázás szövődmények császármetszés után ... 2532

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Szabó Zsolt dr., Meggyesy Veronika dr.,
Tóth Péter dr. és Méhes Károly dr.:
A köldökzsínör ereinek vizsgálata különböző
fejletségű újszülöttekben 2535

Horányi Mihály dr. és H. Sárffy Erzsébet dr.:
Új adatok az anaemia perniciosa
pathogenesiséről duodenalis intrinsic
factorral való sikeres kezelés kapcsán 2538

ÚJABB THERAPIÁS ELJÁRÁSOK

Bánki Csaba dr.:
Trijódthyronin alkalmazása
a depressio kezelésében 2543

IATROGEN ÁRTALMAK

Kerekes Lajos dr. és Domokos Nándor dr.:
Az oxytocin intravénás túladagolásának
hatása a méhtevékenységre és a magzatra ... 2547

KAZUISZTIKA

Molnár Lajos dr., Ugocsai Gyula dr.
és Tátrai Erzsébet dr.:
Diagnosztikus problémák
acut verőér-elzáródás ritka formáiban 2551

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2553
Folyóiratreferátumok 2555
Könyvismertetés 2569
Hírek 2574
Előadások, ülések 2580

MYCOSOLON

kenőcs



ÖSSZETÉTEL

A készítmény 2⁰/₀ miconozolumot és 0,25⁰/₀ 21-desoxy-21-N-(N'-methyl-piperazinyl) – prednisolon hydrochloricumot (Depersolon) tartalmaz.

HATÁS

A Mycosolon kenőcs egyesíti magában a miconazol antimycotikus és antibacterialis aktivitását, valamint a depersolon glucocorticoid gyulladáscsökkentő, antiallergiás viszketéscsillapító hatását.

JAVALLATOK

Dermetophyták vagy más gombák által kiváltott, kifejezetten gyulladással, ill. irritációval kísért bőr- és körömfertőzések: ekzémák, intertrigo, interdigitalis mycosisok, köröm mycosisok, gyulladós ekzémák és mycosisok, hallójárat mycosisok.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőrinfekciók esetében: naponta 1–2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet Mycosolon kenőccsel.

Köröm-infekciók esetében: a megbetegedett körömrészek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig.

Fül-infekció esetén: naponta két-

szer vezessünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gaze-csíkot a teljes gyógyulásig.

MELLÉKHATÁSOK

Ez ideig nem ismeretesek.

ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes-simplex, himlő, bárányhimlő.

CSOMAGOLÁS

15 g-os tubusokban 26 Ft

MEGJEGYZÉS

A Mycosolon kenőcs localis tűrhetősége igen jó. A készítmény nem hagy foltot a bőrön, a ruhaneműből pedig kimosható.

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

Hypothyreosis a Graves—Basedow-kór ¹³¹J kezelése után

Fazakas Sándor dr., Kiss Barnabás dr.,
Erdei István dr. és Petrányi Gyula dr.

A hyperthyreosis ezen leggyakoribb és legjelentősebb formájának elnevezése a különböző nyelvű szakirodalmakban más és más. Mi legcélszerűbbnek tartottuk a két leggyakoribb elnevezés összeolvasztását és a Graves—Basedow (GB-kór) elnevezést használjuk közleményünkben.

A GB-kór ¹³¹J kezelésének bevezetése után hosszú ideig a hypothyreosis szövődésének csekély jelentőséget tulajdonítottak (21, 29, 32). Nagy tekintélyű szerzők nagyszámú beteg megfigyelésével csekély arányszámokat állapítottak meg, 7 év után 8%-ot (27), 10 év után 14,8%-ot (34). Végül 1961-ben *Beling* és *Einhorn* érdeme volt az a megállapítás, hogy a kezelés után eltelt idővel arányosan egyre növekvő, jelentős számban lép fel hypothyreosis, így saját beteganyagukban 7 évvel a kezelés után 26,7%-ban (6) találtak hypothyreosist. Eredményeiket azóta sokan megerősítették, így csak a leglényegesebbeket kiemelve: *Nofal* (22), *Burke* (9), *Dunn* (10), *Bronsky* (8).

E fontos megállapítást a gondos megfigyelés mellett az alkalmazott matematikai statisztikai módszer tette lehetővé. Az előző megítélésű eredményekhez vezető vizsgálatok értékelésekor igen „egyszerűen” jártak el. Az előfordult és észlelt hypothyreosis esetek százalékos arányszámát az egész megfigyelt és kontrollált beteganyagra vonatkoztatva számították ki. Nem vették figyelembe, hogy az össz-beteganyag egyes tagjainak kezelése óta mennyi idő telt el, továbbá, hogy a szövődéses esetekben mikor lépett fel a hypothyreosis. Így számos, a myxoedema gyakorisági értékét befolyásoló tényező lépett fel. Így az el nem különített, nemrégén kezelt nagyszámú beteg, akik közt természetesen sok potenciálisan hypothyreoticus, azaz később azzá váló személy szerepelt, akik a vizsgálat időpontjában még euthyreoidak voltak, akik így „felhígították” az anyagot és ennek folytán a sok valóban észlelt késői hypothyreoticus ellenére az egész „felhígított” beteganyagra vonatkoztatva tévesen kedvező arányszámot adott. Ezért *Beling* és *Einhorn* (6) beteganyagukat a kezelés óta eltelt éveknél megfelelően csoportokra bontották, és évenként az adott évben előforduló hypothyreosis esetszámát az azonos év megfigyelt anyagára vonatkoztatták és az így kapott évenkénti arányszámokat összesítették, „kumulálták”. (Matematikailag voltaképpen évenkénti szövődésmenyesesség relatív gyakoriságát számították ki, ezeket összeszorozták és ezen értéket 1-ből kivonva a hypothyreosis gyakoriságát kapták meg. Algebrailag

kifejezve: $r_m = 1 - q_1 \cdot q_2 \dots q_m$ $r_m = m$ év eltelté után a hypothyreosis kumulatív gyakorisága; $q_1, q_2 \dots q_m =$ az 1., 2., ... m. évben euthyreoidan maradt betegek arányszáma.) A régebbi, nem megfelelő számításonál torzítást okozott az is, hogy nem vették figyelembe a több éves anyagok értékelésekor a megfigyelés folyamán meghalt, elkallódott euthyreoid eseteket, akik rendelkeztek bizonyos fokú, később manifesztálódó hypothyreoid „risk”-kel. Ennek figyelembevételére a fenti q érték kiszámításakor bizonyos korrekciót végeztek. Ma már csak *Beling* és *Einhorn* értékelési módszere vagy más hasonló tekinthető objektívnek (4).

A kumulálódó hypothyreosis ismeretében számos szerző részéről felmerült a gondolat, hogy a radiojód dózis csökkentésével nem lehetne-e a kellemetlen hypothyreosisos szövődés gyakoriságát mérsékelni (11, 12, 17, 31). Persze van olyan álláspont is, mely szerint ily módon kedvezőbb eredményt a késői hypothyreosis vonatkozásában elérni nem lehet (többek közt: 14, 30). Ezen kérdés tisztázása céljából is szükségesnek tartottuk saját, lehetőleg kis therapiás dózissal kezelt és megfigyelt betegeink értékelését.

Beteganyag, módszerek

Értékelésünk tárgyát 1958—1970 közt eredményesen kezelt 231 GB-kór típusú hyperthyreosisos betegünk képezi. (A toxicus adenomát klinikai és megfelelő szcintigrafikus eljárással kizártuk.) A betegeket szakgondozásunkon rendszeresen ellenőriztük, kivéve persze azokat, akik a megfigyelési idő folyamán meghaltak, vagy a kapcsolat velük megszakadt. Az értékeléshez az ezen betegek „valószerű” kumulációs hypothyreosis „risk”-jét a *Beling* és *Einhorn* (6) statisztikai módszerével számítottuk ki. A folyamatos megfigyelésen kívül 1970—1972 közt az egész akkor hozzáférhető beteganyag (182 eset) thyreoid statusát újra ellenőriztük. A thyreoid status a klinikai kép mellett a pajzsmirigy ¹³¹J tárolási görbe, Hamolsky-, ill. T-3 teszt (*Byk—Mallinckrodt*) és szükség esetén PBJ vizsgálat segítségével állapítottuk meg. Hypothyreoidnak bizonyult esetekben a substitúciós kezelés hatását is figyelembe vettük.

Betegeink kezelése kis dózisu „adaptált”, azaz a pajzsmirigy térfogatát, maximális ¹³¹J felvételét figyelembe vevő számított dózissal (45—64 μ Ci/g „in thyroid”, ami hozzávetőleg 4200—6000 radnak felelt meg) történt. Néhány esetben kivételesen kis dózisu frakcionált kezelést végeztünk (11, 12). 141 betegünk kezelése egy, 90 betegünk kezelése több dózissal történt. Betegeink közt 194 nő volt és 37 férfi.

Eredmények és értékelés

Az 1. táblázatban a különböző megfigyelési években fellépő hypothyreosisos esetek számát és az évenkénti kumulatív hypothyreosis gyakorisági százalékos arányszámot tüntettük fel. Az 1. ábra beteganyagunkban a hypothyreosis kumulatív gyakoriság százalékos előfordulását mutatja be, a kezelés óta eltelt évekre vonatkoztatva. Az 1. táblázatban és az 1. ábrán a hypothyreosisos szövődés kumulatív frekvenciáját, csak a betöltött 10.

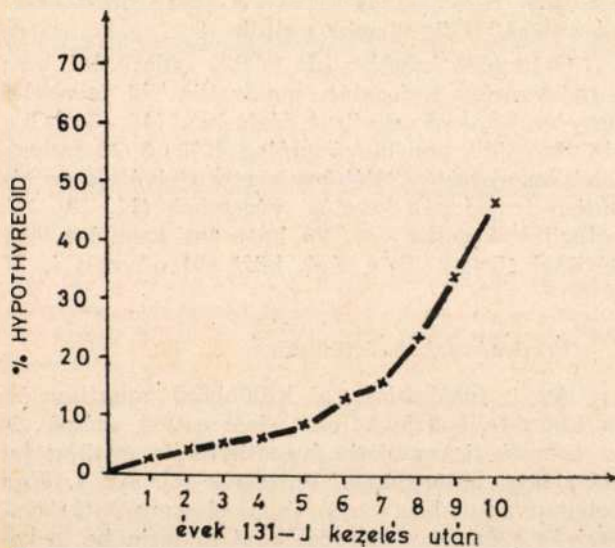
1. táblázat

1.	2.	3.	4.
> 1	231	4	2,90%
1 <	168	2	4,36%
2 <	144	1	5,13%
3 <	127	1	5,98%
4 <	113	2	8,14%
5 <	94	4	12,73%
6 <	83	2	15,87%
7 <	64	3	22,43%
8 <	46	3	33,76%
9 <	28	2	45,90%
10 <	16	2	— x
11 <	2	0	—
12 <	1	0	—
13 <	1	0	—

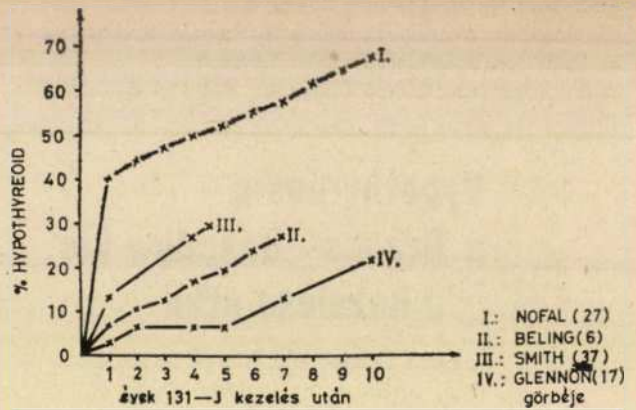
1. A hatásos (utolsó) kezelés után eltelt megfigyelési idő években.
 2. Az 1. oszlopban jelzett ideig megfigyelt euthyreoid betegek száma.
 3. Az 1. oszlopban jelzett időben fellépett hypothyreosisos esetek száma.
 4. A hypothyreosisos szövődmény %-os kumulatív gyakorisága az 1. oszlopban jelzett időben.
- x = innen a számítás a kis esetszám miatt befejezve.

megfigyelési évig számítottuk ki. Tovább megfigyelt eseteink száma olyan csekély, hogy reális értékekre nem lehet számítani.

A 2. ábrán több különböző nagyságú therapiás dózissal kezelő szerző, az előző táblázatban szereplőhöz hasonlóan ábrázolt görbéit mutatja be összehasonlítás céljából. A 2. ábrán feltüntetett adatok közlői a következő dózisokat alkalmazták: *Nofal* (22): 16 700 rad, *Beling* (6): 6000—10 000 rep, *Smith* (31): 7000 rad, *Glennon* (13): átlagos összdózis: 2,7 mCi ^{131}J . A megfigyelt összeset száma a következő volt: *Nofal* (22): 848, *Beling* (6): 796, *Smith* (31): 271, *Glennon* (13): 64.



1. ábra.
A hypothyreosis-előfordulás cumulatív gyakorisága saját anyagunkban



2. ábra.
A hypothyreosis-előfordulás cumulatív gyakorisága

2. táblázat

1 éves hypothyreosis szövődmény gyakorisága.

Glennon J. és mtsai után (13), továbbá saját 1 éves adatunk

Nofal	41%
Burke	31%
Cassidy	20%
Mc Girr	20%
Dunn	20%
Smith	14%
Beling	7,5%
Green	9%
Glennon	4%
Saját	2,9%

Saját adatainkból látható, hogy 231 kezelt és megfigyelt betegünk közül (37 férfi, 194 nő) 10 év alatt 26 lett hypothyreotikus (5 férfi, 21 nő). Már itt megjegyezhetjük, hogy a szövődmény gyakoriságának szempontjából a két nem között különbség nem mutatkozott. A 26 hypothyreoiddá vált betegünk közül 20 részesült egyszeri, 6 többszöri ^{131}J kezelésben. Így myxoedemás betegeink alig több mint háromnegyede egyszeri kezelésben részesült. Ezzel szemben egész kezelt anyagunk (231 fő) csak 61,0%-ban kapott egy kezelést. Ez alátámasztani látszik *Beling* (6) azon megállapítását, hogy az egy kezelésre reagáló betegek hajlamosabbak a szövődményre, mint a több kezelést igénylő betegek. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy saját adatainkat négyezős χ^2 eljárással vizsgálva, ez a különbség nem bizonyult szignifikánsnak ($20\% > p > 10\%$). Anyagunkban, a világirodalmi adatokkal egybevetve a hypothyreosis gyakorisága az első évben feltűnően csekély (2,9%). Az összehasonlítást célozza a 2. táblázat *Glennon* (13) közlése nyomán. A későbbiekben saját anyagunkban az 5. évig laposan emelkedik a szövődmények gyakorisági görbéje (1. ábra). Ekkor a hypothyreosis gyakorisága még csak 8,14%-ot ér el. Összehasonlításként megemlíthető, hogy az 5. évben ezen érték *Smith*-nél (31) 12%, *Glennon*-nál (13) 7,5%, az extrem nagy dózisokat alkalmazó *Nofal*-nál (22) 52%. A további években azonban a hypothyreosis gyakoriság görbéjének emelkedése anyagunkban lényegesen meredekebbé válik (1. ábra), hasonlóan *Glennon* (13) megfigyeléséhez (2. ábra). Úgy tűnik, hogy igen kis dó-

zisu kezeléseknél a hypothyreosis kialakulása retardálódik, s csak az 5. év után jelentkezik fokozottabb mértékben, s kezd közeledni a nagyobb dózisú kezelések görbéihez, ami további megmondásokra jogosít. Igaz, hogy ezen megállapításnál (a késői, 5. év utáni hypothyreosisok nagy gyakorisága) némi fenntartással kell élni, mivel saját megfigyelt anyagunk a 7. évtől csekélyebb (8. évben 46, a 9. évben 28 beteg), Glennonnak (13) pedig az egész megfigyelt anyaga kisszámú (összes megfigyelt betege: 64). Smith (31) nagyobb számú megfigyelése pedig csak 5 évre terjed ki. Mindenesetre biztosan megállapítható (1. és 2. ábra), hogy a kezelés utáni első 5 évben kis dózisú kezelést követően a hypothyreosis jóval ritkábban fordul elő, mint nagy dózisú kezelés után. Kisebbséggel következtethetünk arra — saját megfigyeléseink és Glennon (13) nyomán, hogy az 5–6. év után rohamosan nő a kis dózissal kezelték szövődmenygyakorisága, a 10. évben közeledik a nagy dózissal kezeltékéhez, de nem éri el azt.

Megbeszélés

Az irodalmi közlések és saját adataink szerint is a GB-kór ^{131}J kezelése után hypothyreosis idővel növekvő számban fordul elő. Ezen megállapítás három feltétlenül megválaszolandó kérdést vet fel: 1. lehet-e ezen szövődmeny gyakoriságát csökkenteni?; 2. a kezelés utáni nagyszámú hypothyreosis ismeretében hogyan alakul a radiojód terapia helyzete a GB-kórál alkalmazott többi gyógymódhoz viszonyítva; 3. szövődmenyt figyelembe véve mik a ^{131}J kezelés indikációi?

Ad 1. A hypothyreosisos szövődmeny gyakoriságának csökkentése nagy fontosságú. A GB-kór előfordulását az USA-ban évenként 19,8 beteg/100 000 lakosra becsülik (5), akkor, ha előzőekben ismertett tényeket figyelembe vesszük, továbbá azt, amit alább a subtotalis strumectomiával kapcsolatban közölni fogunk, akkor jelentős iatrogen myxoedema morbiditással kell számolnunk. A kérdés csak az, hogy lehet-e a radiojód terapia ezen legjelentősebb szövődmenye gyakoriságát csökkenteni. Beling (6) adatainak ismertté válása után számos szerző (11, 12, 17, 31) gondolt a veszély minimalizálásának legegyszerűbb módjára, ti. a terapiás ^{131}J dózis általános csökkentésére. Más szerzők (22, 27) a dózist csak bizonyos esetekben óhajtották csökkenteni. Sokan viszont tagadták azt, hogy a dózis csökkentése kevésbé gyakorivá tenné a késői hypothyreosis manifesztálódását (7, 14, 28, 30). Goldsmith (14) szerint a radiojód terapia után fellépő hypothyreosis elkerülése fantazmagória. Véleménye szerint kisebb dózisok csak késleltetik a gyógyulást, tartós diszkomfortot, sőt veszélyt jelentenek, ezért egészen nagy „ablációs” dózisokat ajánl. A hypothyreosisist mint szükségszerűséget elfogadja, és aránylag könnyen rendezhetőnek tartja. Nézetünk szerint ez a felfogás helytelen. A myxoedemás beteg teljes euthyreosisának biztosítása úgy saját mindennapos tapasztalatunk, mint számos szerző véleménye szerint (5, 32) igen nehéz. Biztosan megállapítható, hogy kisebb dózisok után a kezelést követő első években *lényegesen*

kevesebb a hypothyreosis, mint nagy dózisoknál (12, 13, 31), még a kezelés utáni 10. évben is marad előny a kisebb adagok javára. Eddigi adatok alapján nem lehet eldönteni, hogy van-e egy késői időpont (a 10. év után), amikor a két kezelésmóddal a szövődmenyszám azonossá válik. Ha ezt a lehetőséget elfogadjuk, még ebben az esetben is nagy előny, hogy a kis dózissal kezelték jóval később válnak substitúciót igénylő myxoedemásokká. A „kis dózisú” kezelés ellen felhozott főbb ellenérv: annak kevésbé hatásos volta. Ez nem helytálló bizonyos határok közt. Meg kell keresni azt a legkisebb dózist, melynek hatásfoka az euthyreosis elérésére nem rosszabb a túldozirozásnál. Bizonyítható ugyanis, hogy 4200–14 000 rad közötti dózisok alkalmazásával a dózistól függetlenül az első kezelésre a betegek cca. kétharmadának megszűnik a hyperthyreosis (11, 12, 17). Persze a fenti minimális 4200 rad ($45 \mu\text{Ci/g}$ „in thyroid” ^{131}J) dózissal kisebb adagok valóban kevésbé hatásosak és elhúzódo gyógyulást eredményeznek, úgy saját tapasztalatunk (11, 12) mint Smith (31) megállapítása szerint. (Utóbbi szerző 3500 raddal kezelve, lényeges hatáscsökkenést észlelt.)

Persze próbálkoztak más módon a radiojód kezelés itt tárgyalt hátrányának kiküszöbölésével. Így Greig teóriájára támaszkodva ^{131}J helyett ^{125}J adásával (15, 16). Az eddigi tapasztalatok nem jók (14).

Megemlítendő, hogy egyes szerzők (19, 25) igen kis dózisú, hangsúlyozottan frakcionált ^{131}J kezeléssel igen jó eredményekről számoltak be. Az egyik beteganyagban (9, 23) 11 éves megfigyelési idő után 70% myxoedemát észleltek, de közöttük táblázatuk alapján értékelési eljárásuk kérdéses. Egy másik kedvező közlemény (15 év megfigyelés, 30% myxoedema) pedig az értékelési módot nem is részletezi (24).

A magunk részéről tehát indokoltnak tartjuk a lehető legalacsonyabb, de még hatásos dózist adni. Mennyi legyen ez? Előző álláspontunkat (11, 12) kissé módosítva 50–60 μCi $^{131}\text{J/g}$ „in thyroid”, ill. 4600–5500 rad dózist tartunk optimálisnak.

Ad 2. Amint az előzőekből kiderül, a hatásos radiojód terapia után 10 évvel minimálisan a betegeknek majdnem a fele hypothyreoticus, myxoedemás. Vajon jobbak-e ebből a szempontból a a) műtéti vagy b) a thyreostaticus kezelés eredményei?

2/a. A műtéti nem. Régebben a műtét hypothyreosisos szövődmenyét is alábecsülték. Újabb adatok szerint a subtotalis strumectomia után is nagy számú késői myxoedema lép fel. Nofal (22) szerint 10 év után kumulatív 42,5%-os a gyakoriság, Bronsky szerint 52,9% (8), 15 év után pedig 70%. Hasonlóan kedvezőtlen eredményekről számolnak be Beahrs (3), továbbá Hedley (18), Michie (20). Megállapítható, hogy a késői hypothyreosisos szövődmeny gyakoriságának tekintetében a műtéti eljárás a radiojód terapiánál semmi esetre sem kedvezőbb.

2/b. A thyreostaticus gyógyszer kezelést illetően kétségtelen, hogy thiouracyl, ill. methimazol kezelés után ritka a hypothyreosis. Viszont a thyreostaticus kezelésnek egyéb hátrányai vannak. A be-

teg részéről szoros kooperációt igényel, gyakori szakkontrolra van szükség, vannak refractaer esetek, toxicus mellékhatások léphetnek fel. A kezelést a saját vagy az orvos hibájából gyakran korán abbahagyó beteget krízisveszély is fenyegeti. Gyakran éveig tartó thyreostaticus kezelés után sem nyugszik meg a betegség. *Vanderlaan* (33) szerint ezen kezelés 45–70%-ban hatásos. Jellegzetes *Reveno* (26) közlése: 305 betegéből csak 167-et tudott tartósan gyógyszeresen kezelni, ezek közül csak 96 esetében következett be tartós gyógyulás, az esetek 30%-ában toxicus reakció lépett fel. *Vanderlaan*nak (33) volt olyan betege, akit 22 éven át kellett thyreostaticusan kezelni. Egyébként lehetséges, bár bizonyításra szorul, hogy a myxoedema lenne a GB-kór esetei többségének természetes kimenetele (mint a legtöbb autoimmun folyamaté), ha a betegek ezt megélhetnék kezelés nélkül, és a radiojód vagy műtét csak elősegítő tényező (23, 33).

A fentiek mérlegelése alapján véleményünk az, hogy a GB-kór alapvető, első és fő kezelési formája a thyreostaticus gyógyszer megfelelő alkalmazása. A definitív terapiák (radiojód, műtét) csak ennek nem kellő eredményessége után jönne szóba.

Ad 3. Véleményünk szerint minden GB-kórban szenvedő beteget elsősorban a nálunk rendelkezésre álló methimazolal kell kezelni. Eleve kivételt képez egyidejűleg „hideg” göb jelenléte a strumában, továbbá a substernalis struma, melyek a műtétet helyezik előtérbe. A ^{131}J kezelés tehát a következő speciális esetekben jön szóba: 1. a beteg nem kooperál; 2. nincs biztosítva a kellő szintű és gyakoriságú (1–2 hónaponkénti) szakkontroll; 3. súlyos kísérő, ill. társbetegség van jelen. (Kivételt képeznek azon társbetegségek, melyek műtétet igényelnek s ehhez az euthyreosis gyors biztosítása szükséges); 4. thyreostaticus kezelés kapcsán toxicus mellékhatások lépnek fel; 5. a beteg nem reagál kellőképpen vagy refractaer a thyreostaticus kezelésre; 6. egyéves thyreostaticus kezelés után sem nyugszik meg tartósan a GB-kór (33); 7. kifejezett hyperthyreosis mellett endocrín exophthalmus áll fenn [bár ezen indikáció *Aronow* (1) és *Barbosa* (2) közleményei nyomán némileg problematikus; a kérdés eldöntése további összehasonlító vizsgálatokat igényel]; 8. 60 éven felüli, a GB-kórtól függetlenül is cardialis beteg egyének.

A műtét indikációi véleményünk szerint a radiojód kezelésével azonosak, kivéve az említett fenti indikációk 3., 7., 8. és esetleg 4. (műtét előkészítés problémája) pontokat. „Hideg” göb és substernalis struma műtét indikáció. A két definitív eljárás közti választásban irányt adhat a beteg életkora: a korhatár: cca 30 év. Megjegyzendő, hogy ez a szempont ma már jelentőségéből sokat vett el és fiatal betegeket is gyakrabban kezelünk ^{131}J -dal, tekintettel arra, hogy a régebben feltételezett sugárhatásra bekövetkező neoplasmás transformatio feltételezett veszélye nem realizálódott (14). A génekárosodás jelentősége sem túl nagy az

utódok szempontjából, persze ennek ellenére figyelembe veendő, az újszülöttek átlagos károsodásának 0,8%-os valószínűségét, 0,025%-kal emeli, ti. a ^{131}J terapia (4).

Hozzá kell tenni még, hogy a ^{131}J kezelés és műtét is kontrollt igényel, főként a hypothyreosis veszélye miatt, de távolról sem olyan gyakorit, mint a thyreostaticus terapia. Az euthyreosis beállta után 1 évig félévénként, később évenként ellenőrzendő a beteg.

Összefoglalás. Szerzők 231 főnyi, a gyógyulás után $\frac{1}{2}$ –13 évig ellenőrzött, ^{131}J -dal kezelt Graves—Basedow-kóros betegükön fellépő hypothyreosis kumulatív gyakoriságát értéklik. Kisebb therapiás dózisaik révén az első 5 évben hypothyreosis mások adataihoz képest igen ritkán lépett fel; 5. év után már fokozódott az előfordulása, de a nagy dózisú radiojód therapiák utáni gyakoriságot később sem érte el. Éppen ezért relatíve kisebb dózisú, 4600–5500 rados kezelést ajánlanak. Hypothyreosis gyakorisága a műtét után is nagyjából azonos. A thyreostaticus gyógyszerek mint elsőrendű terapia mellett a radiojód kezelésnek továbbra is jogosultsága az ismertetett indikációk eseteiben.

IRODALOM: 1. *Aronow, H. Jr., Day, R. M.:* J. Clin. Endocrinol. Metab. 1965, 25, 1. — 2. *Barbosa, O. H., Wong, E., Doe, E. R. P.:* Arch. Intern. Med. 1972, 130, 111. — 3. *Behars, O. H., Sakulsky, S. B.:* Arch. Surg. 1968, 96, 512. — 4. *Becker, D. V., Hurlley, J. R.:* Sem. Nucl. Med. 1971, 1, 442. — 5. *Becker, D. V., Hurlley, J. R.:* Mayo Clin. Proc. 1972, 47, 835. — 6. *Beling, U., Eihorn, J.:* Acta Radiol. (Stockholm) 1961, 56, 275. — 7. *Berger, M., Peyrin, J. O., Brière, J.:* Presse Med. 1968, 76, 667. — 8. *Bronsky, D., Kiambo, R. T., Waldstein, S. S.:* Arch. Intern. Med. 1968, 121, 113. — 9. *Burke, G., Silverstein, G. E.:* JAMA. 1969, 210, 1051. — 10. *Dunn, J. T., Chapman, E. M.:* N. Engl. J. Med. 1964, 271, 1037. — 11. *Fazakas S.:* A Basedow-kór radiojód kezelésének néhány problémája. Debrecen, 1966 — Kandidátusi disszertáció. — 12. *Fazakas S.:* Acta Med. Acad. Sci. Hung. 1969, 26, 31. — 13. *Glennon, J. A., Gordon, E. S., Clark, T. S.:* Ann. Intern. Med. 1972, 76, 721. — 14. *Goldsmith, R. E.:* Mayo Clin. Proc. 1972, 47, 953. — 15. *Greig, W. R.:* J. Clin. Endocrinol. Metab. 1965, 25, 1411. — 16. *Greig, W. R., Smith, J. T. B., Foster, J. C.:* Brit. J. Radiol. 1970, 43, 542. — 17. *Hagen, G. A., Quèllette, R. P., Chapman, E. M.:* New Engl. J. Med. 1967, 277, 559. — 18. *Hedley, A. J. és mtsai:* Brit. Med. J. 1970, 1, 519. — 19. *Klein, E.:* Nucl. Med. 1963, 3, 251. — 20. *Michie, W., Pegg, C. A. S., Pewsher, P. P.:* Brit. Med. J. 1972, 1, 13. — 21. *Myhill, J. és mtsai:* J. Clin. Endocrinol. Metab. 1961, 21, 817. — 22. *Nofal, N. M., Beyerwaltes, W. H., Patno, M. E.:* JAMA 1966, 197, 605. — 23. *Petrányi Gy.:* Autoimmun betegségek. Akadémiai Kiadó, Bp. 1974. 183. — 24. *Reboul, J. és mtsai:* Sem. Hôp. 1969, 45, 1884. — 25. *Reinwein, O. és mtsai:* German Med. Monthly. 1969, 14, 234. — 26. *Reveno, W. S., Rosenbaum, H.:* Ann. Intern. Med. 1964, 60, 982. — 27. *Rubensfeld, S. és mtsai:* Arch. Intern. Med. 1959, 104, 532. — 28. *Schneider, C.:* Strahlentherapie. 1965, 127, 65. — 29. *Sheline, G. E., Miller, G. O.:* Arch. Intern. Med. 1959, 103, 924. — 30. *Skillman, T. G., Mazzaferrri, E. L., Gwinup, G.:* Amer. J. Med. Sci. 1969, 257, 382. — 31. *Smith, R. N., Wilson, G. M.:* Brit. Med. J. 1967, 1, 129. — 32. *Silver, S., Delit, C., Eller, M.:* Progr. Cardiovasc. Dis. 1962, 5, 64. — 33. *Vanderlaan, W. O.:* Mayo Clin. Proc. 1972, 47, 962. — 34. *Werner, S. C., Coelho, B., Quimby, E. H.:* Bull. N. Y. Acad. Med. 1957, 33, 783.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
III. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Gráf Ferenc dr.)

Klinikai megfigyelések primaer hyperlipoproteinaemiában 218 eset kapcsán

Romics László dr., Szigeti Ágnes dr.,*
Varsányi-Nagy Mária és Gerő Sándor dr.**

Az utóbbi években a hyperlipoproteinaemia vizsgálata és befolyásolása a klinikus számára mindennapi gyakorlati feladattá vált. Erre elsősorban a hyperlipoproteinaemiának az ischaemiás cardiovascularis megbetegedésekkel kétségtelenül fennálló kapcsolata miatt került sor (5, 12, 17, 26, 34), de más betegségekben is jelentős tünetként értékelhető a zsírsanyagcsere zavara. A szaporodó terapiás eljárások helyes alkalmazása is mélyebb ismereteket igényel.

A vérben levő lipidek, a szabad és észterifikált koleszterin, a gliceridek (1–2% mono- és di-, a többi triglycerid), a phospholipidek és a nem észterifikált zsírsavak vízben oldhatatlanok. Fehérjéhez, az úgynevezett apoproteinhez, kötődve válnak oldhatóvá és ilyen formában vannak a keringésben. Ezek a lipoproteinek. Kivételt képeznek a nem észterifikált zsírsavak, melyeknek döntő többségét nem egy speciális apoprotein, hanem az albumin transportálja. A lipoproteinek fizikokémiai és immunológiai tulajdonságaik alapján több csoportra oszthatók (7) (1. táblázat). A lipoproteinek összetételét foglalja össze a 2. táblázat (22).

Korábban a primaer hyperlipoproteinaemiákat „essentialis hyperlipaemiá”-ra és „essentialis hypercholesterinaemiá”-ra osztották. Külön csoportot képeztek a különböző kórképek tüneteként jelentkező ún. secundaer hyperlipaemiák.

Az utóbbi években a hyperlipoproteinaemiák újabb felosztása terjedt el. *Fredrickson és mtsai* (7) annak alapján, hogy milyen densitású lipopro-

Jelenlegi munkahelyek:

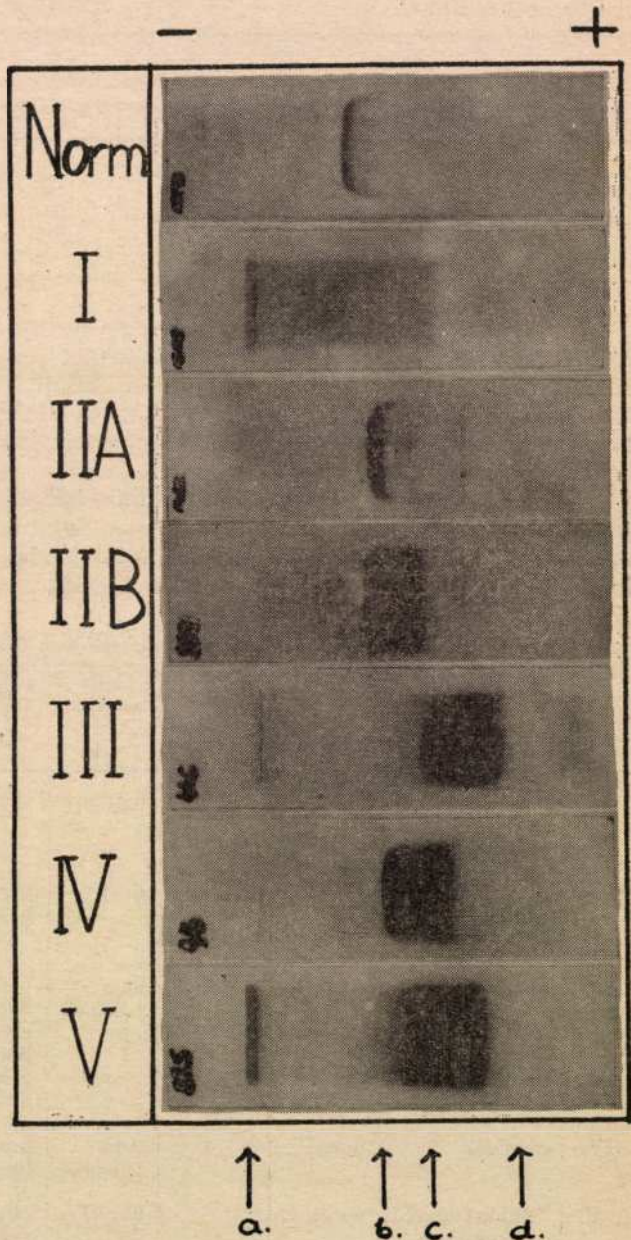
* Semmelweis Orvostudományi Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika.

** Egészségügyi Minisztérium, Arteriosclerosis Kutatócsoport.

tein fractio (vagy fractiók) szaporodnak meg, a hyperlipoproteinaemiákat több csoportra osztották. Ezt az osztályozást vette figyelembe a WHO által 1970-ben létrehozott bizottság is, mely elfogadta *Fredrickson és mtsainak* javaslatát, azzal a kiegészítéssel, hogy a II. típust IIA és IIB-re osztotta (1).

Ez a felosztás mind a primaer, mind a secundaer hyperlipoproteinaemiákra érvényes. Kivételt képez a biliáris obstructio következményeképpen létrejövő hyperlipoproteinaemia, mely a kórképre jellemző kóros lipoprotein, az LpX megjelenése által különálló secundaer hyperlipoproteinaemia fajtát alkot (32).

A primaer hyperlipoproteinaemiák lehetnek familiárisak, ezek öröklődésmenete csak részben tisztázott, de sporadikusan is előfordulhatnak (7, 13).



1. ábra.

Hyperlipoproteinaemia típusokra jellemző electrophoretogrammok (a: chylomicron; b: béta lipoprotein; c: praebéta lipoprotein; d: alpha lipoprotein)

Lipoproteinek	Analitikai Preparatív ultracentrifuga		Elektrophoretikus mobilitás	Mol. súly
	Sf*	densitás**		
Chylomikron	400—10 ⁵	0,95	feleseppentés helyén marad	200×10 ⁶ —4×10 ¹⁰
Nagyon alacsony densitású (very low density) prae-beta lipoprotein	20—400	0,95—1,006	alpha-2, „prae-beta”	6×10 ⁶ —100×10 ⁶
Alacsony densitású (low density) beta lipoprotein	0—20	1,006—1,063	beta	2,3×10 ⁶ —3,5×10 ⁶
Magas densitású (high density) alpha lipoprotein		1,063—1,25	alpha-1	175 000—360 000

* = Svedberg egység/10¹³cm/sec/din/g) ** = g/ml

Lipoproteinek összetétele

2. táblázat

Lipoprotein	Cholesterin %	Triglycerid %	Phospholipid %	Protein %
Chylomikron ...	6	86	6	2
VLDL	18	55	18	9
LDL	48	10	20	22
HDL	20	5	25	50

A következő táblázatban összefoglaljuk a hyperlipoproteinaemia típusok főbb biokémiai jellemzőit és a leggyakrabban előforduló klinikai tüneteket (3. táblázat). Az 1. ábrán saját eseteink közül, az egyes típusokra jellemző elektrophoretogramokat mutatjuk be.

Részletesebben jelenleg nincs módunk ismertetni a hyperlipoproteinaemia típusokat, utalunk az eredeti közleményekre (1, 7) és a hazai irodalomban megjelent ismertetésekre (13/a, 14, 37).

Anyag és módszer

218 primaer hyperlipoproteinaemiás beteg classificációját végeztük el a budapesti III. Belgyógyászati Klinikán a WHO által javasolt kritériumok szerint (1). Ezenkívül 51 nem hyperlipoproteinaemiás egyén esetében is elvégeztük a későbbiekben ismertetett, lipidanyagcserevel kapcsolatos vizsgálatokat. A betegek észlelése, az egy I. típusú hyperlipoproteinaemiás beteg kivételével, klinikánkon történt. A normolipoproteinaemiás csoportot olyan egyedek képezték, akik anyagcsere-megbetegedésben nem szenvedtek. Primaernek tekintettük a hyperlipoproteinaemiát akkor, ha a klinikai vizsgálatok során ki tudtuk zárni a következő lipidanyagcsere-zavart okozó kórképeket: diabetes mellitus, nephrosis syndroma vagy más okból létrejövő krónikus veseelégtelenség, obstructiós májbetegség, paraproteinaemia, krónikus alkoholizmus, hypothyreosis, és nem vettük figyelembe azokat a betegeket sem, akik antilipaemiás gyógyszereket vagy egyéb lipidanyagcserét befolyásoló gyógyszert szedtek (pl. anticoncipienszek).

A hyperlipoproteinaemiák egy részében szénhidrátanyagcsere-zavar is fennállhat. Elfogadva Sanbar (28) javaslatát, diabetesesnek tekintettük és kizártuk a vizsgálatból azokat a betegeket, akiknek éhomi vér-

Hyperlipoproteinaemia típusokra jellemző biokémiai eltérések és klinikai tünetek

3. táblázat

Típus	Serum áttetszősége	Serum		Cholesterin Triglycerid	Elektrophoresis (fokozottan festődő csík)	Glucose tolerancia	PHLPL aktivitás	Klinikai tünetek
		cholesterin	triglycerid					
I.	felül krémszerű chylomikron réteg, infranatan tisztta	norm. v.		0,2—0,1	chylomikron	norm.	csökkent v. nincs	Hasi fájdalom, hepatosplenomegalia, xanthoma eruptivum, lipaemia retinalis, pancreatitis
IIA.	tiszta	↑	norm.	9 > 1,5	beta lipoprotein	norm.	norm.	Xanthoma tendinosum et tuberosum, xanthesma palpebrarum, vascularis laesio, arcus corneae
IIB.	opalizál	↑ ↑	↑	nem jellemző	beta lipoprotein, prae-beta lipoprotein	norm.	norm.	Ugyanazok mint a IIA. típusban
III.	opalizál	↑	↑	≈ 1	„broad-beta” lipoprotein	norm. v. kóros	norm.	Xanthoma tubero-eruptivum, xanthoma striatum palmaris, vascularis laesio
IV.	opalizál	norm.	↑	nem jellemző	prae-beta lipoprotein	norm. v. kóros	norm.	Obesitas, vascularis laesio, hepatomegalia, xanthoma eruptivum
V.	felül krémszerű chylomikron réteg, infranatan opalizál	norm. v.		9 > 0,15, de < 0,6	chylomikron, prae-beta lipoprotein	norm. v. kóros	norm. v. csökkent	Ugyanazok mint az I. típusban

PHLPL: post-heparin lipoprotein lipase

cukor értéke kóros volt, vagy glycosuriát tudunk kimutatni.

A vérvétel 14 órás éhezést követően történt. A serumban meghatároztuk az össz-cholesterin (továbbiakban *cholesterin*) (25) és triglycerid (36) koncentrációját, valamint agarose gel elektroforesist végeztünk (21). Ha ezek alapján III. típus lehetősége merült fel, azt polyacrylamid lemez elektroforesissal bizonyítottuk vagy zártuk ki (10). Chylomikronaemia esetén az I. és V. típus elkülönítésére a post-heparin lipoprotein-lipase aktivitás meghatározását használtuk fel (2).

Goldstein és mtsainak (12) adatait figyelembe véve kórosnak tekintettük a cholesterin koncentrációját, ha nagyobb volt mint 310 mg/100 ml és a triglycerid szintet, ha nagyobb volt mint 220 mg/100 ml. Számbavettük még klinikánkon korábban (27) és jelenleg a normolipaeimiás egyének esetében elvégzett

meghatározásokat is. Ha ezeket az eredményeket veszzük figyelembe, az általunk alkalmazott lipid szint határértékek a vérben minden esetben meghaladták az átlagos concentratio + 2SD értékét.

Agarosa gel electrophoretogramokat Zeiss—ERI automatikus fotodensitometerrel értékeltük, a lipoprotein fractiók arányát százalékban fejeztük ki.

Eredmények

A primaer hyperlipoproteinaemiában szenvedő 218 beteg típusonkénti megoszlása sorrendben a következő: 90 IV. típusú (41%), 69 IIB típusú (31,6%), 41 IIA típusú (18,8%), 15 V. típusú (6,8%), 2 III. típusú (0,9%) és 1 I. típusú (0,45%). A IIA típus nőknél, a hypertriglyceridaemiával járó típusok (IIB—IV—V.) előfordulása férfiakban gyakoribb.

4. táblázat

A normolipoproteinaemiás egyedekben és a típusonként és nemenként felosztott hyperlipoproteinaemiás betegekben talált serum cholesterin és triglycerid concentratio, valamint a lipoproteinek %-os megoszlása

Típus	Átlagos életkor	Cholesterin mg/100 ml	Triglycerid mg/100 ml	Cholesterin Triglycerid	Elektrophoresis		
					Beta %	Prae-beta %	Alpha %
Norm. n = 51	49	208	131	1,65	52,4	27,2	20,4
		±25*	±31	±0,5	±9,9	±8,9	±8,0
		212	127	1,78	53,2	25,4	20,8
nő n = 18		±38	±35	±0,6	±10,7	±9,5	±8,6
		218	118	2,10	54,5	23,3	21,5
		±24	±40	±0,8	±12,0	±10,0	±9,3
I. n = 1	16	304	5120	0,06	**		
		nő n = 1					
IIA. n = 41	56	326	153	2,19	62,3	27,0	10,6
		±24	±26	±0,4	±12,1	±11,1	±7,7
		341	125	2,43	60,7	25,1	13,9
nő n = 25		±37	±33	±0,3	±10,6	±9,7	±7,4
		350***	102***	2,58	59,6	24,3	16,1
		±41	±42	±0,9	±9,8	±8,6	±7,3
IIB. n = 69	55	342	296	1,33	47,5	42,9	8,8
		±82	±78	±0,24	±7,9	±7,8	±4,5
		331	284	1,27	48,0	41,8	9,9
nő n = 29		±66	±82	±0,4	±8,8	±7,9	±5,1
		320	276	1,22	48,9	40,2	10,9
		±128	±68	±0,38	±9,3	±8,2	±5,8
III. n = 2	54	536	400	1,34	92**		8,0
		543	435	1,2	88		12
nő n = 1		550	470	1,17	84		16
IV. n = 90	53	288	483	0,68	39,0	52,3	9,2
		±62	±259	±0,3	±6,1	±6,2	±3,6
		299	467	0,69	40,6	50,2	9,4
nő n = 26		±107	±263	±0,2	±8,2	±8,6	±4,9
		313	446	0,73	43,3	47,3	10,1
		±135	±268	±0,2	±9,6	±12,1	±5,9
V. n = 15	46	409	1932	0,22	**		
		±171	±883	±0,07			
		421	1770	0,26			
nő n = 5		±203	±829	±0,01			
		447	1447	0,35			
		±154	±678	±0,1			

* $\bar{X} \pm SD$. ***: nemek közötti különbség $p < 0,05$. **: Az I. és V. típus esetében az elektroferogrammok densitometriás kiértékelése csak igen nagy hibahatárral végezhető el, ezért eltekintünk ettől. A III. típusban a beta és praebeta csak nem választható el.

	T í p u s					
	I.	IIA.	IIB.	III.	IV.	V.
Xanthoma tendinosum		1				
Xanthoma tuberosum		2	1			
Xanthoma eruptivum					2	8
Xanthelesma						
palpebrarum ²		12	4		2	2
Arcus cornealis +		16	13		4	1
Lipæmia retinalis	1					6
Hepatomegalia	1		10	1	44	12
Hepato-splenomegalia					1	3
Hasi görcsök	1				6	10
Pancreatitis acuta						4**
Obesitas*		14	23		33	4

* = Broca index > 10.

z = normolipidaemiás egyeden is előfordulhat (24).

+ = csak fiatalokban értékelhető pathológiás tünetként(6)

** = a 4 esetből egyet magunk észleltünk, három esetben a pancreatitist más kórházak zárójelentései igazoltak.

A nők átlagos cholesterin koncentrációja a normolipoproteinaemiás csoportban, a IIA, IV. és V. típusban magasabb volt, mint a férfiaké. A triglycerid szint a férfiakban volt magasabb a normolipoproteinaemiás csoportban, a IIA, IIB, IV. és V. típusban. A különbség csak a IIA típusban volt significans.

A hypercholesterinaemiával és normális triglycerid szinttel járó IIA típusban nő a főleg cholesterint transportáló beta-lipoprotein aránya, a hypertriglyceridaemiával járó típusokban a triglyceridben gazdag prae-beta-lipoprotein fractio megszorodása figyelhető meg (4. táblázat).

A különböző hyperlipoproteinaemia típusokban előforduló klinikai tünetek gyakoriságát mutatja az 5. táblázat.

Megbeszélés

Eredményeink tárgyalása előtt előre szeretnénk bocsátani azokat az általános tényezőket, amelyek hozzájárulhatnak az irodalomban található, némileg eltérő eredményekhez.

1. A vizsgált embercsoportok összetétele nem volt homogen. *Lewis és mtsai* (18/a) válogatott, egészséges egyedekben, *Brown és Danais* (3), *Gibson és Whorton* (11), *Wood és mtsai* (38) egészségesnek tartott egyedekben, *Patterson és Slack* (23), *Rechenberger és Kröning* (26) infarctus myocardii-t átélt és coronariasclerotikus betegekben, *Nikkilä és Aro* (20) infarctusos betegek első fokú rokonaiban vizsgálta a hyperlipoproteinaemia típusok előfordulását.

2. Nem egységesen határozták meg a normális és kóros cholesterin és triglycerid concentratio közötti határt (3, 26).

3. Különböző hordozóanyagban történt a lipoproteinek electrophoresise; papír- (30), agarose- (3), cellulose acetat membran (17).

4. Néhány közleményben a IV. és V. típusúak között klinikailag egyértelműen diabetes hyperlipoproteinaemiában szenvedő betegek is szerepelnek (11, 39).

Mindezek mellett a szerzők többsége (3, 11, 17, 26, 38, 39), saját vizsgálati eredményeinkkel

megegyezően, a IV. típus előfordulását találta a leggyakoribbnak. Kivételt képez *Nikkilä és Aro* (20) megfigyelése, mely szerint control egyedekben és infarctusos betegekben is azonos arányban fordul elő a IV. és IIA és utánuk következik a IIB típus. *Lewis és mtsai* (18/a) egészségesnek tartott egyedekben ugyancsak azonos százalékbán talált IIA és IV. típusú egyént, amit a IIB típus követett gyakoriságban.

Klemens és mtsai (17), valamint saját megfigyeléseink szerint is a IV. típust a IIB, majd a IIA követi. Ettől *Wood és mtsai* (38), *Brown és Danais* (3), *Gibson és Whorton* (11) és *Wollenweber és mtsai* (39) eredménye csak annyiban tér el, hogy ezen szerzők a II. típust nem osztották a IIA és IIB-re, így a IV. típust az összevont II. típus követi gyakoriságban.

Az I., III. és V. típus a ritkán előforduló hyperlipoproteinaemia fajták közé tartozik.

Fredrickson (9) 1972-ig 34 biztosan igazolt I. típusú beteg adatait foglalta össze. Azóta 4 újabb esetről van tudomásunk (16, 31), beleszámítva a *Székely és mtsai* (35) által közölt hazai esetet is.

Megfigyeléseink szerint a III. típus 0,9%-ban fordult elő. Ez nagyságrendileg megegyezik az utóbbi években közölt 0,8–2,4%-os előfordulási aránnyal (3, 11, 17, 38), amitől csak *Schatz* (30) észlelése tér el, aki hyperlipoproteinaemiás eseteinek 5,5%-ában mutatott ki III. típust.

Az utóbbi adattal kapcsolatosan megjegyezzük, hogy korábbi felmérések során talált magasabb előfordulási arányt az magyarázza, hogy III. típusba sorolták mindazon eseteket, melyben hypercholesterinaemia + hypertriglyceridaemia és az electrophoretogrammon egy nem jól szétváló beta és prae-beta csík volt látható. A mai álláspont az, hogy a III. típust jellemző kóros beta-lipoprotein („floating-beta”) jelenlétét ultracentrifugával végzett vizsgálattal, vagy kétféle electrophoresissel kell igazolni (papír-, agarose- vagy cellulose acetat membran + polyacrylamid lemez electrophoresis). Mi agarose gel + polyacrylamid lemez electrophoresist alkalmaztunk a III. típus azonosítására.

Az V. típus gyakoriságában található a legnagyobb eltérések. Mi 6,8%-ban tudtuk kimutatni, mások (17, 26, 30) már csak 0,4–5,5%-ban, sőt *Brown és Danais* (3), valamint *Gibson és Whorton* (11) egyet sem találtak nagyszámú hyperlipoproteinaemiás betegek között. Ezt az eltérést magyarázni nem tudjuk. Minthogy az V. típus manifestációjában a kalória-fogyasztásnak is jelentősége van, felvetődik annak a lehetősége, hogy az általunk talált gyakoribb előfordulás összefügg a Magyarországon köztudottan magas egy főre eső kalóriabevittel.

V. típusos betegek esetében meghatározott postheparin lipoprotein lipase aktivitás az esetek egy részében a normálisnál kisebb volt.

A nemek szerinti megoszlást illetően saját eredményeink megegyeznek *Brown és Danais* (3), *Gibson és Whorton* (11), *Wood és mtsai* (38) és *Wollenweber és mtsai* (39) megfigyeléseivel, mely szerint a IV. típus férfiakban, a II. típus nőkben gyakoribb.

A típusokba osztott betegek típusonkénti átlagos cholesterin és triglycerid szintjét és a cho-

lesterin/triglycerid hányadost *Fredrickson* (8) nagyszámú hyperlipoproteinaemiás beteg vizsgálata során nyert adataival tudjuk összehasonlítani. Eltérés csak a II. típusban van, ahol a koleszterin/triglycerid hányados értéke magasabb (3,82), mint a mi vizsgálataink során kapott érték, még akkor is, ha saját eredményeink közül csak a IIA típusban talált viszonyszámot (2,43) vesszük figyelembe.

A 101 (IIA + IIB) primaer hypercholesterinaemiás beteg közül csupán két esetben találtunk 600 mg/100 ml fölötti szintet. *Sanbar* (28) és *Klemens és mtsai* (17) szerint ezek homozygotáknak tekinthetők, egyik esetben a familiaritást is bizonyítani tudtuk. A fenti szerzők szerint primaer, familiáris esetekben heterozygotákban 300–600 mg/100 ml, homozygotákban 600 mg/100 ml fölött van a koleszterin szint. Más felmérések (11, 17) sem találtak gyakoribbnak az ilyen nagymértékű hypercholesterinaemia előfordulását.

Monozygota frekvenciával kapcsolatban értékelhető eredményhez jutni csak gyermekkorban végzett szűrővizsgálatok alapján lehetne, minthogy ezek nagy része nem éri meg a középkort a vasculáris szövődmények miatt, amint ezt *Hunyadi és mtsai* (15) egyik esete is példázza. (A betegek életkora 22, ill. 27 év volt.)

Több munkacsoport (4, 18, 27, 28) találta nőkben (főleg menopausában) magasabbnak az átlagos koleszterin szintet. Mások a nemek közti eltérést nem találták significansnak (3, 19, 38). Mi a IIA, IV. és V. típusban találtuk magasabbnak a nők serum koleszterin szintjét, de csak a IIA típusban volt significans a differentia.

Szembetűnőbb a nemek közti különbség a triglycerid szint tekintetében. Az irodalom szerint, saját eredményeinkkel megegyezően, hypertriglyceridaemiában és normális lipid szint mellett is magasabb a triglycerid concentratio férfiakban (3, 4, 18, 18/a, 29, 38).

A methodikailag nem egységesen végzett electrophoretikus vizsgálatok miatt alig van összehasonlításra alkalmas adat az irodalomban. Eredményeinket *Patrassi és Crepaldi* (22) megfigyeléseivel vethetjük össze, akik ugyancsak agarose-gel electrophoresis segítségével végezték vizsgálataikat. Különbség a lipoproteinek százalékos megoszlásában a IIB típus esetében látható, de a kis esetszámban végzett vizsgálatok miatt ez nem értékelhető.

A klinikai tüneteket elemezve feltűnő, hogy a különböző xanthomák és xanthelasma előfordulása ritka, mások felméréseihez hasonlóan (19, 24). Részben magyarázatként szolgálhat az, hogy az általunk vizsgált betegek között alig volt nagyfokban hypercholesterinaemiás beteg. Azon két beteg, akiken a xanthoma tendinosumot és tuberosumot találtuk, a koleszterin concentrációja 710 és 650 mg/100 ml volt.

Nem találtunk bőrjelenséget néhány nagymértékben hypertriglyceridaemiás, IV. típusú beteg esetében sem.

Az obesitas előfordulásával kapcsolatban eredményeink nem támogatják a sokak által közölt

megfigyelést, hogy az obesitas gyakran társul a IV. és V. típushoz. Mi az obesitas előfordulását a normolipaeamiás egyedekben 31, a IIA típusban 34, a IIB típusban 33, a IV. típusban 39, az V. típusban 26%-ban találtuk. Az eltérést az is okozhatja, hogy betegeink többségének életkora az 5–6. évtizedben volt, mely a testsúlygyarapodás egyébként is jellegzetes időszaka.

Nem találtunk számszerű adatokat a hepato-, ill. hepato-splenomegalia előfordulásával kapcsolatban, noha számos tanulmány az I., IV. és V. típus gyakori tüneteként említi. Hat IV. típusú beteg esetében percután máj-biopsiával nyert szövet fénymikroszkópos vizsgálata során steatosis hepaticus találtunk.

Összefoglalás. A szerzők 218 primaer hyperlipoproteinaemiás beteg (= 100%) osztályozását végezték el a WHO által elfogadott kritériumok alapján. A típusok előfordulásának százalékban kifejezett gyakorisága a következő volt: IV. típus 41, IIB típus 31,6, IIA típus 18,8, V. típus 0,9 és az I. típust 0,45%-ban tudták kimutatni.

IRODALOM: 1. *Beaumont, J. L. és mtsai:* Bull. Wld. Hlth. Org. 1970, 43, 891. — 2. *Boberg, J.:* Lipids. 1970, 5, 452. — 3. *Brown, D. F., Danais, K.:* Circulation. 1973, 47, 558. — 4. *Carlson, L. A.:* Acta Med. Scand. 1968, suppl. 493. — 5. *Carlson, L. A., Böttiger, L. E.:* Lancet. 1972, I, 868. — 6. *Forins, H.:* Acta Ophthalm. 1954, suppl. 42. — 7. *Fredrickson, D. S. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1967, 276, 32., 94., 148., 215., 273. — 8. *Fredrickson, D. S.:* in Kritchevsky, D., Holmes, W. L.: Am. J. Clin. Nutr. 1969, 22, 654. — 9. *Fredrickson, D. S.:* in Stanbury, J. B. és mtsai: The metabolic basis of inherited disease. McGraw Hill Book Co., New York, Toronto, Sydney, London. 3rd Ed. 1972. 437. — 10. *Frings, C. S. és mtsai:* Clin. Chem. 1971, 17, 111. — 11. *Gibson, T. C., Whorton, E. B.:* J. Chron. Dis. 1973, 26, 227. — 12. *Goldstein, J. L. és mtsai:* J. Clin. Invest. 1973, 52, 1533. — 13. *Goldstein, J. L. és mtsai:* J. Clin. Invest. 1973, 52, 1544. — 13/a. *Góth E.:* Orvostudomány Aktuális Problémái. 1971, 1, 75. — 14. *Gottwald, G.:* Magyar Belorv. Arch. 1970, 23, 59. — 15. *Hunyadi J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1974, 115, 145. — 16. *Keinan, Z. és mtsai:* Israel J. Med. Sci. 1973, 9, 185. — 17. *Klemens, U. H. és mtsai:* Klin. Wschr. 1972, 50, 139. — 18. *Leren, P., Haabrekke, O.:* Acta Med. Scand. 1971, 189, 561. — 18/a. *Lewis, B. és mtsai:* Lancet. 1974, I, 141. — 19. *Miettinen, T. A., Aro, A.:* Ann. Clin. Res. 1973, 5, 1. — 20. *Nikkilä, E. A., Aro, A.:* Lancet. 1973, I, 954. — 21. *Noble, R. P.:* J. Lipid Res. 1968, 9, 693. — 22. *Patrassi, G., Crepaldi, G.:* Le iperlipoproteinemie. Edizioni L. Pozzi, Roma, 1971, 120. — 23. *Patterson, D., Slack, D.:* Lancet. 1972, I, 393. — 24. *Polano, M. K.:* Nutr. Metab. 1973, 15, 107. — 25. *Rappaport, F., Eichhorn, F.:* Clin. Chim. Acta. 1960, 5, 161. — 26. *Rechenberger, J., Kröning, G.:* Zschr. inn. Med. 1973, 28, 728. — 27. *Rétsági Gy., Keller L.:* Orv. Hetil. 1964, 105, 2225. — 28. *Sanbar, S. S.:* Riskofaktor Hyperlipidämie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York. 1972. 80. — 29. *Schaefer, L. E.:* Am. J. Med. 1964, 36, 262. — 30. *Schatz, I. J.:* JAMA. 1969, 210, 701. — 31. *Schoenborn, W. és mtsai:* in Berg, G.: Hyperlipidämien. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971, 28. — 32. *Seidel, D. és mtsai:* J. Clin. Invest. 1969, 48, 1211. — 33. *Steinberg, D.:* Circulation. 1972, 45, 247. — 34. *Stone, M. C., Dick, T. B. S.:* Brit. Heart J. 1973, 35, 954. — 35. *Székely Á. és mtsai:* Gyermekgyógy. 1973, 24, 479. — 36. *Varsányi-Nagy M.:* Orv. Hetil. 1974, 115, 453. — 37. *Virág S.:* Orvostudomány Aktuális Problémái. 1971, 2, 69. — 38. *Wood, P. D. S. és mtsai:* Circulation. 1972, 45, 114. — 39. *Wollenweber, J. és mtsai:* Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 463.

Lázás szövődmények császármetszés után

Zoltán István dr., Horváth II. Sándor dr.
 és Illei György dr.

Az anyai és magzati prophylacticus javallatok figyelembevételével a császármetszés gyakorisága az elmúlt évtizedekben jelentősen emelkedett és döntő szerepet játszott a perinatalis eredmények javításában. Nem ritkán azonban lázas szövődmények jelentkeznek az anya részéről a postoperatív szakban, melyekre a nemzetközi irodalomban találunk figyelemre méltó adatokat. Így *Hofer és mtsai* a császármetszés utáni postoperatív szakban 30,4%-ban lázas, 10,4%-ban súlyos lázas szövődményt figyeltek meg, míg *Moro és Andrews* anyagában a lázas postoperatív szak előfordulási gyakorisága 29,2% volt. *Gibbs és mtsai* 63%-os lázas szövődményről számoltak be. A szerzők a lázas állapot kialakulásának okaként elsősorban endometritist, sebgyógyulási zavart, húgyúti fertőzéseket említettek. A fertőzést leggyakrabban *E. coli* bacterium hozta létre (1, 2, 3, 4).

Véleményünk szerint a fertőzésért felelős kórokozók a hüvelyből származhatnak, és esetleg már a terhesség végén amnionitist, chorioamnionitist hozhatnak létre. Ezt erősíti meg *Moro* adata, aki a császármetszés kapcsán 95 lepény bakteriologiai vizsgálatát végezte el, és közülük 18-at talált fertőzöttnek, ami 18,9%-os gyakoriságnak felel meg. A fertőzött lepényű betegeken 33%-ban észlelt lázas szövődményt a postoperatív szakban (4). E gondolat tisztázása érdekében végeztük el vizsgálatainkat.

Anyag és módszer

1973. szeptember 1. és 1975. január 1. közötti időszakban osztályunkon 300 császármetszést végeztünk. Az említett időszakban 3447 szülés zajlott le. A császármetszés frequentiája tehát 8,73%.

Valamennyi betegünktől a műtét előtt steril feltárásban az endocervicalis csatornából váladékot vettünk bakteriologiai és resistencia-vizsgálatra. A váladéklevétel „gége-tampon”-nal történt, és a tampont azonnal bouillonba helyeztük. Ezután kórházunk bakteriologiai laboratóriumába küldtük, ahol termosztátban 37 °C-on 6 órán át inkubálták, majd leoltást végeztek „véres agar”, „csokoládé agar”, „Endo” és módosított „Russel”-táptalajra. A leoltással egy időben az érzékenységi vizsgálat is megkezdődött „Biotest” koronggal a „csokoládé agaron”. A 24 órás incubációt követte ezután a leolvasás, tehát egyrészt a bacterium-fajta azonosítása, másrészt az érzékenység megállapítása. A táptalajok a Humán által forgalomba hozott porított táptalajból készültek előírás szerint.

Postoperatív lázas állapot esetén a bakteriologiai és resistencia-vizsgálatot megismételtük. Húgyúti infectio lehetősége miatt valamennyi lázas állapot esetén vizelet-bacteriologiai, és gyanú esetén a respiratoricus rendszer vizsgálatára köpet-bacteriologiai vizsgálatot is végeztünk.

A prophylacticusan adott antibioticus kezelés hatékonyságát 30 esetben vizsgáltuk. 3 napig adtuk Chloramphenicol 2 g/die adagban a postoperatív szak első napjától im. injekció formájában. A prophylaxis hatékonyságának vizsgálatán kívül valamennyi lázas betegünknél célzott antibioticus kezelést végeztünk.

Betegeink közül lázas szövődményként azokat értékeltük, akiknek esetében a postoperatív szak második napjától számítva legalább 2 napon át a hőmérséklet 38 °C fölé emelkedett. Súlyos lázas szövődmény esetén a lázas állapot legalább 3 vagy több napig is fennállt.

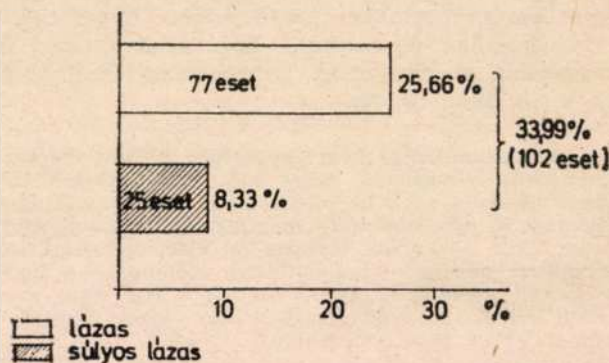
Eredmények

Az első és a második műtétek százalékos megoszlását foglaltuk össze az 1. táblázatban.

1. táblázat
 Az első és a második műtétek megoszlása

II. császármetszés	I. császármetszés	Összes császármetszés
114 (38%)	186 (62%)	300 (100%)

A lázas és súlyos lázas szövődmények előfordulási gyakoriságát mutatja az 1. ábra. A lázas, ill. súlyos lázas szövődmények együttes előfordulása: 33,99%.



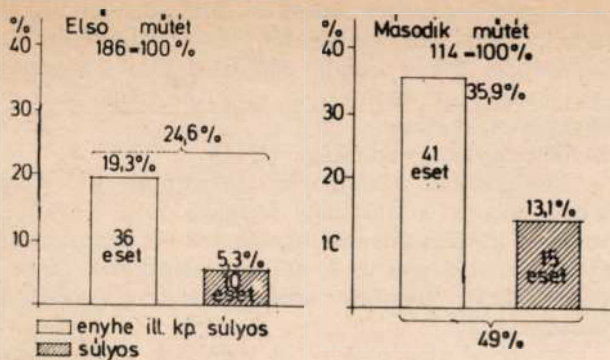
1. ábra

A második műtétek után mind a lázas, mind a súlyos lázas szövődmények gyakorisága emelkedik (2. ábra).

Műtét előtt a cervix-váladék steril csak 11%-ban volt. 89%-ban fertőző csírok jelenlétét tudtuk kimutatni (2. táblázat).

A műtét előtt steril eredményt adó leoltások között a postoperatív szakban a lázas, ill. súlyos lázas szövődmények lényegesen ritkábban fordultak elő (3. táblázat).

A lázas, ill. súlyos lázas szövődmények esetén a steril lochia bakteriologiai lelet feltűnően alacsony (4. táblázat).



2. ábra.

2. táblázat
Műtét előtt végzett cervix bakteriológiai vizsgálatok eredményei

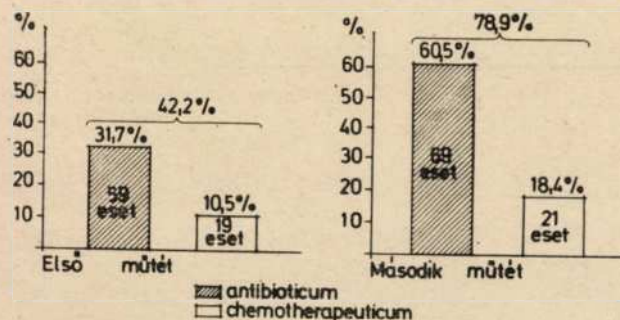
Steril	E. coli	Monilia alb.	Staphylococcus albus	Proteus vulg.	Klebsiella
11% (33)	62,3% (187)	16% (48)	(27) 9%	1% (3)	0,66% (2)

3. táblázat
Műtét előtti bakteriológiai lelet és a postoperatív szak összefüggése

	Steril	E. coli	Monilia alb.	Staphylococcus	Klebsiella	Proteus vulg.
Lázatlan	13,6% (27)	46,9% (93)	15,1% (30)	3% (6)	0%	0%
Lázás	6,4% (5)	90% (70)	11,6% (9)	9% (7)	0%	0%
Súlyos lázas	4% (1)	96% (24)	36% (9)	56% (14)	8% (2)	12% (3)

4. táblázat
Lázás szövődmények esetén a gyermekágyi lochia bakteriológiai lelete

	Steril	E. coli	Monilia alb.	Staphylococcus albus	Klebsiella	Proteus vulg.
Lázás állapot	4,0% (3)	96,1% (74)	11,6% (9)	20,7% (16)	2,5% (2)	4,0% (5)
Súlyos lázas állapot	0% (0)	96% (24)	36% (9)	40% (10)	12% (3)	20% (3)



3. ábra.

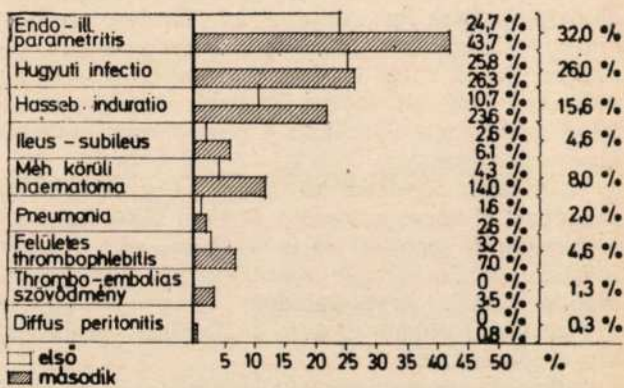
Az antibioticum és chemotherapeuticum felhasználására a postoperatív szakban az esetek rendkívül magas hányadában volt szükség (3. ábra).

Az antibioticumok hatékonysági sorrendjét mutatja a 4. ábra.

Ampicillin	85%
Mycerin sulph.	73,4%
Tetracyclin	70,2%
Gentamycin	66%
Penicillin	54%
Streptomycin	
Chlorocid	12%

4. ábra.

Postoperatív szövődményeket az 5. ábrán foglaltuk össze. Feltűnő az endo-, ill. parametritis, valamint a húgyúti infekciók számának gyakorisága.



Az ápolási napok száma a második műtétek után significánsan magasabb (5. táblázat).

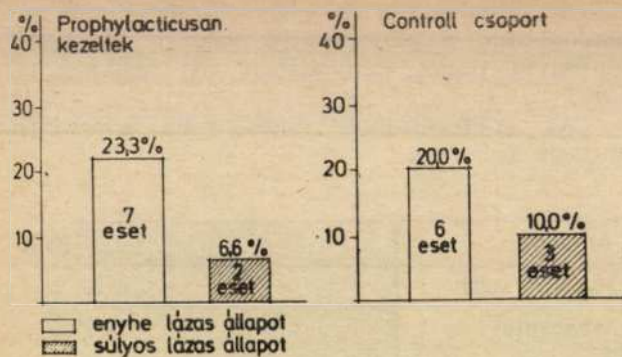
5. táblázat
Az ápolási napok számának alakulása

Első műtét	9,8 nap
Második műtét	13,1 nap

A Chlorociddal végzett antibioticus prophylaxis a lázas szövődmények előfordulási gyakoriságát számottevően nem változtatja meg (6. ábra).

Megbeszélés

Az első műtétek után magas, a második műtétek után különösen magas a lázas postoperatív szak előfordulása. A lázas állapotok kialakulásáért az esetek többségében endo-, ill. parametritis, húgyúti infectio, ill. a második műtétek sebgyógyulási zavara szerepel.



6. ábra.

A leggyakoribb kórokozó az *E. coli*, mely a lázas esetek 96%-ában jelen volt a postoperatív ketetben is. A coli azonban olyanokon is található volt a praeeoperatív bakteriologiai leletben, ahol a későbbiek folyamán lázas állapot nem alakult ki. A coli pozitív leletek 50,2%-a lett a postoperatív időszakban lázas!

A lázas állapot súlyosságával párhuzamosan emelkedett a staphylococcus, klebsiella és proteus előfordulásának gyakorisága is. Minden esetben, amikor klebsiella vagy proteus a praeeoperatív ketetben jelen volt, a beteg súlyos lázas szövődémmel gyógyult. A praeeoperatív staphylococcus leletek 97%-ban alakult ki a postoperatív szakban lázas szövődémmel.

Az eredményekből következik, hogy a coli önmagában is képes az esetek felében lázas fertőzést létrehozni és egyúttal az is világossá vált, hogy a műtetre kerülő betegek mindössze kb. egytized részében steril a cervix-váladék.

A Chlorociddal végzett antibioticus prophylaxis eredménytelen.

A praee- és postoperatív bakteriologiai és érzékenységi vizsgálatok eredményei azonosságot mutatnak, tehát a praeeoperatív bakteriologiai lelet alapján készített antibiogramm alkalmas a betegek célzott antibioticus kezelésére.

Minden ismételt sectio caesarea különösen nagy kockázatot jelent a postoperatív fertőző szempontjából. Ezért lehetőleg minden esetben, de második császármetszés esetén feltétlenül elengedhetetlennek tartjuk a cervix-váladék műtét előtti bakteriologiai vizsgálatát.

Az irodalmi adatok szerint csak Kanamycin, Cefalotin vagy más hasonlóan széles spectrumú antibiotikumoktól várható prophylacticus alkalmazás esetén eredmény.

Moro és Andrews Keflinnel végzett profilaxis esetén 8, *Gibbs* Ampicillin és Kanamycin adása esetén 25%-ban talált anyagában lázas szövődémmel. A kontroll csoportokban lényegesen magasabb, 29,2%, ill. 63% volt a lázas szövődémmel gyakorisága (1, 4).

Módszerünk alkalmazása a műtét után 48 órával célzott antibioticus kezelést tesz lehetővé. Annál is inkább jelentős ez, mert a láz rendszerint a postoperatív szak 3., 4. napján jelentkezik. A betegek célzott kezelését tehát idővesztés nélkül elkezdhetjük.

A vizsgálatok elvégzését indokolja az is, hogy a láz oka az esetek 46,7%-ában a műtét területében volt megtalálható.

A mondottak miatt is területi gondozómunkánk fontos részének kell tekinteni a III. trimeszter elején a hüvelyváladék cytologiai vizsgálatát a hüvelyflóra tisztázására minden terhesen. Kórokozó jelenlétekor az infectio megszüntetését még a szülés előtt szükségesnek tartjuk.

A húgyúti fertőzések számának csökkentése érdekében törekedni kell a csapolások számának csökkentésére, és a gyakori csapolás helyett célszerűbb, és az infectio szempontjából kisebb veszélyt jelent az állandó katéter behelyezése. Szükséges továbbá a műtét utáni első csapolásból vizeletet küldeni bakteriologiai vizsgálatra.

Adataink feltűnően megegyeznek az Egyesült Államok, a Német Szövetségi Köztársaság és a Német Demokratikus Köztársaságból származó adatokkal, tehát nem helyi tényezők különös szerepéről van szó.

Összefoglalás. A szerzők 300 császármetszés előtt elvégezték a méhnyak bakteriologiai vizsgálatát, és csak 11%-ban találták sterilnek. A lázas postoperatív szövődémmel magas előfordulási gyakorisága (33,99%) és a cervix, ill. gyermekágyi lochia bakteriologiai vizsgálatának eredményei között (fertőzött 89%) szoros összefüggést találtak. Felhívják a figyelmet arra, hogy a lázas postoperatív szövődémmel számának csökkentése érdekében a terhesség III. trimeszterében a bakteriologiai vizsgálatot célszerű elvégezni, és a hüvelyi fertőzést a szülés idejére sanálni.

IRODALOM: 1. *Gibbs, R. S., Hunt, J. E., Schwarz, R. H.*: Am. J. Obstet. Gynecol. 1973, 117, 419. — 2. *Hofer, G., Nagl, F., Grob, F.*: Geburtsh. u. Frauenheilk. 1974, 34, 829. — 3. *Joschko, R.*: Zbl. Gynäk. 1974, 96, 1553. — 4. *Moro, M., Andrews, M.*: Obstet. Gynaec. 1974, 44, 688.

Győr-Sopron megyei Tanács Kórháza, Győr,
Kóronctani Osztály (főorvos: Szabó Zsolt dr.)
és Gyermekosztály (főorvos: Méhes Károly dr.)

A köldökzsínór ereinek vizsgálata különböző fejlettségű újszülöttekben

Szabó Zsolt dr., Meggyesy Veronika dr.,
Tóth Péter dr. és Méhes Károly dr.

A köldökzsínór ereinek vizsgálatáról az utóbbi években egyre több közlemény számolt be. Bebizonyosodott ugyanis, hogy az egyik art. umbilicalis aplasiája gyakran társul különböző fejlődési rendellenességekhez és így a köldökzsínór vizsgálata nyomán a születéskor nem feltűnő belsőszervi abnormitások esetleg korábban felfedezhetők (1, 3, 4, 9, 10, 14, 15, 17).

Froehlich és Fujikura (7) csaknem 40 000 gyermekre kiterjedő utánvizsgálatai kimutatták, hogy az egy art. umbilicalissal járó esetekben valóban több a súlyos, gyakran lethalis fejlődési rendellenesség és nagyobb a perinatalis mortalitás, de a látszólag ép túlélőkben később a lágyéksérvtől eltekintve nem jelentkezik az átlagnál több anomalia. A legtöbb felmérésben az is kiderült, hogy a külsőleg tünetmentes köldökér-aplasiás újszülöttek súlya az átlagnál kisebb és az ilyen csecsemők jelentős része intrauterin hypotrophia, dysmaturitas jeleivel kerül világra (1, 2, 3, 7, 11).

Mivel a magzat intrauterin fejlődése a gyakorlat szempontjából bennünket is foglalkoztató kérdés (16), vizsgálatokat végeztünk a születési súly és terhességi kor, valamint a köldökerek száma és átmérője közötti esetleges összefüggések tisztázására. Megfigyeléseinkről az alábbiakban számolunk be.

Beteganyag és módszer

Vizsgálataink első részében makroszkópos megtekintéssel értékeltük 2176 egymás után született, válogatás nélküli élő újszülött köldökzsínór-részletét, mely a csecsemő bőrköldökétől 7–10 cm távolságra levő szakasznak felelt meg. Amennyiben az átmetseten háromnál több vagy kevesebb éret gyanítottunk, a funiculus-darabot szövettanilag is feldolgoztuk.

Vizsgálataink második részében 105, 33–43. hét terhességi korú és 1750–4900 g súlyú újszülött kö-

dökzsínór-részletéből haematoxylin—eosin festésű metszeteket készítettünk. A beágyazást és metszést úgy végeztük, hogy az erekből lehetőleg haránt át-metszeteket kapjunk. Mikroszkóposan értékeltük az erek számát, okulármikrométerrel megmértük legnagyobb és legkisebb külső és belső átmérőjüket, regisztráltunk továbbá minden kóros vagy szokatlan elváltozást (thrombosis, oedema, beszűródés stb.). A histológiai értékelés „vakon” történt, a leleteket csak a vizsgálat végén, utólag vetettük össze az újszülöttek adataival.

Eredmények

1. A köldökerek száma

A 2176 újszülöttből 19 esetben merült fel makroszkópos megtekintéssel az egyik art. umbilicalis aplasiájának gyanúja. A szövettani vizsgálat ebből 5 alkalommal, tehát az összes újszülött 0,23 százalékában igazolta az egyik ér hiányát. Egyhetes koráig mind az 5 csecsemő tünetmentes volt.

2. A köldökerek átmérője

Az okulármikrométerrel mért külső és belső átmérők elemzése igen nehéznek bizonyult. A rögzítés és metszés során jelentős műtermékképződéssel találkoztunk, elsősorban az intima bedomborodását és az érfalvastagság egyenetlenségeit tekintve. Ezért a belső átmérők mérésekor alig reprodukálható értékeket kaptunk. A külső átmérők mérése ezzel szemben megbízhatónak mutatkozott, és különösen jól ellenőrizhető volt, ha a három ér legnagyobb külső átmérőjének az összegét számítottuk ki. Az újszülöttek adataival ezért ezt a teljes vérforgalomra talán leginkább jellemző adatot vetettük össze. Mivel a nemek között lényeges különbséget nem találtunk, ezért az alábbiak az összesített adatokra vonatkoznak.

A terhességi kor és az érátmérők összege között jellemző összefüggést nem találtunk. A 33–43. hét terhességi korú újszülöttek köldökereinek legnagyobb külső átmérője összegében jelentős szórást figyeltünk meg, ez azonban a gestációs kortól független volt. A várakozással ellentétben a 37 hetes vagy annál fiatalabb valódi koraszülöttek érátmérői nem voltak kisebbek az érett és túlhorodott újszülöttekéinél.

Hasonló eredményt kaptunk a születési súly és az érvastagság összevetésekor. A 2500 g alatti kis súlyúak érátmérői semmiben sem különböztek a 3000 g körüli, sőt a 4000 g-os újszülöttekéitől.

A terhességi kornak megfelelő 50-es percentil értéktől (6) való százalékos súlyeltérés és az érátmérők összegének elemzése arra utaltak, hogy a hypotrophiás és túlsúlyos újszülöttek érátmérői között significans különbség nincs.

Figyelemre méltó, ha a szövettanilag *pathológiás* köldökzsínórokat külön értékeljük. Anyagunkban thrombosis 13 esetben (1. ábra), endarteriitist 1 esetben (2. ábra) és kifejezetten vizegyő duzzanatot 8 esetben észleltünk. Az összesen 22 kóros köldökzsínór érátmérőit az újszülöttek súlyeltéréseivel összevetve kiderült, hogy ezek többsége viszonylag vékony erekkel rendelkező intrauterin sorvadatokban, dysmaturusokban fordult elő (3. ábra).

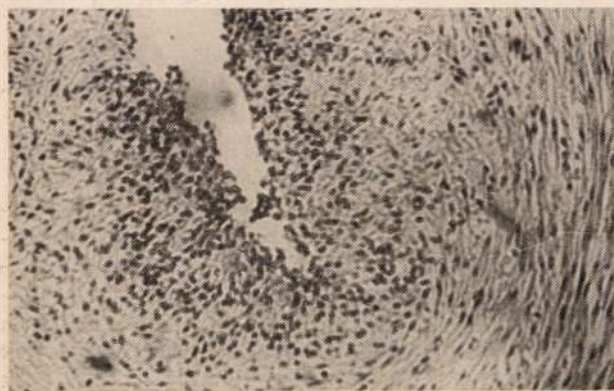


1. ábra.

Vizenyösen fellazult Warthon-kocsonyában perivascularis fibrosis, rögződéssel (szöv. sz.: 302/74., fiú, súlydeficit: -29%). H-E festés, 250× nagyítás

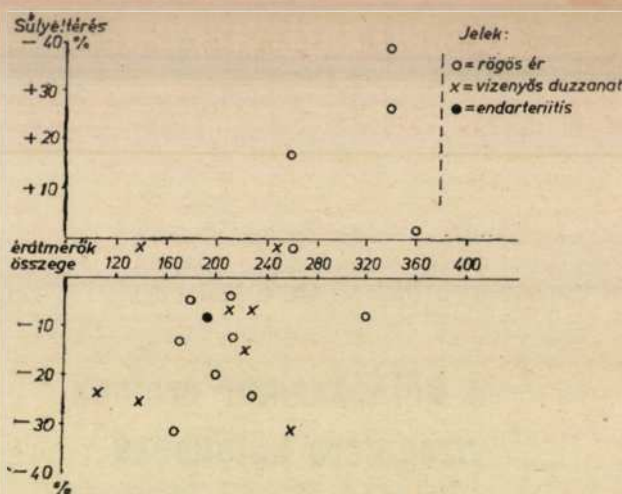
Megbeszélés

A 4000-nél nagyobb esetszámon alapuló irodalmi adatok szerint egy köldök-arteria az újszülöttek 0,27—0,97%-ában fordul elő (3), a kisebb szériákban többen 1% feletti gyakoriságot észleltek (10). Érdekes módon az eddigi magyar felmérésekben az anomalia ritkábbnak bizonyult: *Sárkány és mtsai* (14) 1500 újszülöttről 5-ben (0,33%), *Pazonyi és mtsai* (13) 10 203 esetből 13-ban (0,13%), magunk a jelen munkában 2176 köldökzsinórból 5-ben (0,23%) találtunk egy arteriát. A kisebb gyakoriság oka valószínűleg az, hogy ezekben a vizsgálatokban csak a szövettanilag igazolt aplasiát értékelték. Tapasztalataink szerint a pusztá megtekintés gyakori szubjektív tévedéshez vezethet: makroszkópos vizsgálattal 19 esetben gondoltunk kéteres köldökzsinórra, szövettanilag azonban csak ezek egynegyede, 5 bizonyult annak. Ebből az 5 újszülöttről prognosztikai következtetéseket nem vonhatunk le. A fejlődési rendellenességgel született csecsemőkön nyert korábbi tapasztalatokkal egybevetve mégis úgy gondoljuk, hogy az egyarteriás köldökzsinór komoly figyelmeztető jel, ami azonban csak az újszülött összes adatát figyelembe véve értékelhető. Egyébként épnek látszó csecsemőkben *Froehlich* és *Fujikura* (7) utánvizsgálatainak megfelelően, feltétlenül ellenőrzésre szorulóknak, de az irodalmi álláspontnál kevésbé aggasztó-



2. ábra.

Endarteritis umb. részlete. H-E festés, 400× nagyítás (szöv. sz.: 319/7., fiú, súlydeficit: -7,1%)



3. ábra.

A pathológiás esetekben talált súlyeltérés és érvastagság

nak tartjuk előfordulását. Ami a méhen belüli hypotrophiát illeti, 5 egyarteriás újszülöttünk közül 2 valóban dysmaturus volt, nem hisszük azonban, hogy a gestatiós korhoz képest kis súly tömegproblémájához a köldökér-aplasia számottevő oki tényezőként járulna hozzá.

A köldökerek átmérőjének metszetekben oku-lármikrométerrel való meghatározása methodikailag kétségtelenül több szempontból is vitatható. A fixálás és beágyazás során létrejött torzulások ellenőrzésére nincs mód. A vizsgált keresztmetszet az egész köldökzsinórnak csak egyetlen, néhány mikronos síkját ábrázolja. Kétségtelen több síkban való vizsgálat során esetleg egyéb, rejtett elváltozások is kiderülhetnek volna. Az arteria- és véna-átmérők összege a technikai megoldást egyszerűsíti, és az ismételt elemzéskor jól reprodukálható eredményt ad, kérdés azonban, hogy ez mennyire reális tükre a keringési viszonyoknak. Végül legnagyobb kételyünk az, hogy lehet-e fixált erek átmérőjéből egyáltalán következtetni az erek funkciójára és az átáramló vérmennyiségre?

Mindezen fenntartások ellenére mégis úgy érezzük, hogy az összátmérők durva tájékozódásra megfelelő és összehasonlításra alkalmas adatot szolgáltatnak, hiszen minden esetben ugyanazokkal a hibaforrásokkal számolhatunk és a viszonylag nagyszámú méréskor a jelentős eltéréseknek vagy tendenciáknak meg kellene mutatkoznia.

Ezért találtuk meglepőnek, hogy a 33—43 hét gestatiós kor, ill. az 1750—4900 g születési súly közötti újszülöttek köldökerei között semmi különbséget nem észleltünk. Bár az irodalomban hasonló mérések vagy becslések nyomára nem bukantunk, előzetesen a terhességi korról párhuzamosan vastagodó ereket tételeztünk fel, ami nem igazolódott.

Ugyancsak nem találtunk összefüggést az újszülött súlytöbblete vagy súlydeficitje és a köldökerek átmérője között. Ez arra enged következtetni, hogy az intrauterin súlyfejlődésben a köldökerek morfológiailag kimutatható vastagsága nem játszhat lényeges szerepet. Ez megfelel annak az újabb

nézetnek is, amely szerint a köldökér hiánya a korábbi feltételezéssel szemben (8) nem okoz feltétlen hypoxiát a foetusban (4). Utóbbi magyarázata ismeretlen, de elképzelhető, hogy egyes állatokhoz hasonlóan emberben is kialakulhatnak a vitello-umbilicalis anastomosisok (12).

Vizsgálataink megerősítették azt a gyakorlatból ismert tényt, hogy a köldökzsinór pathológiás folyamatai (gyulladás, rögösödés, vizenyő stb.) többnyire dysmaturitással kombinálódnak. Anyagunkban 22 ilyen másodlagos elváltozással járó eset volt, ebből 9-ben észleltünk 10%-nál nagyobb súlydeficitet.

Megfigyeléseinkből messzemenő következtést nem vonhatunk le. Az eddigi adatok mégis azt jelzik, hogy a köldökerek száma és metszetben mérhető átmérője vagy egészen általánosan fogalmazva, a köldökerek primaer fejlődése nem játszik döntő szerepet az intrauterin súlyfejlődés alakulásában, a növekedést inkább a másodlagos kóros elváltozások befolyásolják.

Az intrauterin fejlődés kóros történéseinek megfejtéséhez természetesen szükséges a köldökzsinór-elváltozásokon kívül az anyai megbetegedéseket és placenta elváltozásait is figyelembe venni, illetve ezeket csak együttesen értékelhetjük. A kérdés tisztázásához természetesen még további részletesebb és finomabb kutatások szükségesek.

Összefoglalás. 2176 újszülöttről 5 köldökzsinórjában igazolódott az egyik arteria umbilicalis hiánya (0,23%). Közülük 2 intrauterin hypotrophiás volt, de egyébként mind az 5 tünetmentes volt. 105, 33–43 hét terhességi korú és 1750–4900 g súlyú újszülött köldökereinek külső átmérőjét mikroszkópban, okulármikrométerrel mérve, a köldökerek vastagsága és az újszülött fejlettsége között összefüggés nem mutatkozott. Ugyanakkor a köldökzsinór pathológiás folyamatai (thrombosis, oedema stb.) gyakran kombinálódtak dysmaturitással.

IRODALOM: 1. *Ainsworth, P., Davies, P. A.:* Develop. Med. Child Neurol. 1969, 11, 297. — 2. *Beau-doing, A. és mtsai:* Rev. Med. Alp. Franc. 1973, 2, 323. — 3. *Bryan, E. M., Kohler, H. G.:* Arch. Dis. Childh. 1974, 49, 844. — 4. *Cogswell, J. J.:* Develop. Med. Child Neurol. 1974, 16, 79. — 5. *Feingold, M. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1964, 270, 1178. — 6. *Fekete M. és mtsai:* Gyermekgyógyászat. 1974, 25, 303. — 7. *Froehlich, L. A., Fujikura, T.:* Pediatrics. 1973, 52, 6. — 8. *Konstantinova, B. P.:* Zbl. allg. Path. 1961, 103, 62. — 9. *Léb J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1974, 115, 2299. — 10. *Lemtis, H.:* Geburtsh. Frauenheilk. 1968, 28, 802. — 11. *Marec, B. és mtsai:* J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod. 1972, 1, 825. — 12. *Monie, I. W., Khemmani, M.:* Teratology. 1973, 7, 135. — 13. *Pazonyi I. és mtsai:* Orv. Hetil. 1975, 116, 3. — 14. *Sárkány J. és mtsai:* 4th European Congress of Perinatal Medicine, Prága, 1974. aug. (Abstract). — 15. *Seki, M., Strauss, L.:* Arch. Pathol. 1964, 78, 446. — 16. *Tóth P. és mtsai:* Orv. Hetil. 1974, 115, 368. — 17. *Vlietinck, R. F. és mtsai:* Arch. Dis. Childh. 1972, 47, 639.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszertárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

A peloidok Indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritus urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acut folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválólaga hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

- I. sz. hát – váll, felkar – mell
- II. sz. derék – végtag
- III. sz. lábfej – boka (csizma)
- IV. sz. kézfej – csukló
- V. sz. has (főleg gynecológiai területen)



Új adatok az anaemia perniciosa pathogenesisééről duodenális intrinsic factorral való sikeres kezelés kapcsán

Horányi Mihály dr. és H. Sárfy Erzsébet dr.
Technikai munkatárs: Andrányi Józsefné

A klinikai kutatás különös nehézsége, hogy a felvetett probléma megoldásához olyan kísérleteket kell végezni, amelyek visszavezetnek a betegágyhoz, tehát a vizsgálatoknak a klinikumban is hasznos adatokat kell eredményezniük.

Előző vizsgálataink során a bakteriológiai test segítségével azt találtuk, hogy az emberi duodenális nedvben sok szempontból az intrinsic factorhoz (i. f.) hasonló anyag van. Kimutattuk azt is, hogy ez az anyag anaemia perniciosában (a. p.) is megtalálható (1). A továbbiakban az is kiderült, hogy egyes a. p. esetekben ennek az anyagnak mennyisége kevesebb és B₁₂-vitamin injektóra rövid idő múlva a normális szintre emelkedik (2). Rámutattunk arra is, hogy a B₁₂-vitaminnak más, a haemopoesissal összefüggő, extramedulláris hatása is van (3, 4, 5).

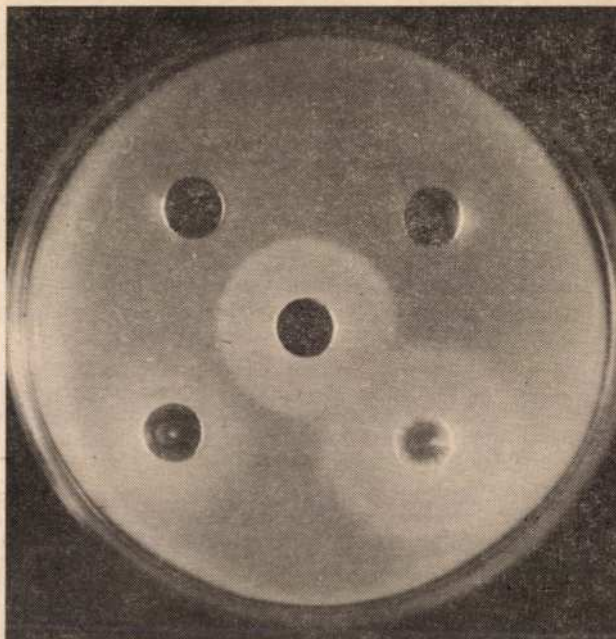
Összegyűjtöttük azokat az adatokat, amelyek a coli mutans növekedésén alapuló bakteriológiai módszer klinikai használhatóságát alátámasztották, ill. igazolták. Ennek során elvégeztük ezzel a bakteriológiai testtel a klasszikus Castle-féle klinikai kísérleteket és azt találtuk, hogy amint az a. p. beteg gyomrában nem termelődik antiperniciosa princípium húsevés után, úgy ilyen körülmények között a gyomorbennékben coli mutans növekedési factor sem mutatható ki (6).

Jelen vizsgálataink során elvégeztük a duodenális intrinsic factor létezését eldöntő klinikai kísérletet. Megnéztük, hogy kezeletlen a. p. esetekben kimutatható-e erythropoetikus hatása. Mint ismeretes, vannak gastrikus i. f.-t és kis adag B₁₂-vitamint tartalmazó orális készítmények. A bennük levő i. f. sertésnyomór pars pyloricából származik. Ennek mintájára, azonos eljárással, sertés duodenum-nyálkahártyából lyophilizálással állítottunk elő megfelelő készítményt és ehhez ugyancsak adtunk kis adag B₁₂-vitamint.

A klinikai kísérletek elvégzése előtt a sertés duodenum-nyálkahártya porból physiologiás konyhasóoldattal kivonatot készítettünk és ezzel elvégeztük azt a bakteriológiai testet, amellyel az emberi duodenális nedvben i. f. hatású anyagot találtunk. Ezeknek a coli mutans növekedésén alapuló méréseinknek során ismételtelen és egyértelműen azt találtuk, hogy a sertés duodenum-nyálkahártya por kivonata növekedési factorot tartalmaz. Ennek a mennyisége is jóval több volt, mint amennyit a gyomorporban kimutattunk. Az emberi duodenum- és gyomornedvben lényegileg ugyanezt észleltük. E kísérletek során sertés gyomor-, ill. duodenum-nyálkahártya por volt a vizsgálati anyag és nem meglepő, hogy ezekben hússal való inkubálás nélkül is jelentkezett a növekedési factor, mert ebben az esetben a nyálkahártya sejtjei, szövete maga tölti be a hús, ill. az extrinsic factor szerepét.

Arra a nagy különbségre azonban, amely a duodenum- és gyomor-nyálkahártya növekedési factor mennyisége között kimutatható, fel kell figyelni (1. ábra). Ezért hozzákezdünk a két különböző helyről származó por vizes extractumának részletesebb vizsgálatához, annál is inkább, mert klinikai vizsgálataink során, amelyeket a továbbiakban részletesen fogunk ismertetni, a duodenum-por kezeletlen a. p. esetekben hatásosnak mutatkozott.

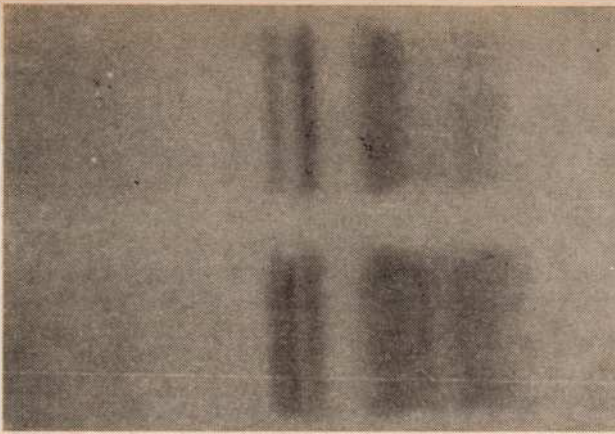
A gyomor- és duodenum-por vizes kivonatában meghatároztuk a nitrogen tartalmat Kjeldahl szerint. A duodenum-por 100 g-jának vizes kivonatában 6,4 mg, a gyomoréban 3,7 mg nitrogent



1. ábra.

A sertés duodenális és gastrikus nyálkahártyapor physiologiás konyhasós kivonatának növesztő hatása a coli mutans tartalmazó táptalajon. A középső lyukban a kontroll 0,03 µg/ml B₁₂-vitaminból 0,05 ml. A nagyobb növekedési zónát mutató lyukban duodenális, a kisebb és halványabb növekedési zónában a gastrikus kivonat hatása. A további két lyukban 0,05 ml emberi duodenum, ill. gyomornedv került; ezek gyomrukban nem növesztettek.

NAPONTA 3 x 50 mg DUOD. INT. F
+ 5 µg B₁₂ VITAMIN ORÁLISAN



2. ábra.

A sertés duodenum és gyomornyálkahártya-por vizes kivonatának vékonyréteg-chromatographiás képe. Az alul levő duodenum-por kivonat kétszeres hígítású. A duodenum-kivonatban a glutaminsav és alanin között még egy csík látható

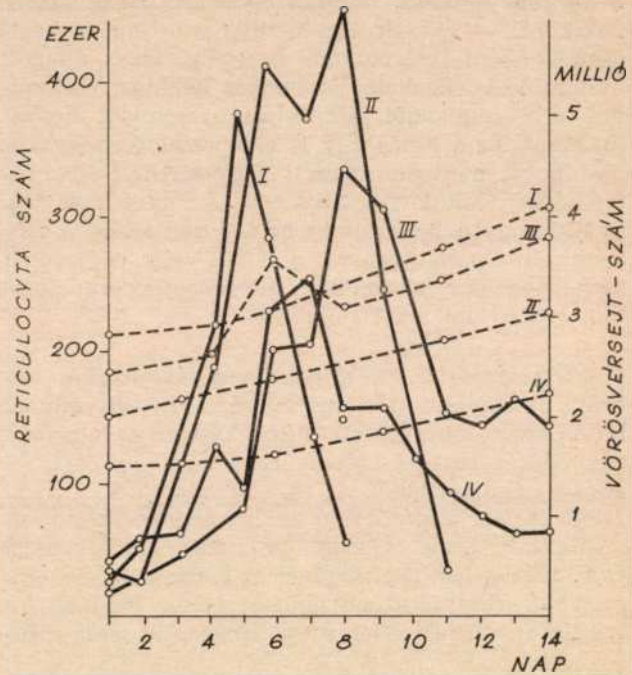
találtunk. Vagyis a több növekedési factort tartalmazó duodenum-por kivonata csaknem kétszer olyan töménységnek mutatkozott.

Ezután megvizsgáltuk a két por kivonatának aminosavösszetételét vékonyréteg-chromatographiával, Merck-féle mikrokristályos cellulose „Fertigplattén”. Már a bevezető kísérletek során ki lehetett mutatni, hogy a duodenum-por vizes kivonata az aminosavakat nagyobb töménységben tartalmazza, mint a gyomorpor kivonata. A 2. ábrában a duodenum-por kétszeres vizes hígításban szerepel, hogy a két anyag jobban összehasonlítható legyen. Amint az ábrán látható, a duodenum-por kivonata még így is valamivel töményebb és a mennyiségi különbségen kívül összetételében is különbözik. A referentia-aminosavak chromatogrammja alapján megállapítható, hogy a duodenum-por kivonatban az alanin és glutaminsav között még egy componens van. Ennek identifikálása és további biochemiai vizsgálatok folyamatban vannak.

Megállapítottuk tehát az eddigiek során, hogy a duodenum- és gyomornyálkahártya-porok vizes kivonatai között kvalitatív és kvantitatív különbség van, a növekedési factor mennyiségében mutatkozó különbség mellett. A duodenális i. f. klinikai vizsgálatát négy kezeletlen a. p. beteg esetében végeztük el.

A négy beteg anaemiája macrocytaer volt, a kórképeket histamin refractaer anaciditás, leukopenia, megaloblastos típusú csontvelőkép jellemezte. A betegek 8 napon át naponta háromszor kaptak orálisan capsulában 50 mg duodenum-nyálkahártya port, amihez még 5 µg B₁₂-vitamint mértünk. Az erythropoesis változását a reticulocyták és a vörösvértestek számolásával követtük nyomon.

Amint a 3. ábrán látható, mind a négy esetben reticulocytakrisis volt észlelhető és a vörösvértestek száma is a megszokott mértékben emelkedett. A reticulocyták számának emelkedése a II. esetben volt a legnagyobb mérvű, ebben az esetben a kiindulási érték is elég alacsony volt. Egyébként ebben az esetben a beteg előzetesen többféle antibioticum adásra sem csökkenő magas láza is egy



I. 47 É. NŐ } KEZELETLEN
II. 71 É. FI. } AN. PERNIC. ESETEK
III. 83 É. FI.
IV 79 É. NŐ

3. ábra.

Az 50 mg sertés duodenum-port és 5 µg B₁₂-vitamint tartalmazó készítménnyel kezelt négy anaemia perniciosa eset reticulocytá- és vörösvértestszámának változása a kezelés folyamán

csapásra megszűnt és többé vissza sem tért. A duodenális i. f. tehát ebből a szempontból is a B₁₂-vitamin *injectiós* kezeléshez hasonló hatású volt. Mind a négy beteg húsétvágya is néhány nap alatt visszatért, amint azt B₁₂-vitamin adása után régebbi eseteinkben is észleltük és amire már felhívtuk a figyelmet.

Megbeszélés

A közölt klinikai vizsgálatok alapján most már még határozottabban meg tudjuk fogalmazni fel-fogásunkat az a. p. pathogenesiséről. A duodenális i. f.-nak nyilvánvalóan ebben fontos szerepe van és nagyon valószínű, hogy a gyomornyálkahártya-atrophia következtében kiesett gastrikus i. f. szerepét átveszi és az utóbbit hatástalanítja az a. p. esetekben rendszeresen kimutatható i. f. antitest. Az a. p. tehát nem egyszerűen gastrikus i. f. hiány syndroma, hanem ebben részt vesz a duodenális i. f., ill. annak blokkolása révén az immunfolyamat is (7). Nagyon valószínű, hogy a duodenális i. f. provokálja az antitestképződést, amely tehát akkor is megvan, amikor a gastrikus elváltozás már régen megszűntette az i. f. termelés lehetőségét. Ezzel néhány klinikai észlelet, éspedig elsősorban a spontán remissziók fellépése is megmagyarázható. Az antitesttermelés bármely okból történő csökke-

nése, letörése javulást hozhat, mert a. p. esetekben vizsgálataink szerint a duodenalis i. f. jelen van és ezzel megindulhat az extrinsic factor utilisatiója és a kórkép javulása. Minden olyan ok tehát, amely csökkenti — hacsak átmenetileg is — az antitestképzést mint intercurrents betegség, lázas állapot, avitaminosis, medicinális toxicus behatás, corticoidok stb. remissziót, sőt teljes gyógyulást hozhat magával. Ez a hatás úgy is elképzelhető, hogy különféle ok megsemmisítheti vagy sértheti az antitestképzés celluláris alapjait is. Az az észleletünk pedig, hogy a B₁₂-vitamin az i. f. termelést is elősegítheti, megmagyarázza a tartós vagy véglegesen meggyógyult a. p. eseteket, melyekről az irodalomban egyre több adat található.

Összefoglalás. A duodenum-nyálkahártya por orális adagolása kis mennyiségű B₁₂-vitammal hatásosnak mutatkozott négy kezeletlen anaemia perniciosás beteg esetében. Ez a hatás az erythropoiesis szempontjából, de más szempontból is megfelel annak, amit egy jó antiperniciosa szertől elvárhatunk. Ezzel beigazolódott, hogy az előzetesen coli mutans test segítségével az emberi duodenumnedvben kimutatott növekedési factor valóban intrinsic factornak felel meg. Ismertetik ehhez fű-

ződő új elgondolásukat az anaemia perniciososa pathogenesiséről, melynek középpontjában az anaemia perniciosás betegekben is kimutatható duodenális intrinsic factor áll. Az anaemia perniciososa tehát nem tekinthető egyszerűen gastrikus intrinsic factor hiánynak, hanem abban részt vesz a duodenális intrinsic factor is, amit az ismert immunfolyamatok semlegesítenek. Kimutatták még, hogy a sertésgyomor- és duodenum-por vizes kivonata között a bakteriologiai testben, a nitrogéntartalom-ban és aminosavösszetételben is különbség van.

Köszönetnyilvánítás. Dr. Udvardy-Nagy Istvánnak a bakteriologiai vizsgálatokhoz nyújtott segítségével, Orosz Ferenc dr.-nak a chromatographia elvégzéséért, a koppenhágai Biofac-gyárnak pedig a duodenális praeparatum elkészítéséért mondunk köszönetet.

IRODALOM: 1. Horányi M., Stekker K.: Orv. Hetil. 1962, 103, 1019. — 2. Horányi M., H. Sárfy E.: Orv. Hetil. 1965, 106, 789. — 3. Horányi M., Stekker K.: Magy. Belorv. Arch. 1957, 10, 16. — 4. Horányi M., Stekker K.: Magy. Belorv. Arch. 1958, 11, 112. — 5. Horányi M., Benedict J., Stekker K., Budai S.: Magy. Belorv. Arch. 1958, 11, 100. — 6. Horányi M., Stekker K.: Orv. Hetil. 1960, 101, 804. — 7. Horányi M., H. Sárfy E.: Orv. Hetil. 1973, 114, 143.

DECARIS

Anthelminthicum

1 tableta 150 mg, illetve 50 mg levamisol-ot tartalmaz. Bénítja az orsóféreg, a fonálféreg garatizomzatát, ezáltal a paraziták képtelenek a bél-nyálkahártyába kapaszkodni és erőtlennül, a természetes bélmozgással kisodródni a bélsatornából.

JAVALLATOK: Ascariasis horogféreg-fertőzések.

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes. Egyetlen alkalommal felnőtteknek 150 mg, gyermekeknek 50 mg/20 kg-testsúly javasolt a tablettát este bevenni.

FIGYELMEZTETÉS: Lipophil anyagoknak Decaris-sal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS: 2 db 50 mg-os tableta 6,- Ft
1 db 150 mg-os tableta 6,70 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.



2540

Kőbányai
Gyógyszerárugyár
Budapest X.

Nagykállói Megyei Elme és Ideggyógyintézet,
Női Elmeosztály (főorvos: Lesch Gyula dr.)

Trijódthyronin alkalmazása a depressio kezelésében

Bánki Csaba dr.

Az utóbbi évtized igen kiterjedt vizsgálatai alapján ma a depressio lényegét az agy biogen aminjainak kórosan megváltozott anyagcseréjében látjuk (13, 14, 16, 30, 34, 41), és feltételezzük, hogy hatékony antidepressív gyógyszereink ezen biogen aminok transportjának megváltoztatásával, pontosabban: a synaptikus részbe kibocsátott, valószínűleg mediator-funkciót betöltő aminok reabsorptiójának gátlásával fejtik ki hatásukat (5, 9, 16). Ezáltal egyrészt megnő a synaptikus részben a szabad catecholaminok mennyisége (17), másrészt csökken a lebontás sebessége is, mivel a fő katabolizáló enzim, a monoamino-oxidáz (MAO) kizárólag intracellulárisan helyezkedik el (20). Általánosan elfogadott vélemény szerint a depressio javulása a rendelkezésre álló biogen aminok mennyiségének emelkedésével hozható összefüggésbe (1, 14, 17, 27, 39).

Az agyi biogen amino-metabolizmust elsősorban a MAO-aktivitas regulálja (28, 43), ez pedig számos további tényező, így többek között a pajzsmirigy-funkció függvénye (20, 48). Prange, Wilson és mtsai (35, 36, 37, 38) ismételték azt találták, hogy a szokásos thymolepticumokra resistens depressiók többségükben feltűnően javulnak trijódthyronin adására. Más szerzők (10, 11, 25, 26) viszont tagadják ilyen hatás létezését: ezért elméleti érdekessége és egyszerű gyakorlati kivihetősége miatt érdemesnek tartottuk a kérdést osztályunkon, ellenőrzött körülmények között megvizsgálni.

Anyag és módszer

Osztályunk anyagából mintegy fél év alatt válogattuk össze azt az 52 nőbeteget, akik a következő kritériumok mindegyikének megfelelték:

1. Primaer depressiók syndroma miatt kerültek felvételre (involutiós 33, cirkuláris 8, monophasisis 11 eset), és a tünetegyüttes súlyossága a Hamilton- és a Zung-skálák szerint (15, 51) elérte a feltétlen hospitalizálást igénylő mértéket.

2. A szokásos thymolepticus kezelésre 10 nap alatt értékelhető javulást (a Hamilton-skálán minimálisan 4, a Zung-skálán minimálisan 6 pont) nem mutattak.
3. Jelentős hypo- vagy hyperthyreosis kizárható volt.

Értelemszerűen kimaradtak tehát a vizsgálatból azok a betegek, akiknek depressiók syndromája organikus, arteriosclerotikus, exogen toxikus (alkohol) folyamatra vagy más psychiatriai megbetegedésre volt visszavezethető, vagyis minden „secundaer” depressio. Betegeink kora 24–59 év, korátalaguk 46,6 év volt; a depressiók állapotkép felvételüket megelőzően 2–9 napja állott fenn, bár ennek megállapításakor csupán a hozzátartozók, 4 esetben a körzeti orvos észleléseire támaszkodhattunk. Első ízben nyert felvételt 15 beteg, a többiek 2–11. alkalommal került sor osztályos kezelésre. Megelőző mániás phasis 8 beteg anamnesisében szerepelt, családi előfordulást 19 esetben tudunk felderíteni.

„Szokásos” thymolepticus kezelésen intézetünkben a következőket értjük: basis-pharmacoként Sapilentet vagy Teperint, ritkábban Mellerilt vagy Noverilt adunk emelkedő dosisban, melyet a klinikai képtől függően phenothiazinokkal, anxiosus képekben leginkább Tisercinnel kombinálunk, és legtöbb esetben még Andaxinnal és altatókkal egészítünk ki. Ezzel eseteink 55–60%-ában kielégítő javulást érünk el 3–6 hét alatt; ez a szám a hazai és a külföldi irodalom adataival közelítőleg egyezik.

A fenti terapiára resistens betegeink pajzsmirigy-funkciós vizsgálatokra kerültek. Eleve kizártuk azokat, akiken már a klinikai jelek (tensio, pulsus-szám, struma, szemtünetek, EKG, serum cholesterin) alapján számottevő hypo- vagy hyperthyreosis gyanúja merült fel; normofunkciónak imponáló betegeink nagy részében hormon-jód meghatározást végeztetünk, ill. támaszkodtunk a rendelkezésre álló, két évnél nem régebbi funkciós leletre (PBI, Hamolsky-teszt).

Euthyreoidnak bizonyult betegeknek bementük 10. napjától kezdve — az addig bevezetett thymolepticus medicatio változatlan adagban történő folytatása mellett — napi 20 γ (Táblázat) Liothyronint adagoltunk, minden esetben a reggeli gyógyszerekkel együtt. Ha a 4–5. napra érdemleges effectus nem jelentkezett, az adagot 1 \times 2 tabl.-ra emeltük fel; ennél nagyobb adagot nem alkalmaztunk. A kezelést minden esetben legalább tíz, hatásosság esetén 20–25 napig is folytattuk.

A trijódthyroninnal kezelt és a kontroll-csoport javulási aránya Táblázat

Tüneti kép	A kezelt csoportban javult				Controllban javult		
	N	5. napig	10. napig	%	N	10. napig	%
Stuporosus	18	11	14	77	10	2	20
Anxiosus	23	10	12	52	19	3	16
Hypochondriás ..	12	2	8	66	7	2	29
Agitált	9	3	5	55	8	3	37
Összesen	52	26	39		44	10	
Átlag				74			22

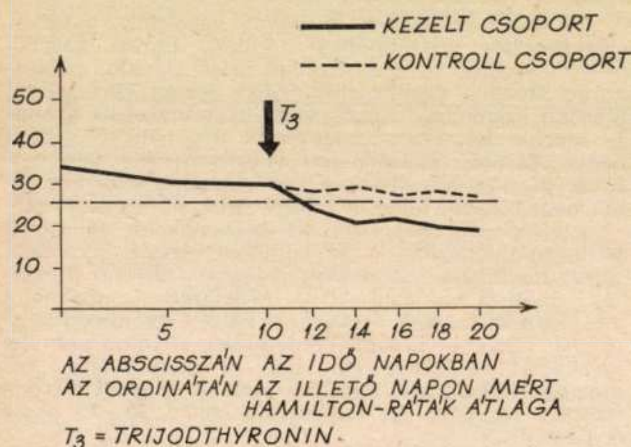
A klinikai kép alakulását másodnaponként végzett kontroll vizsgálatokkal követtük; ennek során valamennyi accidentalis, járulékos tünetet (mint pl. gripe, cystitis, ischialgia) figyelmen kívül hagyva csupán a depressiók tünetek változását értékeltük. A depressióban megszokott functionális szervei tünetek

és panaszok a használt értékelő skálák szerint kerültek feldolgozásra.

Controll csoportunkat a vizsgálati periódus alatt osztályunkra felvett, a megállapított három alap kritériumnak megfelelő, és a szokásos thymolepticumokra ugyancsak resistens nöbetegek alkották; ők a tíznapos bevezető szakasz után (mely eldöntötte a therapia-resistentia kérdését) további tíz napig változatlan összetételű gyógyszeres terapiát kaptak. Ezt követően többségükön electroconvulsiv kezelést alkalmaztunk, éppúgy, mint kezelt csoportunk javulást nem mutató betegein is.

Eredmények

Trijódthyroninnal kezelt betegek javulási aránya a controll csoporttal való összehasonlításban, tüneti képek szerinti bontásban a táblázaton látható. Leolvasható, hogy a tíznapos megfigyelési idő alatt a kezelt esetek közel háromnegyede, 74 százaléka mutatott javulást (megállapodás szerint a Hamilton-skálán legalább 8, és a Zung-skálán legalább 12 pont csökkenést), szemben a controll csoport azonos feltételek mellett talált 22%-os javulási arányával. Kisebb anyagon hasonló arányú javulást találtak Earle, Prange, Wilson és McClure. A különbség erősen significans ($p < 0,01$).



ábra.

A kórképek változásának összesített dinamikáját, ugyancsak a controll csoporttal egybevetve ábránk illusztrálja. Ezt csupán a Hamilton-„rating” alapján állítottuk össze: a 24-es skálaértéknél húzott szaggatott vízszintes azt jelzi, hogy a gyakorlatban ezen érték fölé eső pontszámokat tekintjük súlyosabb, mindenképpen hospitalizálást igénylő állapotnak. Szembeötlő, hogy a javulás mértéke az első három nap alatt a legnagyobb; ez is meg egyezik az irodalmi adatokkal (35—38).

Tapasztalataink szerint a trijódthyronin hatékonysága független a basis-pharmakon minőségétől, a betegek korától (javult eseteink korátalaga 48,0 év), valamint attól is, hogy első vagy ismételt depressziós phasisban kerül alkalmazásra. Nincsenek azonban az idő viszonylagos rövidege miatt arra vonatkozó tapasztalataink, hogy jól reagáló betegek egy következő phasisban hasonlóan fognak-e reagálni. Ez irányban további megfigyeléseket folytatunk.

Jelentős különbségek mutatkoztak viszont a tüneti képek tekintetében: elsősorban a gátolt,

mozgás- és iniciativa-szegénységgel jellemzett, stuporosus depressziókban mutatkozott jótékony hatás; nemegyszer 48 óra alatt szinte drámai fordulat következett be az addig mozdulatlan, szótlan, levert, alig cooperabilis, csak nehézséggel táplálható beteg állapotában. Kielégítő az effectus a főleg hypochondriával jellemezhető, valamint — meglepetésre — az agitált képek egy részében is. Viszonylag legkevésbé az anxiosus-dysphoriás betegcsoport reagált kedvezően, sőt itt néhány esetben a dysphoria fokozódása miatt a kezelést abba kellett hagynunk. Egészében úgy tűnik, a trijódthyronin mindenekelőtt a motilitásra, az aktivitásra és a vegetatív tünetekre hat, de kedvezően befolyásolja a hangulati életet és az insufficientia-tartalmakat is. Az anxietas és a dysphoria kevésbé reagál.

A szer elhagyását követően gyors visszaesést, rebound jelenséget egyszer sem észleltünk; az ápolás időtartama lényegesen nem változott, de ebben az is szerepet játszott, hogy nem kívántuk túl hamar szem elől téveszteni betegeinket. Hyperthym átsapás a kezelés alatt nem fordult elő.

Jelentősebb mellékhatásokat a trijódthyronin az alkalmazott adagban nem okozott; a depresszióban megszokott, főleg vegetatív panaszok (szájszárazság, hányinger, fejfájás, obstipatio, szívpanaszok) a kezelt és controll csoportban sem gyakoriságban, sem intenzitásban nem mutattak jelentős eltérést.

Mint fent említettük, nem vontuk be a vizsgálatba azokat a betegeket, akiknek esetében a hormon-jód (vagy egyéb funkciós vizsgálat) kóros értéket adott. Feltűnt viszont, hogy normofunkciós értékeink is szinte kivétel nélkül a physiologiás alsó határon mozogtak, csupán egyetlen érték haladta meg a $4 \gamma/100 \text{ ml-t}$.

Placebo controllt technikai nehézségek miatt nem alkalmaztunk.

Megbeszélés

Az 1960-as évek legelejére nyúlik vissza az a megfigyelés, hogy az akkor leghasználatosabb antidepressivum, az imipramin, hyperthyreotikus betegeken már a szokásos adagokban toxikus tüneteket, tachycardiát, palpitiót, tremort, verejtékezést, izgatottságot stb. okozott (31, 32); hypothyreosisban viszont nem csupán toxicitása, hanem therapiás effectusa is jelentősen csökkent (2, 33). Egyidejűleg több kutató mutatott rá, hogy a depressio és a hypothyreosis klinikai képében számos párhuzamosság fedezhető fel: közös tünet pl. a száraz, korpázó bőr, a lassúbb pulsus, a csökkent testhőmérséklet, az obstipatio, a csökkent sexualitas, az amenorrhoea stb. Újabb adatok szerint a két kórképben a biogen aminok anyagcseréje is hasonló értelmű változásokat mutat: egyformán csökken pl. az iv. adott noradrenalinra bekövetkező pressor-válasz intenzitása, és egyformán megnő a latentia-ideje (6, 18, 34). Mindkét esetben csökken a 24 órás vizelet kimutatható noradrenalin (40) és metabolitjának, az MHPG-nek (3-metoxi-4-hydroxyphenyl-ethylenglycol) mennyisége.

Ugyancsak régóta közismert tény, hogy a pajzsmirigyműködés bármilyen irányú kóros meg-

változása kóros psychés tünetekkel jár (19, 47): a hyperfunctio inkább maniform, a hypofunctio inkább depressiv színezetű állapotokhoz vezet.

Ezek a megfigyelések egyidejűleg több munkacsoportot indítottak arra, hogy megkíséreljék a thymolepticumokra resistens depressiókat thyreoidea készítményekkel befolyásolni (7, 8, 21, 22, 35, 37, 46, 48). A próbálkozások sorozatos kedvező eredménnyel jártak, a hatásmechanizmus kérdésében azonban a mai napig sem alakult ki egységes álláspont. A következő lehetőségek jönnek számításba:

1. Egyesek feltételezik, hogy a trijódthyroninra jól reagáló betegekben voltaképpen subklinikus hypothyreosis állhat fenn, így a kezelés valójában substitutio, a pajzsmirigyműködés helyreállítás lenne (19).

2. Mivel a tricyclusos antidepressivumok gátolják a pajzsmirigy jódfelvételét (3, 12), ezzel anti-thyreoid hatást fejtenek ki. A hormonkezelés ezt a mellékhatást ellensúlyozza.

3. Vannak adatok arra vonatkozólag is (41), hogy a trijódthyronin lassítja a tricyclusos thymolepticumok kiürülését a szervezetből.

4. Sokan hypothalamikus támadáspontot tételeznek fel (21, 22, 50): a pajzsmirigyhormonok a hypothalamikus magvak fokozott impulsus-leadását, ill. ami egyértelmű, a mediátor-anyagok megnövekedett release-ét váltanák ki. Ennek bizonyos mértékig ellentmondani látszik az a kísérlet, melynek során hasonló céllal és feltételekkel TSH-t adtak depressziós betegeknek, és megközelítőleg azonos effectust tapasztaltak. Ez az eredmény inkább a thyreoid anyagok direkt hatása mellett szól (36).

5. Mint már említettük, a ma általánosan elfogadott hypothesis szerint az antidepressivumok hatása a biogen aminok sejtbe való felvételének, ill. újrafelvételének gátlásán alapszik (14, 19). Ezáltal megnövekszik az extracellularisan elhelyezkedő, szabadon hozzáférhető catecholamin (14), serotonin (13), ill. mindkettő (16) mennyisége. Valószínű azonban, hogy ezek a gyógyszerek nem csupán a kész aminok, hanem a praecursor-aminosavak, a tyrosin, ill. a tryptophan felvételét is megnehezítik. Normál körülmények között a catecholamin-synthesis sebességét a tyrosin-hydroxylase aktivitása limitálja; mivel sok adat szól amellett (4, 29, 47), hogy depressióban a neuron catecholamin-synthesis fokozott mértékű, elképzelhető, hogy ilyenkor már nem a fokozottan működő hydroxylase, hanem a gyógyszeresen gátolt tyrosin-felvétel szab határt a synthesisnek. A thyreoid hormonok pedig képesek a tyrosin-transport fokozására (20).

6. A leginkább elfogadott magyarázat szerint a trijódthyronin fokozza az idegsejt-membrán catecholamin-receptorainak érzékenységét. Brodie (4) kimutatta, hogy az adenyl-cyclase aktivitása thyreoidea adására lényegesen megnövekszik, ezáltal fokozódik a cyclikus-AMP képződése; számos szerző (44, 45) ebben a folyamatban látja a receptor-functio lényegét. Mások (1, 27, 29) is megfigyelték a cyclikus-AMP csökkent üritését depressziós betegek vizeletében; az ürités a klinikai javulással párhuzamosan normalizálódott.

Feighner és mtsai (10, 11) úgy találták, hogy a trijódthyroninnak tulajdonított hatást egyszerűen a thymolepticum adagjának emelésével is elérni lehet. Vitatott azonban (44, 49), hogy toxicitás szempontjából melyik megoldás előnyösebb. Mi a thymolepticumokra tíz napig resistens esetek (controll csoportunk) egyikében sem tudunk a dosis növelésével jelentős változást előidézni.

Magyarázatra szorul az a megfigyelés is (30), hogy a trijódthyronin kezelés elsősorban nőknél eredményes; ugyanakkor a férfiak általában jobb antidepressivum-reactorok. A jelenség hátterében valószínűleg a sex-steroidok interakciója áll: ismeretes ugyanis, hogy a MAO-aktivitás nőknél általában nagyobb, ciklusos ingadozásokat is mutat (20), elsősorban a progesteron fokozza aktivitását. Ezáltal nőknél vagy állandóan alacsonyabb a biogen aminok szintje, vagy állandóan fokozott a synthesis; mindkét esetben a fent ismertetett mechanizmusok révén magyarázhatóvá válik a pajzsmirigy-hormon fokozott hatékonysága.

Saját, kizárólag nőkből álló anyagunkban a trijódthyronin kedvező therapiás effectusáról győződünk meg, mely ugyanakkor alacsony adagban, kockázatmentesen adható. A tíznapos előkészítő szakaszban többek között a kórházi légkör milieu-effectusát is igyekeztünk semlegesíteni eredményeink értékelésekor. Controll csoportunkon lemérhettük az esetleges késői gyógyszerhatásokat. Gyakorlati használhatósága mellett úgy véljük, a távolról sem tisztázott hatásmechanizmus további vizsgálatával újabb értékes adatokat szerezhetünk a depressio biomechanizmusára vonatkozólag is.

Összefoglalás. Sikeres külföldi beszámolóknak nyomán folytattak megfigyeléseket a szokásos therapiára resistens depressziók kis dosisú trijódthyroninnal való kezelésére vonatkozólag. Az eredmények kielégítőek: az esetek háromnegyedében javulás volt észlelhető. A továbbiakban a hatásmechanizmus kérdését elemezzük.

IRODALOM: 1. Abdulla, Y. H., Hamadah, R.: Lancet. 1970, 1, 378. — 2. Avni, J., Edelstein, E. L., Khazan, N.: Psychopharmacol. 1967, 10, 426. — 3. Blumberg, A. G.: J. Clin. Endocrin. 1963, 23, 881. — 4. Brodie, B. B., Davis, J. I., Heynie, S.: Pharmacol. Rev. 1966, 18, 273. — 5. Bueno, J. R., Himwich, H. E.: Psychosomatics. 1967, 8, 82. — 6. Bunney, S. E., Davis, J. M.: Arch. Gen. Psychiat. 1965, 13, 483. — 7. Coppen, A., Whybrow, P. C., Noguera, R.: Arch. Gen. Psychiat. 1972, 26, 234. — 8. Earle, B. R.: Amer. J. Psychiat. 1970, 126, 1667. — 9. Eccles, J. C.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1966, 137, 473. — 10. Feighner, J. P., King, L. J., Schuckit, M. A.: Amer. J. Psychiat. 1972, 128, 50. — 11. Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B.: Arch. Gen. Psychiat. 1972, 26, 57. — 12. Fischetti, B.: Arch. Ital. Sci. Pharmacol. 1962, 12, 33. — 13. Fuxe, K., Ungerstedt, V.: Eur. J. Pharmacol. 1968, 17, 2107. — 14. Glowinski, J., Axelrod, J.: Nature. 1964, 204, 1318. — 15. Hamilton, M.: J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1960, 23, 56. — 16. Hillarp, N. A., Fuxe, K., Dahlström, A.: Pharmacol. Rev. 1966, 18, 727. — 17. Iskander, T. N., Kaelbling, R.: Amer. J. Psychiat. 1970, 127, 83. — 18. Kales, A., Heuser, G., Jacobsen, A.: J. Clin. Endocrin. 1967, 27, 1593. — 19. Klerman, G. L., Cole, J. O.: Pharmacol. Rev. 1965, 17, 101. — 20. Levine, R. J., Eates, J. A., Vendsalu, A.: J. Clin. Endocrin. 1962, 22, 1242. — 21. Libow, L. S., Durell, J.: Psychosom. Med. 1965, 27, 369. — 22. Libow, L. S., Durell, J.: Psychosom. Med. 1965, 27, 377. — 23. McClure, D. J., Cleghorn, R.

A.: *Canad. Psychiat. Ass. J.* 1968, 13, 477. — 24. *MRC Brain Metabolism Unit Report: Lancet.* 1972, 2, 253. — 25. *Overall, J. E., Hollister, L. E.: JAMA.* 1964, 189, 605. — 26. *Overall, J. E., Hollister, L. E., Johnson, M.: JAMA.* 1966, 195, 946. — 27. *Paul, M. I., Ditzion, B. R., Janowsky, D. S.: Lancet.* 1970, 1, 88. — 28. *Perris, C.: Acta Psychiat. Scand.* 1968, 44, 238. — 29. *Perry, T. L., Hennings, S., Drummond, G. I.: Amer. J. Psychiat.* 1973, 130, 927. — 30. *Prange, A. J.: Amer. J. Psychiat.* 1972, 128, 55. — 31. *Prange, A. J., Lipton, M. A.: Nature.* 1962, 196, 588. — 32. *Prange, A. J., Lipton, M. A., Love, G. N.: Nature.* 1964, 204, 1204. — 33. *Prange, A. J., Lipton, M. A., Love, G. N.: Nature.* 1963, 197, 212. — 34. *Prange, A. J., McCurdy, R. L., Cochrane, G. M.: J. Psychiat. Res.* 1967, 5, 1. — 35. *Prange, A. J., Wilson, I. C., Knox, A.: Amer. J. Psychiat.* 1970, 127, 109. — 36. *Prange, A. J., Wilson, I. C., Knox, A.: J. Psychiat. Res.* 1972, 9, 187. — 37. *Prange, A. J., Wilson, I. C., Rabon, A. M.: Amer. J. Psychiat.* 1969, 126, 39.

— 38. *Prange, A. J., Wilson, I. C., Rabon, A. M.: Excerpt. Med. Int. Congr. Ser.* 1968, 180, 532. — 39. *Rosenblatt, S., Chanley, J. D., Leighton, W. P.: J. Psychiat. Res.* 1969, 6, 321. — 40. *Schildkraut, J. J.: Amer. J. Psychiat.* 1965, 112, 509. — 41. *Schildkraut, J. J., Winokur, A.: Amer. J. Psychiat.* 1971, 127, 1032. — 42. *Sneckloth, R. E., Kurland, G. S., Freedberg, A. S.: Metabolism.* 1953, 2, 546. — 43. *Stenstedt, A.: Acta Psychiat. Neurol.* 1959, 27, suppl. 127. — 44. *Schuckit, M. A., Feighner, J. P.: Amer. J. Psychiat.* 1972, 128, 140. — 45. *Weiss, B., Costa, E.: Biochem. Pharmacol.* 1968, 17, 2107. — 46. *Wheatley, D.: Arch. Gen. Psychiat.* 1972, 26, 229. — 47. *Whybrow, P. C., Prange, A. J., Treadway, A.: Arch. Gen. Psychiat.* 1969, 20, 48. — 48. *Wilson, I. C., Prange, A. J., McLane, K. T.: New Engl. J. Med.* 1970, 282, 1063. — 49. *Wilson, I. C., Veron, J. P.: J. Neuropsychiat.* 1963, 4, 331. — 50. *Yamada, T.: Endocrinology.* 1959, 65, 920. — 51. *Zung, W. W. K.: Arch. Gen. Psychiat.* 1965, 12, 63.

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 (FLAPHO 4) lángfotométerek.

Elektroforézis futtatókamrák és ERI-10, ERI-65 kiértékelők.

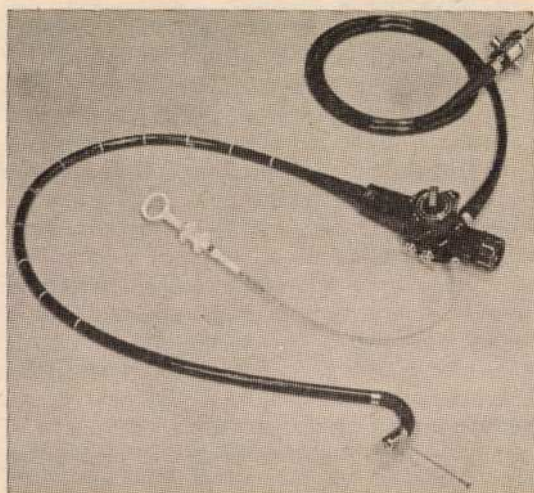
Mikroszkópok, polariméterek stb.

OLYMPUS gyártmányú gasztroendoszkópiai vizsgáló műszerek garanciális és garancián túli javítása, karbantartása.



Carl Zeiss szerviz

Megrendeléssel forduljon központunkhoz:
1053 Budapest, V., Kossuth Lajos u. 17.
Tel.: 186-942



BM Korvin Ottó Kórház,
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
(főorvos: Kerekes Lajos dr.)

Az oxytocin intravénás túladagolásának hatása a méhtevékenységre és a magzatra

Kerekes Lajos dr. és Domokos Nándor dr.

Az oxytocinos infusio mint a szülést megindító és gyorsító eljárás általánosan ismertté és sok helyen alkalmazott módszerre vált *Caldeyro-Barcia* és munkacsoportja (1), valamint *Turnbull* és *Ander-son* (8) alapvető vizsgálataitól. A módszer előnyei és hátrányai ismertek (3, 6). A gyógyszer túladagolása a méh tevékenységére és következésképpen a magzat intrauterin állapotára is káros. Az alább ismertetendő esetünkben technikai hiba miatt nagy mennyiségű oxytocin jutott rövid idő alatt a szülő nő szervezetébe és a szüléstevékenység kórosan kialakult formái, valamint ezek hatásai elemzésre és következtetések levonására érdemesek.

Esetismertetés

Sz. I.-né, 28 éves (kórlapszám: 497/73, szülészeti napló szám: 474.), kórházi felvétele 1973. IX. 18-án történt. Grav. 40. hetes. (Első menstruatio: 13 éves korában, azóta 28 naponként 5–6 napig tart.) Utolsó menstruatio: 1972. XII. 10. Az első magzatmozgás idejét nem tudja. A szülés várható ideje: 1973. IX. 17. Egy művi abortusa és egy zavartalan szülése volt 1967-ben, é. é. 2950 g-os fiút szült.

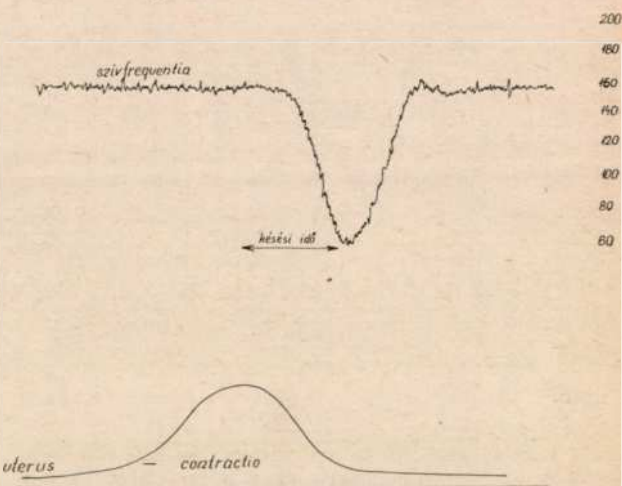
1973. IX. 18-án 0 óra 30 perctől rendszertelen fájásokat érzett, 9 óra 30 perckor jelentkezett felvételre a szülőszobán. A méhszáj 2 cm tágasságú, részben elismult portio, előlfekvő rész a far, a medence bemenetere nyomott. 5–6 percenként jelentkező fájásai vannak, a burok áll, a magzati szívűködés jó, RR.: 130/80 Hgmm, vizelete: negatív, „B”-képes ultrahang vizsgálat eredménye: a biparietalis átmérő 9,3 cm, placenta a mellső falon van, szívűködés pozitív. Művi burok-repesztés után — amelynek során tiszta magzatvíz ürült —, az anyát complex észlelés mellett per vias naturales szülésre bocsátottuk. A méhtevékenységet és a magzati szívűködést kardiotokegráf segítségével ellenőriztük és az intrauterin nyomásmérés módszerét alkalmaztuk (Hewlett—Packard, Model 8020 A).

A szülés gyorsítása céljából 5 NE Oxytocint (Kőbányai Gyógyszerárugyár) tartalmazó 500 ml Dextrose oldat iv. adását kezdtük el. Az adagolásra automata infúziós pumpát használtunk (Braun—Melsungen In-

fusomat). A magzati szívűködés frequentájának kórossá válása hívta fel a figyelmünket az infusio sebességének zavarára. Az automata pumpát ellenőrizve láttuk, hogy a szerelék flexibilis szakasza a gyömszőlő pumpa kerekeiről hibás behelyezés miatt lecsúszott és az infúziós oldat ellenállás nélkül, csaknem teljes egészében befolyt a könyök-venába.

A görbe elemzése előtt az idevonatkozó nomenklatúrának csak két lényeges kifejezést értelmezzük:

1. A késői deceleratio azt jelenti, hogy a szív-frequentia lassulása az uterus contractiós fázisában későn indul és emiatt legkevesebb 20 másodperces időeltolódás keletkezik a contractio csúcsa és a szív-frequentia legalacsonyabb pontja között. Ez nem változó összefüggés a contractiók és a szív-frequentia között. A leányi keringés zavarából ered (1. ábra).

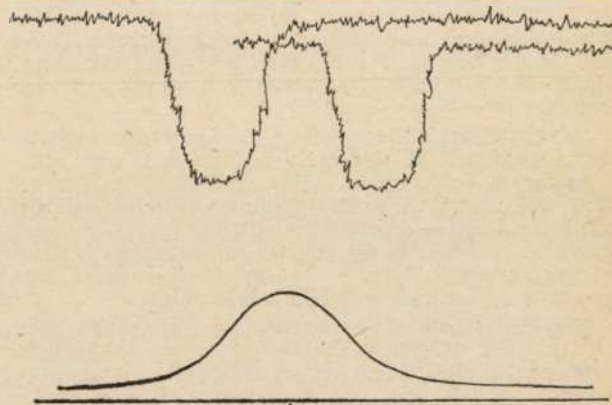


1. ábra
A késői deceleratio sematikus rajza

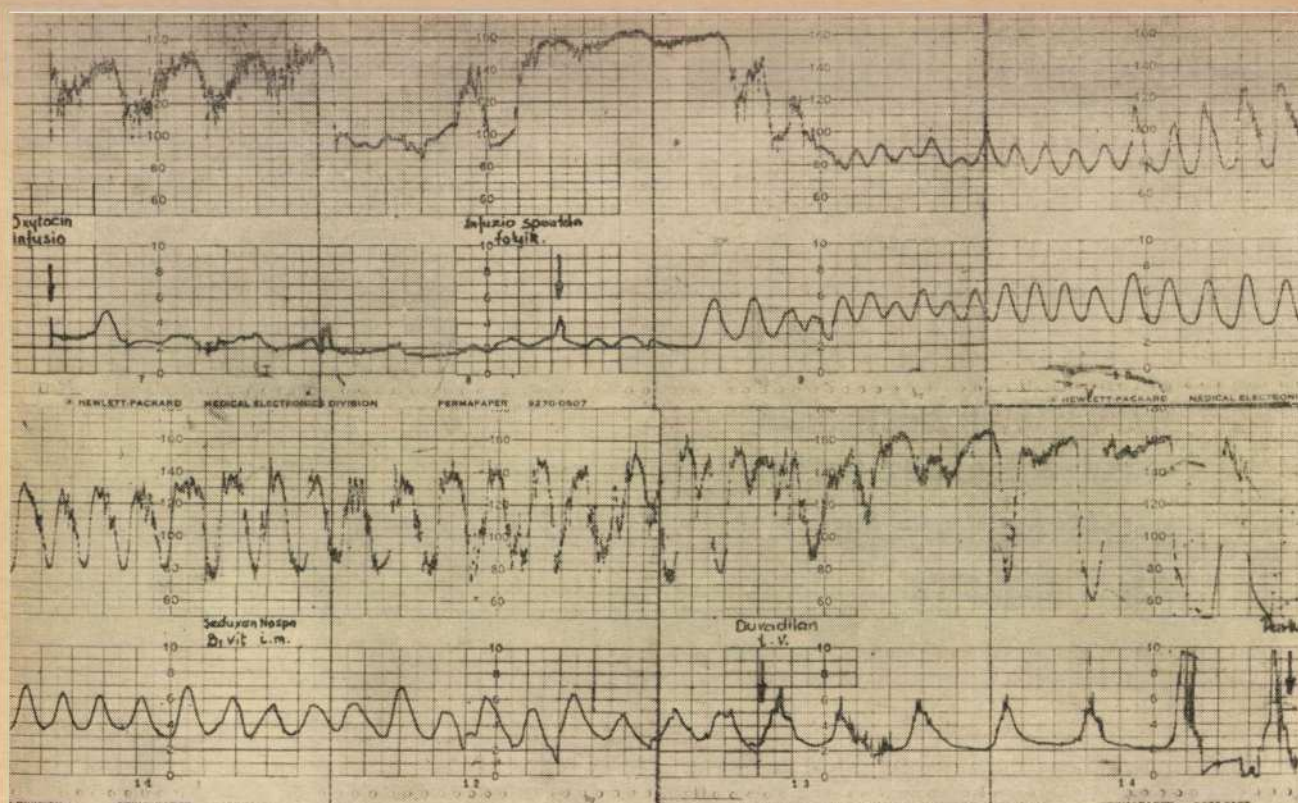
2. A változó deceleratióban nincs correlatio az uterus contractiók és a szív-frequentia lassulása között, tehát a contractiós fázis bármelyik szakaszában kezdődhet. A köldökzsinór rendelkezéseiből adódhat (2. 4. 5; 2. ábra).

A szülés 80 percének története a kardiotokegráf által rajzolt görbe és a megszületett magzat állapotának analízise alapján a következő (3. ábra).

I. periódus: az infusio első 20 percében a normotoniás uterus-izomzat jellegtelen fájástevékenysége mellett megjelent a magzati szívűfrequentia enyhe deceleratiója, amit a 10. perctől követett egy tartós (6



2. ábra.
A változó deceleratio sematikus rajza
A szülés lefolyásának tokográfiás felvétele
(papíresebesség 1 cm/perc)



3. ábra.

percig tartó) igen kifejezett, változó jellegű deceleratio mint az uteroplacentaris és a köldökzsinór keringési zavar első tünete. Ezt még kompenzálta a magzat, jelzi ezt a 6 perces oscillatio.

II. periódus: a 25. perctől 40 percen át tartó hypertoniás-tachysystoliás uterus-tevékenység mellett (20 Hgmm-es alaptónus emelkedés az uterus izomzatában) 10 percig tartó súlyos bradycardia után, teljes, főként deceleratiós jellegű változás lépett fel a szívfrekvenciában. A 30. percben im. adott B₁-vitamin, No-Spa és Seduxen inj. alig változtatott a fájástevékenységen. Kialakult az acut placentaris insufficiencia, az uteroplacentaris keringés súlyos zavara, ami már nem volt kompenzálható.

III. periódus: a 70. percben adott 10 mg Duvadilan iv. injektálása (N. V. Philips-Duphas, Holland) 3 perc alatt normalizálta az uterus-izomzat tonusát és ezzel együtt a magzati szív-frekvencia fájázzinkron lassulásait hozta létre. Itt már a normális alaptónusról induló szabályos, 7 percig tartó kitolási szak végén a 80. percben, kar- és fejkifejtés mellett súlyos distress állapotban — Apgar 3 — megszületett a 3500 g súlyú, 54 cm hosszú, 34 cm fejkerületű élő, érett leánymagzat. A köldökzsinór szorosan a nyakára volt csavarodva.

Magzatélesztést, intubálást, nyákszívást, lélegeztetést végeztünk. Öt perc múlva Apgar 6, 10 perc múlva Apgar 8, és 20 perc múlva lett 10-es az Apgar-érték. Tekintettel a szülés rohamos voltára, méhüri betapintás történt, amelynek során ép viszonyokat találtunk, a méhszáj is ép volt. A szülésvezetés módjáról megjegyezzük, hogy császármetszést végezni nem lehetett a szülés igen gyors haladása miatt.

Az újszülöttet gyermekosztályra helyeztük (Péterfy S. utcai Kórház), ahol a légzést és a keringést rendezettnek találták. Astrup-vizsgálattal metabolikus acidosiszt mértek, ami alkali-glucose kezelésre rendeződött.

Az Astrup-vizsgálat adatai: IX. 18.: pH: 7,16, pCO₂: 52, BE: -13,5, SB: 15,1; IX. 19.: pH: 7,41, pCO₂: 29, BE: -3,9, SB: 21,0.

A szemfenék pangásos jeleket mutatott, jelzett hypoxiás idegrendszeri tüneteket láttak, amelyek később oldódtak. Hazabocsátáskor az újszülött jól etethető és egyensúlyban volt, belszervi kóros eltérést nem találtak. Két hét, 3 hónap, majd fél év múlva a gyermek állapota jó, fejlődése zavartalan.

Megbeszélés

A normális szülés támogatása során a szervezetbe élettani adagban bevitt oxytocin a méh tevékenységét és a magzat intrauterin állapotát legtöbbször nem befolyásolja kóros irányban (3). Ezt az adagot maximálisan 16–32 mE/percben határozzák meg (1). Ha az adag ennél nagyobb, a fájástevékenység kórossá válása miatt a magzat intrauterin élete kockázatosabbá válhat (2). Az uterus-izomzat hypertoniáját, majd kimerülését okozó tényezők megzavarják az uteroplacentaris keringést is, így a magzat méhen belüli elhalása is bekövetkezhet, de a súlyos distress kialakulása mindenképpen (6). Bemutatott esetünk is ezt igazolja, 15 perc alatt a szervezetbe juttatott majdnem 5 NE oxytocin (kb. 330 mE/perc sebességgel) a szülést kórosan befolyásolta. Az eset tanulsága, hogy csökkenteni kell és lehet is a distress kialakulásának lehetőségét az oxytocin adásának olyan mértékével, ami fiziologiás fájástevékenységet eredményez és nem károsítja az uteroplacentaris keringést, a magzati oxygenisatiót (5). Magunk azon legkisebb oxytocin mennyiségek adása mellett vagyunk, ami megfelelő fájástevékenység mellett nem emeli az alaptónust, sohasem haladjuk túl a 16 mE/perc mennyiséget (1). Tapasztalataink szerint erre nincs is szükség.

Bár csupán a véletlen folytán kialakult, egyetlen esetről van szó, de bizonyító ereje nem lehet kétséges.

Az esemény végül is szerencsés kimenetelű volt szülészeti értelemben a gyors lefolyás miatt, a magzat szempontjából pedig az adaequat gyermekorvosi ellátás miatt.

Hangsúlyozni kell, hogy az oxytocin alkalmas gyógyszer, de használata nagy felelősséget és gondosságot igényel (5, 6, 7). A nem infúzióban adott, emiatt ismeretlen mennyiségben felszívódó oxytocin igen veszélyes lehet és alkalmazásának ez a módja ma már nem elfogadható. Az infúziós felhasználás veszélye sem kisebb és ezért kell fokozottan ügyelni az adagolás mértékére (5, 6).

Összefoglalás. A szerzők a szülés gyorsítására alkalmazott, technikai hiba folytán túladagolt oxy-

tocinos infúzió hatását írják le. Részletesen elemzik a kardiokardiográfiás görbét. Felhívják a figyelmet az oxytocin-adás veszélyeire és a kóros fájások kialakulása esetén a Duvadilán jó hatására. Esetük mind az anya, mind a magzat sorsát tekintve szerencsés kimenetelű volt.

IRODALOM: 1. *Caldeyro-Barcia, R. és mtsai:* J. Pharmacol. Exper. ther. 1957, 121, 18. — 2. *Fischer, W. M.:* Kardiokardiographia (Lehrbuch und Atlas) Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 1973. — 3. *Greenhill, J. P.:* Obstetrics. W. B. Saunders Co., Philadelphia—London, 1966. — 4. *Hon, E. M.:* An Introduction to Fetal Heart Rate Monitoring 1971. Yale Co-operative Corp., 77, Broadway, New Haven, Connecticut. — 5. *Lampé L.* (szerk.): Intenzív szülészoba. Medicina. Bp. 1972. — 6. *Liston, W. A., Campbell, A. J.:* Brit. Med. J. 1974, 3, 606. — 7. Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet 5. sz. Módszertani levele. Bp. 1972. — 8. *Turnbull, A. C., Anderson, A. B. M. J.:* Obstet. Gynec. Br. Cwith. 1968, 75, 24.

Sandosten® DRAZSÉ

Thenalidinum tartaricum 25 mg drazsénként.

Hatás

- Erős permeabilitásgátló, viszketéscsillapító, anticholinerg és serotonin-antagonista hatású antihistaminicum. Egyértelműen javítja az allergiás folyamatoknál megelőző, néha tűrhetetlen fokú viszketést.

Csökkenti az erek permeabilitását, ezzel az oedemaképződést megszünteti.

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

Indicatio

- Akut allergiás folyamatok: urticaria, Quincke-oedema, szénanátha, gyógyszer-túlérzékenység, allergiás eredetű asthma bronchiale.
- Eczema
- 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 capilláris permeabilitás fokozódás, a respiratoricus és digestiv tractus simaizmainak görcse, a bőrön fájdalmas duzzanat és erős viszketés.

antihistaminicum antiallergicum

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 múltó 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



2549



NOVORIN[®] Orrcsepp

(Xylometazoline)

A készítmény hatóanyaga 0,01 g 2-(4-terc. butyl-2,6-dimethyl-phenylmethyl)-imidazolin. hydrochlor. 10 ml vizes oldatban.

A hatóanyag sympathomimetikus hatású, a kitágult ereket összehúzza, úgyszintén gátolja az orr- és garat-nyálkahártya vérbőségét (orr és garatüreg), valamint csökkenti azoknak gyulladós állapotát.

A hatás pár perccel az adagolás után lép fel és néhány óráig tart. Novorint a betegek jól tűrik, irritáló hatása nincs.

JAVALLATOK: Allergiás eredetű acut coryza, rhinitis, szénanátha, orr- és garatüreg gyulladós állapota (nasopharingitis), sinusitis, oedemás arcüreggyulladás.

ELLENJAVALLATOK: A Novorin ellenjavallt chronikus rhinitis esetében.

MELLÉKHATÁSOK: Átmeneti gyenge égető érzés az orrban.

ADAGOLÁS: Gyermekeknek: 6 éves kor felett napjában egy cseppet mindkét orrüregbe cseppenteni. Figyelem! A gyógyszer nem szabad túladagolni!

Csecsemőknek és gyermekeknek 6 éves korig ne adjuk.

Felnőtteknek: napjában 1-3-szor 2-3 cseppet az orrba cseppenteni. Felnőtteknek a készítmény megfelelő belélegző-készülékből is adható napjában 3-szor.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 10 g-os üvegben 1 ezrelékes oldat, ára 18,10 Ft.

Információ: „POLFA” Tudományos Információs Iroda
1075 Budapest VII., Tanács körút 25. I. 3. Telefon: 427-723

Exportálja:

Ciech

CIECH-Polfa Vegyipari Külkereskedelmi Vállalat
Gyógyszerészeti termékeket gyártó osztálya
00-950 Warszawa Jasna 12, Pf. 271 Lengyelország

Fővárosi XXI. ker. Tanács Kórháza,
 Sebészeti Osztály (főorvos: Molnár Lajos dr.)
 és Tétényi úti Kórház,
 Kórbonctani Osztály (mb. főorvos: Szűcs László dr.)

Diagnosztikus problémák acut verőér-elzáródás ritka formáiban

Molnár Lajos dr., Ugocsa Gyula dr.
 és Tátrai Erzsébet dr.

Napjainkban a heveny verőér-elzáródás műtéti megoldása megfelelő személyi és eszközös felkészülés mellett, minden sebészeti intézetben elvégezhető.

Aetiologiai faktor az esetek zömében embolia, illetve heveny thrombosis. *Vollmar* (23) anyagából 204 heveny verőér-elzáródásnak 171 esetben embolia, 32-ben heveny thrombosis és egy esetben dissecalo aneurysma volt az oka. *Löblovics és mtsai* (14) 100 esetéből csak 8-ban volt ismeretlen az aetiologia, 1 aneurysma dissecanst észleltek. *Denck* (8) 455 betegében 2 esetben volt daganatos embolisatio. Egy alkalommal a szív üregében elhelyezkedő myxomás elváltozás, míg másikkban a petefészek rákos daganata tört be az aortába.

A szívdaganatok a ritka kórképek közé tartoznak (5, 9, 10). Megközelítőleg 50%-át myxoma teszi ki, mely az esetek háromnegyed részében a bal pitvarban helyezkedik el (5, 6). A pathológiában általánosan elfogadott *Thorel* (cit. *Merkow* 15) nézete, mely szerint: a szívben ritkán vannak valódi myxomák, többségük myxomatousan átalakult, szervülő thrombus. Differentialdiagnosissal egyes szerzők behatóan foglalkoztak (2).

Kelly, Bhargwot, Kooros, Merkow (11, 15) elektronmikroszkópos vizsgálataik során viszont arra a meggyőződésre jutottak, hogy többségük valódi tumor és endocardialis, illetve subendocardialis rezerv sejtekből származnak.

Az aorta dissecalo aneurysmája élőben egyre gyakrabban kerül észlelésre, ha gondolunk rá. A diagnosztikus lehetőségekkel *Pálossy* (19), *Solt* (21), *Papp* (17) foglalkoztak részletesen esetismertetések kapcsán. Jellegzetes tünetek alapján lehetőség van a korai praeoperatív diagnosis felállítására. Jellemző a hirtelen fellépő mellkasi fájdalom,

mely erős fájdalomcsillapítókkal nem befolyásolható (1, 4, 12, 18). A fájdalom *Levinson* (13) szerint főleg a nyakba sugárzik ki, mely az infarctusos fájdalomra nem jellemző. Hasi aneurysmákban a fájdalom az epigastriumban is keletkezhet. Ilyen esetben, amennyiben előzőleg hasi statusban pulsalis resistentia szerepelt, a dissecalo aneurysma rupturájára gondolhat az orvos, különösen, ha a hasi pulsatio már nem tapintható. Ha erre adatkunk nincs, az intenzív hasi fájdalmat gyakran az acut hasi kórképek valamelyikéhez kapcsolják (16, 20).

Perjési (20) acut gastrointestinalis vérzést okozó mellkasi aneurysma ruptura esetében ventricularis ulcusra, *Nagy* (16) két esetében dissecalo aneurysma okozta gastrointestinalis vérzést ismeretlen eredetűnek tartott.

A cardiovascularis tünetegyüttes szintén változatos képet mutat. A hirtelen fellépő syncope, cyanosis, shockos állapotban sem mindig gondol az orvos a dissecalo aneurysmára. *Pálossy* (19) 22 esetéből a beküldő orvos egyszer sem gondolt e diagnosisra. A kíró kórisme között is a belgyógyászati osztály csak 3 esetben jelezte, két alkalommal műtéti diagnosisként derült ki a dissecalo aneurysma. A shock mellett észlelt hypertonia alapos gyanújelként szerepelhet (16, 17, 19, 20).

Hallgatódzsi lelet is támpontot adhat a praeoperatív diagnosis felállításában. Lényeges a peripheriás pulsus és vérnyomáskülönbség a végtagok között, valamint az oscillatiós értékekben észlelt differencia. Az EKG-val kifejezett kórjelző elváltozást nem észlelünk (19).

Amennyiben a beteg általános állapota lehetővé teszi, a röntgen is segítséget adhat a diagnosis tisztázására. Feltűnően széles pulsalis aortaárnyék, haemothorax és szívtamponád radiologiai jelei felhívhatják a figyelmet ezen elváltozásra.

A praeoperatív diagnosis pontos felállításában és a dissectio localisatiójának, kiterjedésének megítélésében egyedül az angiocardiographiás vizsgálat nyújt biztos támpontot (7, 22). Ezért minden olyan esetben, ahol felmerül ennek gyanúja, és a beteg állapota lehetővé teszi, olyan intézetbe kell szállítani, ahol ennek, s műtéti megoldásának tárgyi és személyi feltételei biztosítva vannak.

A dissecalo aneurysma leggyakoribb localisatiója az aorta descendens, illetve az aorta abdominalis szakasza az arteria renalis eredése alatt. Praedisponáló tényezőként hypertonia, ritkábban fejlődési rendellenesség és arteriosclerosis szerepel. Morphologiailag jellemző elváltozás a media degeneratiója és vitatott az arteriosclerosis.

A kórjóslat rossz. Műtét nélkül a betegek 60 százaléka 24 órán belül, 30%-a az első héten exiál (17).

Nagyobb műtéti esetszámról *De Bakey* (7) és *Szilágyi* (22) számolt be.

Az elmúlt két évben 125 beteget utaltak be intézetünkbe acut verőér-elzáródással. A diagnosis 61 esetben volt helyes. Embolektomiát csak 32 alkalommal végeztünk. 29 betegen a végtag biológiai statusa miatt acut műtéti beavatkozás már nem volt lehetséges.

Az acut verőér-elzáródás 3 ritka kórfarmáját észleltük. Ezek diagnosztikus problémái miatt tartjuk érdemesnek eseteink ismertetését.

1. 51 éves férfit vidéki kórházból szállították osztályunkra, mindkét alsóvégtagi acut verőér-elzáródással. Kórelőzményében agyi embolia és szív-infarctus szerepelt. Felvételtkor az aorta bifurcatio acut occlusiójának klinikai képét észleltük. Mindkét art. femoralis communis kiproeparáltuk, majd embolektomiát végeztünk. Fogarty-katheterrel igen nagy mennyiségű, részben tapadó, részben friss, myxomatousus jellegű szövetet távolítottunk el. Az eltávolított anyag nagy mennyisége, valamint kocsonyás makroszkópos külleme miatt már a műtét során a szívüregben elhelyezkedő myxomára gondoltunk. Embolektomia után az acut ischaemiás tünetek megszűntek, a peripheriás pulsus mindkét alsó végtagon tapinthatóvá vált. A postoperatív szak 10. órájában syncope, majd exitus következett be.

Az acut verőér-elzáródást a szívüregben elhelyezkedő myxoma-pseudomyxoma periphéria felé sodródó szövetrészeivel magyaráztuk. A syncopet a tumor mitralis szájadékbá való beékelődésének tartottuk.

2. 60 éves férfibeteg egyike fővárosi kórház sebészeti osztályáról vettük át kismencedei acut verőér-elzáródás diagnózisával. A végtagok hűvösek és cyanoticusak voltak, az art. femoralisok pulsióját egyik oldalon sem észleltük. Bár az embolisatio időtartama 4—5 óras volt, a felületes és mély érzés csak részleges kiesését találtuk. Azonnali műtétet terveztünk, azonban a felvételi helyiségből a műtőbe való szállítás közben hirtelen fellépő hasi és mellkasi szúró fájdalmak kíséretében, exitus következett be. A boncoláskor medianecrosis talaján létrejött aorta-aneurysma dissecanst találtunk, mely a bifurcatióig terjedt.

3. 47 éves férfi, vidéki kórházból került átvételre. Felvétele előtt pár órával erős mellkasi fájdalom után jelentkezett a jobb alsóvégtag acut ischaemiás tünetegyüttese. Feltűnő volt, hogy bár az art. femoralis pulsióját nem észleltük, a végtag mozgás- és érzéskiesése nem felelt meg teljes mértékben az ilyenkor jól ismert acut verőér-elzáródás klinikai képének. Kétórás observatio után a végtag statusában lényeges változást nem észleltünk, ezért a műtét beavatkozás mellett döntöttünk. Már a műtét előtt felvetődött a dissecalo aneurysma lehetősége, de mivel a keringési zavart csak a jobb alsó végtagon észleltük, az embolisatio lehetőségét nem tudtuk kizárni. Műtétkor kiderült, hogy az előző feltevésünk bizonyult helyesnek; az art. femoralis kiproeparálása után, bár pulsiatio nem volt, a lumen megnyitáskor kiskokú áramlás azért volt az érpályán belül. Fogarty-katheterrel az embolust sem proximal, sem distal szakaszon nem találtuk. Ezekután feltártuk a jobb oldali art. iliaca communis, az érfal egész terjedelmében kékesen elszíneződött, pulsiót nem észleltünk. Az iliaca communis átmérője kb. kétszerese volt az ellenoldalinak. Az acut verőér-elzáródást ezekután dissecalo aneurysmának tartottuk.

A 2. postoperatív napon heves mellkasi szúró fájdalom kíséretében a beteg exitusához vezető shockos állapot alakult ki. A boncolás igazolta a diagnosist: az aorta thoracalis szakaszából kiinduló dissecalo aneurysma a jobb art. iliaca communisig terjedt, mely a jobb alsó végtag acut verőér-elzáródását okozta.

Megbeszélés

Myxoma—pseudomyxoma szövödményei igen változatos képet mutatnak (6). Localisan gyakran a szájadékszűkület képét utánozzák, beékelődve syncope következhet be (3, 5). Felületéről leváló rögök chronicus vagy acut elzáródást okozhatnak (3, 6). Utóbbi időben megjelenő közlemények mind több élőben diagnosztizált, sikeresen operált esetről számolnak be, kiemelve a pontos praeoperatív diagnosis nagy jelentőségét (3, 5, 6).

Cooley és mtsai (6) által 1971—1972 között operált hét esetből 5-ben volt pontos a praeoperatív diagnosis.

Esetünkben az érelzáródást okozó pseudomyxoma makroszkópos képe hívta fel a figyelmet a helyes diagnosisra.

A bal pitvar hátsó falán a mitralis billentyűk eredése fölött, almányi, kocsonyás küllemű, sárgás-vörhenyes képződmény tapadt, mely a mitralis szájadékbá beékelődött. A peripheriás szórás innen származott. Histológiai vizsgálattal az embolektomia során eltávolított anyag, valamint a szívüregben elhelyezkedett képlet pseudomyxomának bizonyult. Így a diagnosis helyes felállítása bár sikerült, de a hirtelen bekövetkezett exitus miatt a tervezett végleges műtét megoldás elmaradt.

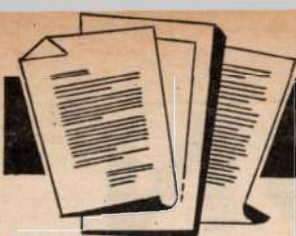
A két dissecalo aneurysma esetünkkel azért tartottuk érdemesnek részletesen foglalkozni, mert az elsőben — bár nem gondoltunk a fenti kórképre — a retrospektív elemzésünk során a hirtelen fellépő szúró hasi és mellkasi fájdalom, a shockos hypertoniás állapot és cyanosis felhívhatta volna figyelmünket a helyes diagnosisra. Rövid észlelésünk után azonban exitus következett be.

A második alkalommal az aneurysma dissecanst sikerült élőben felismerni.

Felvétel előtt pár órával jelentkező erős mellkasi fájdalmat, mint jellemző tünetet, nem tudtuk egyértelműen helyesen értékelni, mert az elvégzett EKG vizsgálat: sinus rhythmus, középállású QRS vector (+50), ST—T eltérés, biventricularis túlterheltség, insuff. art. coron. jelei, az acut szívizomkárosodás gyanúját keltette. Panhorst (cit. Papp 17) által leírt értékes tünetre — az egyenlőtlen vagy hiányzó pulsus — gondoltunk, de a klinikai képben az acut verőér-elzáródás képe dominált s emiatt került sor a műtét beavatkozásra.

Összefoglalás. A szerzők 3 esetüket azért tartották érdemesnek ismertetni, mert az acut verőér-elzáródások differentialdiagnosizálásában ilyen kórfarmakkal ritkán találkozhatunk.

IRODALOM: 1. Bach I.: Orv. Hetil. 1967, 108, 1132. — 2. Beerler, E., Lüthy, E., Uchlinger, A.: Schw. med. Wschr. 1961, 91, 1475. — 3. Berentey E., Bodnár E.: Orv. Hetil. 1974, 115, 41. — 4. Burchell, B.: Circulation. 1955, 12, 1068. — 5. Csákány Gy.: Orv. Hetil. 1969, 110, 22. — 6. Cooley, M. D. és mtsai: I. Cardiovasc. Surg. 1973, 65, 731. — 7. De Bakey és mtsai: I. Cardiovasc. Surg. 1965, 49, 130. — 8. Denck, M., Olbrest, F.: Wien. Klin. Wschr. 1971, 83, 46. — 9. Goodwin, J. E.: Lancet. 1963, 1, 464. — 10. Jones, W. E., Jenkins, D., Erasmus, D.: Thoraxchir. 1970, 25, 756. — 11. Kelly, M., Bhargwot, A. B.: Arch. Path. 1972, 93, 219. — 12. Kósa F., Mészáros E.: Orv. Hetil. 1971, 112, 1046. — 13. Levinson, D. C.: Circulation. 1960, 22, 314. — 14. Löblovics I. és mtsai: Magy. Seb. 1970, 23, 811. — 15. Merkow, L. P., Kooros, M. S. A.: Arch. Path. 1969, 88, 390. — 16. Nagy J., Poór F.: Orv. Hetil. 1969, 110, 7. — 17. Papp S.: Orv. Hetil. 1968, 109, 48. — 18. Papp M., Jellinek H.: Orv. Hetil. 1962, 103, 1221. — 19. Pálóssy B., Kaló E.: Orv. Hetil. 1973, 114, 33. — 20. Perjési L.: Orv. Hetil. 1968, 109, 21. — 21. Solt I.: Orv. Hetil. 1969, 110, 31. — 22. Szilágyi M. D. és mtsai: Ann. Surg. 1966, 164, 678. — 23. Vollmar, J.: Reconstructive Chirurgie der Arterien. Thieme, Stuttgart, 1967. 192.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

A II. európai „Ultrahang az orvostudományban” Kongresszusról. (1975. május 12—16.)

A Sheraton Hotel kongresszusi termeiben, a müncheni Ludwig Maximilian Egyetem orvosi fakultása és az Európai Ultrahang Társaság rendezte.

A kongresszuson 2 szekcióban 232 előadás hangzott el a következő témakörök szerinti csoportosításban: Idegsebészet és ideggyógyászat 4 előadásorozat, szülészet 3, nőgyógyászat 1, cardiologia 3, Doppler 2, szemészet 1, belgyógyászat 3, has 1, mellkas 1, új technikai eredmények az ultrahang diagnosztika területén 3 előadásorozat.

Emellett 14 film vetítésére került sor. A kongresszusnak 6 magyar részvevője volt. Aktívan, azaz előadással ebből 2 szerepelt, nevezetesen *Bertényi Anna dr.* (Semmelweis OTE, II. Szemklinikai), aki szemészeti idegentest localisatióban szerzett tapasztalatairól számolt be és *Pannonhegyi Albert dr.* (MN Központi Kórház), aki 10 éves neurotraumatológiai tapasztalatairól és eredményeiről adott számot.

A kongresszust világgongresszussá bővítette a tengerentúli (amerikai, japán és ausztrál) résztvevők és előadók nagy tömege. Az előadások igen magas szintűek voltak, melyben a szigorú előzetes rostálásnak komoly szerepe lehetett. (Az előadás-kivonatokat 1974. december 15-ig meg kellett küldeni a szervező irodának.) A kongresszus lebonyolításának időszakában került sor az Ultrahang Társaságok Európai Szövetsége vezetőségének és küldötteinek közgyűlésére is, amely bizonyos alapszabály módosítás mellett a vezetőség alelnöki tisztségébe választotta a varsói *L. Filipczynskit*. Így jelenleg a vezetőség többi tagjai: Elnök — *M. de Vlieger* (Rotterdam), titkár *H. R. Müller* (Basel), pénztárosok — *Bertényi Anna* (Budapest) és *S. Levi* (Brüsszel). A vezetőség cooptálta *C. Alvisi* bolognai idegsebész professzort, aki a következő, két év múlva tartandó konferencia házigazdája lesz.

A kongresszus rendezése (főrendező *E. Kazner* — müncheni Idegsebészeti Klinika) imponáló volt.

A kongresszussal egyidőben és azonos helyen nagy ultrahang műszerkiállítás zajlott le folyamatos bemutató programmal és kipróbálási lehetőséggel. Ezen az összes világcég képviseltette magát.

A kongresszus tudományos anyagából a következő főbb megfigyelések emelhetők ki: Világosra egyre szélesebb körű az ultrahang diagnosztikai felhasználása az ideggyógyászat és szülészet-nőgyógyászat

mellett a cardiologia és belgyógyászat különböző területein is. Ezt részben a vizsgálat contraindicatio és veszélyeztetés nélkül, valamint gyors mivolta magyarázza, részben pedig az a tény, hogy a morfológiai felvilágosítás mellett funkcióra is felvilágosítást nyújt. Ugyanakkor bizonyos speciális szakterületeken elhatárolódott már, hogy milyen esetben milyen vizsgálóeljárás a prioritás. Így pl. a B-scan intracranialis felhasználását a komputerezált röntgenológiai vizsgálatot végző EMI-scanner megjelenése nagymértékben korlátozná, bár ez utóbbi készülék fél millió US dollár körüli jelenlegi beszerzési ára jelentősen mérséklte európai elterjedését.

Az encephalographia területén továbbra is az A-scan a klinikai rutin standard műszere. E módszer kamramérésre igen jó, és ezért divatos is; 9 előadás foglalkozott vele. Bebizonyosodottnak látszik, hogy magas életkorban, egyes posttraumás állapotokban, chr. alkoholizmus esetén, s olykor gyógyszerabúszásban és elmebetegségek esetében is a III. kamra megnő — akár 14 mm tágasságig is. A finn *Valkeakari* beszámolt arról, hogy hydrocephalusban az agy oldalirányú koponyamozgatásra vibrálni képes, amely encephalograph-fal jól mérhető, s frekvenciájának mértéke 2—6 Hz. A kamra nagyságától a vibrációs frekvencia nem függ, az amplitúdó azonban igen. E megfigyelés alapján az általuk bevezetett vibrációs tesztnek azon újszülöttkori hydrocephalus-gyanús esetekben látják legfőbb differenciál diagnosztikus hasznát, ahol a kedvezőtlen vastagságú koponyacsont miatt az oldalkamra faláról nem sikerül echoválást kapni.

A bergeni *K. G. Krogeness* előadásában azon eredményeiről számolt be, amelyek a sella A-P irányú méretének, illetve az arteria basilaris clivustól való távolságának meghatározására irányultak. Az amerikai *P. Dyck* és *J. B. Doyle* (Los Angeles) intraoperatív transdurális echoencephalographiát használt a hátsó scala daganatok pontos lokalizálására.

Koponya és agy B-scanningről voltak előadások és film is, de a kongresszuson bizonyítást nyert, hogy a módszer elsősorban csecsemők és kisgyermek vizsgálatára alkalmas kb. 8—10 éves korig.

A japán *T. Nishii* és mtsai komputerezált színes ultrasonotomographiás vizsgálatairól számoltak be, melyet a gliómás agydaganatok postoperatív és sugárterápia alatti ellenőrzésére használnak.

Agyon belüli pulsatiók vizsgálatánál két irányzat mutatkozik. Az

egyik kutatócsoport (*T. Nishii* és mtsai — Wakayama) amplitúdó pulsatiót regisztrált, míg a holland *M. de Vlieger* távolság pulsatiót.

A véráramlás Doppler módszerrel történő mérése tért hódított az utóbbi években. Ezt az ez irányú előadások nagy száma (29) is jelezte. Agyi keringésvizsgálatokban való felhasználásra elsősorban az irányérzékes készülékek alkalmasak, melyek meg tudják különböztetni a szonda felé és a szondától elfelé áramló vért. Cerebrovascularis Doppler keringés vizsgálati témával legnagyobb számban francia, svájci és német szerzők foglalkoztak.

Az ultrahang károsító hatásával 10 előadás foglalkozott. Egybehangzó végkövetkeztetésük, hogy a diagnosztikai készülékeknek alkalmazott intenzitások biztosan ártalmatlanok.

Az ultrahang szemészeti és szülészet, nőgyógyászati széles körű felhasználásáról igen sok előadás adott számot.

Cardiociographiás készüléket több cégnél láttunk. Alapelvük: A szülő nők fájásait és a magzati szívfrekvenciát ábrázolják egyidejűleg.

A B-scan berendezések alkalmaznak a röntgenteknikában is gondot jelentő máj és pankreas térszűkítő folyamatok (cysta, tumor, tumormetastasis), pajzsmirigy göbök kimutatására, valamint cardiologiai felhasználásra is.

Cardiologiai berendezéseket csaknem minden cég bemutatott és sok előadás is hangzott el e tárgyban.

A cardiologiai berendezések két alapvetően működtek: Impulsus-echo módszerrel mozgásamplitúdót és ebből sebességet mértek, vagy range-gated Doppler módszerrel mozgás-sebességet mértek. Regisztrálásra szinte egységesen a Honeywell cég szaloptikás UV strip chart recorderét használják.

A B-scanning újdonságok közül a *real-time üzem* (mozgások ábrázolása egyes szervek metszeti képen) és a *gray-scale technika* (különböző amplitúdóhoz különböző szürke fokozatokat rendelve állít elő jobb felbontású képet) emelhető ki. Ugyanakkor a japánok különböző színűek rendelnek a különböző amplitúdóhoz a jobb ábrázolhatóság kedvéért.

C-scanning módszerükről a japánok (*H. Yokoi* és *K. Ito*) mutattak be filmet.

A magyar szakemberek számára a kongresszus azt a tanulságot nyújtotta, hogy a korlátozott technikai lehetőségek és készülékpark mellett is jó úton haladunk mind klinikai vonatkozásban, mind technikai vonalon, amennyiben a magyar EMG gyár új echoencephalographiás készülékét, az EMG-4645-t kétszernyű és digitális résszel rendelkező változatban fejlesztette ki, mely ráadásul pulsatió vizsgálatok végzésére is alkalmassá tehető a megfelelő többszernyű írószerkezet segítségével.

Pannonhegyi Albert dr.

GASTRIXON®

**INJEKCIÓ,
TABLETTA**

parasympatholyticum

Tablettánként 2 mg, ampullánként (1 ml) 0,5 mg xantén-9-karbonsav-tropinészter-N-metil-bromidot tartalmaz.

JAVALLAT

Ulcus-betegség (különböző, főként hyperaciditással járó formái és heveny szakai); **gastrointestinalis megbetegedések** (colitis spastica, hasmenést okozó enterocolitis stb., cholecystopathia); fájdalomcsillapítóként **húgyúti simaizom-spasmusok**, ill. köves rohamok (cholelithiasis, nephrolithiasis) esetén. Utóbbiak blokkolására a Gastrixon önmagában csak az esetek kb. 60–70 százalékában elegendő. Hatástalanság esetén egyéb spasmolyticumok, esetleg opiátok adása szükséges.

ELLENJAVALLAT

Glaucoma, myasthenia gravis, hypotonia, prostata-hypertrophia stb.

ÁTLAGOS NAPI ADAG

3-szor $\frac{1}{2}$ – $1\frac{1}{2}$ tabl. (3–9 mg) étkezés után; 2–3-szor 1 ampulla (1–1,5 mg) im.

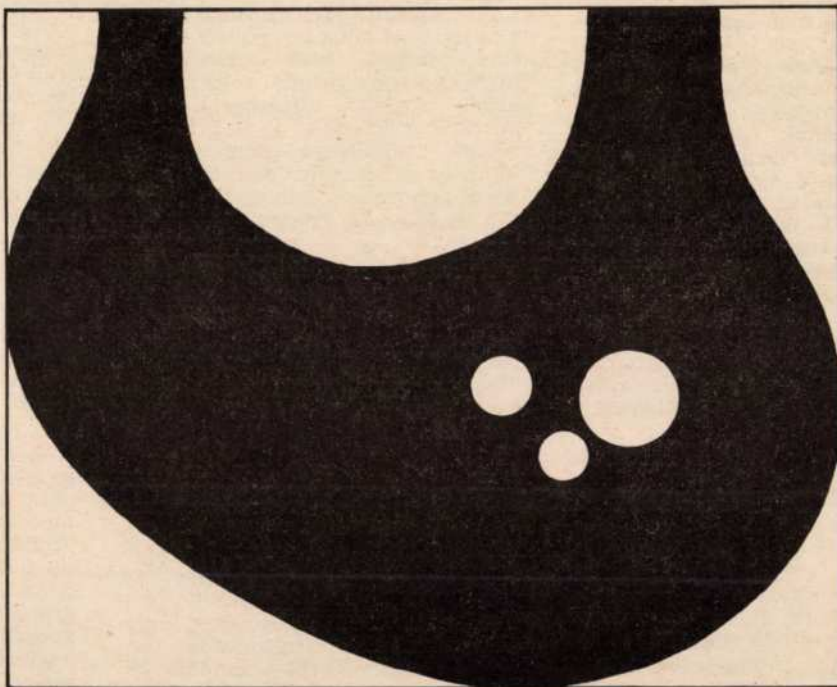
MELLÉKHATÁS

Száj- és torokszárazság, ritkábban mydriasis, mérsékelt tachycardia, palpitiatio cordis, accommodatiós zavar, hólyag-tenesmus, ill. enyhe vérnyomásesés és kivételesen erythema.

Mellékhatások jelentkezésekor rendszerint elegendő az adag csökkentése; a Gastrixon-kezelés leállítására csak kivételesen lehet szükség.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

10 ampulla (1 ml)	11,90 Ft	20 tablettá	5,70 Ft
100 ampulla (1 ml)	105,- Ft	200 tablettá	32,- Ft



Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR



Szülészet és nőgyógyászat

Az anya cardiovascularis állapotának változása a terhesség során. Metcalfe, J., Ueland, K. (Heart Research Laboratory, Univ. of Oregon Medical School, Portland): *Progress in Cardiovascular Disease* 1974, 16, 363—374.

A terhesség során a legkifejezettebb haemodinamikai változás a nyugalmi percvolumen növekedése, mely 30—40%-ot is elér. A növekedés jelentős része a terhesség első időszakában következik be. A percvolumen nyugalmi állapotban a testhelyzet kifejezetten befolyásolja. Ülő helyzetben vagy oldalfekvésben magasabb, mint vízszintes fekvés során. A terhesség utolsó 2 hónapjában a percvolumen fokozatos csökkenése észlelhető. Ikerterhesség során e változások még kifejezettebbek. A percvolumen fokozódást elsősorban a növekvő systole volumen eredményezi, a terhesség előrehaladásával a szívfrekvencia fokozódása miatt ez utóbbi fokozatosan csökken, s ez indokolja az ekkor észlelhető percvolumen csökkenést is.

Az észlelhető haemodinamikai változások függetlenek mind az anya, mind a foetus metabolikus szükségleteitől. Az anya nyugalmi oxygen felhasználása a szülésig fokozatosan növekszik, így a percvolumen változással ellentétes módon alakul. A helyzet olyan, mintha arteriovenosus shunt állna fenn. A terhesség során a perifériás vascularis resistentia csökken, elsősorban a terhes méh megváltozó keringési viszonyai miatt (a vascularis resistentia elsősorban itt csökken). Ez utóbbi háttérben hormonális hatások a legjelentesebbek (oestrogen, prolactin kísérletes körülmények közt is képes a percvolumen növelésre és a vascularis resistentia csökkentésére).

Az oestrogenek megváltoztatják az actomyosin-ATP-ase viszonyt a myocardiumban, növelve ezzel a myocardium contractibilitását. Mechanocardiographiás vizsgálatok szerint a terhesség korai szakában, de a második trimeszterben még kifejezettebben a bal kamrai systole praejectió periódusa csökken; ez lehet a csökkent vascularis resistentia, a hypervolaemia által növekedett „prae-load” következménye, de tükrözheti a myocardium megváltozott contractilitását is.

A haemodinamikai változások részben a folyadékháztartás módosulásával magyarázhatók. A vérvo-lumen nő (átlagban 40%-kal haladja meg a nem terhes szintet). A növekedés az első trimeszterben indul, de sokkal lassabb, mint a percvolumen

fokozódása. A vérvo-lumen elsősorban a plasma volumen növekedésének következtében nő, az így létrejövő haemodilutio a terhesek „fiziologias anaemiá”-jának oka.

A karokban a vénás nyomás nem változik, jelentősen növekszik az alsó végtagon; ez főleg a megnagyobbodott uterus mechanikus compressiójával magyarázható.

A folyadékháztartásban bekövetkező változásokért több tényező tehető felelőssé. A fiziologias terhesség során növekszik a plasma renin aktivitása és az aldosteron szintje. A plasma renin aktivitás fokozódásában a fölteként a terhesség során fokozottan keringő hormonok, így az oestrogenek és a progesteron is szerepet játszanak. A nátriumot így mindkét hormon közvetve visszatartja és ezért a folyadék resorbeálódik.

Újabb vizsgálatok szerint a renin-mechanizmus a méhen történő vérátáramlás szabályozásában is jelentős.

A szülés és a postpartalis periódus során újabb jelentős haemodinamikai és folyadékháztartásbeli változások figyelhetők meg. A fájások alatt az uterus összehúzódásakor az arteriális vérnyomás, a percvolumen nő, a szívfrekvencia csökken. A változások testhelyzettől függően jönnek létre, ha a gravida oldalán fekszik, kevésbé kifejezettek. Fekvő helyzetben fájászünetben a perc- és systolevolumen alacsony, mivel az uterus comprimalja a vena cava inferiort, akadályozva ezzel a vénás visszaáramlást. Minden contractio során a distalis aorta és/vagy az iliaca comm. compressiója jön létre; így a bal kamra által kilökött vér a felső testfélben oszlik el. Sectio caesarea esetén a haemodinamikai változásokat az anaesthesia módja is jelentősen befolyásolja. Localis anaesthesia esetén a szülés előrehaladtával a percvolumen progressive növekszik. Caudalis érzéstelenítés során ez kevésbé kifejezett.

A terhesség alatt létrejövő változások következtében a szívcsücslőkés diffusabbá válik, a sternum bal szélén systolés pulsatio tapintható, gyakran halk systolés zörejt hallható (a hyperdynamias keringés következményeképp); a szívhangok hasonló okból felerősödnek; a mérsékelt tachycardia normálisnak tekintendő. E jelenségek a fiziologias terhesség részjelenségeként értékelendők.

Pálóssy Béla dr.

Vérnyomásemelkedés terhesség alatt. Sullivan, J. M. (Hypertension Unit, Department of Medicine, Pe-

ter Bent Brigham Hospital and the Departments of Medicine, Boston Hospital for Women and Harvard Medical School, Boston): *Progress in Cardiovascular Disease* 1974, 16, 375—394.

A hypertonia (h.) a terhesség leggyakoribb szövődménye. Ez részben a terhesség alatt kifejlődő eclampsia, illetve praeclampsia tünete, részben a különféle h.-k terhes nőknél való megjelenése. A vérnyomás emelkedés az esetek közel 3/4-ében az előbbi tényezővel magyarázható.

Eclampsias, illetve praeclampsias terheseken egyes vizsgálok szerint a percvolumen magasabb, mint normális terhesség vagy essentialis h. során. Ezekben az esetekben az izomzaton átáramló vér mennyisége meghaladja a májon átfolyót. Az insulin és PAH clearance, továbbá a méhen átfolyó vér mennyisége csökken, a vérvo-lumen növekedése nem éri el a fiziologias terhességben észlelhető.

Ganglion-blockoló szerek hatására normális terhességben és essentialis hypertoniásokon létrejött graviditásban a vérnyomás igen kifejezetten csökken, míg praeclampsia-eclampsia esetén e szerek hatástalanok. Ebből arra lehet következtetni, hogy az előbbi esetekben a vegetatív idegrendszer igen jelentős a vérnyomás szabályozásában, míg az utóbbiakban a h. kialakulása ettől független.

A szerző részletezi a vese működésének kialakulását és morfológiai változásait fiziologias terhesség és eclampsia során, majd tárgyalja ezekben az esetekben a hormonális történéseket is. A gyakorló orvos azonban elsősorban a hypertoniás terhesek kezelése érdekl: 1. Praeclampsia és eclampsia: döntő a korai kórisme. Ennek legbiztosabb lehetőség a vesebiopsia lenne, ez azonban terhességben nem veszélytelen. A vizsgálatok szerint a folyamatban szövettanilag megállapítható glomeruloendotheliosis mértéke jól korrelál a serum húgysav szint alakulásával, nem ennyire jó az összefüggés a karbamid nitrogén és serum kreatinin értékekkel. Ezek szerint, ha a beteg nem szedett thiazid-diureticumokat, a serum húgysav szint alakulásából lehet következtetni a kórkép progressiójára. Ha a praeclampsia a terhesség korai szakában jelentkezik, hospitalisatio, ágynyugalom, sómegvonás a teendő sedálás mellett. Súlyosabb esetben (160/110 feletti vérnyomás, fokozódó oedema és proteinuria) fő célunk a convulsiók megelőzése (melyek igen jelentős anyai és foetalis halálozással járnak). Parenteralisan magnesium-sulphat vagy egyéb antitensiv szerek mellett oliguria esetében osmotikus diureticumok (mannitol) adandók a terhesség azonnali befejezése mellett. Kifejlődött görcsök esetében parenteralis magnesium-sulphatot, hydralazint vagy veratrum alkaloidákat alkalmazunk, a diuresis fokozására pedig vénásan

dextroset vagy mannitolt. A terhesség befejezésében az időpontot illetően nem egységesek a nézetek; általában elfogadott, ha a beteg állapotja a kezelés hatására stabilizálódik, a terhesség befejezhető.

2. Essentialis h. és a terhesség: az ilyen betegek jelentős része minden nehézség nélkül tolerálja a terhességet. Súlyos esetekben azonban gyakran fejlődik ki praeclampsia-eclampsia, gyakori a placenta abruptio és a foetus elhalása. E betegek kezelésében nélkülözhetetlen kiindulópont a gondos kórtörténet elemzés, illetve fizikális és laboratóriumi vizsgálat. Hasonlóan a praeclampsiahoz, a nyugalom biztosítása ezekben az esetekben is igen lényeges. Súlyos hipertóniások esetében célszerű a terhesség harmadik harmadát intézetben tölteni. A sómegszorítás hatása terhességben is vitatott. A vérnyomáscsökkentők használatakor igen lényeges, hogy az anya tensziójának csökkentésével kisebb lesz az uteroplacentalis átáramlás is. A foetus életképességének biztosítása érdekében antitensív szerek alkalmazására csak akkor kerülhet sor, ha az anya diastolés vérnyomása a második trimesterben a 100, a harmadikban a 110 Hgmm-t meghaladja. Ha a szülés után is ilyen értékek mérhetők, a beteg erőlyes további kezelése feltétlenül szükséges. Sajnos, egyetlen vérnyomáscsökkentő szerünk sem tekinthető anyai, de főleg magzati szempontból teljesen ártalmatlannak. A leggyakrabban alkalmazott szerek a thiazid-direticumok, ezek átjutnak a placéntán és bekeverülnek az anyatejbe is, a szervezetből bomlás nélkül, a vesén át ürülnek. Az anyai szervezetben súlyos elektrolit zavar, ritkán haemorrhagiás pancreatitis jöhet létre, újszülöttekben thrombocytopenia alakulhat ki. Furosemid állapotkíséreltetben a terhesség első harmadában magzati fejlődési rendellenességet idézett elő. A thiazid-diureticumok emelik a serum húgysav szintet, mely praeclampsia esetében jó diagnosztikus mutató. A reserpin fokozza a légúti secretiót, nasalis congestiót, cyanosist és étvágytalanságot okozhat, terheseken növeli a görcskésztséget. A methyldopa terhességben ritkán használatos, hasonlóan a hydralazin származékához (ezeket csak hipertóniás crisisek alkalmazásával adják).

3. Secunder h.-k: a renalis h.-k kezelésében a fenti gyógyszerek vehetők igénybe. A phaeochromocytoma terheseken is ritka, de igen magas anyai halálzással jár. Maga a terhesség a tüneteket erősíti s nem ritkán eclampsiahoz hasonló állapot alakulhat ki. *Pálóssy Béla dr.*

Terhesség és orális anticonceptio során létrejövő thromboemboliás szövődmények. Handin, R. I. (Department of Medicine, Harvard Medical School and the Division of Haematology, Department of Medicine, Peter Bent Brigham Hospi-

tal, Boston): Progress in Cardiovascular Disease 1974, 16, 395—405.

A hormonális contraceptio nem kívánatos mellékhatásai: cholestasis, kóros cukorterhelési görbe, hyperlipidaemia, hypertonia, rheumás fájdalmak, de a legsúlyosabb a thromboembolisatio. A szerző részben a kérdéssel, részben a terhesség alatt észlelhető thromboemboliás jelenségekkel foglalkozik.

Terheseken leggyakrabban thrombophlebitis és pulmonalis embolia alakul ki. A lepényleválás vagy amnion folyadék embolisatio következményeképpen létrejövő DIC ritkább. A thrombophlebitis gyakorisága 1,3—2,2 1000 terhességre. Minden harmadik phlebitis mélyvénás. A szülés utáni első hónapban a phlebitis-incidentia jelentősen nő (12 felületes, 1,5 mélyvénás thrombosis 1000 szülésre). Ez utóbbi jelenség magyarázatában feltétlenül figyelembe kell venni, hogy egyre gyakrabban alkalmaznak ebben az időben jelentős adagban oestrogéneket a lactatio megszüntetésére; nem szoptató anyákon a thrombophlebitis háromszor gyakoribb. Elhúzódó v. eszközös beavatkozással befejezett szülést követően is gyakoribb a szövődmény. Ha a mélyvénás thrombosis nem kezeljük, az esetek 1/5-ében pulmonalis embolia keletkezik, melynek mortalitása igen magas (30% körül). A kezelés kérdése igen komoly probléma. Az acut szakban a fektetés és a heparin alkalmazás elkerülhetetlen. A heparin nem jut át a placéntán, de tartós használatra nem alkalmas. A warfarin és származékai bejutnak a magzatba is; részben vérzést, részben a terhesség első harmadában fejlődési rendellenességet idézve elő. Mivel a postpartalis időszakban a thromboembolia veszélye nő, sokan javasolják, hogy ebből a szempontból veszélyeztetett anyákat (előzményben thromboemboliás megbetegedés) szülés után per os anticoagulans kezelésben részesítsük. Különböző szerzők adatai szerint a postpartalis phlebitis esetek előzményében 40%-ban szerepel recidiváló felületes vagy mélyvénás thrombosis. A praeventive adott anticoagulans azonnal a szülés után alkalmazandó, mivel e phlebitisek közel 40%-a a szülést követő első 2 napon belül alakul ki.

Orális contraceptivumokat szedő nőknél a leggyakoribb szövődmény szintén a thrombophlebitis és tüdőembolia. Nagy statisztikák adataiból kiderül, hogy a 20—34 év közötti nők várható halálzással a contraceptivumok szedése mellett 1,5/100 000, enélkül mindössze 0,2/100 000. 35—44 év között 3,4, illetve 0,5 100 000 nőre számítva. A brit egészségügyi adatok szerint a két korcsoport várható összhálózási aránya 60,1, illetve 170,1/100 000. A contraceptivumok számlájára írható halálzással tehát mintegy 2%-nyi. Egyesek szerint a veszély nem nagyobb, mint a nem kívánatos terhességgel társuló szövődmények veszélye.

Az anticonceptiensek alkalmazása

során az a. coeliaca, mesenterica superior és inferior nem atherosclerotikus elzáródását is észlelték. Valamennyi esetben a teljes elzáródás kialakulása előtt praemonitorikus hasi fájdalmat jeleztek e betegek. Az 5 közötti esetből 3 beteg halt meg. Ismeretes egy halálos kimenetelű Budd-Chiari syndroma is. A leggyakoribb májszövődmény a reversibilis cholestasis.

Egyre több eset ismeretes az irodalomból, hogy orális contraceptivumokat szedő fiatal nőt myocardialis infarctus keletkezett. Kétségtelen, hogy a dohányzás elterjedése mellett a contraceptivumok is a fiatalok infarctusok rizikófaktorai közé sorolhatók.

A cerebrovascularis károsodások megnyilvánulási formái: retina laesio, migráns fejfájás, átmeneti ischaemiás epizódok, intracerebralis érelzáródás (főleg arteriális). Egyes esetekben az érocclusio előtt praemonitorikus jelek észlelhetők (átmeneti neurologiai tünetek, gyakori vascularis típusú fejfájás).

Pálóssy Béla dr.

Szívbetegségek kezelése a terhesség alatt. Conradsson, T. B., Werkö, L. (Sahlgren's Hospital, Department of Medicine, University of Göteborg): Progress in Cardiovascular Disease 1974, 16, 407—419.

A terhések körében 0,5—2%-os előfordulási gyakorisággal találkozhatunk szívbetegséggel. A terhesség sem az anya, sem a magzat szempontjából nem veszélytelen (különféle billentyűhibák esetén 5—35%-os anyai mortalitást említ az irodalom).

Mitralis stenosisban a terhesség során ugyanazok a haemodinamikai változások jönnek létre, mint egészségeseken. A percvolumen növekedése a pulmonalis vascularis resistentia csökkenésével jár együtt, a nyugalmi szívfrequentia fokozódása és a dilutiós anaemia növeli már nyhe mitralis stenosisban is a terhesség korai szakában a tüdőoedema veszélyét. E haemodinamikai változások még jobban megterhelik a bal pitvart és így terhesség alatt gyakrabban fordul elő különféle pitvari arrhythmia (főleg fibrillatio), mely szintén életveszélyes tüdőoedemához vezethet.

A terhesség alatti haemodinamikai változások a fizikális vizsgálatkor figyelembe veendő (egészséges terheseken is). Bokaoedema igen gyakori jelenség (részben az alsó végtagban növekedett vénás nyomás, részben az oestrogének vasodilatator hatása következtében). Ugyancsak gyakori a hypertentatio, amit nem egyszer dyspnoeának minősítenek. Ha ehhez a tüdő basin szörtyözörek társulnak, a kép cardialis decompensatióra emlékeztet. Ez utóbbi jelenséget a megnagyobbodott uterus, a növekvő hasi nyomás miatt a rekesz felszínének compressiója és a következményes kiskökü tüdőatelectasia magyarázza.

A magas rekeszállás miatt a szív horizontálisan helyezkedik el. Ennek folytán a csücsklökés felfelé és oldal felé tolik. A terhességgel járó hyperkinetikus keringés következtében a szívhangok felerősödnek. A fiziológias terhességek 90%-ában harmadik hang is hallható, az esetek 10–15%-ában a negyedik is regisztrálható. Mind a systolében, mind a diastolében zörej is hallható. Systolés zörej: 1. az art. pulmonalis felett 2–3/6-os erősségű fiziológias ejectió zörej gyakori; 2. elvétel bal oldalon parasternalisan a 3–6. bordaközben is zörej hallható, melyről feltételezik, hogy a jobb kamra kiáramlási szakaszának falvibrációja hozza létre. E zörej e terület obstructív elváltozásával, pitvari vagy kamrai septum defectus, vagy mitralis elégtelenséggel téveszthető össze. Diastolés zörejek: 1. Graham—Steel zörejhez hasonló hangjelenség hallható az esetek egy részében az art. pulmonalis felett; ennek oka a terhességgel járó rugalmas rost fellazulás és az art. pulmonalis következményes dilatációja (postpartalisan a zörej eltűnik). 2. Esetenként a tricuspidalis area fölött is hallható diastolés zörej, melyet a növekvő átáramlás okoz. Ez is megszűnik a szülés után. E 2 zörej aorta vagy pulmonalis elégtelenség, illetve az atrioventricularis szájadékok szűkülésének lehetőségét veti fel.

Olykor folyamatos zörejfélésegek is megfigyelhetők. Vénás morajlás aránylag gyakori a szív basisa fölött; vena jugularis compressióra vagy a terhes nő fektetésekor e zörej eltűnik. A mammaia internának fokozódó átáramlása a szívbasison parasternalisan folyamatos, systole-diastolés zörejt idéz elő, melyre jellemző, hogy intenzitása csökken a stethoscop nyomásakor. E zörej ductus arteriosus persistens lehetőségét veti fel.

A terhesség alatti hyperkinesis megváltoztatja a billentyűhibák hallgatózási leletét is. Aorta és mitralis elégtelenségben a zörej halkul, esetleg nem is hallható. Ezt a terhesség során csökkenő periferiás rezisztenciával magyarázzák. Ezzel szemben a percvolumen növekedése a mitralis vagy tricuspidalis stenosis addig esetleg nem hallható hangjelenségeit hallhatóvá teszi, illetve felerősíti.

A szívbetegség minőségét illetően főleg rheumás eredettel kell számolnunk, az esetek kis hányadában congenitalis elváltozásról vagy egyéb eredetű szívkárosodásról van szó.

Különleges jelentősége van a peripartalis cardiomyopathiának, mely a terhesség utolsó hónapjában vagy a postpartalis első hónapban kifejlődő szívelégtelenség. A kórfolyamat pathogenesise ismeretlen, aránylag gyakori terhességi toxæmiát és ikerterhességet követően. Klinikailag minden esetben a bal szívfél elégtelenség tünetei észlelhetők, lábszároedemával, megnagyobbodott, érzékeny májjal. Esetenként mellkasi fájdalom is van.

Gyakran alakul ki a jobb szívfélben muralis thrombus. Kamrai galopp rhythmus csaknem állandó velejárója a képnak, aránylag gyakori az atrioventricularis billentyű elégtelensége, melynek systolés zöreje halkul, ha javul a decompensatio. A szív minden irányban megnagyobbodott, rtg-en pangásos tüdő, EKG-on bal kamra hypertrophia jelek és aspecifikus ST-T változások tűnnek fel. Az elkülönítésben a hypertoniás szívbetegség, a toxæmiával szövődő szívelégtelenség, a táplálkozási hiányból eredő cardiomyopathia, pericardialis megbetegedések, thromboemboliás betegségek veendő számításba. Az első decompensatio jól reagál a szokásos kezelésre. Az esetek felében a cardialis állapot fokozatosan normalizálódik és 10–15 éves megfigyelési adatok szerint sem észlelhető újabb recidiva.

A congenitalis szívhibák közül az Eisenmenger-szindrómában észlelhető igen magas anyai mortalitás; pitvari septum defectus, pulmonalis valvularis stenosis, ductus arteriosus persistens esetén a terhesség kiviselhető. A szerzett vitiumok többsége terhesen rheumás eredetű és főleg a mitralis szájadékra lokalizálódik. A terhesség harmadik hónapjától a szülésig igen nagy a tüdőoedema, a hirtelen pitvarfibrillatio, az arteriális emboliás epizódok és a jobb szívfél elégtelenség veszélye. A terhesség hetedik hónapjáig nehézség nélküli esetekben a mitralis stenosis csak minimális, ezek a nők általában csak kevésbé veszélyeztetettek a terhesség során is.

Terhesség során is szöbakerülhet a mitralis stenosis műtéti megoldása ha 1. a konzervatív kezelés hatástalan; 2. a terhesség első felében a tünetek súlyosbodnak; 3. a beteg functionális állapota a terhesség korai szakában rosszabbodik; a New York Heart Association klaszifikációja szerint III–IV. stádiumban levő mitralis vitium. A beavatkozás optimális ideje a 20–24. hét közt van. A konzervatív kezelés nem különbözik a nem terhesek kezelésétől, tanácsos e betegeket 2–3 hetente ellenőrizni. Minél kifejezettebb a stenosis, annál magasabb az anyai mortalitás. A szerzők minden mitralis stenosisos terhes intézeti átvizsgálását javasolják; enyhe esetben a graviditas ottthon viselhető ki; ha felmerül a rheumás aktivitás lehetősége, illetve egyéb tünetek észlelhetők, a terhest feltétlenül intézetben kell tartani, akár a szülés időpontjáig is. Ilyenkor tanácsos a folyadék- és sóbevitelt korlátozni. Minden infectio érélyes kezelése elkerülhetetlen. A digitális és diuretikus kezelés azonos, mint egyéb esetekben. A prophylaktikus adott digitális egyesek szerint hasznos lehet a fenyegető pitvarfibrillatio kivédésében, illetve ennek kialakulása során a gyors kamrafrequentia megelőzésében. Kialakult pitvarfibrillatióban a digitális mellett általában chinidin

adagolását tartják szükségesnek, bár sokan az elektromos cardioverziót részesítik előnyben. A rhythmuszavarok beta blockolokkal való kezelése kellő tapasztalatok hiányában egyelőre nem tanácsolható. A therapiás abratio napjainkban már kerülendő. 394 operált terhes mitralis stenosisos beteg közül 7 halt meg (1,8%), a foetalis mortalitás 9% (35 eset). (Ezek csak a III–IV. kategóriájú esetek műtéti adatai.) 1968-ig 30 terhesség során végzett motoros szívűtét ismeretes az irodalomban, ezek magzati mortalitása magas (30%). Ha erre lehetőség van, tanácsos a beavatkozás elvégzése a terhesség előtt, mely műbillentyűvel kiviselhető.

A billentyűhibás betegek terhességének legveszélyesebb időszaka a szülés időpontja körül van. A régebben javasolt preventív császármetszés előnyeit ma már nem fogadják el, hiszen a műtéti megterhelés nagyobb, mint a szülésé.

(Ref.: A szokásosnál bővebb referátumot a közlemény gyakorlati jelentősége indokolja.)

Pálóssy Béla dr.

Oralis anticonceptio és vele született végtag fejlődési rendellenességek. Janerich, D. T., Piper, J. M., Glebatis, D. M. (Dept. of Epidemiology and Population Genetics, New York): New Engl. J. Med. 1974, 291, 697–700.

A szerzők megkérdezték 108 congenitalis végtag fejlődési rendellenességgel született és 108 normálisan fejlett gyermek (kontroll csoport) anyját arra vonatkozóan, hogy terhességük alatt kaptak-e valamilyen formában sexualsteroidokat (hormonalis terhességi próba, terhességvédő hormontherápia, orális anticonceptiensek szedése alatt bekövetkezett terhesség).

A fejlődési hibával született gyermekekkel kapcsolatban 15 anya esetében (14%) sikerült kimutatni exogen sexualsteroid expositiót. Az egészséges gyermekek csoportjában csak 4 anya (4%) kapott terhessége alatt hormon-készítményt. A sexualsteroid expositiónak kitett és született 15 gyermek esetében az anyák közül 11 orális készítményeket szedett koraterhessége során.

A hormonhatásnak ki nem tett anyák fejlődési rendellenességgel született gyermekei között a sex-ratio normális eloszlású volt. Ezzel szemben az orális norsteroidokat szedő anyák károsodott gyermekei mind fiúk voltak. E megfigyelés a szerzők szerint arra utal, hogy a terhesség korai szakaszában ható orális progestogenek sex-specifikus hatást fejtenek ki a fejlődő embrióra. A potentialis veszély miatt a hormonalis terhességi próbák végzése sem ajánlatos.

Gellén János dr.

Okozhatnak-e az orális anticonceptiensek fejlődési rendellenességet? Nora, J. J., Nora, A. H. (Univ. Co-

lorado Med. Center, Denver): New Engl. J. Med. 1974, 291, 731—732.

A szerzők elemzik a prospectív és a retrospectív teratológiai vizsgálatok hasznát és jelentőségét. Különös figyelmet fordítanak az orális anticoncipientek potentialis teratogen hatásának vizsgálatára. Irodalmi adatokkal egybehangzóan állítják, hogy a progesteron/oestrogen készítmények az embryogenesis időszakában — különösen fűmagzatokban — fejlődési hibákat, elősorban vétag fejlődési rendellenességeket okozhatnak. Így valószínűleg nem közömbös a fejlődő embryo szempontjából a hormonális terhességi próba, az orális anticonceptívumok szedése alatt bekövetkező terhesség, a fel nem ismert terhesség korai szakában elkezdett orális anticonceptio, vagy — éppen az anamnesisben szereplő vetélések miatt — a terhesség kezdeti időszakában végzett hormonális kezelés. Mindezek szem előtt tartása mellett szorgalmazni kell a további gondos vizsgálatokat a sexualsteroidok teratogenitására tisztázására.

Gellén János dr.

Az orális anticoncipientek és a máj. Szerkesztéségi közlemény: Brit. med. J. 1974, 4, 430.

Bebizonyosodott, hogy az orális anticoncipienteknek — ha ritkán is — egészséget károsító hatásuk is lehet. Ilyen szempontból a vénás thrombosisok, a tüdőembóliák és agyi érszövődmények állnak előtérben. A májfunctio romlását is kövölték már, bár ezek száma az alacsonyabb oestrogen tartalmú készítmények bevezetése óta csökkent. Ma már néhány természetes és szintetikus oestrogenről, valamint szintetikus progestagenről ismert, hogy a bromsulfoleín retentiót fokozni képes. Az orális anticoncipienteket használó nőknek kb. 40%-a kap ilyen készítményt, és — ha mérsékelt formában is — ezt a hatást az oestrogen készítmények minden variációjától látták. Enyhe és reversibilis aminotransferase és alkalikus serum phosphatase emelkedést is észleltek néhány asszonyon nagyobb dosisnál és a kezelés első heteiben. Sárgaságot is láttak, bár ez normális dosis mellett rendkívül ritka. A sárgaság általában majnem mindig az első hat kezelési ciklusban fejlődik ki, és sokszor étvágytalanság, valamint nausea előzi meg. Fizikális vizsgálattal az enyhe májmegnagyobbodáson kívül egyéb kórosat többnyire nem szoktunk találni. A májfunctio vizsgálatok legtöbbször magasabb serum bilirubin és aminotransferase értékeket adnak. A májbiopsia epepangást mutat focalis májsejtnecrosisra. A folyamat a gyógyszer elhagyására 2 hónapon belül gyógyulni szokott, a cholestasis azonban néha még tovább fennmarad. Néhány éve ismeretes, hogy azoknak a sárgaságoknak a pathogenesisében, amelyeknek nem máj-

betegség az alapja, genetikus tényezők is szerepet játszanak. Ezeket általában azokon a területeken észlelték, ahol a terhességi cholestasist is gyakrabban látták. Stockholmban a hormonális fogamzásgátlóktól sárgaságot kapott asszonyok között a terhességükben, valamint testvéreik és anyáik terhességében is szignifikánsan gyakrabban tapasztaltak pruritust és sárgaságot, mint a kontrollokban. Érdekes, hogy ebben az icterusos csoportban az epeköves tünetek és cholecystectomia is gyakoribbak voltak. Más vizsgálatban is ismétlődő terhességi cholestasisban nagyobb epeköves gyakoriságot (51%) találtak és ugyancsak gyakrabban észlelték orális anticoncipienteket szedő nők között is. Valószínűleg az anyagcsere, a biliaris secretio és permeabilitás megváltozásának van szerepe a kóképződés létrejöttében.

A cholestasis kialakulásában mind az oestrogenek, mind a gestagenek szerepet játszhatnak, sőt néhány megfigyelés alapján még synergetikus hatást is feltételeznek. A chlormadinon és megestrol — amelyekben a 17- α -alakzatot nem 19-norsteroidok helyettesítik — általában nem okoznak sárgaságot, bár ezeket a készítményeket egyéb mellékhatásaik miatt ma már alig használják. A fogamzásgátlókkal kapcsolatosan 3 további májzsövődményt szükséges megemlíteni: az icterus neonatorumot, a ritka májvéna thrombosis (Budd—Chiari-szindrómát) és a benignus májadenomákat.

A megfigyelések alapján úgy tűnik, hogy az orális anticoncipientek lezajlott májbetegségek után is adhatók, akkor, ha a májfunctio újból normalizálódott. Akiiknek azonban a terhességük alatt cholestasis folytán volt sárgaságuk, azoknak a recidiva lehetősége miatt adásuk egyelőre nem javasolt. Aktív chr. hepatitisben, primer biliaris cirrhosisban, valamint Dubin—Johnson-szindrómában (a congenitalis hyperbilirubinaemia egyik formájában) szintén más fogamzásgátló eljárást ajánlanak.

Angeli István dr.

Bőrviszketés (cholestasis) terhességben. Furrhoff, A.-K. (Dept. of Med., Karolinska Inst., Stockholm): Acta med. scand. 1974, 196, 403—410.

A terhességi cholestasist icterussal vagy anélkül jelentkező bőrviszketés jellemzi igen sok esetben. Rendszerint az utolsó trimeszterben jelentkezik, a szülés után hamarosan elmúlik, s igen gyakran banális eredetűnek diagnosztizálják. Gyakran társul koraszüléssel, kis újszülött-súllyal és foetalis asphyxiával. A terhességi cholestasis oka ismeretlen, újabbban familiaris dispositiót is feltételeznek. Az élet során később gyakoriak az epehólyag betegségek.

A szerző 15 évre visszamenően

vizsgálta meg beteganyagát, amely 89 terhességi pruritusos betegét ölelt fel. A normális terminusban 71 beteg szült, közöttük 34-en ismételtelen észleltek cholestasist. Az e terhességekből származó újszülöttek átlag súlya 3,365 g volt. (nem cholestasissal terhesség után átlag 3500 g), 27%-ban meconiumos magzatvizet észleltek, míg nem cholestasissal betegekben csak 9%-ban. Négy újszülött halt meg a szülést követően asphyxiában. Az utólag elvégzett cholecystographiák során 35 nőnek volt cholelithiasis, amiből következtetve a terhességi cholestasisban szenvedőkön a cholelithiasis gyakorisága 58%, ellentétben azokkal, akiknek cholelithiasis nem volt, mivel ezek cholelithiasis frequentája csak 27%.

A felmérésben szereplő egyetlen nőn sem észleltek cholestasist orális fogamzásgátló szedése során.

Berkessy Sándor dr.

Súlyos hypertonia, szívelégtelenséggel és nephrosclerosissal fogamzásgátlók szedése következtében. J. Girndt és mtsai (Med. Univ. Klinik Göttingen, Nephrologische Abteilung): Dtsch. Med. Wschr. 1974, 99, 404.

A szerzők egy esetük elemzése alapján igyekeznek megerősíteni azt az irodalomban csak szórványosan előforduló megállapítást, hogy az orális fogamzásgátló gyógyszerek huzamos használata hypertoniás megbetegedéshez vezethet.

Egy 36 éves asszony kórtörténetét közlik, akin 6 évi Lyndiol szedés után szívelégtelenséggel, nephrosclerosissal járó súlyos hypertonia keletkezett és a gyógyszer abbahagyása után röviddel csak mérsékelt fokú, gyógyszeresen jól befolyásolható vérnyomásemelkedés maradt vissza.

Irodalmi adataik azt tanúsítják, hogy egyes esetekben a gyógyszer szedése után hetekkel, máskor csak évek után, sokszor drámai gyorsasággal mutatkoznak a hypertonia tünetei, míg abbahagyása után néhány hét, máskor néhány hónap alatt mérséklődnek. A gyógyszer különböző formája és adagja úgy látszik nem befolyásolja annak kórokozó hatását.

A vérnyomásemelkedés oka véleményük szerint az, hogy a fogamzásgátlók kórosan befolyásolják a renin, angiotensin, aldosteron rendszer egyensúlyát.

Essentiális hypertoniában, családi terheltség esetén, vesemegbetegedés után a kezelésben fokozott óvatosság és szigorú kontroll szükséges.

(Ref.: Az észlelt esetek aránylagosan elenyésző kis száma, az oki összefüggéseknek inkább teoretikus megállapítása, óvatosságra kell, hogy intsenek bennünket e körkép jelentőségének megítélésében s a gyakorlati következtetések levonásában.)

Kunos István dr.

A terhességi anaemiáról. Szerkesztőségi közlemény: Lancet. 1974, II, 1429—1430.

Mínt hogy súlyosfokú anaemia esetén gyakori a koraszülés, az intrauterin vagy korai postpartalis magzati elalás, az anaemia mértékének tárgyilagosa megítélése és effectív kezelése igen nagy jelentőségű. A WHO javaslata szerint napi 30—60 mg, a vasraktárak kiürülése esetén 120—140 mg a napi vas-szükséglet. A folsav igényt a normális táplálkozás általában kielégíti, terápiás adása ártalmatlan túlzásnak tartható. Flechter és mtsai szerint napi 200 mg ferro-vas mellett adott 5 mg folsav az anyai és a magzati anaemiát nem befolyásolja jelentősen. Fleming és mtsai szerint is hatása csak a vas-bevitelnek van. Elégtelenül táplálkozó terheseken, v. haemolysis esetén viszont a folsav adása ajánlatos. Igazi folsav hiányos megaloblastos anaemia a terheseken ritkább, mint a B₁₂-vitamin hiányából származó, mely anaemia-typus viszont csakis folsav + B₁₂-vitamin együttes adásával hozható jó remissióba.

Berkessy Sándor dr.

Terhességi glycosuria és glukóztolerancia. Engelhardt, W. (II. Frauenklinik der Universität, 8 München 2, Lindwurmstr. 2/a): Zentralblatt für Gynäkologie, 1974, 96, 303—311.

Terhességi glycosuriásokon (228 esetben) végeztek a 20. gestatiós hét után orális terhelés vizsgálatot 100 g glukózzal (oGTT). A vizelet cukor kimutatását glukóza specifikus enzim teszttel végezték. Egyszeri vizelet cukor vizsgálattal 5,8%-ban, 3 vagy több alkalommal ellenőrzötteken 8,5%-ban találtak terhességi glycosuriát.

Az oGTT meghatározást capillaris vérből glukóz-oxydase-peroxydase módszerrel végezték 0, 30, 60, 90 és 120 perc múlva. Normál, határérték és pathológiás csoportokat különítettek el. Eredmények: 38 eset (17,5%) latens diabetes mellitus, 120 terhes (55%) a határértékekhez tartozott és csak 60 gravida (27,5%) terhelése volt normális.

Eredményeik alapján a diabetes vonatkozásában komoly veszélyeztetettséget jelent, ha a glycosuria a 30. év után jelentkezik. Ilyenkor gondos vizsgálattal kell kizárni a cukorbetegséget. A 30—34 évesek 21%-ában, a 35—39 évesek 25%-ában, a 40 év felettieken 50%-ban kaptak pathológiás oGTT-t.

Véleményük szerint a terhesség alatti egyszeri glycosuria már indikálja az oGTT végzését. A glycosuria első és egyetlen jele lehet a latens diabetesnek.

A diabetes subklinikai stádiumának a kimutatása gondos terhesgondozást igényel a perinatalis mortalitás és morbiditás csökkentése érdekében. Az anya szempontjából sem közömbös a szénhidrát anyagcserezavar ismerete.

[Ref.: A terhességi glycosuria irodalma rendkívül nagy, diabeteses rizikófaktorként való értékelésében szélsőséges álláspontok vannak, 1,8%-tól 75%-os frekvenciáig közölnek pathológiás GTT-t. A glycosuria gyakoriságáról megoszlanak a vélemények, a 4^o-ostól a 99%-os előfordulásig minden adat megtalálható az irodalomban.

A DOTE Női Klinikáján nagyszámú, több irányú vizsgálat alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy a terhesség folyamán indokolt a vizelet cukor ellenőrzése glukóza specifikus teszttel. Glycosuria esetén minimális követelményként a postprandialis vércukor meghatározást kell elvégezni. Optimális kivizsgáláskor orális vagy vénás GTT-t végzünk, szükség szerint kiegészítve a serum insulin meghatározással.

Pathológiás GTT intenzív terhes gondozást igényel. A magzati veszélyeztetettség felismerésére a 37—38. héttől amniocopia, terheléses FEKG, PKG, oestriol ürítési vizsgálatok elvégzése elengedhetetlen.]

Asztalos Miklós dr.

A gyermekágyban végzett tolbutamid tesz jelentősége. Allner, R. és mtsai (Städt. Krankenhaus 64, Fulda, Edelzeller Str. 4.): Die Medizinische Welt, 1974, 25, 1800—1802.

Régi megfigyelés, hogy a nagy súlyú magzatot szült nők között évekkal, évtizedekkel később gyakran manifesztálódik a cukorbetegség. A terhesség úgy tekinthető, mint a szénhidrátanyagcsere physiologiás functionális terhelési tesztje, a magzat súlya pedig a teszt eredményeként fogható fel.

Nagy súlyú magzatot szült nőknél a gyermekágy 5. napján — a szénhidrátanyagcsere viszonyok tisztázására — intravenás tolbutamid terhelést végeztek. A subklinikai diabetest akkor tekintették bizonyítottnak, ha a tolbutamid injekció után 20 perccel a vércukor érték kevesebb volt a kiindulási szint 15%-ánál, illetve 30 perc múlva sem volt több 25%-ánál. A pathológiás tesztek gyakorisága emelkedett a születési súlyok növekedésével. A gyermekágyasok azon csoportjában, ahol a magzati súly 4400 g felett volt, a tolbutamid terhelés 50%-ban mutatott latens, illetve asymptomás diabetest. A normál súlyúakat szült gyermekágyasok csoportjában 22%-ban kaptak pathológiás értéket. A tolbutamid teszt hibahatárát 5—10%-ban adják meg. Ennek tisztázására 100 g-os orális glukóz terhelést javasolnak.

A subklinikai diabetes felismerésének gyakorlati jelentősége több irányú. Összefüggést mutatnak az érmegbetegedésekkel; olyan adatok is találhatók, mely szerint a nagyszúlyú születettek között gyakoribb lesz a juvenilis diabetes.

A subklinikai diabeteses anyák insulin kezelésével sikerült a magzatok súlyát csökkenteni. Az anyai

szénhidrátanyagcsere állapot legáltalában részben felelős a foetalis macrosomia létrejöttéért. A nagyszúlyú magzatok hyperinsulinizmusának csökkentésére a 32. terhességi héttől az anyának kis dózis insulin adnak. A nagyszúlyú magzatot a terhesség alatti szénhidrátanyagcsere zavar jellegzetes következményének tekintik.

[Ref.: A nagyszúlyú magzatot szült nőknél végzett retrospectív vizsgálatok hibái, hogy figyelmen kívül hagyják a gestatiós időt. A „születési súlystandardot” figyelembe véve pl. másképpen ítélik meg, ha a magzat a 38. gestatiós héten születik 4200 g-mal, mintha ugyanilyen súllyal a 42. terhességi héten születik. A gestatiós kortól függetlenül végzett ilyen jellegű munkák rontják annak a hitelét, hogy a nagy magzati súly bizonyos határ felett támpontot adhat az anyai szénhidrátanyagcsere zavar fennállására, a diabetes hajlamra.

A tolbutamid terhelés széles körű bevezetésének akadályja, hogy gyakori az álpozitivitás (normál gyermekágyasokon is 22%-ban volt pathológiás). Az esetek egy jó részében tehát további vizsgálat szükséges, mint ez szerzők is ajánlják.

A tolbutamid teszt eredményét befolyásolja, hogy a beta-sejt stimuló hatása a gyermekágyban a csökkent insulin rezerv miatt nem mindig érvényesülhet.]

Aasztalos Miklós dr.

Kis kiterjedésű, körülírt emlő-elhalások terhességben. Rickert, R. R., Rajan, S. (Department of Pathology, Saint Barnabas Medical Center, Old Short Hills Rd, Livingston, NJ 07 039): Archives of Pathology 1974, 97, 159—161.

A női emlő nagy kiterjedésű részleges vagy teljes elhalása anticoagulans kezelés, nekrotizáló arteritis vagy phlebothrombosis következménye. Localis, körülírt nekrosis ritka betegség, amely terhes vagy szoptató nők hyperplastikus emlőmirigyében vagy egyidejűleg fennálló fibroadenomában fordul elő. A szerzők az utóbbi két esetről számolnak be.

Az egyik beteg 19 éves nő volt, akinek az emlőtumora a terhesség 5. hónapjában alakult ki, majd progressíven növekedett, születéskor fájdalommal vált. A daganatot a szülés után 2 hónappal távolították el. A másik betegen — 17 éves nő — az emlőtumort a 8. hónapban észlelték és az előbbihez hasonlóan csak a szülés után 2 hónappal excidálták. Regionális lymphadenopathia egyik betegen sem fordult elő.

Az eltávolított tumor szöveti szerkezete mindkét esetben hasonló volt; körülírt rostos tokkal nem folyamatosan határolt göbbsen centralisan coagulatiós nekrosist, ettől peripheriásan lobos sarjszövetet és fibrosist találtak. Rácsrost impregnációval az elhalt területben mik-

roglandularis structurát mutattak ki és ebből arra következtettek, hogy az elhalt szövet adenoma vagy adenofibroma volt.

A localis elhalás jelentőségét abban látják, hogy regionalis lymphadenopathia társulása esetén carcinomával könnyen összetéveszthető.

Dömötör László dr.

Intrauterin fogamzásgátlás a Copper 7 eszközzel; két év eredménye. Newton, J. és mtsai (King's College Hospital, London): British Medical Journal 1974, 3, 447—450.

Rézrel részben bevont, a hetes számjegyre emlékeztető alakú Copper 7 eszközzel szerzett tapasztalatokról számolnak be. Az eszközt összesen 1156 esetben helyezték fel, 805 már szült asszonynak és 351 olyan nőnek, aki még nem volt terhes. Két évig folyamatosan megfigyelték pácienseiket, igen jó — 98,1%-os — volt az ellenőrző vizsgálatok aránya. Összesen 15 466 viselési hónap eredményeit ismertették. Az első 12 hónap elteltével a kezelt asszonyok 80,8%-a, a második év végén pedig 68,9%-a viselte a Copper 7 eszközt. A kétéves periódus végéig a nem kívánt terhesség aránya 1,9%, az eszköz kilökődéséé 10,3% volt. Vérzés és fájdalom miatt az esetek 6,5%-ában, egyéb orvosi javallat miatt további 2,1%-ban távolították el az eszközt a 24 hónap alatt. Az eredmények analízise azt mutatta, hogy az eszköz hatásosságában és a mellékhatások gyakoriságában nincs különbség a terhességet még nem viselt és a már szült asszonyok között. A réz-T eszközzel és a Lippes C és D eszközzel összehasonlítva eredményeiket az derült ki, hogy a rézbevonatú eszközök minden vonatkozásban előnyösebbek a klaszikus műanyag méhen belüli eszközöknél. A rézbevonatú eszköz egyetlen hátránya korlátozott élettartama, ugyanis a réz felszívódása miatt a jelenlegi eszközöket két-évenként cserélni kell.

Egy esetük kapcsán megerősítik azt a már mások által is közölt észlelést, hogy a hasüregbe került eszköz réz bevonata miatt akut peritoneális reakciót okoz, ezért a felhelyezés ritka szövődeményeként előforduló perforatio után az eszközt a hasüregből sürgősen el kell távolítani.

Kovács László dr.

A szülés késői toxæmia utáni kliniko-fiziológiai jellegzetességei. Stuklov, V. I. (Moszkvai I. sz. Orvosi Intézet II. sz. Általános Kara): Akusersztvo i gynecologia 1974, № 3, 50—53.

Nephropathia mellett szövődeményként gyakran jelentkezik vasomotorikus collapsus. Ezen alapul az a hypothesis, hogy az alkalmazkodási védelmi reakciók nem teljes értékűek toxæmia esetén. A szer-

ző 108 eset analízisét adja. Csak olyan eseteket elemez, ahol a szülés per vias naturales zajlott le és pathológiás vérvesztéssel nem járt. A megszületett magzatok átlagsúlya 3128,7 g. Primiparákat vizsgálva a nephropathiaiban szenvedők keringő vérmennyisége (kvm) $4971,8 \pm 118,8$ ml, azonos az egészségesekkel, bár a keringő plazma mennyiségét 264,4 ml-rel kevesebbnél találták. Szülés után egy órával a kvm 672 ml-rel csökken, tehát kifejezett deficit van. A toxicosis fokozottabb vérbesűrűsödéssel jár, a haematokrit értékek jóval magasabbak. A szülés utáni 3. napon a kvm az eredeti szintre áll vissza. A toxæmia különböző súlyosságú megjelenése és a kvm között nem tudtak megállapítani összefüggést. Egészséges szülők esetében primiparáknál kifejezett keringés-csökkenés mutatható ki a szülést követő első órában, míg multiparáknál az értékek változatlanok. A nephropathia az jellemző, hogy mindkét esetben kvm deficit van.

A terhesség 3. trimeszterében az össz-11-oxycorticosteroid mennyiség lényegében azonos az egészségeseknél talált értékekkel, de ez amiatt van, hogy a szabad 11-oxycorticosteroid megemelkedik. Az össz-11-oxycorticosteroid mennyisége a szülés alatt emelkedik toxæmia esetén, pl. a kitolási szakban a szabad mennyisége az eredeti értékek több mint kétszeresére nő. A nephropathia kifejezett catecholamin csökkenéssel jár, csökken az adrenalin koncentráció, a noradrenalinra pedig a 7. napra eső kifejezett értékcsökkenés jellemző.

Tehát a keringési változások hasonló következménnyel járnak, mint a pathológiás vérvesztés. Intenzív vérpotló és -képző terápia indokolt.

Vajda Róbert dr.

Metronidazolom nőgyógyászati betegek Bacteroides fertőzéseinek megelőzésére és kezelésére. Study Group (vezető: Willis A. T.) (Luton and Dunstable Hospital, Luton, UK): Lancet, 1974, 2, 1540—1543.

A metronidazolomot (Flagyl, Klion) régóta használják trichomonas és giardia fertőzések gyógyítására. Eredményesen alkalmazták továbbá a Vincent-stomatitis és más Gram-negatív anaerob kórokozók (Fusobacterium, Sphaerophorus) által előidézett fertőzések kezelésére is, mivel igazolódott, hogy bactericid hatással rendelkezik az anaerob kórokozókra, míg az aerob és facultatív bacteriumokra teljesen hatástalan.

A 15 tagú munkacsoport véleménye szerint a postoperatív nőgyógyászati fertőzések jelentős részét anaerob bacteriumok okozzák, közülük is elsősorban a Bacteroides genus tagjai, melyek a hüvelyben is megtalálhatók. Nőgyógyászati műtétekre kerülő betegeiken ezért a műtét előtt és után prophylaktikus

metronidazolom kezelést végeztek. Megállapították, hogy míg a kezelt csoportban műtét után anaerob infectio egyetlen esetben sem alakult ki, addig a kontroll csoportban a betegek 13%-ában lépett fel anaerob fertőzés. Leggyakrabban Bacteroides fragilis, Bacteroides melanogenicus, ritkábban anaerob coccosok tenyésztés ki. Eredményes volt a gyógyszer a már kialakult fertőzések gyógykezelésére is.

A metronidazolom alkalmazása új értékes lehetőségeket tár fel a postoperatív anaerob infectiók megelőzésében és kezelésében nőgyógyászati beteganyagban.

Gardó Sándor dr.

Listeria monocytogenes kimutatása a placentában a szülőszobában vett vizsgálati anyagból. Dréan, J. P. és mtsai (Laboratoire de Microbiologie et Service de Gynecologie-Obstétrique du C. H. U. Rouen): Nouv. Presse méd. 1974, 3, 2561.

A gestatióban a listeriosis (li.) septikus, általános tüneteket okozhat, de előfordulnak bizonytalan tünetekkel járó, az uterus nyálkahártyáját károsító, lokalizált körképek is.

A li. fertőzés frequentiaját vizsgálták, — a placentáról vett kenet mikroszkópos vizsgálatával, ill. a levett anyagból készített tenyésztés alapján. 1438 placentát vizsgáltak meg. Összesen 5 bizonyult li. pozitívnak mind a kenet, mind a tenyésztés eredménye alapján. Negatív kenethez egy esetben sem tartozott pozitív kultúra. A pozitív esetekben a szülés a gestációs idő 26., 28., 30., 37. hetében indult meg. A 26. hétre született magzatok közvetlenül a szülés után meghaltak. Mindkét anya lázas volt, apró göbök voltak a placenta felszínén. Hasonló göbök borították a magzatok bórét. 2 magzat elhalt in utero. A 37. gestációs hétre megszületett magzat épnek látszott, de a placenta pozitív vizsgálatára való tekintettel a 7. napon lumbalpunkciót végeztek, amelyben a li.-t kimutatták.

Az 5 pozitív esetből 2 beteg lochiaja volt li. pozitív. A li. kóris-mézése módot ad az anya kezelésére, és így elejét lehet venni további vetélésnek, koraszülésnek. A placenta vizsgálatánál is fontosabb a gestatióban lázas beteg anya vizsgálata li. irányában is.

Farkas Éva dr.

A koraszüléssel kapcsolatos endocrin változások. Tamby Raja, R. L., Anderson, Anne, B. M., Turnbull, A. C. (Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology, John Radcliffe Hospital, Oxford OX3 9DU.): British Medical Journal, 1974, 4, 67—71.

A növekvő koraszülési arányszám csökkentése világszerte az érdeklődés középpontjában áll. A tö-

rekvések eddig arra irányultak, hogy a megindult koraszülési folyamatot megállítsuk. Ha az alacsony súlyú koraszülöttek jelenleg még magas perinatális mortalitását csökkenteni akarjuk, úgy megbízható módszert kell találni a ismeretlen okú koraszülések megelőzésére és előrejelzésére. A koraszülés-preventió így gyakorlati jelentőségű lenne. Ennek feltétele azoknak az életteni változásoknak mélyrehatóbb megismerése, melyek a koraszülést — éppen úgy mint a rendes szülést — megindítják.

Ismerve a tény, hogy az endocrin változások fontos szerepet játszanak a szülés megindulásában, a szerzők két steroid hormonnak, az Oestradiol 17 β -nak és a progesteronnak változását vizsgálták a serumban ismeretlen aetiologiájú koraszülések előtt, illetve a megindult koraszülés idején. Mindkét hormon mennyiségét radioimmunassay módszerrel mérték a plasmában. Kontroll csoportként 33 szülészetileg normális primigravidát vizsgáltak terhességük 20—40. hete között rendszeresen. Összehasonlították a magzat és lepény percentilt, az oestrogen/progesteron arányt is. Anyaguk első csoportjában 25 betegen már megindult és 48 órán belül lezajló koraszülés esetén végeztek egyszeri hormon vizsgálatot. Ezeknél a legfeltűnőbb a magas plasma oestradiol szint volt a hasonló időpontú normál terhesek átlagához képest, különösen a primigravida koraszülőknél. A plasma progesteron szint a kontroll terhesekéhez hasonló, vagy csak valamivel alacsonyabb volt.

A másik csoportban 6 beteget rendszeres időközönként vizsgáltak koraszülésük előtt 2—17 héttel. Valamennyin a koraszülést megelőző napokban a serum oestradiol gyors emelkedését észlelték, mértéke legalább kétszeres volt a korábban mért átlagértékeknek, és megfelelt az időre szülő kontrollcsoport szülés előtti szintjének. A plasma progesteron értéke valamivel alacsonyabb volt, mint a kontroll csoporté. Az eredmények nem egyeznek a Csapó és mtsai által (1974) közölt adatokkal: ők a legszembetűnőbb változást a serum progesteron szint jelentős csökkenésében látták. A szerzők a különbséget a Csapó statisztikájában közölt intrauterin retardált magzatok nagy számában, illetve a kontroll értékek különbözőségében látják. Az indokolatlan koraszülések előtti gyors plasma oestradiol szint emelkedés mechanizmusa ma még nem tisztázott. Feltehetően szerepet játszik a koraszülött magzatok jóval nagyobb mellékveséje, amely által termelt dehydroepiandrosteron sulphat a legfőbb precursora a lepényi oestradiol synthesisnek. A magas oestradiol szint növeli a méh izomzat aktivitását és stimulálja a koraszülésben is szerepet játszó prostaglandin F_{2a} képződését. A szerzők vizsgálatának eredményei új lépést je-

lenthetnek a koraszülés veszélyének előrejelzésében és elhárításában.

Szalóczy Péter dr.

A coagulatio és a fibrinolysis vizsgálata prae-eclampsziában.

Wood, S. M. és mtsai (Dept. of Gynecology and Obstetrics, Dept. of Exp. Pathology, Dept. of Haematology University of Birmingham): Brit. Med. J. 1974, 2, 145.

Schneider már 1947-ben felvetette, hogy az intravasculáris coagulatio és a prae-eclampsia között oki összefüggés van, de csak az utóbbi időben ismertettek adatokat a coagulatio és a fibrinolysis egyensúlyi állapotának megváltozásáról e körképben.

Ezen adatok amellett szólnak, hogy a prae-eclampsia súlyosabb formáiban kell lennie egy bizonyos consumptió coagulopathiának és a normális terhességben is meglévőnél súlyosabb fibrinolysis-csökkenésnek.

A szerzők célja az volt, individuális esetekben meghatározzák a coagulatio és a fibrinolysis relatív mértékét és a változásokból következtetéseket vonjanak le az intravasculáris alvadás, illetve fibrinolysis fellépésére vonatkozóan. Ezért a plasma fibrinogent háromféle módon határozták meg: immunoreaktív fibrinogent (I. R. F.), hővel praecipitálható fibrinogent (H. P. F.) és cryofibrinogent néztek. Meghatározták ezeken kívül a plasma antithrombint, a vizelet-urokinaset és a vérlemezkéket. A vizsgálatokhoz 1:9 arányban citráttal vett vénás vért, illetve K-sequestrenbe vett vért (vérlemezké meghatározáshoz, vvt.-fragmentáció megítéléséhez, I. R. F.-hez) használtak.

A hővel praecipitálható fibrinogen az intakt fibrinogent jelenti, ez normál terhességben jól korrelál a thrombinnal alvasztható fibrinogennel.

A cryofibrinogen a thrombinnak a fibrinogénre való hatását jelzi. 30 mg% alatti mennyiségben normális terhességben is megtalálható, de emelkedik a prae-eclampsziában.

Az immun-reactív fibrinogen az intakt fibrinogénen kívül a fibrinogénhez hasonló antigenitású fibrinogenbomlástermékeket is méri, így fibrinolysisben gyakran emelkedik a hővel praecipitálható fibrinogenhez képest, csökken viszont akkor, ha a thrombin hatása dominál a vérben.

A fenti vizsgálatok eredményeit részletesen ismertetik a szerzők egy normál szülő, egy thrombophlebitises de nem eclampsziás szülő és négy eclampsziás szülőnél végzett longitudinális vizsgálataik (10—35 nap) alapján.

A vizsgálati adatok értékelése a következőképpen történt: a) nincs szignifikáns thrombin vagy plasmin hatás, ha az immunreaktív fibrinogen egyenlő a hő- praecipitálható fibrinogennel és a cryofibrinogen mennyisége kevesebb 30

mg%⁰-nál, b) domináló thrombin hatást jelez, ha az immunreaktív fibrinogen kevesebb a hővel praecipitálható fibrinogennel és a cryofibrinogen 30 mg%⁰-nál magasabb, c) mérsékelt thrombin hatás lehet jelen akkor is, ha az immunreaktív fibrinogen és a hővel praecipitálható fibrinogen mennyisége egyenlő ugyan, de a cryofibrinogen 30 mg%⁰-nál több, d) thrombin és plasmin együttes hatásakor az immunreaktív fibrinogen több mint a hővel praecipitálható fibrinogen és a cryofibrinogen 30 mg%⁰ felett van, e) plasmin hatását jelzi jelentős thrombin hatás nélkül, ha az immunreaktív fibrinogen több mint a hővel praecipitálható, de a cryofibrinogen 30 mg%⁰ alatt van.

A szerzők módszerei intézeti körülmények között könnyen kivihetők, alkalmasak a thrombin és plasmin hatás egymástól való elkülönítésére és így hatásos monitor-rendszerként jelenthetnek prae-eclampsziában.

Nagy Ibohya dr.

Anyai HL-A antitestek és a magzat neme. Johansen, K., Festenstein, H. (Welsh National School of Medicine): British Medical Journal 1974, 4, Ne 5938. 202.

A szerzők abból a korábbi megfigyelésükből indulnak ki, hogy a himnemű foetus erősebb antigenitású, mint a nőnemű. 960 terhes nőt vizsgáltak három csoportba osztva aszerint, hogy primiparák, illetve kettő vagy ennél több szülésük volt. Ezekben az esetekben a HL-A antitestek (a trofoblast HL-A antigenjével szemben keletkezett, az anyai szervezetből kimutatható ellenanyagok) jelenléte és a sex arány közötti összefüggést kutatják. A primiparákat vizsgálva, a hímek aránya azokban az esetekben ahol HL-A antitest kimutatható, lényegesen magasabb, mint azoknál akiknél ez nem mutatható ki, és ez akkor a legmagasabb, ha az antitestek monospecifikusak. Azokban az esetekben ahol egy vagy több előző szülés volt, ott nem sikerült kimutatni hasonló lényeges összefüggést, de ezt a HL-A antitestek és a meghatározatlan sex specifikus histocompatibilitási rendszerek interakciójának is tulajdoníthatjuk.

A továbbiakban azt vizsgálták, hogy a hím dominancia esetében az anyai ellenanyagok individualis HL-A factorok elleniek, vagy antigén csoportok ellen termelődött ellenanyagok? Így 85 terhes nőnél 123 HL-A specifikus reakciót vizsgáltak. Azokban az esetekben, ahol az ellenanyagok a HL-A antigén legtöbbjével reagálóak voltak, ott a hím és női nemi arány megközelítően egyforma volt. Viszont azokban az esetekben, ahol az anyai antitestek a HL-A 1 és 11, HL-A 5, 12, 13, és TYT-hez kötődtek voltak, ott a hím-női nemi arány szignifikánsan magasabb volt (31:8). Nem sikerült olyan csoportot ta-

lálni, ahol a női nem arány magasabb lett volna.

A szerzők szerint messzemenő következtetést ezen kevés esetből nem lehet levonni, de érdekes lehetne megtudni, hogy hasonló-e az előfordulási arány másból?

Tiba János dr.

Szív és érsebészet

Fenyegető myocardialis infarctus sebészi kezelése vena saphena beültetéssel. (Az eddigi felfogás értékelése és a jelenlegi koncepciók). Segal, B. L. és mtsai: JAMA, 1973, 223, 767.

A koszorúerek obstruktív betegségeinek sebészi kezelése — bár az utóbbi években sokat ígérő fejlődésnek indult — az alapbetegség progresszív természeté miatt, későbbi eredményeit illetően még kétséges. Coronaria-keringési elégtelenségben szenvedők között 10—50%-ban alakul ki infarctus, aminek fellépését még a jól működő saphena-graft sem védi ki. Mindezek ellenére, egyre többen számolnak be a sebészi kezelés jó effektusáról olyan esetekben, ahol gyakori anginát, vagy gyógyszeresen nem befolyásolható kamrai tachycardiát észleltek infarctus kialakulása nélkül.

A szerzők 17 műtött betegük kapcsán tárgyalják a preventive alkalmazott saphena-graft beültetés hatását fenyegető myocardialis infarctus esetén.

A praoperative készített coronarographia 70%-ban mutatott obstrukciót a descendens anterior proximalis régiójában; 3 betegen egy, 5 betegen kettő, 9 betegen három nagykoszorúsér-szakasz volt érintett. A ventriculographia 12 esetben jelzett hypokinéziát, illetve részleges akinéziát a bal kamrán. Műtét során a descendens anterior distalis szakaszával minden esetben, a jobb koszorúérrel nyolc, és a bal körbefutó ággal ugyancsak nyolc esetben, összesen 33 anastomosist készítettek.

Intraoperative két beteget vettek el, a harmadik a műtét utáni 3. héten septicaemia miatt halt meg.

A műtétet követő egy éven túli utánvizsgálatok szerint a 14 túlélő beteg közül 11 visszatért eredeti munkakörébe; mindössze egy betegnek maradt effort-anginája. Az anastomosisok 3 betegen záródtak el. A kamrai kontrakcióban szembevető változást nem észleltek.

A fenyegető myocardialis infarctust a következő kritériumok szerint definiálták: fokozódó angina pectoris, ami naponta, nyugalomban is jelentkezik; acut balkamrai ischaemiára utaló, időleges EKG-változások, ugyanakkor a serum-enzimek szintjében infarctusra jellemző emelkedés nem lép fel. Eleget veszélyeztető arrhythmia — gyakori kamrai tachycardiás paroxysmusok, szívmegeállás, vagy

kamrafibrillatio — a betegeknek több mint felében alakult ki.

Műteti indikációt csak azokban az esetekben állítottak fel, ahol 1. legalább az egyik koszorúsér proximalis területén legalább 70%-os obstrukció alakult ki; 2. a distalis coronaria-szakasz jó kiáramlással rendelkezik, vagy legfeljebb 25%-ban obstruált, és 3. a balkamrai átmérő és a balkamrai végdiastolés nyomás normális, vagy közel az.

Bár a fenyegető myocardialis infarctus miatt végzett bypass-műtétek mortalitása (18%) nagyobb, mint a már kialakult coronaria-obstrukció esetén (2—8%), a postoperatív eredmények igen meggyőzőek. A betegek anginája — egy kivételével — megszűnt, az életet veszélyeztető arrhythmiaik egy esetben sem tértek vissza; mindössze 3 beteg igényelt a továbbiakban is antiarrhythmias kezelést.

Általános tapasztalat, hogy a műtétet követő egy éven túl az 1 mm-nél nagyobb átmérőjű coronariával készített anastomosisok kb. 70%-a jól működik; az ennél kisebb coronariára helyezett saphena-graftok 70%-a azonban elzáródik. Ha az áramlás az anastomosison keresztül több mint 45 ml/perc, az elzáródás veszélye nem fenyeget. Ugyanakkor, a késői jó eredmények szempontjából az is fontos, hogy a coronaria distalis szakasza akadálytalan kiáramlást biztosítson.

A saphena-graftokat — az elzáródás lehetősége mellett — a műtétet követő 3—5 éven belül egyéb károsodás is veszélyezteti. Falában fibrotikus szövetfeszaporodás alakul ki, ami a graft obstrukciójához vezethet; atherosclerosis fellépését nem észlelték.

Lozsádi Károly dr.

A kardiogén shock sebészi kezelése. Miller, M. G. és mtsai: Lancet, 1974, 2, №, 7893, 1342.

A bal kamra elégtelenségének kezelésében egyre szélesebb teret kap a ballonos intraaortikus ellenpulszáció (I. A. C. B.) alkalmazása. E módszer segítségével kardiogén shockban a perctérfogat átlag 500 ml-rel emelhető; a systolés artériás nyomás („afterload”) kb. 20 Hgmm-rel csökken, a diastolés nyomás pedig kb. 30 Hgmm-rel nő.

A konzervatív módon kezelt kardiogén shock kórházi mortalitása kb. 80%; akiken ez nem eredményes, azok túlélési esélye közel nulla.

A szerzők 11 eset kapcsán, infarctust követő kardiogén shock sebészi kezeléséről számolnak be. Miután a gyógyszeres terápiára a betegek egyike sem reagált, így mind-egyikük I. A. C. B. ellátásra szorult. A keringés mesterséges aszisztálását a szívsebészeti megoldás előtt nem lehetett felfüggeszteni, mert anélkül a betegek ismét súlyos shockba kerültek.

A betegek életkora 39—68 év között oszlott meg; 6 betegnek egyszer, négynek többször volt előzete-

sen infarctusa. Az intraaortikus ballont az arteria femoralison vezették fel, majd ezt követően, általában 24 órán belül végezték el a szívkatéterezést, a szelektív coronario-, és balkamrai angiographiát. Az I. A. C. B. kezelést 12 órától 6 napig tartották fenn, miközben elvégezték az aorto-coronariás vena saphena bypassot, a bal kamrai infarctectomiát vagy aneurysmectomiát. Az I. A. C. B.-t akkor szüntették meg, amikor a szív index 2,5 l/min/testfelszín m² fölé emelkedett.

A 11 beteg közül 5 gyógyult (4 visszatért eredeti munkakörébe), 6 a sebészi beavatkozást követő 1—3. nap után meghalt. Ezekkel az eredményekkel áll szemben 40 kardiogén shockban meghalt beteg, akiket hagyományosan kezeltek, és I. A. C. B. kezelésben nem részesültek.

Az I. A. C. B. kezelés olyan esetekben jön szóba, ahol a kardiogén shock következtében a systolés artériás nyomás 80 Hgmm alá, a szív index 2,2 l/min/testfelszín m² alá csökken, a wedgelt pulmonalis kapilláris nyomás magasabb, mint 17 Hgmm, az óránkénti vizelet mennyisége kevesebb, mint 20 ml, és az elégtelen agyi perfúzió miatt zavartság alakult ki.

Lozsádi Károly dr.

A myocardialis infarctus sebészi ellátása. (20 eset). Metzger, J. Ph. és mtsai (Paris, Clinique Cardiologique, Hôpital Broca, 96 rue Diderot, F. 75 674.): Nouv. Presse Médicale, 1974, 3, 2546—2548.

A myocardialis infarctus lezajlása után a kialakult heg rövidebb, hosszabb idő múlva súlyos szövődményeket okozhat. A legsúlyosabb következmény a kamrafal aneurysma, enyhébb, ha akinetikus, vagy dyskinetikus falrészletek keletkeznek.

Az akinetikus terület nem húzódik össze a systole alatt, a dyskinetikus paradox kiterést végez.

Ritkán előfordulhat, hogy az infarctus friss stádiumában kell sebészeti beavatkozást végezni, septum perforatio, vagy más módszerrel nem korrigálható cardiogén shock esetén.

Anyagukban 16 férfi és 4 nőbeteg szerepel, koruk 37 és 70 év közötti volt. Az EKG 13 esetben az antero-lateralis falon, 2 esetben antero-septalisán, 2 alkalommal a hátsó falon mutatott izomnecrosist.

A beavatkozások átlag 5 és fél hónappal az infarctus után történtek, 1 alkalommal 15 nap, egyszer 7 év volt az intervallum.

A röntgenvizsgálat 5 esetben mutatta a bal contur aneurysmáját, 3 esetben a dyskinesist. 12 betegen coronarographiára volt szükség, amit 11-en sikerült elvégezni. 5 esetben az infarctus területére vezető arteria el volt záródva. Másik 5 esetben diffus laesio volt, távolabbi, multiplex elzáródásokkal. 1 esetben ép coronaria rendszert találtak.

A sebészi beavatkozás indikációját 14 esetben a belgyógyászati módszerekkel nem befolyásolható decompensatio, 1 esetben az aneurysma gyors növekedése, 4 esetben a heg okozta, gyógyszeresen nem rendezhető kamrai tachycardia jelentette. 1 esetükben septum perforatio mellett állt fenn egy kamra csúcsi tünetmentes aneurysma.

A műtétnél nem nehéz megállapítani a zónahatárokat. A beteg területeket kivágták és az ép részeket összevarrták. 15 esetben a szív minden nehézség nélkül felvette a munkát az extracorporalis keringés megszűntetése után. 1 esetben végeztek elektromos cardioversiót kamrai tachycardia miatt.

A műtét után 5 beteg szíve nem tudta felvenni újra a munkát, ezek a betegek meghaltak. 14 beteget tudtak nyomkövetni. 7 beteg teljesen megszűntek a szívelégtelenség tünete, háromnál csak provokatúra jelentkeztek. 3 ritmuszavar miatt operált betegükön kitűnő volt az eredmény.

Az irodalmi adatokat áttekintve az aneurysmával szövődött betegek 5 éves túlélése 27%. A szövődésmentesen gyógyuló infarctusos betegek 74%-a éri meg az 5 évet. Erdemes tehát a sebészi beavatkozást kellő indikáció alapján elvégezni.

Löblovics Iván dr.

Új Q csipkék aorto-coronaria bypass után. Bassan, M. M. és mtsai (Univ. of Calif. at Los Angeles, Dept. Cardiol. and Cardiovasc. Surg.): New Engl. J. Med. 1974, 290, 349—353.

A v. saphena beültetésével készített aorto-coronariás híd ismert szövődménye a friss szívinfarctus. Ennek gyakoriságát a műtét utáni EKG alapján 6—30%-ra becsülik. Az új infarctus ellenére meglepően kedvező a postoperatív szak lefolyása.

48 beteg bypass műtét után 8—17 nappal coronarographiával vizsgálták a shunt átjárhatóságát és ventriculogrammon a kontrakciót, hogy a várható prognózishoz adatot kapjanak. 11 beteg keletkezett infarctusra gyanús új Q csipke. Az ST—T változást nem értékelték, mert ezt a műtéti pericardiumsérülés is okozhatja.

Két beteg közvetlenül műtét előtt keletkezett az új infarctus és csak a műtét után mutatkozott az EKG-ban. Öt beteg bizonyítottan a műtét után záródott el a jobb a. coronaria és keletkezett hátsófal infarctus, bár ezek közül 4 esetben a jobb coronariába beültetett saphena-ág átjárható volt.

Különösen érdekes négy beteg hátsófal heg jeleinek magyarázata. Műtét előtt nem volt Q csipke, de a hátsó-alsó kamrafal mozgása csökkent volt és műtét alatt láthatóvá vált a hátsófal heg. A mellső lezálló ág, a sikeres műtét után ismét ellátta vérellátást a csúcs területét, ennek elektromos potenciálja nőtt. A szerzők szerint ez okozza, hogy

megjelent a régi hátsófal infarctus-heg EKG-jele. Tanulság, hogy aorto-coronariás bypass műtét után nem minden új Q csipke jelenti új infarctus keletkezését.

Kenedi István dr.

Intermittáló claudicatióban végzett érsebészeti beavatkozások. J. K. Watt és mtsai: British Medical Journal, 1974, 1, 23—26.

A szerzők 277 betegen végzett 302 reconstructív műtétről számolnak be, amelyeket az alsó végtag erein végeztek 1959-től 1970-ig. Csak claudicatiós betegeket operáltak. Nyugalmi fájdalommal szenvedő vagy gangraenás betegek nem szerepeltek a csoportban.

Beteganyagukban aorto-iliacalis, femoro-poplitealis elzáródások, ill. ezek kombinációja fordult elő.

Műtétek során 112 aorto-iliacalis bifurcatiós érprotézist, 38 egyoldali aorto-iliacalis protézist ültettek be, továbbá 29 aorto-iliacalis thrombendarterectomiát és 123 femoro-poplitealis érptólást végeztek. A kombinált elzáródások esetén aorto-iliacalis, vagy aorto-femorális bypass készítették, a femoro-poplitealis elzáródást nem korrigálták. Az esetek egy részében lumbalis sympathectomiát is végeztek. A femoro-poplitealis szakaszon ülő elzáródások megoldására a következő műtétet végezték: hosszú nyílt thrombendarterectomia varrattal, vagy hosszú v. saphena csíkkal, félig zárt endarterectomia vénás foltplasticával, szabadon átültetett és megfordított v. saphena magna bypass. Végeztek proximálisan készített thrombendarterectomiát kombinálva distalisabb v. saphena bypassal. Legjobb tapasztalatuk a véna átültetésekkel volt.

Az aorto-iliacalis műtétek után a betegek 30%-án szövődmények léptek fel: sebfertőzés, hasfali sérv, álaneurysma a lágyékban, ileus, pulmonalis infarctus, mélyvénás thrombosis, intestinalis vérzés, cholecystitis, cholecysta gangraena. Emiatt ha a műtétnél köves epehólyagot találnak, rutinszerűen eltávolítják. A femoro-poplitealis műtétek után sebfertőzés, a végtag nyelhe, múltó duzzanata, kisebb thrombosisok, pulmonalis embolia és az anastomosis álaneurysma fordultak elő.

A korai, 1 hónapon belüli mortalitásuk az egész megfigyelési időszakra számolva 3%-os volt (9 beteg). Kiemelik a mortalitás csökkenő jellegét. 1959—1967 között 5,6%, 1967—1971 között csak 2,7% volt a halálozás. Ismertetik a korai halálokokat: szívelégtelenség, pulmonalis embolia, broncho-pneumonia, septicaemia, veseelégtelenség, varrat ruptura, elvérzés az érprotézis falán keresztül. Az 1971-ben végzett felülvizsgálatig 40 beteg halt meg összesen. A leggyakoribb halálok coronaria thrombosis, cerebrovascularis insultus, mesenterialis thrombosis, carcinoma és tüdő tuberkulózis volt. Két beteg halt

meg az érptól elzáródást követő szövődményekben.

Az érreconstructiók eredményeként az aorto-iliacalis műtétek után az 5 éves átjárhatóság 70% volt, míg a femoro-poplitealis műtétek után 60% volt.

Vizsgálták a műtét hatását azokon a betegeken, akiknek a műtét előtt a claudicatio kedvezőtlenül befolyásolta a munkaképességét. A betegek egy részén kedvező hatást tapasztaltak. Voltak azonban olyanok is, akik a jó műtéti eredmény ellenére sem akartak dolgozni. Az aorto-iliacalis műtéten átesett férfi betegek egy részén potentia zavarok jelentkeztek. Ezek 71 betegben már a műtét előtt is megvoltak. 27 betegben csak a műtét után jelentkeztek. 2 betegben viszont a műtét után megszűnt az impotentia. Nem találtak összefüggést a zavarok és a műtét típusa között.

A szerzők munkájának fő érdekessége, hogy egységes beteganyagban végzett műtétek késői eredményeit ismertetik. A szerzők megfigyelései is megerősítik azt a tapasztalatot, hogy a helyreállító műtétektől várható eredmény és a kockázat közötti arány a claudicatiós stádiumban a legkedvezőbb.

Bartos Gábor dr.

Meszesedés a billentyű-prothesis körül; A billentyűptólás késői szövődménye. Bulkley, B. H. Morrow, A. G., Roberts, W. C. (Section of Pathology, National Heart and Lung Institute, Bethesda, Md. 20 014): American Heart Journal 1974, 87, 129—133.

A szerzők a műbillentyű körül kialakult meszesedést vizsgálták 96 boncolt esetben. Az esetek többségében Starr—Edwards prothesist és varróanyagként teflonnal borított dacron fonalat használtak.

76 esetben — 66 stenosis és 6 insufficientia — már az eltávolított billentyűkben is volt meszesedés. 24 esetben az insufficientiát okozó resécált billentyűben calcificatiót nem találtak. Ezek közül 11—11 esetben mitralis vagy aorta, 2 esetben mindkét billentyű ptólása történt. Aorta insufficientia miatt műtött 13 beteg közül 2-ben, a mitralis insufficientia miatt operáltak közül pedig 7-ben alakult ki a prothesis körül szabad szemmel nem látható meszlerakódás. Az implantációs periódus az előbbieknél esetében 12—70, az utóbbiaknál 70 hónap vagy ennél hosszabb idő volt.

A mesz a varratokban vagy azok körül rakódott le. Feltételezhető, hogy a műbillentyű merev vázának folytonos mozgása gyorsítja az annulusok elhasználódását és így elősegíti a dystrophiás calcificatio kialakulását.

A meszesedés egyik súlyos szövődménye a suturák rupturája és a következményes peribasalis hasadék. A műbillentyű körül kialakult meszesedés a reoperatio kockázatát nagy mértékben növeli.

Dömötör László dr.

Percutan transvenás endomyocardialis biopsia. Caves, Ph. K. és mtsai: JAMA 1973, 225, 288.

A Stanford egyetem kardiológus csoportja közli első 20 percutan, transvenás endomyocardialis biopsiájának tapasztalatait. A vizsgálat minden esetben szívtransplantáció átvesztett saját betegek sorsáról volt hivatott képet adni, azaz a beültetett szív életbenmaradására, illetve rejecciónjára vonatkozóan. Röntgen ernyő kontrollja mellett, helyi érzéstelenítésben, „biptom” szívkatétert vezettek be percutan technikával a véna jugularis internán keresztül a jobb kamra csúcsába, ahonnan kicsipték a kívánt szövetdarabkát mikroszkópos, elektronmikroszkópos és immunfluorescens vizsgálat céljára. A vizsgálatok időpontja a transplantációt követő 9. naptól a 9. hónapig terjedtek. Néha több alkalommal ugyanazon a betegen, ugyanazon a helyen megismélték a vizsgálatot.

Megállapításuk szerint igazolható volt az immunosuppressív terapia hatásossága, igazolható volt, hogy az EKG jeleket napokkal megelőzi a szöveti kép változása a rejeccio kezdetén, végül azt is igazolta, hogy a más tübiopsiás vizsgálatokkal szemben e módszer gyakorlatilag szövödménymentesnek számít. A szerzők ezt a vizsgálatot a szívátültetési betegek rutin kezeléséhez tartozó beavatkozásnak tekintik.

Sárközy Károly dr.

A medencei és lábszár arteriák elzáródásakor alkalmazható végtág-megtartó műtétek. Kuhlitz, G. (Bezirkskrankenhaus Zwickau): Zbl. für Chirurgie 1974, 99, 924—934.

Az aorto-iliacalis és femoro-poplitealis szakasz reconstructioja különösen a kétoldali folyamatoknál magas műtéti kockázattal jár, amputatio veszélye fenyeget. Az ilyen esetekben a végtág-amputatio a beteget nagyon megterheli, a műtéti halálozás magas.

A szerző véleménye szerint ezekben az esetekben a kiút az axillofemorális bypass. A módszer ismert hátrányai miatt (az alloplastikus anyag subcutan megnyúlása, mechanikus irritatio, korai thrombotisatio) a szerző új műtéti megoldásokat dolgozott ki.

Transmediastinalis extrapleurális axillo-femorális, carotidofemorális, median sternotomiából extrapleurális aorta ascendens-arteria femoralis bypass készített 11 beteg.

A megkerülő anastomosisok a 3 éves megfigyelési idő alatt jól működtek.

Szelency Mihály dr.

Tracheostoma eredményes izolálása a median sternotomiás seből. W. S. Perce, F. O. Tyers, J. A. Waldhausen (Department of Surgery, The College of Medicine and The Milton S. Hershey Medical Center, The Pennsylvania State

University, Hershey, Pa. 17 033.): Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 1973, 66, 841—842.

Median sternotomián átesett beteg respirációs terapiában való részesítéskor döntő fontosságú, hogy a tracheostoma ne közlekedjék a median sternotomiás sebzssel, mert annak fertőződése katasztrófális lehet. Nasotrachealis tubuson át 4 napnál tovább nem tartható fenn a respirációs terapia, hanem tracheostomán keresztül kell történie. Ilyen esetekben az 1. vagy 2. tracheaporon át végzett ún. magas tracheostomia sem oldja meg mindig ezt a problémát. A szerzők cricothyreoidealis tracheostomát készítenek, majd a sternotomiás sebést plastic adhaesiv fedőkötéssel látják el. Ezt a kötést másodnapként cserélik. A cricothyreoidealis tracheostoma leggyakoribb szövödményét, a subglottikus stenosiszt úgy kerülük el, hogy speciális, kevésbé irritabilis anyagból készült kanült használnak, s a stomát 10 napnál tovább nem tartják fenn e helyen. Ha erre mégis szükség lenne, a 10. napon a szabályos helyen készítenek tracheostomát, ekkorra ugyanis a median sternotomiás sebész környezetétől már szövettanilag izoláltnak tekinthető.

Besznyák István dr.

Pseudomonas aeruginosa okozta endocarditis. Mono, G. (Medizinische Universitäts-Poliklinik Heidelberg.): Dtsch. Med. Wschr. 1974, 99, 1362—1364.

A nyitott szívű műtétek után fellépő endocarditis letalitása igen magas (kb. 75%). A kórokozó legtöbbször Staphylococcus törzs. Pseudomonas aeruginosa (továbbiakban Ps. aer.) kórokozóként ritkábban szerepel: eddig 49 esetet ismertettek; ebből 18-ot szívű műtét után észleltek.

Esetismertetés: 38 éves nőbeteg-nél, 1969-ben mitralstenosis miatt transventricularis commissurotomia történt. A műtét utáni 12. napon septikus láz lépett fel. A haemoculturából carbenicillinre érzékeny Ps. aer. törzs tenyésztet ki. Ennek megfelelően napi 30 g — extrém nagy dosis! —, carbenicillint kapott lassú cseppinfúzióban 72 napon keresztül. A terapia bevezetése után a 2. naptól láztalan volt, abbahagyásakor azonban ismételt lázas recidivák következtek, amelyek carbenicillinre mindig megszűntek. A 161 napig tartó kezelés alatt összesen 4865 g carbenicillint kapott; ezt követően a 3 és fél éves észlelés alatt recidiva mentes volt. — A tartós, nagy dózisú carbenicillin terapia alkalmazásával tehát a reoperatio elkerülhetővé vált. A kezelés alatt átmeneti pangásos kerin-gési elégtelenség és albuminurián kívül egyéb szövödményt nem észleltek. A szerző saját megfigyelésének ismertetésén kívül az irodalomban közölt nyolc, részletes körtör-

ténettel dokumentált Ps. aer. okozta endocarditis eseteit is értékeli.

Németh József dr.

Vesebetegségek

A glomerulonephritis corticosteroid és immunosuppressív terapiája. Kampf, D., Baethke, R. (Med. Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 1151—1154.

A szerzők morphologiai szempontból osztályozzák a primer glomerularis megbetegedéseket. Ide sorolható a minimális laesio a glomerulusban, a göcös glomerulosclerosis, a membranous nephropathia, a proliferatív glomerulonephritis és a nem specifikus végstádium. A steroidok az egyes típusokra nem egyformán hatnak. Nehéz a gyógyszer effektusát lemérni, mert ezek a betegségek hajlamosak spontán remissiókra. A corticosteroid jó hatású a minimális laesióra, melynek a halálózása prednison terapia bevezetésével 35%-ról 9%-ra csökkent. Csaknem minden minimális laesio steroid érzékeny. Ennek szövettani képe és a selectiv proteinuria között szoros kapcsolat áll fenn. Ezért selectiv proteinuria esetén számolni lehet a steroid érzékenységgel, míg nem selectiv proteinuria, tartós hypertonia, azotemia, és szignifikáns haematuria esetén inkább a steroid resistenciával. Fel nőttek napi prednison adagja 60—80 mg, a gyermekeké 2—3 mg/kg. Ezt a terapiát 2—4 hétig folytatjuk. Hathetes eredménytelen kezelés után a steroidok adását abba kell hagyni primer steroid resistencia miatt. Ugyancsak abba kell hagyni a kezelést remissio esetén is, a mellékhatások megelőzése miatt. A kezelt esetek 40—93%-ában mutattak ki később recidivát, melynek egy része steroid dependens. Minimális laesióra jó hatású a cyclophosphamid is. Ennek nyolchetes adása a recidivák számát 20%-ra szorította le. A napi adag 2—3 mg/kg és a kezelést steroid érzékeny esetben 3—6 hónapig, steroid resistencia esetén 6—12 hónapig folytatjuk. Jó hatású a kis adag prednisonnal való kombinálás.

A szerzők az Azathioprintól nem láttak kedvező hatást.

A göcös glomerulosclerosis nem befolyásolható immunosuppressív terapiával. A membranous nephropathia legtöbb esetében az immunosuppressív terapia ellenére 5—20 év alatt kialakul a veseelégtelenség. Néha azonban a betegség kezdeti stádiumában adott steroid hasznosnak látszik és tartós remissiót lehet vele elérni.

Az acut glomerulonephritis immunosuppressív terapiája a betegség nagy gyógyhajlama miatt nem indikált. A többi proliferatív nephritisben az immunosuppressív terapia nem befolyásolja a veseelégtelenség kialakulását és nem

hosszabbítja meg az életet. A szerzők azonban közlik, hogy Mukherjee immunosuppressív terápiával 5—14 hónapos remissiót ért el (Ref. Orv. Hetil. 1972, 31. szám). Újabb alvadagátókkal is értek el remissiót, ez azonban még ultravizsgálatra szorul.

Zsiga Imre dr.

A sonographia értéke a cystás veseelváltozások diagnosztikájában. Weitzel, D., Bahlmann, J., Otto, P. (Medizinische Hochschule, Hannover): Deutsche Med. Wschr. 1974, 99, 1587.

Infúziós urographia és scintigraphia valamint sonographia (ultrahang echographia) segítségével vizsgáltak 36 polycystás veseelváltozásban szenvedő beteget. Mérsékelt beszükkült vesefunctio esetén — kreatinin clearance 20 ml/min felett — mindhárom vizsgálat eljárás jelezte az elváltozást (19 esetben). Ha a vesefunctio kifejezetten beszükkült — 20 ml/min alatti kreatinin clearance — 14 betegből csak 3-on volt pozitív a scintigraphia és 10 betegből egyen sem volt pozitív az infúziós urographia. A sonographia 17 vizsgált esetből 17 esetben volt pozitív.

A sonographia mint veszélytelen vizsgálati eljárás tehát elsősorban beszükkült clearance esetén szolgáltat értékes információkat. A vese cystás elváltozásai mellett egyidejűleg előforduló máj vagy pancreas cystás elváltozások kimutatására is alkalmas a módszer.

Marosvári István dr.

Kísérletesen előidézett reflux húgyúti fertőzéssel és anélkül. L. Newman, J. G. Bucy, W. H. McAlister (Mallinckrodt Institute of Radiology, Washington University School of Medicine, St. Louis, Mo.): Radiology 1974, 111, 591—595.

Az utóbbi években ellentmondó vélemények alakultak ki a húgyúti fertőzés és reflux jelentőségéről a pyelonephritises vesekárosodás kialakulásában. Egyesek az infectiót, mások magát a — néha vele születt — refluxot tekintik elsődleges kóroki tényezőnek. Ebben a tyúktojás vitában a szerzők állatkísérleteik alapján foglalnak állást.

Négy veleszületett refluxos kutyát vizsgáltak hat hónapon keresztül. A reflux változatlan maradt, egyébként a kiválasztásos urogramm normálisnak bizonyult. Hat kutya ureter-hólyag átmenetének részleges excisiójával művi refluxot hoztak létre, hólyagjukba 2, 6 és 10 hét múlva colit tartalmazó oldatot fecskendeztek. Ennek ellenére vesekárosodás nem alakult ki, a kiválasztásos urogramm, makroszkópos és szövettani vizsgálat normális képet mutatott. További hat kutyának a művi reflux létrehozása mellett idegentestet is varrtak a hólyagjába. Így a mesterséges coli inoculatio tartós infectiót eredmé-

nyezett. A később elvégzett urographia calicectasiát, ureterectasiát, vesezsugorodást mutatott ezekben az állatokban, a féoldali reflux esetekben az ellenoldali vese hyperplasiájával. Kórbonctani és szövettani vizsgálat pyelonephritisre jellegzetes elváltozásokat igazolt.

A spontán és művi reflux az adott kísérleti feltételek mellett nem okozott vesekárosodást, csak ha tartós infectióval társult. Ez az infectio elsődleges szerepére utal, maga a reflux infectio nélkül különös jelentőséggel nem bír.

Laczay András dr.

Radiologia

Az ultrahang- és röntgen-cholecystographia összehasonlítása. B. B. Goldberg, K. Harris, W. Broocker (Temple University Health Sciences Center and Episcopal Hospital, Philadelphia, Pa.): Radiology. 1974, 111, 405—409.

Az epeköbetegség vizsgálatában fontos szerepe van a cholecystographiának. Előfordul azonban nem ritkán, hogy a beadott kontrasztanyag az epehólyag betegsége, a ductus cysticus elzáródása vagy a cholecystától független egyéb tényező következtében nem rajzolja ki az epehólyagot. Ilyenkor értékes segítséget nyújthat az ultrahang vizsgálat, mely lehetővé teszi az epehólyag nagyságának és gyakran a benne levő kövek kimutatását is. A szerzők 195 esetben végezték el az epehólyag ultrahang vizsgálatát, összehasonlították ezt a cholecystographia eredményével és a pathologiai leletekkel.

Az epehólyagot kitöltő folyadék az ultrahang-scanen echo-mentes területként rajzolódik ki, és az epehólyag visszaverő falai révén a cholecysta longitudinalis és haránt felvételeken egyaránt jól ábrázolódik. A lumenben levő epekövek rendellenes visszaverődésük révén válnak a képen láthatóvá. 2,5 cm-nél kisebb átmérőjű epehólyag elveszti normális echo-mentes jellegét, ezért az erősen contrahált vagy zsugorodott epehólyag értékelhetően nem ábrázolódik. Nagyon fontos az, hogy a felvett rétegek az epehólyag tényleges vetületének feleljenek meg. Nem közböbs az ultrahang-impulzus beérésének iránya sem, mert köre utaló echo keletkezhet kö nélküli epehólyagban is, ha valamely környező szövet echója vetül a lumenbe. Megtévesztő képet okozhat a beteg epehólyagban besűrűsödött folyadék, pl. genny is. Egyenemű echót láthatunk az epehólyagot teljesen kitöltő kövek esetében. Az ilyen kép láttán ezen kívül az alábbi lehetőségek merülnek fel: az epehólyag hiányzik, összehúzódott vagy zsugorodott, nincs a vizsgálati területben, egyéb szerkezet adja a képet, pl. tályog.

E tévedési lehetőségeket figyelembe véve végeredményben a cholecystographia megbízhatóságát a szerzők 89%-osnak, az ultrahang vizsgálatét 72%-osnak találták. Az A-típusú detector is értékelhető képet ad megfelelő gyakorlattal, vele a betegágy mellett is elvégezhető a vizsgálat.

Laczay András dr.

Szerk. megjegyzés: A tárgyalt vizsgálati eljárások megbízhatósága lényegesen nagyobb, ha azokat a klinikai adatok tükrében értékeljük. A referens egy régebbi referátumának referenciáit kommentárjával egyetértésben ismételt hangsúlyozzuk a klinikus és radiológus együttműködésének alapvető jelentőségét.

A hasi aorta ventralirányú dislocatiója: röntgenfelvétel és ultrahang-vizsgálat. B. A. Spirt és mtsai (Upstate Medical Center and St. Joseph's Hospital, Syracuse, New York): Radiology. 1974, 111, 399—403.

Retroperitonealis tumorok az aortát ventral felé dislocálhatják. Ennek következtében az aorta és a lumbalis gerinc ventralis kontrúrja közti távolság megnő. Ez kimutatható natív röntgenfelvételen, ha a hasi aorta fala megfelelő mértékben meszes. Haránt és hosszanti irányban felvett B típusú ultrahang tomogramokon azonban a gerincoszlop és az aorta helyzete, egymáshoz való viszonya megítélhető akkor is, ha az aorta falában nincs natív röntgenfelvételen kimutatható meszesedés. Ezért célszerű retroperitonealis tumor vizsgálatára ilyen értelemben az ultrahang diagnosztikát felhasználni.

A szerzők 70 meszes hasi aortával rendelkező, retroperitonealis kóros folyamatban nem szenvedő egyén röntgenfelvételein vizsgálták a normális viszonyokat. Megállapították, hogy az aorta és a lumbalis csigolyák ventralis kontrúr-egyenes közti távolság normálisan 0—5 mm. Ventral felé dislocálhatják az aortát a csigolyaperek csőrszerű felrakódásai, ekkor azonban az aorta szorosan e csőrképződmények előtt halad. Ennél nagyobb mértékű ventraldislocatio retroperitonealis tumorra vagy egyéb térfoglaló folyamatra gyanús (haematoma, tályog).

Hat eset körleírását ismertetik röntgenfelvételekkel és ultrahangfelvételek bemutatásával. Mind-egyik betegnek malignus retroperitonealis tumora volt. A hasi aorta és a lumbalis gerinc közti távolság 5 esetben a meszes aorta segítségével mérhető volt röntgenfelvételen, és minden esetben az ultrahang-scanen. A távolság 1,5—3,0 cm volt. Normál kontrollként szereplő esetekben 1,5 cm távolságot csak egyértelmű, durva spondylosis csőrök következtében mértek, ezért az aorta ilyen mér-

tékü, egyéb okkal nem magyarázható ventraldislocatióját megbízható röntgenjelnek tekintik.

Laczay András dr.

Intenzív betegellátás

Intenzív osztályon kezelt nem infarctusos betegek prognózisa. M. G. Lopes és mtsai (Stanford University School of Medicine, Stanford, Calif.): JAMA. 1974, 228, 1558.

A myocardialis infarctuson átessett betegek prognózisával szemtelen tanulmány foglalkozott. Újabban az ún. praefarctus syndroma (acut coronaria insufficiencia, unstable angina, crescendo angina, intermedier coronaria syndroma) került az érdeklődés előterébe. Sok olyan beteg kerül myocardialis infarctus gyanújával az intenzív osztályra, akiket a sorozatos EKG és enzim vizsgálatok az infarctus fennállását kizárják. Az általános felfogás szerint ezen betegek hosszú távú prognózisa jobb, mint az infarctuson átesetteké. A vélemények a további teendőket illetően megoszottak a konzervatív kezelés és gyakori klinikai kontroll, valamint az acut coronarographia és korai bypass műtét között.

Az eltérő vélemények arra készítettek a szerzőket, hogy a kórházuk intenzív osztályára felvett nem infarctusos betegek további sorsát figyelemmel kísérik. 1611 betegből 169-et tartottak a vizsgálatra alkalmasnak. A dg. kritériumai: 1. infarctus gyanúját keltő stenocardias fájdalom, 2. a felvételkor vagy a monitorozás alkalmával az EKG-n myocardium ischaemiára utaló ST-T eltérés, 3. pathológiás Q, enzimeltérés (SGOT, CPK, LDH), valamint vitium hiánya. A beteganyagban férfi:nő arány 2:1, átlagéletkor 61 év (29–88 év), átlag megfigyelési idő 17,9 hónap (6–39 hónap, ill. a revascularisatiós műtéti vagy a haláláig).

Eredményeik: a kibocsátott betegek közül 4,2% egy hónapon belül, 10,1% egy éven belül, 19,7% két éven belül meghalt, 43%-ban a halál hirtelen következett be (cardiogen halál). Az életkort illetően a 75 év feletti betegektől eltekintve, a nemet illetően nem volt szignifikáns különbség. Nem találtak prognosztikus jelentőségűnek az EKG eltérés súlyosságát, ritmuszavarokat, vezetési zavarokat feltevést. Véleményük szerint csak a coronarographia adhat megfelelő választ a prognózist illetően: két vagy több coronaria-ág stenosisa esetén a prognózis rossz és a bypass műtét indikált.

Zulik Róbert dr.

Acut refracter légzési elégtelenség gyógyítása extracorporalis oxigenizálással. Goulon, M. és mtsai: Nouv. Presse Med. 1974, 3, 1795.

Az extracorporalis keringés során, membránon át történő oxigenisatióval a súlyos acut hypoxaemia gyógyítása teljessé vált. Hat betegen alkalmazták e technikát, ebből kettő meggyógyult. A cikk ezt a két sikeres esetet mutatja be, melyek Franciaországban az első sikeres próbálkozások.

1. eset: 55 éves férfin, akit gripe syndromával kezeltek, 40 °C fölötti láz mellett respirációs distress syndroma lépett fel. Először Engström-készülékkel 19 l/min total ventilációval lélegeztették tracheotomián keresztül. A partialis O₂-tensio nem változott, túlnyomásos belélegeztetésre sem. Ezután tértek át a Röhne-Poulenc cég által gyártott extracorporalis keringést fenntartó és oxigenizálást biztosító készülék használatára. A vénás vért a véna femoralisból nyerték; oxigenizálás után az arteria femoralisba juttatták. 23 órán keresztül folytatták így az oxigenizálást. A pulmonalis állapot rendeződése után a beteg spontán légzése és oxigenizációja visszatért. A két hónappal később készült légzésfunkciós vizsgálat restrictiv jellegű insufficienciát, a radiológiai vizsgálat fibrosist mutatott.

2. eset: 35 éves férfi discus hernia műtét során nitrogenoxidul helyett tévedésből nitrogen peroxidot kapott. A fellépő methaemoglobinaemia súlyos respirációs distress syndromával társult, amit csak extracorporalis keringéssel sikerült uralni. 36 órán keresztül tartott a dialysis. Kontroll vizsgálat restrictiv syndromát mutatott ki egy hónappal.

Mindkét eset szépen dokumentált laboratóriumi és légzésfunkciós vizsgálatokkal. Az extracorporalis keringés alkalmazásának szükségessége meggyőzően látszik.

Mészáros Béla dr.

A pneumothorax mint szövődmény intracardialis injekciónál. H.-F. Brettel (Zentrum der Rechtsmedizin der Universität Frankfurt am Main): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 2040–2042.

A frankfurti igazságügyi orvostani intézet boncanyagában két és fél év alatt 3 esetben találtak a bal mellkasfalban, reanimálás közben intracardialisan adott injekció után pneumothoraxot (továbbiakban ptx).

Az intracardialis (i. c.) injekciós beavatkozást van den Velden ismertette 1919-ben. 45 esetről számolt be; 13 alkalommal volt sikeres i. c.-an adagolt gyógyszerekkel a

szív újraindítása, ámbar a túlélés csak 8 órán belüli volt. A beszúrási helyét van den Velden a mellkas bal oldalán a 4–5. bordaközben, a sternum szélétől 2 harántujjal határozta meg. Ezt a beszúrási helyet ma is gyakran választják reanimálás közben.

Újabban néhányan (Ahnefeld, Killian, Lutz) a következő beszúrási helyeket ajánlják. Bal oldalon a medioclavicularis- és parasternalis vonal között középen a 3. vagy 4. bordaközben; a 3. bordaközben lehetséges bal oldalt, illetve jobb oldalt közvetlenül a mellcsont széle mellett. Gyakran választják mint beszúrási helyet, közvetlenül a proc. xiphoides sterni alatti mellkasrészt. A proc. xiphoides alatti behatolásnál a tüvel balra és dorsalisán kell előrehaladni. Amennyiben a beszúrási a 3. bordaközben jobb oldalról történik, úgy Killian leírása szerint, lefelé a középvonal (a test középvonala) irányába ajánlatos előrehaladni, és görbített tűt kell használni.

Az i. c. injekciós technikának eltérő leírása abból adódik, hogy a szerzők közül néhányan a pitvarokat, mások a kamrákat igyekeztek elérni a tüvel; és minden lehetséges módon el akarták kerülni a szövődményeket.

A közlemény kiemelten utal arra, hogy az i. c. injekciós kísérletek közben különböző szövődmények léphetnek fel. Leggyakrabban sérülhet az art. thoracica int. Schönfelder statisztikájára hivatkozik továbbá a szerző, mely szerint a szívburok-tamponád képezi a morfológiailag kimutatható károsodások közül az egyetlen halálos kimenetelű komplikációt. (340 eset közül négy alkalommal észlelték).

A szerző hívja fel első ízben nyomatékosan a figyelmet arra, hogy a szívburok-tamponád mellett, mint szövődményre, ámbar ritkábban fordul elő, a ptx-re is gondolni kell. A ptx talán azért is lesz gyakran megfigyelhető, mert a szív megállás gyógymódja egyre intenzívebbé, agresszívebbé kezd válni.

Míg korábban i. c.-an adott injekciók után a tüdőköllapszus inkább csak tüdőtagulások betegekre korlátozódott, addig ma már a mesterséges lélegeztetés belégzési fázisában a felfújott tüdő a szívburok elé kerülve beszúráskor sérülhet. A 3 boncolt esetben a bal tüdő kollabált volt, és a felső lebeny területén sérült (egy esetben vérömleny is volt a bal mellüregben).

A szerző 3 eset tapasztalata alapján úgy véli, hogy i. c. injekciónál ajánlatos a beszúrást a 4. vagy az 5. bordaközben végezni, közvetlenül a sternum mellett, és a tűt mellkason belül csak a ki-légzési fázisban szabad előretolni.

Ugocsai Gyula dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Schultz F.-H., Stobbe H.: Grundlagen und Klinik Innerer Erkrankungen. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte in 3 Bänder. Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1973. 1504 oldal, 350 ábra, 68 M.

Ma a belgyógyászat átfogó s egyben tankönyvszerű interpretálására vállalkozó szerzőknek szembe kell nézniük az immár parttalanúvá váló ismeretanyag válogatásának, rendszerezésének és arányosításának nehézségeivel. A feladat megkívánja az időtálló régebbi tudományos megállapítások és a modern kutatási eredmények szemléleti szintézisét, az egyes témák terjedelmi és mélységi határainak megszabását, a szerkezet és stílus világos, didaktikus voltát s a még kiforratlan kérdésekben is a gyakorlat számára vezérfonalként használható állásfoglalás kialakítását. Mindeme követelményeket a *Schultz és Stobbe* szerkesztette könyv — ha nem is egészen egyenletes szinten és szükségyszerűen jónéhány compromissummal — egészében sikerrel teljesíti.

A 3 kötet 24 fejezetét húsz — főleg a berlini Humboldt egyetemen működő — szerző írta meg. A könyvet könnyen áttekinthetővé teszi a jól tagolt szerkezet és a fejezetek valamint különböző rendű alfejezetek egységes számozási módja. Minden fejezet után megtalálható a témakör iránt behatóban érdeklődők számára a fontosabb irodalmi források jegyzéke.

Az 1. fejezet (*Schultz F.-H.*) a beldiagnosztika alapjaival foglalkozik. Hangoztatja, hogy a klasszikus fizikális módszerek ma sem veszítették el jelentőségüket. Nagy tapasztalatokon alapuló értékes gyakorlati tanácsokat ad az elkülönítő kóriszmérés terén. Külön elemzi a téves diagnózisok fontosabb okait. Igen hasznosan összefoglalja az időskori diagnosztika sajátosságait. Rámutat, hogy miként változott meg korunkban a betegség előfordulása, megjelenése és lefolyása.

A 2. fejezet (*Geissler W.*) a szív betegségeit tárgyalja. Az egyes kórképek klinikumát tömören és érzékletesen jellemzi, mégis úgy érezzük, hogy a téma — horderejénél fogva — mélyenszántóbb feldolgozást igényelt volna. Túl röviden foglalkozik a keringésélettani, ill. kórtani alapokkal, csak vázlatosan mutatja be fontos kórképek (pl. shock) pathomechanizmusát. Az electrocardiographia alapjait — ismertnek tételezve fel — nem taglalja, másrészt viszont finomabb részletekbe (pl. hibablockok) nem bocsátkozik, így sem a „kezdőket”, sem a „haladókat” nem elégítheti ki teljesen. Terapiás útmutatásai

racionalisak, s allangmentesek; azonban a szívbetegek étrendi kezelésének jelentőségben a digitális készítmények és diureticumok mellé történő felsorakoztatása ma túlzásnak tűnik.

A 3. fejezet (*Rex J. O.*) az arteriális rendszer betegségeiről tájékoztat. A diagnosztikai eljárások csoportosítása során a gyakorlat szempontjából igen előnyösen jár el, amikor különválasztja a betegellátás egyes fokozataiban („bed side”, rendelőintézet, fekvőbetegintézet) megvalósítható lehetőségeket. A terapiás részek is reális szemléletűek; kár, hogy helyenként a kezelési programból a már túlhaladott gyógyszerelések (pl. arteriosclerosisban methionin, KJ) sem maradtak ki. Külön fejezet foglalja össze a thromboemboliás betegségeket (*Heinrich H. G.*). A szerteágazó localisatiójú megjelenési formák egységes keretben történő áttekintése hasznosnak bizonyult. Különösen kiemelhető a cerebrovascularis kórképek differenciált jellemzése.

A következő fejezet a légzőszervek betegségeiről szól (*Richter K.* és *Konetzke G. W.*). Rendszerezése korszerű, a meghatározásokban a WHO kautalákra támaszkodik. A légzőfunkciós vizsgálatokat jól megszerkesztett táblázatok ismertetik. Az egyes betegségek leírása plasztikus és kitűnő ábraanyaggal dokumentált, néhány kórkép azonban gyakorlatosságát fogva részletesebb taglalást kívánt volna (pl. bronchitis chr., asthma bronchiale).

A 6. fejezet (*Neubert H.*) 22 oldalnyi terjedelemben foglalja össze az ún. functionális kórképeket és tüneteket. Igen jó szolgálatot tesz a gyakorló orvosnak az e témakörbe tartozó főbb irányelvek lefektetésével és a sokszor pontatlanul értelmezett fogalmak tartalmi és terminológiai tisztázásával.

Ugyancsak a mindennapi gyakorlat szempontjait tartja elsősorban szem előtt a tápcsatorna és a pancreas betegségeit tartalmazó, rendkívül alaposan megírt 7. fejezet (*Lisewski G.*). Néhol talán túlzottan is aprólékos: így pl. a gyomor-béltractus rgt-vizsgálatának technikai részletezése túllépi a belgyógyászat kereteit. A következő, a máj és epeutak betegségeiről szóló fejezet (*Vetter K.* és *Brüschke G.*) egyike a legsikerültebbeknek. A kórképek felosztásától kezdve a májfunkciós próbak és a különböző vizsgálati eljárások ismertetésén át a szorosabban vett klinikumig minden részletében modern conceptiójú, világos szerkezetű és arányos.

A rövid, de fontos 9. fejezetben (*Schultz F.-H.*) a hiányos táplálkozás és a táplálékkal a szervezetbe

jutható különböző kemikáliák (konzerváló szerek, festékek, állatgyógyászati szerek, insecticidok stb.) hatásairól olvashatunk. Utóbbi tárgyalását különösen időszerűvé teszi a környezeti ártalmak világszerte egyre több gondot okozó fokozódása.

A 10—14. fejezetben kerülnek sorra a tágabb értelemben vett haematologia tárgykörei: az erythrocytopoësis, a leukocytopoësis és a reticulo-histiocytarendszer megbetegedései (mindhárom fejezet szerzője *Stobbe H.*), a paraproteinaemiák (*Stobbe H.* és *Haase J.*), valamint a haemorrhagiás diathesisek (*Heinrich H. G.*). Mindegyik haematológiai fejezet gondosan kidolgozott munka, gazdag — részben színes — ábraanyaggal. Külön kiemelés érdemel a paraproteinaemiák jól áttekinthető, „up to date” összefoglalása. A haemorrhagiás diathesisek keretében a ritkább coagulopathiák tárgyalása kissé túlrészletező, ugyanakkor hiányzik a különböző véralvadási vizsgálatok elvének, indikációjának és értékelésének ismertetése.

A vesebetegségekkel, valamint az elektrolyt- és vízháztartás zavaraival foglalkozó 15. fejezetnek (*Dutz H.* és *Natusch R.*) különösen didaktikai értékei (szemléletes differenciál diagnosztikai összeállítások, szellemesen informatív ábrák) figyelemre méltóak. Az elektrolytháztartás és a savbázis egyensúly rendezésére irányuló therapiás tanácsai nemcsak elveket adnak meg, hanem részletekbemenő pontos gyakorlati útmutatással segítik a betegágy mellett az orvost.

Az endokrinológia (*Knappe G.*) és az anyagcserebetegségek (*Lisewski G.*) élvezetes olvasmányt nyújtó, impresszionáló képekkel illusztrált fejezetek, kár, hogy kissé szűkreszabottak, hézagosak. Így az endokrin szabályozások tárgyalása meglehetősen vázlatos és pl. a hyperlipoproteinaemiák ismertetésekor nem esik szó az osztályozás alapját képező lipíd-electrophoresisról.

A 18. fejezet a fertőző betegségeket tekinti át (*Henne K.*). A mikrobiológiai alapok — ezúttal helyes — rövidrefogásával és a felnőttkorban gyakoribb kórképek előtérbehelyezésével feladatát ökonomikusan és arányosan oldja meg. Gyakorlati szempontból szerencsés a kórképeknek az a csoportosítása, mely elsősorban a vezető tüneteket (exanthema, meningealis jelek, septicus kép, stb.) veszi alapul. Hiányolható — s nem kizárólag ebben a fejezetben — hogy a differential diagnosztika pusztán az elkülönítendő kórképek felsorolására szorítkozik, anélkül, hogy az elkülönítéshez egyben támpontokat is adna. — A tuberculosisist önálló fejezet képviseli (*Steinbrück P.*), mely demonstratív rgt-felvétel-sorozat segítségével ismerteti meg a tüdő tbc. különböző formáival és stádiumaival. A kezelés folytatásához nagy precizitással összeállított

gyógyszerelési sémák adnak útmutatást.

A rheumas betegségeket és a kolagenosiseket tárgyalja a 20. fejezet (Hermann H.). Az ebben a témakörben különösen kívánatos fogalmi tisztázást az „Internationale Liga gegen den Rheumatismus” klasszifikációján alapuló csoportosítással, az egyes kórképek szabatos definiálásával, az „American Rheumatism Association” által igen nagy beteganyagon kialakított diagnosztikai kritériumok alkalmazásával sikerült elérnie. E célt ugyan csak jól szolgálják a gondosan szerkesztett differential diagnosztikai táblázatok és ábrák. — A csont és ízületi megbetegedések fejezete (Holstein J.) tömör fogalmazásban és bőséges ábraanyaggal dokumentálva tartalmazza mindazt, ami e tárgyból a belgyógyász érdeklődésére számot tarthat.

A következő két fejezet (Beyer A.) a fizikai kórokok kiváltotta megbetegedésekkel, ill. a mérgezőekkel foglalkozik. Utóbbi betűrendben tünteti fel a gyakoribb mérgezéseket főbb tünetekkel és kezelésekkel együtt, s így adott esetben könnyebb tájékozódást, gyors utánolvasást tesz lehetővé.

Jó gondolat volt utolsó fejezetként az akut belgyógyászati esetek rövid tünettáblájának és terápiájának összefoglalása (Beyer A.). Az ide tartozó kórképeket a vezető tünetek alapján, könnyen áttekinthető táblázatos formában, a célnak megfelelő egyszerűsítéssel mutatja be, s ezzel különösen a fiatal orvosoknak nyújt segítséget a diagnózis mielőbbi felállításához és a kezelés megindításához.

A könyv az alcím szerint orvosok és orvostanhallgatók számára készült. Utóbbiak — az élettani és kórtani utalások kissé vázlatos volta miatt — talán nem annyira tankönyvként, mint inkább kiegészítő olvasmányként hasznosíthatják; feltétlenül ajánlható ugyanakkor mindazon orvosoknak, akik aktuálisan felmerülő belgyógyászati problémáik megoldásához és ismereteik modern szemléletű felújításához világos szerkezetű, élvezetes stílusú könyvet kívánnak igénybe venni.

Keller László dr.

Prof. O. Prokop: Medizinischer Okkultismus. Paramedizin. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena, 1973, 342 oldal, DM 18,80.

Prokop professzornak, mint az 1920-as évek szülöttének bőséges impressziói lehettek az okkultizmusról, a spiritizmus és a mendelezés divatjáról, a 30-as évek vérs és fajmitoszáról. Ha ezek el is enyésztek, ma is vannak gyógykövacsok, csodadoktorok, rákgyógyító félműveltek. Ezeket leleplezni, a „varázslat” helyén helyes természettudományos képet adni méltó, politikai értékű egészségügyi felvilágosítási feladat. A szerző és 14 munkatársa már 3. kiadásban fáradozik a tévhitek eloszlatásán,

mely — mint vallják — hozzáértő pszichiáterek, neurologusok és nem utolsósorban igazságügyi orvosok kötelesege, egyszóval jellegzetes társadalomorvostani tevékenység. A kissé túlzottan részletező, úgy szólván minden orvosi vonatkozású okkult ténykedést felölelni kívánó műből nem könnyű kiemelni vagy rangsorolni, hogy az orvosi okkultizmus mely eszméit vagy tévhiteit fontosabb a ma nézőpontjából ismertetni, leleplezni. Bizonyos, hogy a telepátia, a Kneipp-kúra, a homöpatia és az akupunktúra helyretétele nagyobb közérdeklődésre tarthat számot, mint pl. az irisdiagnózis, a varázsvessző, az asztrómedicina helyenként az elmekörtani képek közé kívánczó megnyilvánulásai. Vannak „határesetek” is, mint pl. a celluláris terapia, ahogy hazai viszonylatban is nehéz határt vonni a Bicsérdy-féle vegetarianizmus és az egészséges testkultúra között. Szándékáról Prokop legtöbbszörben a „homöpatia kritikájáról” című fejezetben vall: „A természet-tudományok mai magas szintjét tekintve értelmetlennek látszik egy olyan orvos-természettudományos kérdéskomplexusban állást foglalni, melynek tulajdonképpen már a történelemben illene tartoznia. A jelen azonban azt mutatja, hogy az az álláspont, mely szerint a homöpatia elavult tudomány, még nem eléggé terjedt el”. Más szóval az orvostudomány minden mitikus, mágikus tévelygése hozzátartozik annak mai kifejlődéséhez és már csak azért is tudni kell róluk, hogy az újra meg újra, más alakban felbukkanó „divatos” gyógymódokat megcáfolhassuk.

Az okkultista írásokban és mód-szerekben mind a mágia, mind a magnetizmus nagy szerepet játszik. Mióta azonban a földmágnészet, kozmikus sugárzást stb. tudományosan is ismerjük, a gyógydelejezők elképzeléseiknek ebben mintegy igazolását látják. Könnyebb már a harcot felvenni az ugyancsak e birodalomba tatózó telepátiával, gondolatátvitellel, clairvoyance-al, egyszóval az ún. parapszichológiával [bár ennek Utrechtben még tanszéke (!) is van.] A tömegével citált cáfolatok lényege, hogy a leírt esetek többsége öncsalás, véletlen coincidencia, a személyek akikkel ilyesmi történik mindig „megbízhatatlanok”, ellenőrzött kísérleti feltételek mellett pedig az okkult tümenyek rendszerint nem sikerülnek, vagy éppenséggel — családok. Helyesen állapítja meg a szerkesztő-szerző Prokop: a paramedicina terjeszkedéséhez szuggesztív egyéniségek, elégedetlen, szerencsétlen és lehetőleg műveletlen médiók szükségesek. Nem csoda, ha ilyen tanok pl. éppen Indiában vagy Dél-Olaszországban lelnek talajra. De mindezekon felül a pszichológiai faktorok szerepe is döntő. A skizofreniások meditációja, katonáiája tükröződik pl. a jóga-gyakorlatokban, a hysteriás anaesthetiát még Pavlov is döntőnek tartot-

ta a fakírok mutatványaiában. Az emberi szervezet ún. jobb-bal polaritásáról szóló fantasztikumok jelennek meg a kínai akupunktúrában. A tanok szerint ugyanis a testet felosztó 12 meridiánpáron kívül 2 páratlan is van, amelyek a testet elől és hátul jobb és bal oldalra osztják: elől az emésztés, légzés és a sexuális funkciókat, hátul a testi és lelki erőköt reprezentáló testrészekre. A meridiánok mentén helyezkednek el a tübeszúráások meghatározott pontjai. Az akupunktúra annyit vitatott gyógyhatásának lényege is egyfelől a szuggesztivitásban, másfelől a páciens hitében van. A akupunktúra hatása alatt végzett fájdalommentes műtét ismét csak a hysteriás analgesia egyik esete. Így, hiába sok évezredes kínai orvosi hagyomány az akupunktúra — ezt is a paramedicinához kell sorolni.

A három problematikusabb fejezet: S. Kneipp lelkész működése, a celluláris terapia és a homöpatia. Mindháromban empirikus és kísérleti tények ötvöződnek laicizmus-sal. Kneipp önéletrajzából tudjuk, hogy a hidegvíz-kúra gyógyító hatását önmagán tapasztalta, amikor idegkimerülés okozta szédülékenységéből kigyógyult. Ennek hatására adta terápiára theológián nevelkedett fejét. Főleg hideg, de meleg fürdőket, vizes bedörzsléseket is ajánlott. Amíg csak az egészséges életmódot hirdette, ez haladás volt, de amikor teoriát is gyártott a hydrotherapiához és ezek alapján gyógyított is, a határokat messze áthágta. Diagnosztikus tudás nélkül terapiát kifejteni felelőtlenség, ha éppen nem kuruzslás, még akkor is, ha mint Kneipp, a népi orvoslást anyagi haszon nélkül végzik. Valóban voltak gyógyeredményei: ebben lelkészi mivolta, személyiségének szuggesztivitása is segített, beteganyagában pedig sok volt a neurotikus, akikre a víz-kúra mindenképpen jótékony hatással volt. Hecht (a fejezet szerzője) azonban cáfolja, hogy Priessnitz mellett Kneipp volna a hydrotherapia atyja, csak annyi igaz, hogy ő volt a víz gyógyító hatásának első céltudatos alkalmazója.

A celluláris terapia — sejt-suszpenziók befecskendezése, implantációk — már orvosi színezetű. Voronoff fiatalító célzatú hereátültetései a legismertebbek, de a celluláris terapia fő propagálója P. Niehan volt. Friss és szárított sejtek (pl. thymus) befecskendezését próbálták meg tumorok kezelésére vagy dermatológiai célokra. Az egyes eredményeket a nemspecifikus ingerhatással lehet magyarázni. Veszélyes eljárás az allergiás szövődmények miatt. Selye kísérletekben káros stressz hatását is kimutatta. Filatov szövetterápiája is ebbe a sorba tartozik. A hatásmechanizmus, a fagyasztás általi „biogen stimulálás” itt is kétes, bár egyesek jó eredményeket értek el Filatov módszerével kezelt placenta-kivonatok injekciójával. Mivel az

eljárás veszélyességének etikai oldala is van, nem sok érv marad mellette.

A *homöpatiával* foglalkozik a könyv a legrészletesebben, több fejezetben. Már Paracelsusnál talá-lunk homöpatia gondolatokat, pl. a minimális dózisok gyógyhatásáról, a tan megalapítója, 1833-ban meg-jelent könyvében részletes kifejtője S. Hahnemann volt. Ha személyné-k értékelése, szerepe vitatott is, tanainak megvan az orvostörténeti jelentősége. Gondolatait a messme-rizmus indikálta és követői is főleg orvosi „szektások”, olyanok, akik szeretnek természetfeletti erőkkel operálni. Hogy máig is vannak hí-vei, annak az a magyarázata, hogy a homöpatias kezelés sokszor sike-resnek bizonyult. 1958-ban Salz-burgban „Homöpatia és tudomány” mottóval még kongresszust is tar-tottak. A zavaros tanokat a tudomá-ny egyértelműen elutasítja, de az is igaz, hogy a ma ismert placebo hatást itt céltudatosan alkalmaz-ták. Különösen szorongó, hypochon-der, magukat figyelő betegeket le-hetett így hatásosan megnyugtatni. Manapság egyesek a homöpatia létjogosultságát Pavlov—Bikov—Szperanskij tanaival igyekeznek bizonyítani. Ch. Kerde ezeket vizs-gálta felül, arra a végkövetkezte-tésre jutva, hogy a kettő között semmiféle valódi, tárgyilagos kap-csolat nem áll fenn.

A szerzők alaposságát mi sem bi-zonyítja jobban, hogy még az astro-medicinával, a „varázsvessző” hasz-nálatával és a sziderikus ingával is foglalkoznak, ezek mozgásmecha-nizmusára objektív tudományos magyarázatokkal (ideomotoros rán-gások, Carpenter-effektus) szolgál-nak. Ezekben azonban inkább a magyarázat, mint az eszközök al-kalmazása orvosi jellegű. Újra és újra az a végkövetkeztetésük: az egész orvosi okkultizmus, a para-medicina psychopathológiás alanyo-kon és művelőkön alapszik. Ezek ellen minden tudományos érvelés, cáfolat hiábavalónak tűnik. Mégis küzdeni kell, nehogy ilyen nézetek a természettudomány objektív tel-jesítményeivel „békésen együttélje-nek”, akár csak vegetáljanak. Pro-kop és szerzőtársai könyve ez irány-ban komoly segítség. Olvasását mégsem ajánljuk mindenkinek, mert okkult gondolatokat ébreszt-het erre érzékeny lényekben.

Budvári Róbert dr.

Diabetes mellitus. Hrg.: Biber-geil, Horst. G. Fischer Verlag, Jen-na. 511 oldal, 93 ábra, 53 táblázat. Ára: 79,— M.

A kötet a diabetologia korszerű ismeretanyagát foglalja össze, szer-kesztője a karlsruigi Zentralinsti-tut für Diabetes „Gerhard Katsch” igazgatója. Összesen 25 szakember vett részt az egyes fejezetek írásá-ban.

I. fejezet. A szigetszerv, az en-dokrin rendszer és az intermediaer anyagcsere a normális és a cukor-

beteg szervezetben. Az élettani és a biokémiai alapismereteket foglalja össze.

II. fejezet. A cukorbeteg kóroktana és pathogenesise. A manifestációs tényezők közül a táplálkozást, a mozgásszegény életmódot, az ideg-rendszeri megterheléseket, a hor-monális befolyást, a heveny fertő-zéseket és az egyes gyógyszerele-ségeket emeli ki. A cukorbeteg patho-genesisében a káros endogen és exo-gen tényezők együttes hatása lénye-ges.

III. fejezet. A cukorbeteg epidemio-logiája, prognosisa és megelőzése. Közismert a cukorbeteg gyakoriságá-nak fokozódása. A fejezet ismerteti az NDK-ban elért eredményeket a szűrővizsgálatok terén. Ugyanakkor áttekintést ad más országbeli kuta-tók epidemiológiai vizsgálatairól is. A megelőzésben az ún. rizikó té-nyezők, a manifestációs okok (moz-gásszegénység, elhízás, stb.) elleni küzdelem a legfontosabb, továbbá a szűrések révén a korai diagnosztizálás.

IV. fejezet. A cukorbeteg és a hypo-glycaemia kórismérése, differential diagnosztikája és tünetnana. A kü-lönböző methodikai kérdéseket és útmutatásokat tartalmazza. Össze-foglalja a cukorbeteg stádiumbeosz-tására vonatkozó közléseket, állás-pontokat.

V. fejezet. A cukorbeteg kezelése. A korszerű kezelési elveknek meg-felelően különös figyelmet szentel a diétának. Ennek részleteit is ala-posan elemzi. Konkrét tanácsokat ad, napi ételmezési terveket sorol fel. Az izommunka jelentőségéről is szól. Kitér a műtetre kerülő betegek beállítására; az insulinallergiára és insulinreszistentiára is.

VI. fejezet. Coma diabeticum. Bár napjainkban a cukorbeteg szövödmé-nyei közül az angiopathia áll az előtérben, sokszor kell coma álla-potában kórházba szállított bete-gekkel foglalkozni. A korszerű ke-zelés rövid vázlatát adja a fejezet.

VII. fejezet. A cukorbeteg szövöd-ményei és kezelésük. Összefoglalja a mikroangiopathiára vonatkozó különböző (genetikus, endocrin, im-munopathológiás, metabolikus) theo-riákat. Az érelváltozásoknak a fia-talabb manifestációs kor, a hosz-szabb betegség-tartam és a rossz beállítás kedvez. Részletesen fog-lalkozik a diabeteses retinopathiá-val, renalis és idegrendszeri károso-dásokkal.

VIII. fejezet. A cukorbeteg kisérvő betegségei. Az emésztőrendszer, a genitális apparatus, a légzőrendszer kapcsolatairól szól a fejezet.

IX. fejezet. A cukorbeteg nő ter-hessége, cukorbeteg anyák újszül-öttjei. A cukorbeteg terhes ellátás-ban a belgyógyász, szülész, gyer-mekgyógyász együttműködése szük-séges. Olvashatunk a cukorbeteg nők hormonális fogamzásgátlásáról; véleményünkkel egyezően, manifest diabetesben e szerek adhatók, a praemanifestációs stádiumokban azonban a manifestatio veszélye miatt nem. A cukorbeteg terhesek a

várható szülés előtt 4—5 héttel osz-tályon helyezendők el. Cukorbeteg esetén gyakrabban végeznek csá-szármetészt.

X. fejezet. A cukorbeteg gyermek. A konkrét szakmai áttekintésen túl hangsúlyozza a szülők és az iskolai nevelők felelősségét, pszichológiai és pedagógiai problémák merülnek fel.

XI. fejezet. A cukorbeteg szociál-medicinális kérdései. Jogi kérdé-sekkel, a cukorbeteg munkaké-pességével foglalkozik. Utal az NDK gondozási módszereire, anyagi juttatásaira, olyan hasznos (és kö-vetendő!) intézkedésekre, mint pl. a gyermekek nyári táborozása.

A kötet végén részletes tárgymu-tató található.

Összefoglalva elmondható, hogy a kötet méltán reprezentálja azt az intenzív kutató és gyakorló, gyógyí-tó munkát, amelyet az NDK orvosi-sai végeznek a diabetologia terüle-tén. A könyv mintaszere kiállítás-ban készült. Az egyes fejezeteket a szűkebb szakterületek elismert képviselei írták. Különösen szemlélete-sek és tanulságosak a jól összeállí-tott ábrák és táblázatok. A kézi-könyvet minden cukorbeteggel fog-lalkozó orvos haszonnal forgat-hatja.

Angeli István dr.

A. Anastasi: Angewandte Psycho-logie. Beltz Verlag, Weinheim, 1973, 751 oldal.

A könyv szerzője alapos, körül-tekintő munkát végzett, terjedel-mes munkája összeállításával, melynek határozott célja a psycho-logia alkalmazási területeinek, új gyakorlati eredményeinek megis-mertetése más tudományágak mű-velőivel.

Anastasi a hét nagyobb egységre tagolt munkáját olyan bevezető jel-legű fejezettel bocsátja útjára, melyben a lélektan múltjával, tudományszegélyével, gyors fejlődé-sével foglalkozik úgy, hogy közben igyekszik emberközeli is hozni az oly sokáig misztikusnak ítélt, majd megtagadott és újra megújított lélektant.

Az öt alfejezetre bontott szemé-lyiséglélektan rész a könyv leg-terjedelmesebb egysége. Megismer-kedhetünk a személyiség fejlődésé-nek, képzésének és differenciáló-dásának modern szemléletű értel-mezésével, melyek könnyebb meg-értését az igen találó példák is elő-segítik. Betekintést nyerhetünk a pszichológusok módszereibe, a pro-jectiv tesztek alapelveibe, a szemé-lyiség vizsgálatának rendszerébe. Körültekintően foglalkozik a szerző a lélektan alkalmazásának metho-dikai kérdéseivel, illetve feltételei-vel is.

A mű harmadik része a munka-lélektan rejtelmét boncolgatja, al-fejezeteiben a pályaválasztás, pá-lyaérettség, munkamotivatio, mun-kamódszerek és a szociális milieu kérdéseivel és ezek alkalmazott pszichológiai vetületeit tárgyalja. A negyedik rész kereskedelmi-lélek-

tani problémákat fejteget, kiemelve a fogyasztók, vásárlók viselkedésformáit döntően befolyásoló emotionalis és motivációs faktorokat, valamint a reklámlélektan cognitív funkciókra ható befolyásolókat.

A könyv talán legértékesebb, legsikeresebben szerkesztett fejezeit találjuk meg az utolsó három fejezetben, illetve részben. A „Klinikai pszichológia”, melyben a diagnosztikát, terapiát, a klinikai kutatómunka rejtelmét tárgyalja *Anastasi*, mindenkit meggyőzhet — akik eddig kételkedtek volna — mennyire fontos a lélektan tudományának alkalmazása a gyógyító

munkában is. „Psychologiai tanácsadás” és „A lélektan és más szaktudományok” című fejezetei híven tükrözik, hogy a legújabb kutatási eredmények által megújított lélektan milyen sokrétű segítséget képes nyújtani más tudományágakban, illetve mennyire sokoldalúan tudja szolgálni az embert.

Az egyes témaköröket a szerző igen nagy műgonddal, dicséretesen folyékony stílusban, könnyen érthető terminológiával, nagy szakmai biztonsággal dolgozta fel, a könyv szemléletével, kísérleti eredményekre támaszkodó magyarázataival még a pszichologus szakemberek-

nek is tud újjal szolgálni. Az igen tanulságos, kissé túlzott terjedelmű munka értékét emelik a fejezetek végén található rövid összefoglalások, valamint a témakörökre bontott bibliographiák, melyek azonban jó részt csupán az angol nyelvterület szakirodalmára korlátozódnak. A nem szakemberek számára is könnyű érthetőséget elősegítik a jól szerkesztett, áttekinthető táblázatok és mellékletek, míg a név- és tárgymutató, valamint az amerikai tesztekéről készített táblázat a szakpszichologusok érdeklődésére tarthat számot.

Fejes András dr.

DIPIDOLOR

Osszetétel: 2 ml-es ampullánként 15 mg piritramidumot tartalmaz.

Hatás: Erős hatású analgeticum. Hatástartama átlagosan 6 óra. Légzés-depressiót csupán túladagolásakor vagy hypersensibilis betegeknél okozhat. Therapiás indexe igen kedvező.

Javallatok: Fájdalomcsillapítás, különösen postoperatív fájdalmak.

Ellenjavallat: A morfin és a morfinszármazékok ismert ellenjavallata.

Adagolás: A beteg életkorának, általános állapotának és a fájdalom intenzitásának figyelembevételével a következő átlagos adagok adhatók:

Felnőtteknek: 15 mg im. Leromlott vagy idős betegeknek 10 mg im. Szükség esetén egy alkalommal ismételtén adható 10–15 mg intramuscularisan.

Figyelmeztetés: Intravénásan ne alkalmazzuk, mert az intravénás injiciálás légzési depressiót okoz!

Mellékhatás: Hypersensibilis betegeknél — 10–15 mg Nalorphinál azonnal megszüntethető — csekély légzési depressiót okozhat.

Csomagolás: 5 × 2 ml-es ampullák 23,80 Ft

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

Injekció analgeticum



ELEKTÓRÓDOK ÉS ÁTALAKÍTÓK

A korszerő elektromedikai készülékek segítségével sokoldalú kapcsolat építhető ki az élő szervezettel. A különböző berendezések újabb fiziológiai paraméterek mérését, illetve a hagyományos mérési metodikák pontosabbá tételét szolgálják.

A funkció jelenségek vizsgálatakor fontos szerepet játszik a biológiai objektummal közvetlen kapcsolatban álló érzékelő, annak tulajdonságai a rendszer egészét alapvetően befolyásolják.

A Medigor által kifejlesztett elektródok és átalakítók tulajdonságai:

- zavarmentes;
- alakhő átvitel;
- stabil működés;
- veszélytelen.

Az elektródok és átalakítók csatlakoztathatók a Medigor készülékekhez, de adaptálhatók a szóban forgó területeken használatos berendezésekhez is.

A Medigor Művek által gyártott elektródok és átalakítók:

- EKG elektródgarnitúra többszöri tartós megfigyelésre;
- Egyszer használatos EKG elektród tartós megfigyelésre;
- Magzati EKG elektród;
- EEG elektródok többszöri tartós megfigyelésre;
- Termisztoros légzésszám-érzékelő;
- Kontakt légzésszám-átalakító;
- Miográfiás tüelektródok;
- Oximéter érzékelő.

**Gyártja és exportálja:
MEDIGOR MŰVEK,
BUDAPEST**





A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. október 31-én du. 13.45-re tűzte ki **Almási Klára dr.**: „A serum-lipidek, a serum-fehérjék és a liquor-lipidek változásának vizsgálata delirium tremens”-ben c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében. Az értekezés opponensei: **Huszár Ilona dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Árky István dr.**, a biológiai tudományok kandidátusa. Aspiránsvezető: **Huszák István dr.**, az orvostudományok doktora.

Az Egri Megyei Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága a **Markhot Ferenc** emléklakettet ez évben **Schultheisz Emil dr.** egészségügyi miniszternek adományozta, aki ezen alkalomból 1975. november 5-én, délután 4 órakor kórházunk dísztermében emlékelőadást tart.

A Magyar Urologusok és Nephrologusok Társasága 1975. október 30–31-én rendezti Budapesten a **Szocialista Országok Urologusainak Symposiumát**.

Tárgykör: **A hólyag daganatos megbetegedései.**

A kongresszus helye: Magyar Kereskedelmi Kamara V., Kossuth L. tér 6–8.

A kongresszus elnöke: **prof. Balogh Ferenc.**

Szervező Bizottság:
Főtitkár: **prof. Frang Dezső.**
Titkárok: **Csontai Agoston dr., Kisbenedek László dr.**

Kongresszusi Iroda a Symposium színhelyén 1975. X. 29-én, 14 órától.

A Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság 1975. november 11-én (kedd) 10.30 órakor, Miskolcon, a Junó szálló (Tapolca) előadási termében **Klinikai Endokrinológiai Napot** tart.

Prof. Mosonyi László: Megnyitó.

Előadások:

1. **Szabolcs I., Pálóssy B., Szilágyi G.** (Orvostovábbképző Intézet IV. Belgyógyászati Tanszék): EKG változások parathyreoidektomia után.

2. **Fekete T., Csire B., Panyi M., Pintér J.** (Miskolc, Vasgyári Kórház és Szentpéteri kapui Kórház): 5 éves nyomónkövetése egy sikeres műtéten átesett phaeochromocytomás nőbetegnek.

3. **Smid J., Borsos A., Takács I.** (Nőgyógyászati Klinika, Debrecen): A hirsutismus differential diagnosztikus problémái.

4. **Mártha D., Berentey E., Borda L., Magyar É., Szilágyi G.** (Orvostovábbképző Intézet IV. Belgyógyászati, I. Sebészeti, Kórbontani és Kórszerveztani Tanszék): Localisatiós nehézségek androgen termelő

mellékvesedaganatok diagnosztikájában.

5. **Erdei I., Fazekas S., Leövey A., Majláth L.** (I. Belklinika, Debrecen): Lokális antilymphocytoglobulin alkalmazása endocrin ophthalmopathiában.

6. **Fazakas S., Kiss B., Erdei I., Petrányi Gy.** (I. Belklinika, Debrecen): A pajzsmirigyműködés suppressibilitása a Basedow-kóros betegek radiojód-kezelése során.

7. **Karátson D., Cseley M.** (Miskolc, Semmelweis Kórház): Az apathiás thyreotoxicosistról.

8. **Balázs Cs., Szerze P., Kovács L., Kálmán K., Fazakas S., Erdei I., Leövey A.** (I. Belklinika, Debrecen): Pajzsmirigy-betegek cellularis immunológiai vizsgálata.

9. **Borsos A., Balogh A., Makai F., Smid I., Takács I.** (Nőgyógyászati Klinika, Debrecen): Hypophysis ovarium működése „metropathia juvenilis”-ben.

10. **Makai F., Smid I., Borsos A., Takács I.** (Nőgyógyászati Klinika, Debrecen): Extrapuerperalis galactorrhoea.

11. **Balogh Á., Batár I., Ditrói F.** (Nőgyógyászati Klinika, Debrecen): A hosszantartó hormonalis fogamzásgátlás hatása a sexualendocrin functiókra.

12. **Zeltner Gy., Panyi M., Nyárádi A., Branovics L., Pohánka L.** (Ózd, Városi Kórház): Oralis anti-conceptio során fellépő heveny pancreas necrosis.

13. **Zeltner Gy., Panyi M., Kricsfalvi P., Nyárádi A., Varga T.** (Ózd, Városi Kórház): Euglykaemiás diabeteses ketoacidosis eseteink.

14. **Glázer K., Karátson D.** (Miskolc, Semmelweis Kórház): Diabetest kísérő osteoarthropathiákról.

A Magyar Nőorvos Társaság 1975. november 3–5. között Budapesten, **Nőgyógyász Nagygyűlést** rendez.

November 3., hétfő, 9 óra:

Ünnepélyes megnyitó (II. Női Klinika tanterme).

10 óra:

I. Főtéma — **Koraszülés.**

Konferencia vezető **prof. Gáti István.**

Titkár: **Bücs Gábor dr.**

Résztevők: **Kovács András dr.** (Bp.), **Paál Margit dr.** (Bp.), **Pohánka Ödön dr.** (Debrecen), **Csépli József dr.** (Bp.), **Kovács László dr.** (Szeged), **Dömötöri Jenő dr.** (Bp.), **Kíszel János dr.** (Bp.).

Kérdések, hozzászólások, vita.

E b é d s z ü n e t

„A” szekció

14.30 óra

Üléselnök: **Zoltán Imre dr.**

Titkár: **Puskás Ernő dr.**

Az I. főtémához csatlakozó előadások

1. **Ruzicska Gy., Dzvonyár J., Mahunka I.-né, Szücs G.** (Debrecen): A korai lepényleválás kiala-

kulásának tényezői és összefüggése a koraszülések gyakoriságával.

2. **Szücs G., Pohánka Ö., Balogh B.** (Debrecen): A cervicalis elégtelenség diagnosztikája (módszertani és szervezési kérdések).

3. **Pohánka Ö.** (Debrecen): Koraszülés — idő előtti burokrepedés — méhszáj status.

4. **Szücs G., Ruzicska Gy., Pohánka Ö.** (Debrecen): A cerclage műtét therapiás értékének bizonyítékai.

5. **Balogh B.** (Debrecen): Adatok a koraterhességi vérzések szülés-prognosztikai jelentőségéhez.

6. **Tóth Z., Pohánka Ö., Balogh B., Kardos Z., Szücs G.** (Debrecen): Koraszülők gestatiós adatainak retrospektív értékelése.

7. **Pohánka Ö., Lampé L., Balogh B.** (Debrecen): Steroid profil változások a fenyegető koraszülés betamimetikus kezelése során (Partusisten[®]).

8. **Nagy Gy., Gaál J., Lampé L.** (Debrecen): Újszülöttkori RDS prophylaxis dexamethasonnal.

9. **Nagy Gy., Lampé L., Pohánka Ö.** (Debrecen): Újszülöttek RDS prophylaxisa idő előtti burokrepedés után.

10. **Kardos Z., Pohánka Ö., Nagy Gy., Balogh B.** (Debrecen): Az idő előtti fájástevékenység beta-mimetikus gátlása (Partusisten[®]).

11. **Dvoráček É.** (Debrecen): Kis súlyú újszülöttek prophylactikus puffer kezelése.

12. **Dvoráček É., Pohánka Ö.** (Debrecen): Kis súlyú újszülöttek perinatalis mortalitásának alakulása Magyarországon.

13. **Mocsáry P., Csapó I. A.** (Debrecen): Új prostaglandin analoggal (I. C. I. 81.008) szerzett tapasztalataink koraterhesség-megszakítás kapcsán.

14. **Asztalos M.** (Debrecen): Diabetes mellitus és terhesség.

15. **Szarvas Z., Treit P., Zsolnai B.** (Budapest): A placenta ultrastruktúrája késői terhességi toxocissal szövődött koraszülésekben.

16. **Högye K.** (Budapest): A praconceptionalis gondozásban részültek szülészeti eredményei, különös tekintettel a koraszülés gyakoriság alakulására.

17. **Bán J., Gábor J.-né, Berényi M.-né, Kovács A.** (Budapest): A koraszülésekkel kapcsolatos környezettanulmány lehetőségei és értékelése a megelőzés érdekében.

18. **Hegyi R., Hercz P., Csömör S.** (Budapest): A perinatalis mortalitás alakulásának értékelése koraszülések esetében, a klinikai észlelés és a sectio lelet összevetésében.

19. **Bán J., Högye K., Egyed Á., Kovács A.** (Budapest): A koraszülések megelőzésének lehetősége a praconceptionalis gondozás keretében.

20. **Csordás T., Bertók I., Csapó Zs.** (Bpest): Endotoxinnal kiváltott koraszülés kísérletes gátlása állatkísérletben.

21. **Hidvégi J., Csordás T., Patkós P., Tóth K., Dömötöri J., László F.**

(Budapest): A méhnyakzáró műtétek jelentősége a koraszülések megelőzésében.

S z ü n e t
17.20 óra

Üléselnök: Csaba Imre dr.
Titkár: Doszpod József dr.

22. Patkós P., Kiszél J., Csömör S., Solymos A. (Budapest): Koraszülött ellátás és eredményei egy-egy perinatalis ellátási rendszerben.

23. Kovács I., Csömör S., Herberth J., Berbik I. (Budapest): Koraszülés és subklinikai húgyúti fertőzés.

I. rész: A korszerű diagnosztika és a terápia alapelvei.

24. Berbik I., Csömör S., Kovács I., Herberth J. (Budapest): Koraszülés és subklinikai húgyúti fertőzés.

II. rész: Uricult-tal szerzett tapasztalataink.

25. Paulin F., Csömör S., Kiszél J., Paál M. (Budapest): Beta-mimeticum (terbutalin sulphat) alkalmazása fenyegető koraszülés esetében.

26. Dömötöri J., Polgár M., Berbik I., Horváth A. (Budapest): Koraszülések demográfiai vonatkozásai klinikánk 5 éves anyagában.

27. Németh J., Csordás T., Dömötöri J., Czikmártory P., Fedák L. (Budapest): Koraszülés és medencevégű fekvés szövődése.

28. Dömötöri J., Csömör S., Csordás T., László F., Somos P. (Budapest): Idő előtti burokrepedés és a koraszülés.

29. Tóth K., Kiszél J., Csömör S., Patkós P., Paulin F., László F. (Budapest): A perinatalis fertőzések jelentősége és elhárításának lehetőségei koraszülött populációban.

30. Csordás T., Dömötöri J., Konrád S., Ébner L. (Budapest): Vele született rendellenesség és koraszülés klinikánk öt éves anyagában.

31. Varga J., Kiszél J., Vargáné (Balázs M.), Patkós P. (Budapest): A császármetszésre kerülő koraszülések narcosisának kérdései magzati szempontból.

Hozzászólások, vita

„B” szekció
14.30 óra

Üléselnök: György György dr.
Titkár: Kiss Csaba dr.

Az I. főtémához csatlakozó előadások

32. Than G., Csaba I., Karg N., Szabó D., Novák P. (Pécs): Terhességgel társult alfa₂-glycoprotein vizsgálata pathológiás terhesek serumában.

33. Cseh I., Járai I. (Pécs): A placenta és foetus növekedése a harmadik trimesonban.

34. Szabó I., Csaba I., Novák P., Drozgyik I. (Pécs): Steroid terápia jelentősége a respiratoricus distress syndroma (RDS) preventiójában.

35. Jakobovits A., Traub A. (Szeged): A retardált újszülöttek lep-

neyeinek histomorphologiai elváltozásai.

36. Sztanó P., Kovács L., Resch B. (Szeged): A tokolyticus kezelés lehetőségei.

37. György Gy., Kiss Cs., Benyó T., Bagdány S., Virág S. (Budapest): Prostaglandin antagonisták alkalmazása a szülészetben.

38. Bagdányi S. (Budapest): Újabb adatok a natrium salicylicum hatásmechanizmusához.

39. Szalay J., Marton I. (Budapest): Cortisol és transcortin concentratio változása diabetes mellitussal társult terhességekben.

40. Sebők J., Sándor Gy., Kodai I., Kaszás I. (Budapest): A terhesség és szülés hatása az epidurális gerincsatorna vérzés keletkezésére.

41. Bognár Z. (Budapest): Fiatalkori megbetegedések szerepe a koraszülések előidézésében.

42. Sziller O., Bognár Z. (Budapest): A főváros korai (0-6 napos) koraszülött halálozásának vizsgálata szerzett tapasztalataink.

43. Potyondy J., Sziller O., Molnár Gy., Csaba A., Schleffer Ö. (Budapest): Tapasztalataink 11 000 koraszülés észlelése kapcsán.

44. Csaba A., Sziller Ö., Potyondy J., Molnár Gy., Schleffer Ö. (Budapest): A MacDonald műtéttel szerzett tapasztalataink incompetencia cervicis uteri következtében koraszülő betegeknek.

45. Schleffer Ö., Sziller O., Potyondy J., Molnár Gy., Csaba A. (Budapest): Koraszülés és császármetszés.

46. Molnár Gy., Sziller O., Potyondy J., Csaba A., Schleffer Ö. (Budapest): A koraszülés megelőzésének lehetőségei terhesség előtt és alatt.

47. Kovács S. (Zalaegerszeg): Kombinált terhességmegtartó kezelések a koraszülés frekvenciájának csökkentésére.

48. Kovács L., Piukovich I. (Zalaegerszeg): A koraszülések megelőzésének szervezési problémái. I. Gondozási feladatok.

49. Németh O., Altmayer L., Piukovich I. (Zalaegerszeg): A koraszülések megelőzésének szervezési problémái. II. Szülészeti osztályok feladatai.

50. Piukovich I. (Zalaegerszeg): A koraszülések megelőzésének szervezési problémái. III. Méhszájéltelenség miatt végzett vizsgálatok és beavatkozások eredményei.

51. Hegyi P., Hetényi F., Bakány K. (Zalaegerszeg): Hüvelyváladékokból kitenyészthető mikroorganizmusok gyógyszerérzékenységi vizsgálata fenyegető vetélések és koraszülések esetében.

52. Hetényi P., Bakány K., Hegyi P. (Zalaegerszeg): A hüvely- és cervixváladék mikrobiológiai vizsgálata fenyegető vetélések és koraszülések esetén.

S z ü n e t
17.20 óra

Üléselnök: László János dr.
Titkár: Tallián Ferenc dr.

53. Szombati Zs., Berkő P., Kádár

Z. (Miskolc): Az alkoholos cseppinfusio eredményessége a koraszülések megelőzésében.

54. Konczwald L., Kocsis I., Szabó B. (Miskolc): Koraszüléseknél végzett császármetszések anyai és magzati eredményei öt éves anyagban.

55. Hardonyi A., Tóth I., Papp A., Zsolnai B. (Miskolc): A trichomonas és soor kolpitis szerepe a koraszülésekben.

56. Berkő P., Szombati Zs., Takács T., Ónodi Z., Kiss L. (Miskolc): Meteorológiai tényezők változásainak hatása a szülési- és koraszülésfrekvenciákra.

57. Barkai L., Koltay M., Konczwald L., Gyarmati I. (Miskolc): Koraszülések összefüggő vizsgálata és számítógépes feldolgozása.

58. Surányi S., Vásári I., Némethi S., Endrődi L. (Debrecen): Reális út a koraszülések visszaszorítására.

59. Veres L., Máthé I., Surányi S. (Debrecen): Terhességmegszakítás a méhnyak műszeres tágitása nélkül.

60. Karsay K., Dekov I., Milovai M., Danis I., Danis L. (Kecskemét): Koraszülések és azok perinatalis mortalitásának elemzése osztályunk 5 éves anyagában.

61. Nagy T., Kovács A. G., Nyirády J., Szakáll Z., Milovai M.: Adatok a koraszülés veszélyének objektívebb felméréséhez. Adalék egy preventív program kidolgozásához.

62. Nyirády J., Szakáll Z., Nagy T. (Kecskemét): Méhszájzáró műtétekkel kapcsolatban szerzett tapasztalataink.

Hozzászólások, vita

November 4., kedd, 9 óra

„A” szekció

A nő funkcionális meddősége
II. főtéma

Konferencia vezető: Sas Mihály dr.

Titkár: Resch Béla dr.

Résztevők: Orbán György dr. (Bp.), Csillag Miklós dr. (Bp.), Kincses László dr. (Szeged), Gimes Rezső dr. (Bp.), Horváth László dr. (Bp.), Lux Elvira dr. (Bp.).

Kérdések, hozzászólások, vita

S z ü n e t

12.00 óra

Vezetőségválasztó közgyűlés

E b é d s z ü n e t

„A” szekció

14.30 óra

Üléselnök: Lampé László dr.

Titkár: Gál József dr.

A II. főtémához csatlakozó előadások

63. Sas M. (Szeged): Az ovulatio-inductio hatásossága.

64. Szöllösi J., Kincses L., Thurzó L., Sas M. (Szeged): Meddő házaspárok összehangolt kivizsgálásának és kezelésének előnyei.

65. Zernig F., Székely J., Than G., Szabó I. (Pécs): Savanyú és alkalis phospatase meghatározásának jelentősége patho- és normospermia esetekben.

66. Juricskayné Dávid Zs., Kecskés P. (Pécs): A vizelet steroid spectrum gázkromatográfiás vizsgálata és diagnosztikus jelentősége a hormonális viszonyok, különösen a progesteron secretio ellenőrzésében.

67. Csömör S., Gimes R., Pulay T., Esztergályos J. (Budapest): A gonadotropin releasing hormon functionális diagnosztikai értéke.

68. Pulay T., Csömör S. (Budapest): Adatok a gonadotropinok immunológiai hatásához.

69. Herberth J., Kovács I., Gimes R., Polgár M. (Budapest): Postcoital testek klinikai értékelése.

70. Kovács I., Polgár M., Gimes R., Herberth J. (Budapest): A Kremer-Lebech-féle sperma penetrációs teszt jelentősége a functionális meddőség megítélésében.

71. Treit S., Gimes R. (Budapest): A kryokauter jelentősége a meddőség kezelésében.

72. Lux E., Gimes R., Orbán Gy. (Budapest): A functionális sterilitás, mint ok-okozati tényező a „steril pár-helyzet”-ben.

73. Lux E., Treit S., Hamvas F. (Budapest): A functionális meddőség, mint psychosomaticus megbetegedés.

74. Polgár M., Ébner L., László F., Kovács I. (Budapest): Habitális vetélők immunológiai vizsgálata során szerzett tapasztalataink.

75. Polgár M., Kovács I., Ébner L., Gimes R., Schlitt E. (Budapest): Sperma immunológiai vizsgálatokkal nyert tapasztalataink infertilis eseteink kapcsán.

76. Somos P., László F., Gimes R., Kovács I. (Budapest): Kolpocytologiai és hormonális vizsgálatok prognosztikus jelentősége Clostilbegyt adagolása után.

77. László F., Somos P., Kovács I., Polgár M., Gimes R. (Budapest): Anovulatoricus cyclusok gyógykezelése Clostilbegyt-tel.

78. Lux E., Pál M., Solymos A. (Budapest): A steril nő anya-szerep hátrításának néhány psychés és gynecológiai jellemzője.

79. Csömör S., Csillag M., Hercz P., Sziklai L. (Budapest): Ovulatio-serkentők hatása ovulációs ciklussal járó functionális meddőségre.

80. Király F., Szarvas Z. (Budapest): Clomiphen kezelést követő hormonhatások vizsgálata az endometriumon.

81. Király F., Csillag M., Kazy Z. (Budapest): Ovulációs és anovulációs ciklusok váltakozása functionális sterilitásnál.

82. Hintalan A., Csillag M., Válenyi I., Bernard A. (Budapest): A plasma progesteron szint alakulása functionális meddőségi esetekben.

83. Forgách V., Csillag M., Válenyi I., Ruzicska Gy. (Budapest): A plasma progesteron szint és módosulása a functionális sterilitás kezelése folyamán.

84. Puskás E., Siklósi Gy. (Budapest): A laparoskópia helye a Stein—Leventhal syndroma diagnosztikájában.

Szünet

17.20 óra

Üléselnök: Orbán György dr.

Titkár: Pál Margit dr.

85. Balogh Á., Borsos A., Ditrői F. (Debrecen): Progesteron és oestradiol radioimmunoassay vizsgálata infertilitásban.

86. Takács I., Smid I., Makai F., Borsos A. (Debrecen): A functionális sterilitás kezelésének eredményessége klinikánk 8 éves anyagában.

87. Smid I., Takács I., Borsos A. (Debrecen): A sterilitás uterinalis okai.

88. László J., Kovács K., Vajda R. (Budapest): Genetikai vizsgálatok functionális meddőségben.

89. Kun L., Kodaj I. (Budapest): A petefészek ultrahangos vizsgálata functionális meddőségben és Clostilbegyt kezelés után.

90. Aszódi I. (Miskolc): A functionális meddőség gyakorisága és egyes aspektusai nyolcéves anyagunkban.

91. Szepesi L., Csoma B., Ságody L. (Miskolc): Sterilitásos eseteink komplex gondozása.

92. Szepesi L. (Miskolc): A sterilitás pszichológiai okairól.

93. Bagdány S., Benyó T., Kiss Cs. (Budapest): A functionális meddőség kezelésében alkalmazott Sygethin hatása az uterus mikrostrukturális változásaira.

94. Tóth I., Barkai L., Papp Á. (Miskolc): Stein—Leventhal-syndromás eseteink.

95. Szalóczy P., Gyöngyössi A. (Budapest): Kórházi osztály lehetőségei a functionális meddőség felderítésében és kezelésében.

96. Tóth B., Wabrosch G., Avar Z., Pálos L.-né (Budapest): A functionális meddőség és az urogenitalis fertőzések összefüggése.

97. Ladányi L., Dekov I. (Kecskemét): A primaer női sterilitás terapiájában szerzett tapasztalataink.

98. Csuha J. S. (Parádfürdő): A balneoterapia eredményessége kétoldali tubaelzáródás okozta sterilitásos esetekben.

99. Tóth E. (Harkány): Adatok a primaer hypoplasia balneoterapiás kezeléséhez.

„B” szekció

14.30 óra

Üléselnök: Gáti István dr.

Titkár: Preisz József dr.

Az I. főtémához csatlakozó előadások (Koraszülés).

100. Seres G., Sápsszky V., Muska S. (Pécs): A koraszülések szülészeti vonatkozású okai.

101. Szabó J., Veszelszky I., Bódis L. (Szeged): Dilatollal és indometacinummal szerzett tapasztalataink a koraszülés és vetélés megelőzésében.

102. Veszelszky I., Faredin I., Tóth I., Györfi M., Bódi F., Bódis L. (Szeged): Dexamethason prophylaxisban részesült koraszülő anyák és újszülöttjeik vér hydrocortison szint alakulása.

103. Antal A., Bede K., Bódis L. (Szeged): Medencevégű koraszüléseink.

104. Illei Gy., Turányi Z. (Szombathely): Fenyegető koraszülések ethanol kezelésével szerzett tapasztalataink.

105. Intódy Zs., Jánossy T., Szepesi J. (Budapest): Natrium-salicilicum therapiával elért eredményeink a fenyegető vetélés és koraszülés kezelésében.

106. Konc J., Jánossy T. (Budapest): Fenyegető és kezdődő koraszülések kezelése, a méh fájástevékenységének csökkentése dropperdóllal (kísérletes és klinikai vizsgálatok).

107. Avar Z., Tóth B., Matos L., Zacher P. (Budapest): A szívbetegség és koraszülés.

108. Viczián M., Nemes J., Zilahi Z. (Budapest): A dohányzás hatása a reproduktóra.

109. Nemes J., Zilahi Z., Viczián M. (Budapest): 10 év koraszülés anyagának értékelése.

110. Kubinyi J., Pilishegyi J., Lacza T. (Bpest): A cerclage műtét szerepe a vetélés és a koraszülés megelőzésében.

111. Koronka G., Bálint S. (Budapest): Leányanyák szüléséről, különös tekintettel a koraszülés gyakoriságára, szülés lefolyására és a perinatalis szövődményekre.

112. Faragó J., Héder J. (Budapest): Betamimetikumok és a méhnyakzárás műtét szerepe a koraszülések megelőzésében.

113. Nagy T., Nyirády J., Biró B. (Kecskemét): Dilatollal (Bupheninhydrochlorid) végzett tokolysis fenyegető koraszüléseknél.

114. Kiss D., Szóke B. (Dunaujváros): A koraszülöttek születés utáni lehülésének kivédése.

115. Than E., Szegődi G., Kutor J., Mencz S. (Keszthely): Koraszülöttellátásunk tapasztalatairól.

116. Bukovinszky L., Maka F., Ludányi I., Donkó A. (Eger): Mai lehetőségeink hatékonysága a koraszülés megelőzésében.

117. Schreiner L., Tóth G., Németh Z., Soós Sz., Karácsony Gy. (Győr): Koraszülés egyes szempontjainak elemzése 20 000 szülés alapján.

118. Major J., Nagy Gy. (Mosonmagyaróvár): A koraszülések számának csökkentésére irányuló törekvéseink MacDonalddal.

119. Molnár F., Bene Z., Nyerges L., Kindlovits M. (Szolnok): Koraszülésekkel kapcsolatos tapasztalataink 5 éves anyagunkban.

120. Bánki M., Bánki Cs. (Mezőhegyes): Fenyegető vetélés és koraszülés kezelése cyproheptadinnal.

121. Szigeti L., Bolgár J., Megadja S. (Sátoraljaújhely): A hormoncytologia egyik jelentősége fenyegető vetélések és koraszülések kezelésében.

122. *Godó Gy.* (Kalocsa): Méhnyakzáró műtétek jelentősége a koraszülések megelőzésében.

123. *Pataky L., Hites L.* (Szöny): Az immunbiológiai status jelentősége a terhesség alakulásában.

124. *Mutschler F., Hanzli J.* (Dombóvár): Alkoholos infúzió a koraszülés megelőzésére.

Hozzászólások, vita

20 órákor a Magyar Nőorvos Társaság vezetőségének fogadása a Kongresszus résztvevőinek tiszteletére a Budapest Szállóban (II. Szilágyi Erzsébet fasor 47.)

November 5., szerda, 9 óra

„A” szekció

III. Főtéma

Intrauterin diagnosztika

Konferencia vezető: *Lampé László dr.*

Titkár: *Komáromi Béla dr.*

Résztvevők: *Tarró Sándor dr.* (Bp.), *Németh Ferenc dr.* (Bp.), *Zsolnai Béla dr.* (Bp.), *Székelly József dr.* (Pécs), *Papp Zoltán dr.* (Debrecen), *Komáromi Béla dr.* (Debrecen), *Gál József dr.* (Debrecen), *Papp László* (Bp.).

Kérdések, hozzászólások, vita.

S z ü n e t

„A” szekció

12 óra

Üléselelnök: *Váczy László dr.*

Titkár: *Szarvas Zoltán dr.*

A III. főtémához csatlakozó előadások

125. *Tarró S., Tóth M., Ba J.* (Budapest): Rh-isoimmunisatio által okozott magzati károsodás felismerése ultrahang vizsgálattal.

126. *Tóth M., Tarró S., Bakos L., Hegyi R.* (Budapest): Ikerterhesség ultrahang diagnosztikájának néhány problémája.

127. *Tarró S., Tóth M., Zubek L.* (Budapest): A magzatvíz mennyiség meghatározása ultrahang vizsgálattal a terhesség első felében.

128. *Tóth M., Merétey K., Szabó G., Csömör S., Treit I.* (Budapest): Alfa₁-protein mennyiségi meghatározása radioimmun módszerrel.

129. *Csömör S., Tarró S., Kovács A.* (Budapest): A terhesség második felében biztosított intenzív észlelés és diagnosztika, mint a koraszülés megelőzésének lehetősége.

130. *Zubek L., Monos E., Cséplő J.* (Budapest): A portio vaginalis uteri véráramlása terhes nőknél.

131. *Kiszel J., Csömör S., Varga J., Patkós P., Papp L., Hidvégi J.* (Budapest): A szülés alatti intenzív magzatészlelés lehetőségei és problémái.

132. *Német J., Hidvégi J.* (Budapest): A magzat nyakára csavarodott köldökzsinór ultrahangos jele.

133. *Hunka R., Németh F., Német J.* (Budapest): A röntgen és az ultrahang vizsgálatok összehasonlító értékelése az intrauterin diagnosztikában.

134. *Gellén J., Szontágh F.* (Szeged): A chorion és néhány embryonális szerv cellularis fejlődése, a humán terhesség első trimeszterében.

135. *Kovács L., Morvay J.* (Szeged): A magzati tüdő érettségének meghatározása a magzatvízből korszerű módszerekkel.

136. *Bártfai Gy., Kovács L., Resch B.* (Szeged): Oxytocin infúzió automatikus pumpa segítségével.

E b é d s z ü n e t

„B” szekció

Üléselelnök: *Illei György dr.*

Titkár: *Dömötöri Jenő dr.*

137. *Drozgyik I., Szabó I., Csaba I., Novák P.* (Pécs): A Lecithin-sphingomyelin arány, mint a foetalis tüdő functionális maturitásának indexe.

138. *Novák P., Csaba I., Szabó I., Drozgyik I.* (Pécs): A lecithin-sphingomyelin arány és a Clements-féle gyors test értéke a respiratoricus distress syndroma antenatalis diagnosztikájában.

139. *Bücs G., Szabó I., Csaba I., Drozgyik I., Novák P.* (Pécs): A magzatvíz kataláze aktivitásának és phospholipid koncentrációjának összehasonlító vizsgálata.

140. *Varga K., Csaba I., Nagy P.* (Pécs): Az anyai oestriol ürítés és a magzat fejlettsége.

141. *Rákóczi I., Garadnay B., Kereszti J., Sárdi J., Hadnagy J., Gáti I.* (Pécs): A magzatvíz véralvadást fokozó képességének vizsgálata.

142. *Hadnagy J., Szigetvári I., Gáti I.* (Pécs): A HCS meghatározás értéke és jelentősége normál terhesség szűrésében.

143. *Kereszti J., Doszpod J., Sárdi J., Gáti I.* (Pécs): Az anyai szérums HCS koncentráció változása dysmaturus és normál súlyú magzatok szülése során.

144. *Szabó T., Rákóczi I., Garadnay B., Sárdi J., Cseh I., Kereszti J., Gáti I.* (Pécs): Uterus volumen meghatározás normál és dysmaturus esetekben.

145. *Doszpod J., Egyed J., Gáti I.* (Pécs): A lepényszövet HCS koncentrációja és in vitro leadása intrauterin retardált és normál súlyú magzatoknál.

146. *Nagy P., Csaba I., Varga K.* (Pécs): Az anyai oestriol ürítés ellenőrzésének jelentősége a perinatalis mortalitás alakulásában.

147. *Benyó T., Bagdány S., Kiss Cs.* (Budapest): A Sygethin hatása a méhen belüli magzat állapotára.

148. *Vácsi L., Bősze P., László J., Szalai J.* (Budapest): Tapasztalataink a korai intrauterin genetikai diagnosztikáról.

E b é d s z ü n e t

„A” szekció

14.30 óra

Üléselelnök: *Ruzicska Gyula dr.*

Titkár: *Papp Zoltán dr.*

149. *Hernádi Z., Lampé L., Ditrői F.* (Debrecen): A magzatvíz L/S arányának meghatározása.

150. *Nagy Gy., Komáromy B.* (Debrecen): A fizikális terheléses próba jelentősége a chronikus uteroplacentalis insufficiencia diagnosztikájában.

151. *Komáromy B., Lampé L., Szeverényi M., Kardos Z.* (Debrecen): Cardiotocographiával szerzett tapasztalataink magzati veszélyeztettség miatt megindított és programozott szülések alatt.

152. *Gaál J., Komáromy B., Lampé L.* (Debrecen): A szülészobai észlelés rendszere klinikánkon.

153. *Gaál J., Szeverényi P., Balogh B., Lampé L.* (Debrecen): A sav-bázis háztartás ellenőrzése magzati veszélyeztettség miatt indukált és programozott szülések alatt.

154. *Komáromy B., Tóth Z., Gaál J., Lampé L.* (Debrecen): Ultrahang diagnosztikával szerzett tapasztalataink (placentographia, cephalometria).

155. *Bazsáné, Kassai Zs., Takács I., Makai F., Borsos A., Smid I.* (Debrecen): A HPL serumszint és az oestrogen-ürítés közötti összefüggés physiologiás és pathologiás terhességben.

156. *Csécsei K., Beck M., Papp Z.* (Debrecen): Adatok a Tay—Sachs betegség praenatalis diagnosztikájához.

157. *Ember I., Juhász E., Tasnádi Zs., Hauck M., Papp Z.* (Debrecen): Aminosavak quantitativ meghatározása magzatvízben a gestatio 10. és 20. hete között.

158. *Tasnádi Zs., Juhász E., Ember I., Karsai T., Papp Z.* (Debrecen): A magzatvíz aminosav tartalmának semiquantitativ vizsgálata a terhesség folyamán.

159. *Szabó L., Skapinyecz J., Papp Z.* (Debrecen): Az intrauterin magzat nemének korai meghatározása.

160. *Csornyánszky H., Csongor J., Papp Z.* (Debrecen): Alpha-fetoprotein radioimmunoassay magzatvízben.

161. *Herpay G., Juhász Gy., Papp Z.* (Debrecen): A genetikai amniocentesis kockázata.

162. *Váczy L., Kovács S., Parti G.* (Szekszárd): A szérums HCS vizsgálatok értékelhetősége a pete állapotának kora terhességben történő meghatározására.

163. *Czeizel E., Merétei K., Osztovcics M., Sobel M., Szabó G., Szőnyi Gy.* (Budapest): Kezdeti eredményeink az intrauterin genetikai diagnosztikában.

164. *Gyöngyössy A., Nagy L., Barakonyi E.* (Budapest): Terheléses magzati PKG az intrauterin diagnosztika kórházi lehetőségei közt.

165. *Veszelszky I., Csernay L., Nemessanyi Z., Bódis L.* (Szeged): ^{113m}Indium chloridral végzett placentographiák tapasztalatai.

Hozzászólások, vita

18 óra

A Nagygyűlés ünnepélyes zárása.



Üléselnök: Jánossy Tibor dr.

Titkár: Kiszél János dr.

A III. Fötémához csatlakozó előadások

166. Páli K., Pejtsik B. (Pécs): A korai amniocentesis jelentősége a magzat fejlődési rendellenességek megelőzésében.

167. Pejtsik B., Páli K., Bajtai G., Balogh T., Ambrus M. (Pécs): A velőcsőzáródási rendellenességek intrauterin diagnózisa. A magzatvíz α_1 -foetoprotein (AFP) értékének meghatározásával.

168. Horváth I., Koloszar J., Fias I., Csollány J., Szmodics Sz. (Győr): A magzatvíz palmitinsav meghatározás jelentősége az újszülöttkori RDS megelőzésében.

169. Fias I., Simon Gy., Dombi E., Wenhardt E., Tóth T., Horváth I. (Győr): Therapiás plasmapheresis Rh-isoimmunisatio négy esetében.

170. Szőke B., Kiss D. (Dunaújváros): Ultrahang vizsgálatok medencevégű fekvésben.

171. Stuber A. (Budapest): Az L/S index kimutatása magzatvízből és az újszülött trachea váladékából.

172. Berkő P., Argay I., Argay L., Orosz A., Gyurcsik A. (Miskolc): Az egyidejűleg végzett oestrogen- és HSAP vizsgálatok eredményeinek helyes értelmezése.

173. Berkő P., Argay I., Takács T., Argay L., Trocsányi Z. (Miskolc): A serum HSAP kóros aktivitásfokozódása a lepényi hypoxia jele.

174. Berkő P., Berkessy S., Szabó B., Argay L., Gyurcsik A. (Miskolc): Az „oestrogen/kreatinin arány” megbízhatósága.

175. Domokos N., Kerekes L. (Budapest): A magzati szívműködés analysise prostaglandin $F_{2\alpha}$ -val és oxytocinnal indított szüléseknél. (Összehasonlító vizsgálat.)

176. Gergely I., Gulyás F., Novák K., Pomázy L. (Budapest): Intrauterin diagnosztika és perinatalis mortalitás osztályunkon.

177. Pap G., Kanyó A., Turóczy P. (Nyíregyháza): Ultrahang gyorsképeljárással szerzett tapasztalataink a terhességi diagnosztikában.

178. Guoth Z. (Székesfehérvár): A magzat intrauterin hypoxiájának diagnosztizálása atropin próbával.

179. Krivácsy G., Bene Z., Falábu K., Barta I. (Szolnok): Amnioscopos vizsgálattal szerzett tapasztalataink szülészeti osztályunk 3 éves anyagában.

180. Tóth Z., Körösi F. (Pécs): A barbiturat és diazepam — mint basis narcoticumok — hatásának vizsgálata a magzati szívfrekvenciára császármetészek kapcsán.

181. Bardóczy Á. (Ajka): Foetalis impulzus szerepe a terhesség megszakításában.

182. Kazy Z., Zsolnai B., Tarró S. (Budapest): A magzatvíz phospholipid tartalmának vizsgálata normális és kóros terhességben.

183. Györök G., Weidinger H., Zsolnai B. (Budapest): A beta-sympathicomimeticumok szülészeti alkalmazásának elvi kérdései.

184. Bakos L., Wiest W., Zsolnai B., Treit P. (Budapest, Mannheim): Cardiokardiographiás vizsgálatok fenyegető koraszülés kezelése kapcsán.

185. Pajor A., Zsolnai B., Szarvas Z., Weidinger H., Wiest W. (Budapest): A fenyegető koraszülés kezelése betamimeticumokkal.

Hozzászólások, vita

S z ü n e t

18 óra

A Nagygyűlés ünnepélyes zárása a II. sz. Női Klinika tantermében.

A Magyar Immunológiai Társaság 1975. október 30., 31., november 1-én Kecskeméten, a Tudomány és Technika Házában (Szabadság tér, Kongresszusi terem, II. em.) VI. Vándorgyűlést rendez.

Tárgykör: Immunológiailag kompetens sejtek receptorai.

1975. október 30., 9.00 óra

Üléselnökök: Keszttyüs Lóránd, Gergely János.

Keszttyüs Lóránd akadémikus, a MIT elnöke: Megnyitó és üdvözlések.

M. Jondal (Stockholm): In vitro cytotoxicitás Epstein—Barr vírusal társuló betegségekben.

W. Ptak (Krakow): Makrophag receptorok funkciói.

S z ü n e t

11.00 óra:

Üléselnökök: Hollán Zsuzsa, P. Iványi.

R. Kiessling (Stockholm): Természetes „killer” sejtek egérben. Új típusú lymphocita által közvetített cytotoxikus hatás?

Petrányi Győző (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet): A természetes „killer”-sejt aktivitás genetikai szabályozása.

E. M. Lemmel (Mainz): Kísérletes adatok racionálisabb és szelektívebb immunszuppresszióhoz.

E b é d

15.00 óra:

Üléselnökök: Petrányi Győző, R. S. Nezlin.

Nagy Z. A., Elliott B. E., Nabholz M., Krammer P., Pernis B. (MTA Állategészségügyi Kutató Intézet, Budapest, Basel Institute for Immunology, Basel): Alloantigénnel aktivált egér T sejtek felszíni immunoglobulinainak eredete és specifikitása.

Dobozy Attila, Hunyadi János, Husz Sándor, Kenderessy Szabó Anna, Simon Miklós (Börklinika, Szeged): Az egér vörösvértestekkel

rozettát képző human lymphocyták vizsgálata.

Erdei Anna, Füst György, Sármay Gabriella, Medgyesi György, Gergely János (ELTE Biológiai Alomlás, Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet): Vizsgálatok a vér-lymphocyták Fc és C_3 receptorainak complement-dependens gátlásának mechanizmusáról.

Husz Sándor, Krizsa Ferenc, Hunyadi János, Dobozy Attila, Simon Miklós (Börklinika, II. Belklinika, Szeged): A csontvelői lymphoid-sejtek T és B sejt markereinek vizsgálata non-Hodgkin lymphomás és paraproteinaemiás betegekben.

Merétey Katalin, Böhm Ute, Román E., Bozsóky S. (ORFI, OTKI Rheuma és Fizioterápiás Tanszék): EA receptor hordozó lymphocita subpopulációk klinikai immunológiai vizsgálata.

S z ü n e t

16.15 óra:

Üléselnökök: Csaba Béla, D. Stanworth.

Hunyadi János, Husz Sándor, Dobozy Attila, Simon Miklós (Börklinika, Szeged): Lymphocita membránról eluálható szérum fehérjék vizsgálata.

Koltai Máttyás, Blazsó Gábor, Ottlecz Anna, Minkler Emil (Gyógyszertani, Gyógyszerhatástani Intézet, Szeged): Anaphylactoid gyulladást fokozó lymphocita faktor.

Oláh Imre (II. Anatómiai Intézet, Bp.): Nyúl nyirokszerveiben a T és B lymphocita populáció meghatározása fény- és elektronmikroszkópos vizsgálattal.

Dénes László, Böszörményi Mátyás, Fóris Gabriella (Országos Gyógyszerészeti Intézet, Országos Közegészségügyi Intézet): Peritoneális és alveoláris makrophagok cytophyl antitest kötő képességének összehasonlító vizsgálata.

Fóris Gabriella, Tóth Istvánné, Medgyesi György (Országos Gyógyszerészeti Intézet, Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet): Trypanosoma aquiperdum ellen termelt makrophagok cytophyl antitestek vizsgálata.

Keserü Gizella, Fóris Gabriella (Országos Gyógyszerészeti Intézet): DTH hatása patkány makrophagok cytophyl antitest kötő receptoraira.

Kávai Mária, Laczkó J., Csaba B. (Kórélettani Intézet és Központi Kutató Laboratórium, Debrecen): A makrophagok functionalis és morfológiai heterogenitása az Fc receptorok vizsgálata alapján.

Kávai Mária, Kaposi Katalin, Szegedi Gyula (Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen): A makrophagok Fc receptorok funkciójának alkalmazása a cirkuláló immunkomplexek meghatározására.

S z ü n e t

18.00 óra:

Összefoglalás és vita (angol nyelven).

1975. október 31., 8.00 óra

Üléselnökök: *Petrányi Gyula, Szegedi Gyula.*

Szeri Ilona, Csóka Rózsa, Anderlik Piroska (Mikrobiológiai Intézet, Bp.): Toxoplazmával kísérletesen fertőzött egerek lymphoid rendszerének vizsgálata.

Mándi B., Szabó G., Szegedi Gy., Csaba B. (Kórélettani Intézet, Tüdőklinika, Debrecen): Thymosin biológiai hatása az átmenetileg immundeficiens lymphocytákra.

Lévai Júlia, Fekete Béla, Gergely Péter, Kalmár László, Nékám Kristóf, Láng István, Petrányi Gyula (II. Belklinika, Klinikák Kísérleti Kutató Laboratórium, Bp.): Keringő thymus hormon aktivitás meghatározása emberi szérumban.

Nékám Kristóf, Kalmár László, Sz. Kelemen Gabriella, Fekete Béla, Gergely Péter, Láng István, Lévai Júlia, Petrányi Gyula (II. Belklinika, Klinikák Kísérleti Kutató Laboratórium, ELTE Biokémiai Intézet, Bp.): Vizsgálatok transfer factor in vitro hatásával kapcsolatban.

Kalmár László, Nékám Kristóf, Kelemen Gabriella, Gergely Péter, Láng István, Fekete Béla, Lévai Júlia, Petrányi Gyula (II. Belklinika, Klinikák és Kísérleti Kutató Laboratórium, Bp.): A transfer factor hatásmódja, összefüggése a ciklikus nucleotid rendszerrel.

Szabó G., Balogh É., Szabolcsi M., Pálóczi K., Sonkoly I., Szegedi Gy. (Tüdőgyógyászati Klinika, Bőrklínika, Debrecen): Transfer-factor kezelés hatására bekövetkező immunológiai változások.

Staub Mária, Antoni Ferenc (I. Kémiai-Biokémiai Intézet, Bp.): DNS szintézis a humán tonsilla prekursor sejtekben.

Puskás Mária, Antoni Ferenc, Staub Mária (I. Kémiai-Biokémiai Intézet, Bp.): Lymphocytá subfrakció lízozim aktivitása.

Erdős Éva, Végh Pál, Jánossy Tamás (Kísérletes Sebészeti Intézet, Szeged): Allograftok krónikus rejeckióját követő részleges, specifikus válaszképtelenség.

Jánossy Tamás, Végh Pál, Erdős Éva, Kováts Tibor (Kísérletes Sebészeti Intézet, Szeged): Nemtől függő különbségek az allograftok túlélésében normál, speciálisan toleráns, ill. immunuszupprimált recipiensekben.

Kittner Zs., Oláh I., Törő I. (II. Anatómiai Intézet, Bp.): A csirke harder mirigy — egy új bursa equivalentis immunszerv?

T. Szabó Mária, Hrabák András, Antoni Ferenc (I. Kémiai-Biokémiai Intézet, Bp.): Fehérjesszintézis gátló, human lymphocytákból származó extracelluláris fehérje vizsgálata.

S z ü n e t

10.40 óra:

Üléselnökök: *Hámori Arthúr, Szeri Ilona.*

Benczúr Miklós (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Inté-

zet): Tumor ellenes immunválasz vizsgálata emberi hólyagcarcinómában.

Láng István, Fekete Béla, Gergely Péter, Nékám Kristóf, Lévai Júlia, Kalmár László, Petrányi Gyula (II. Belklinika, Klinikák Kísérleti Kutató Laboratórium, Bp.): Cytostaticumok hatása az antitest dependens lymphocytá reakcióra (ADCC).

Balázy Cs., Szerze P., Erdei I., (POTE I. Belklinika, Pécs): Lymphoblastos transformáció haematológiai körképekben.

Jákó János, Riesz Tamás, Börzsönyi Máttyás, Domán József (OTKI): Plasmoblastoma.

Lajos Judit, Büki Béla, Bach Iván, Koller Oszkár (I. Szemklinika, I. Belklinika, Bp.): IgD myelomához társuló Bence Jones kryoglobulinaemia esete.

Balázy Cs., Szerze P., Erdei I., Fazekas S., Leövey A. (I. Belklinika, Debrecen): Lymphoblastos transformáció vizsgálata pajzsmirigy betegségekben.

Torgyán Sándor, Wagner László, Ady Endre, Neumann Tibor (Újpesti Kórház): Trijódthyronin radioimmunoassay.

Sipka Sándor, Szilágyi Tibor (Kórélettani Intézet, Debrecen): Lymphokininnek hatása a véralvadásra.

Fésüs László, Muszbek László, Csaba Béla (Kórélettani Intézet, Debrecen): A Hageman faktor aktiválódása kísérletes anaphylaxiában.

Karcszag E., Kelemenics K., Jókay I., Földes I. (MTA Mikrobiológiai Kutató Csoportja, Bp.): Glycocorticoidok és heparin hatása egérszövetek DNS synthesisére.

E b é d

14.30—16.00 óra:

Társadalmi program (városnézés, lovasbemutató, fedett uszoda látogatás).

16.30 óra:

Üléselnökök: *Kesztyűs Lórána, Gergely János, Hollán Zsuzsa, Petrányi Gyula, Hámori Artúr, Király Kálmán.*

Ünnepi ülés a Magyar Immunológiai Társaság új Tiszteletbeli Tagjainak beiktatása alkalmából.

16.40 óra:

P. Iványi (Praha).

R. S. Nezlin (Moszkva).

D. S. Stanworth (Birmingham).

20.00 óra:

Állófogadás a Tudomány és Technika Házában.

1975. november 1., 8.30 óra

Üléselnökök: *Kassai Tibor, Benczúr Miklós.*

Fachet József, Andó István (MTA Biológiai Központ, Genetikai Intézet, Szeged): Syntheticus antigénnel (Oxasolon) kiváltható késői típusú hypersensitivitás genetikai regulációja beltenyésztett és kongenikus egértörzsekben.

Andó István, Fachet József (MTA Biológiai Központ, Genetikai Inté-

zet, Szeged): Birkavörösvértést eleni humorális immunválasz poligén szabályozása.

Gál A., Csonka Cs., Fachet J. (MTA Biológiai Központ, Genetikai Intézet, Szeged): Thymocytá-migráció alkalmazása immungenetikai vizsgálatokban.

Gyórfy Gyula, Petrányi Győző (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet): A H—2 rendszer szerepe a P—815 daganattal szembeni rezisztencia genetikai kontrolljában.

Alföldi Pál (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet): A celluláris immunválasz vizsgálata HL-A antigénnel immunizált emberi donorokon.

Gyódi Éva, Merétey Katalin, Gömör Béla (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet, ORFI): HL-A specifikus ankylosing spondylitises betegekben.

Varga Miklós, Gyódi Éva (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet): A valószínűségszámítás szerepe a donor-recipiens kiválasztásban a veseátültetés során.

Onódy Klára, Gyódi Éva, Hege-düs Katalin, Szobor Albert, Petrányi Győző (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet, Idegklinika, Pécs, Róbert Károly körüti Kórház, Bp.): LD (lymphocytá defined)-antigének kevert lymphocytá kultúra módszerrel történő meghatározása.

Szabó T., Szabó J., Balázs Cs., Lenkei B.-né, Kovács L. (I. Belgyógyászati Klinika, Kórbonctani Intézet, Debrecen): Az immun-komplex okozta acut glomerulonephritis kifejlődésének kísérletes vizsgálata.

S z ü n e t

10.30 óra:

Üléselnökök: *Richter Péter, Merétey Katalin.*

Kulin Eszter, Rajnavölgyi Éva, Medgyesi György, Gergely János (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet, ELTE Biológiai Állomás): Idiotypus determinánsok lokalizációjának vizsgálata.

Füst György, Medgyesi György, Csécsi Nagy Mária, Rajnavölgyi Éva, Gergely János (Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet, ELTE Biológiai Állomás): Az IgG és a C1 reakcióját befolyásoló tényezők vizsgálata.

Veres Judit (I. Szemklinika, Bp.): IgD szint alakulása egészséges felnőttek szérumaiban.

F. Fekete Katalin, Péterfy Ferenc, Cserhidy Judit, Joó-Szabados Teréz, Benkő Aladár (Humán Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet, Heim Pál Gyermekkorház, Bp.): HB Ag által kiváltott immunválasz tanulmányozása.

Koczé Antal, Lada Györgyi, Beck Erzsébet, Petrányi Gyula (II. Belklinika, Bp.): Levanisol (Decaris) hatása patkányok ellenanyagtermelésére.

Dóbiás György, Végh Márta (OTKI Kísérleti és Klinikai Orvosi Laboratóriumi Vizsgálatok Tanszéke):

Nem szerv és fajspecifikus antigénekre ható ellenanyagok funkcionális tulajdonságainak vizsgálata.

Péterfy Ferenc, Fátrai Zsuzsa, Rózsa Irén (Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet): Antigén-antitest komplex savas tartományban történő felbontásának tanulmányozása.

Joó-Szabados Teréz, Bánkúti Ferencné (Heim Pál Gyermekkorház,

Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet): A Coombs-reakció érzékenységét befolyásoló tényezők összehasonlító vizsgálata.

Joó-Szabados Teréz, Molnár Vera, Borzy Márta (Heim Pál Gyermekkorház): Újszülöttkori haemolyticus betegség kialakulása „nem veszélyeztetett terhesség” kapcsán.

Niedermayer Péterné, Barna Ildikó, Vörös Józsefné, Raffai Irén,

Varró Rudolf, Csizér Zoltán (Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet, Fővárosi KÓJÁL, János Kórház, Bp.): *Aspergillus fumigatus* diagnosztikus antigén klinikai alkalmazása során nyert tapasztalatok.

12.30:

Kesztyűs Lóránd akadémikus, a MIT elnöke: *Zárszó.*

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	T á r g y
1975. október 28. kedd	Debrecen Ideggondozó Intézet Béke u. 13.	délután 14 óra	Debrecen Városi Ideggondozó	<i>Süle Ferenc</i> : A psychotherapia irányzatai IV. A therapeuta intervenciói és viszonyulása betegéhez a psychotherapiás helyzetben.
1975. október 31. péntek	Weil Emil Kórház kultúrterme XIV., Uzsoki u. 29.	délután 13,30 óra	Weil Emil Kórház Tudományos Köre	Kerekasztal megbeszélés. Téma: A tüdőcarcinoma műtéti megoldásáról. Moderator: <i>Szántó Sándor dr.</i> Tagok: Prof. Ungár Imre, Hankovszky Mária dr., Úveges Jenő dr.
1975. október 31. péntek	Budai Területi Gyermekkorház II., Bólyai u. 9.	délután 14 óra	Budai Területi Gyermekkorház és a János Kórház Gyermekosztályának Orvosi Kara	1. <i>Takács Ilona</i> : A gége és bronchus idegentestek diagnosztikája. 2. <i>Endre László</i> : Chronikus légzőszervi betegségek gyermekkorban, különös tekintettel az alfa-1 antitrypsin defectusra.
1975. október 31. péntek	XXI. ker. Kórház kultúrterme	délután 14 óra	Csepeli Orvosok Tudományos Köre	<i>Katona András</i> : A hypertónia betegség a területi ellátás szempontjából.
1975. október 31. péntek	Heim Pál Gyermekkorház orvosi könyvtára VIII., Üllői út 86.	délután 14 óra	Heim Pál Gyermekkorház	1. <i>Végh Miklós, Hirsch Tibor</i> : A peritonealis dialysis szerepe a gyilkos galéamérgezés terápiájában. 2. <i>Hornýák Mária, Filöp Zsuzsa, Timár Krisztina</i> : Savmérgezések a toxikológiai gyakorlatban. 3. <i>Jerény Judit</i> : Beszámoló a VI. Nemzetközi Pharmakológiai Kongresszusról. (Helsinki, 1975. VII. 20—25.)
1975. november 3. hétfő	Debreceni OTE tanásterme	délelőtt 9 óra	Debreceni Orvostudományi Egyetem Marxizmus—Leninizmus Intézete	1. <i>Prof. Dr. Ulrich Seemann</i> (Rostock): Az egészségügyi tervezés kérdései. 2. <i>Kun Ferenc, Pető Istvánné, Jávor Gyula</i> : Az egészségügy társadalmi jellegéről. 3. <i>Kun Ferenc</i> : Gazdaságpolitika, szociálpolitika, egészségügy. 4. <i>Dalmi Lajosné</i> : A munka életszükségletté válása. 5. <i>Prof. Magyaródi Sándor</i> : A tulajdonság és rendszer kategóriái. 6. <i>Kovács László</i> : A modern természetkép filozófiai tartalmáról. 7. <i>Jenei Ilona</i> : Az evolúció elméletének néhány metodológiai problémája a modern biológiai szemléletben.
1975. november 4. kedd	Debreceni OTE tanásterme	délelőtt 9 óra	Debreceni Orvostudományi Egyetem Marxizmus—Leninizmus Intézete	1. <i>Szűcs Ernő</i> : A munkás-paraszt szövetség kialakulásának előfeltételeiről. 2. <i>Bayer József</i> : Az „értékmentes” társadalomtudomány problémája. 3. <i>Sanai Ferenc</i> : A prékapitalista termelési módok és hatásuk a fejlődő országokra. 4. <i>Pető Istvánné, Jávor Gyula</i> : A politikai gazdaságtan oktatásának néhány tartalmi és módszertani vonatkozása a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. (Előadások időtartama 12—15 perc.)

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

Térjeszti 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



75.3136 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674