



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

116. ÉVFOLYAM 18. SZÁM 1021—1080 OLDAL

BUDAPEST, 1975. MÁJUS 4.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4.50 FT

ELOBROMOL[®] tableta

CYTOSTATICUM

50 mg és 250 mg

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 50 mg és 250 mg Mitolactolum (1,6-dibrom-1,6,-dideoxy-dulcitol) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Alkalmazása elsősorban laphám eredetű, főleg felsőlégúti és szájjüregi carcinomák kezelésében indokolt. Kedvező tapasztalatok alapján megkísérélhető hörgő- és méhnyak-carcinomák bizonyos eseteiben, valamint az emlők carcinomájának bőrre localisált formáiban is. Mivel az Elobromol a granulopoesist fajlagosan gátolja, alkalmazásával a krónikus myeloid leukaemiában és polycythaemia verában klinikai és haematológiai remisszió érhető el.

ELLENJAVALLATOK: Csontvelő-elégtelenségi állapotokban, valamint vese- és májműködési elégtelenségben az Elobromol adagolását nem szabad megkezdeni. Sugárkezeléssel egyidejűleg csak akkor adható, ha a beteg gyógyintézetben fekszik és az ellenőrzés minden lehetősége biztosítva van.

ADAGOLÁS: Az adagot a teljes vérkép és a beteg klinikai állapotának gondos ellenőrzésével úgy kell megállapítani, hogy a legkedvezőbb terápiás hatás minimális toxicitással legyen elérhető. Az adagolás kétféle módon történhet: folyamatos és lökéskezelés formájában.

Folyamatos kezelésben a javasolt napi adag testsúlykilogrammonként 3–5 mg, ennek megfelelően a maximális napi adag 50 kg-os testsúlyra számítva 150–250 mg.

Ezt az adagot addig adjuk, amíg a leukocyták száma 4000 felett és a thrombocyták száma 100 000 felett van.

Ha a leukocyták száma 4000 alá, illetve a thrombocyták száma 100 000 alá csökken, az adagolást azonnal beszüntetjük.

Újabb kezelés csak akkor kezdhető, ha a leukocyták és a thrombocyták száma legalább 10 napon át elfogadható.

Egy kezelési sorozatban, megfelelő vérkép esetén, legalább 5000 mg Elobromolt adagoljunk.

Krónikus myeloid leukaemiás betegeknél, ha a leukocyták száma 20 000 alá csökken, az adagolást szakítsuk meg, mert a csökkenés a gyógyszer kihagyása után is tovább folytatódik.

Újabb adagolás csak akkor kezdhető, ha a leukocyták száma ismét 20 000 fölé emelkedik.

Lökéskezelésben a javasolt adag 5 naponként és testsúlykilogrammonként 8–10 mg. Egy kezelési sorozatban legfeljebb 5000–6000 mg (5–6 g) adható abban az esetben, ha a beteg jó erőbeni állapotban van és semmiféle vérképzőszervi eltérést nem mutat.

Az Elobromol adagolása megfelelő vérkép esetén, 4–6 hét szünet közbeiktatásával többször ismételhető.

MELLÉKHATÁSOK: Alkalmazása során, leginkább túladagolás következtében előforduló jelentősebb vérképzőszervi mellékhatások, leukopenia, illetve thrombocytopenia, ezek azonban a gyógyszer elhagyása után legtöbbször 5–7 nap után megszűnnek, de súlyos esetekben anaemia is kialakulhat.

Tartós és kifejezett leukopenia (2000 alatti leukocytaszám) vagy thrombopeniás vérzés észlelésekor intézeti elhelyezés és antibioticumok védelmében transfúziók adása szükséges.

Ritka kivételként bőrtünetekben (urticaria) megnyilvánuló allergiás jelenség előfordulása esetén az adagolást azonnal felfüggesztjük! Egyébként antihistaminok és prednisonon a tüneteket jól befolyásolják. Étvágytalanság, hányinger csak nagyon ritkán és enyhe alakban mutatkoznak. Ilyen esetekben az adagolás megszakítása nem indokolt.

CSOMAGOLÁS:

50 db à 0,05 g tableta	Ára: 105,- Ft
500 db à 0,05 g tableta	Ára: 1030,- Ft
20 db à 0,25 g tableta	Ára: 200,- Ft
200 db à 0,25 g tableta	Ára: 1960,- Ft



MEGJEGYZÉS: ✖ ✖ Társadalombiztosítás terhére szakrendelések rendelhetik, illetőleg csak szakrendelés vagy fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhető. Csak az esetben alkalmazható, ha a használati utasításban ismertetett ellenőrző vizsgálatok elvégzésének lehetősége biztosított.

CHINOIN BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
IRENCSENI TIBOR DR.

*

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

*

116. ÉVFOLYAM

*

18. SZÁM

*

1975. MÁJUS 4.

TARTALOMJEGYZÉK

Németh Ilona dr., Endreffy Emőke,
Murányi László dr. és Boda Domokos dr.:

A Sumetrolim klinikai farmakológiai
vizsgálata csecsemő- és gyermekkorban 1023

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Csontai Ágoston dr., Rosdy Ernő dr.
és Tóth József dr.:

30 éves tapasztalataink operált és nem
operált dystopiás veséjű betegeken 1028

TOVÁBBKÉPZÉS

Környey Edith dr.:

Az orális anticoncipienszek szedésével
kapcsolatos neuropsychiatriai problémák ... 1033

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Gács Gábor dr.:

Hypopituitarismus okozta törpenövés 1038

RITKA KÓRKÉPEK

Laczkovits Gabriella dr.
és Szücs Sándor dr.:

Mediastinalis daganatot utánzó
thymus cysta 1044

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Jan Mikulicz 1047

id. Jancsó Miklós 1049

Lang Jakab Ambrus 1051

A XXIV. Nemzetközi Orvostörténelmi
Kongresszus 1052

Folyóiratreferátumok 1055

Levelek a szerkesztőhöz 1071

Könyvismertetés 1073

Megjelent 1075

Pályázati hirdetések 1077

Hírek 1078

Előadások, ülések 1080



CLINIUM

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 60 mg lidoflazinumot tartalmaz.

HATÁS: A Clinium tartós orális adagolása – a coronaria resistentia 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.

MELLÉKHATÁS: 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 cardiologiai szaktanácsadóval megbízott főorvos kórházi gyógykezelés, illetve kivizsgálás alapján a beteg kezelő orvosa (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.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

A Sumetrolim klinikai, farmakológiai vizsgálata csecsemő- és gyermekkorban

Németh Ilona dr., Endreffy Emőke,
Murányi László dr. és Boda Domokos dr.

A bakteriális eredetű megbetegedések kezelésében az antibiotikumokkal szemben a chemotherapiás szerek használata ismét előtérbe került. Ennek oka egyrészt az antibiotikumokhoz történő hozzászokás, rezisztens törzsek kialakulása, ill. az antibiotikumok dysbakteriosist okozó hatása, másrészt az a tény, hogy olyan új chemotherapiás gyógyszerkombinációkat fejlesztettek ki, melyek a régi sulfonamidoknál lényegesen hatásosabbak, jól felszívódnak, széles antimikrobás spektrumúak, és nemcsak bakteriostatikus, hanem baktericid hatást fejtenek ki.

Ilyen aránylag új chemotherapiás hatású készítmény a *sulfamethoxazol* (SMZ) és *trimethoprim* (TMP) 5:1 arányú kombináció (Sumetrolim — EGYT, ill. külföldi készítmények: Septrin, Bactrim, Co-trimoxazol, Eusaprim). Mind az SMZ, mind a TMP a baktériumok folsav-synthesisét gátolja, de két egymást követő lépésben, a paramino-benzoészav beépülésének akadályozásával, ill. a dihydrofolsav-reductase enzim bénítása révén. A baktériumok többsége endogen folatot igényel — szemben a gazdaszervezettel, mely a folsavat a táplálékkal felveszi — így a szerkombináció széles hatásspektrumú. A kettős támadáspont következtében a külön-külön csak bakteriostatikus SMZ, ill. TMP koncentrációk együttesen baktericid hatást fejtenek ki. Ez a *synergizmus* akkor is érvényes, ha a baktérium sulfonamid rezisztens, ilyenkor SMZ jelenlétében alacsonyabb TMP koncentráció gátló hatású.

A külföldi és hazai klinikai farmakológiai vizsgálatok sok értékes adatot szolgáltatottak a gyógyszer felszívódására, metabolizmusára, kiürülésére, esetleges mellékhatásaira. Elsősorban felnőtteken és nagyobb gyermekeken került eddig a szer széles körű klinikai használatba. Kiderült, hogy a gyógyszer súlyosabb csontvelőkárosító hatására vonatkozó aggodalmak — két antifolsav anyag együttes hatása — nem bizonyultak reálisnak (1).

Csecsemő- és főleg újszülöttkorban alkalmazott Sumetrolim terapiára igen kevés adat van az irodalomban.

Az OMFB támogatásával készült munka.

Ennek oka elsősorban az, hogy évekkal ezelőtt egy sulfonamid származék, a sulfizoxazol (Gantrisin) koraszülötteken bizonyítottan elősegítette magicterus kialakulását, mert az albuminhoz kötött bilirubint fehérjekötéséből kiszorította (2). A gyógyszer bilirubinkiszorító hatását „in vitro” is igazolni lehetett (3). Ezért óvatosságból az összes sulfonamid adását 6 hetes, ill. 1 hónapos kor alatt ma általában kontraindikálnak tartják. Az EGYT Sumetrolim tájékoztatóján is szerepel a figyelmeztetés: „Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó, ill. csecsemőknek 1 hónapos kor alatt nem adható”.

Az esetleges mellékhatások kialakulására vonatkozólag azonban néhány új, megfontolást érdemlő szempont is felvetődik:

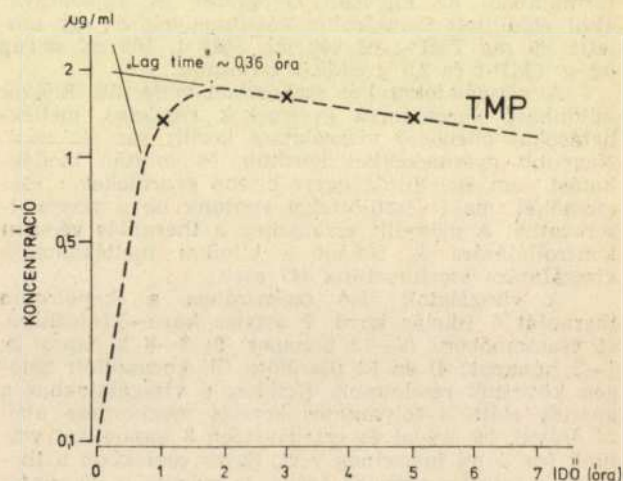
1. A kombinációs kezelés során, a TMP kifejezett synergista hatása következtében, lényegesen alacsonyabb sulfonamid vérszint (28) szükséges, így a toxikus hatások veszélye — mind a tartós csontvelőkárosító hatás, mind a bilirubinkiszorító hatás lehetősége — csökken.

2. Két ízben beszámoltak a szerkombináció eredményes alkalmazásáról neonatalis meningitisben, amikor az eddig használatos antibiotikumokkal nem sikerült eredményt elérni. Mellékhatást az újszülöttek ellenére nem észleltek (4, 5). Olyan adat is ismeretes, amikor csecsemőket, ill. kisgyermeket kezeltek (25 eset) a szokásosnál 2–5-ször nagyobb SMZ + TMP dosissal salmonella, ill. shigella okozta gastroenteritis miatt, és maradandó mellékhatást ilyenkor sem tudtak kimutatni (6).

3. A sulfonamidok között bilirubinkiszorító hatásuk tekintetében különbség van, mely „in vitro” vizsgálatokkal kimutatható (7). Tehát az SMZ magicterust okozó hatásának intenzitása nem szükségképpen azonos más sulfonamidokéval.

4. Vérszintekkel ellenőrzött, kontrollált klinikai farmakológiai vizsgálat a gyógyszerrel nagyobb számú csecsemőn, ill. gyermekben még nem történt, bár a gyógyszer hatékonyságát ebben a korcsoportban több külföldi és hazai közlemény hangsúlyozza.

Mindezek alapján megengedhetőnek és célszerűnek látszott nagyobb beteganyagban részletesen megvizsgálni, hogy a Sumetrolim vérszintek mérésével ellenőrzött, terapiás dosisokban adagolva — okoz-e jelentős mellékhatást csecsemő- és gyermekkorban; indokolt-e a sulfonamid mellék-



1. ábra.

TMP koncentráció változása koraszülöttek vérében Sumetrolim (5 mg/kg TMP + 25 mg/kg SMZ) beadása után („Lag time” = a szer beadása és az adott módszerrel mérhető vérszint kialakulása között eltelt idő; n = 10)

Mért adatok	Korcsoport	Vizsgál- latok száma	Átlagos vérszint ug/ml	S. E.	S. D.	Statistikai szignifikancia a korcsoportok között		
						I—II.	I—III.	II—III.
Se TMP	I. 0—3 hó	16	1,82	± 0,17	± 0,69	p <0,025 > 0,02	p < 0,010 > 0,005	nem szigni- fikáns
	II. 3—12 hó	12	1,17	± 0,20	± 0,68			
	III. 1 év felett	14	1,17	± 0,14	± 0,54			
Se SMZ (szabad)	I. 0—3 hó	15	31,17	± 3,98	± 15,40	nem szignifikáns		
	II. 3—12 hó	12	28,35	± 5,35	± 18,50			
	III. 1 év felett	14	38,92	± 5,67	± 21,20			
Se SMZ (összes)	I. 0—3 hó	15	43,88	± 5,35	± 20,50	nem szignifikáns		
	II. 3—12 hó	12	32,40	± 5,30	± 18,36			
	III. 1 év felett	14	44,63	± 6,42	± 24,05			
Se „TMP + SMZ”*	I. 0—3 hó	16	1,51+30,2	± 0,12 ill. ± 2,40	± 0,47 ill. ± 9,40	nem szignifikáns		
	II. 3—12 hó	12	1,13+22,6	± 0,16 ill. ± 3,20	± 0,54 ill. ± 10,80			
	III. 1 év felett	14	1,41+28,2	± 0,18 ill. ± 3,60	± 0,68 ill. ± 13,60			

* ún. „antibakteriális összaktivitás” 1 : 20 arányú TMP és SMZ vérkoncentrációt feltételezve

hatások kialakulásával kapcsolatos aggodalom a Sumetrolim gyógyszerkombináció alkalmazása esetén is.

Vizsgálati módszer és beteganyag

Összesen 89 csecsemő és gyermek Sumetrolim terapiáját kísértük figyelemmel. A gyógyszer adagolása a következő volt:

4—6 mg/kg TMP és 20—30 mg/kg SMZ/die, két egyenlő részre osztva, 12 óránként, tablettá, ill. szirup formájában. Az Egyesült Gyógyszer és Tápszergyár által előállított Sumetrolim készítményekben egy tablettá 80 mg TMP-t és 400 mg SMZ-t, 100 ml szirup 0,5 g TMP-t és 2,5 g SMZ-t tartalmaz.

A vizsgálatokat két szakaszban végeztük. Először különböző korcsoportú gyermekek részletes, mellékhatásokat ellenőrző vizsgálatára került sor (42 eset). Nagyobb gyermekekkel kezdtük, és miután mellékhatást nem észleltünk, egyre kisebb gyermekeket, csecsemőket, majd újszülötteket vontunk be a vizsgálat-sorozatba. A második szakaszban a **therapiás vérszint** kontrollálására és főként a klinikai mellékhatások vizsgálatára szorítottunk (47 eset).

A vizsgálatok **első szakaszában** a Sumetrolim terapiát 7 iskolás korú, 7 óvodás korú—kisdedkorú, 16 csecsemőkorú (6—12 hónapos: 9; 3—6 hónapos: 3; 1—3 hónapos: 4) és 12 újszülött, ill. koraszülött betegen követtük részletesen. Ezekhez a vizsgálatokhoz a kezelés előtt, a folyamatos kezelés megkezdése után 24 órával, 96 órával és ezt követően 3 naponként vet-tünk kb. 1 ml heparinos vért. Egyes esetekben a terapia befejezése után 24 órával is mértük a vérszintet a gyógyszerkiürülés követése céljából.

A vizsgálatok a következőkre terjedtek ki:

1. **Vérszint-ellenőrzés**, ill. a terapia megkezdése előtt annak kizárása, hogy a betegnek előzetesen adagolt antibiotikum vagy chemoterapiás szer hatása még észlelhető. A serum „antibakteriális összaktivitá-

sát” és TMP koncentrációját 10—10 µl mintából mikrobiológiai korongdiffúziós módszerrel, Bacillus subtilis ATCC 6051 számú törzs baktériumnövekedés-gátlásának mérésével határoztuk meg. Az „antibakteriális összaktivitás” (serum TMP + SMZ) meghatározása során a két gyógyszer együttes hatását mérjük. Irodalmi adatok szerint a TMP és SMZ 1 : 5 aránya a két szer farmakokinetikai sajátosságaiban fennálló eltérések folytán az egyenletes vérszint beállításakor a vérben 1 : 20 arányra változik (8, 9). Ezért az antibakteriális összaktivitás kifejezésekor azt a TMP és SMZ koncentrációt adjuk meg µg/ml-ben, amely az 1 : 20 arányú standard kombináció dosishatás görbéjéről leolvasva a vérmintával azonos gátlást hozott létre. (Az eljárás technikai részleteit másutt közöljük.) Az „antibakteriális összaktivitás” lényegében a külön mért serum TMP és szabad SMZ koncentrációk szinergizmusát is kifejezi, és az említett feltételek mellett (1 : 20 arány) a fehérvérhez nem kötött, hatékony gyógyszer-koncentrációt adja meg. A serum TMP koncentráció meghatározásakor az SMZ hatásának gátlására 200 µg/ml para-amino-benzoésavat használtunk. A serum SMZ szintjét **Bratton—Marshall**-reakcióval (10) mértük, a potenciálisan aktív (direkt reagáló) és összes (hidrolízis utáni) szer koncentrációjának meghatározásával.

2. A **mellékhatások vizsgálata** során a vesefunkció ellenőrzésére carbamid N meghatározást végeztünk a terapia előtt és után, 20 µl serumból, urease hasítási módszerrel, **Berthelot**-féle színreakcióval (11). Elvégeztünk továbbá néhány, a mellékhatások szempontjából jelentős, klinikai rutinvizsgálatot: fehérvérsejtszám meghatározás, kvalitatív vérkép, vizeletüledék vizsgálata, vizelet pH mérés, és az esettől függően bakteriológiai tenyésztésre és érzékenységvizsgálatra is sor került. A beteg klinikai állapotáról, az esetleges mellékhatásokról a kezelő orvos által kitöltött adatlapok útján tájékozódunk.

3. A gyógyszer **vörösvértest-anyagcserét károsító** hatásának kimutatására szolgáló speciális vizsgálato-

kat a sulfonamidok közismert, ilyen jellegű hatásai indokoltak. Oxyhaemoglobin, methaemoglobin, sulfhaemoglobin meghatározás Evelyn—Malloy módszerével történt (12). A redukált glutathion koncentráció mérésére Beutler módszerét használtuk (13). P₅₀ meghatározás korábban ismertett eljárásunkkal történt (14). A vörösvértest antioxydans rendszerének kapacitására, ill. az auto-oxydatio mértékére az oxydatív stress hatására bekövetkező változásokból következtünk. A peroxyd-haemolysis testet Lubin és mtsai módszerével (15), a lipid peroxydatiós testet malonyldialdehid koncentráció méréssel végeztük (16).

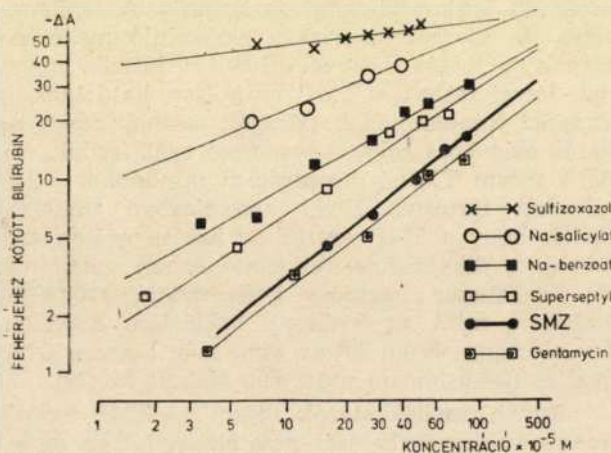
4. A sulfonamid komponens kötött bilirubin kizorító hatását két „in vitro” módszerrel vizsgáltuk, vércserés, ill. magas bilirubin tartalmú újszülött serumokhoz, szükség esetén oldott bilirubin hozzáadásával. A toxikus hatású, kötetlen bilirubin koncentrációját és ennek gyógyszer okozta változását Sephadex G—25 gélfiltrációval történő elválasztás után közvetlenül határoztuk meg Chunga és Lardinois szerint (17). A vizsgálatok másik részében a kötött bilirubin gyógyszerhatásra bekövetkező absorptióváltozását spektrofotometriásan regisztráltuk Coutinho és mtsai módszerével (18).

Újszülöttek és koraszülöttek terapiája során az aktuális bilirubin/albumin arányt minden vérvételkor meghatároztuk, hogy az így nyert adatokat korrelációba hozhassuk a gyógyszerek „in vitro” mért kötött bilirubin kizorító hatásával. A bilirubin meghatározás a Jendrassik—Gróf—Nosslin—Michaelson-féle eljárás Yeary—Davis által módosított változatával történt 50 µl serumból (19), míg az albumint brom-cresol-zöld festékkötési módszerrel 10 µl mintából határoztuk meg (20).

A vizsgálatok második szakaszában különböző korú és különböző indikáció miatt kezelt, csak Sumetrolimot szedő 47 gyermek, ill. csecsemő esetében a hatásos vérszintet a terapia 3. napján vett egyetlen kapillárisnyi vérből határoztuk meg. A serum antibakteriális összaktivitását és TMP koncentrációját 10—10 µl-es minták felhasználásával mértük. A mellékhatások vizsgálata főként a klinikai kép, ill. a rutin laboratóriumi eredmények alapján (2. pont) történt.

Eredmények

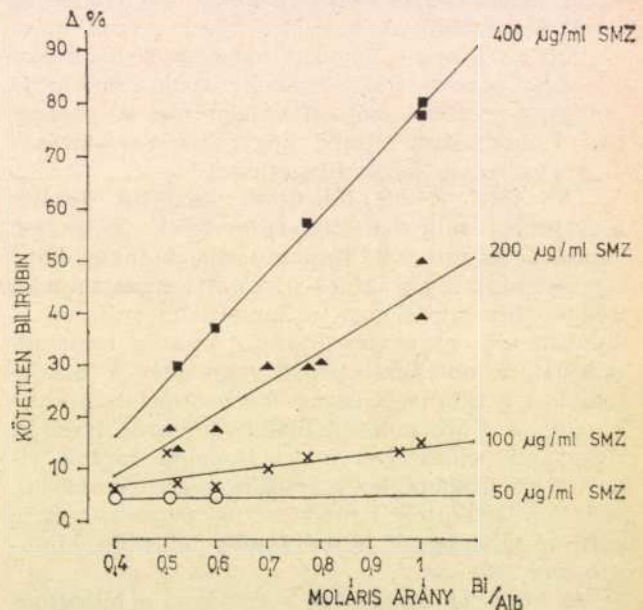
A vérszint meghatározásaink azt mutatták, hogy a gyógyszer felszívódása igen jó, még koraszülöttek eseteiben is. Farmakokinetikai méréseink szerint pl. a TMP ún. „lag time”-ja, azaz a gyógyszer beadása és annak vérpályában való megjelenése között eltelt idő 10 koraszülött átlagértékei



2. ábra. Különböző szerek kötött bilirubin kizorító aktivitásának összehasonlítása (ΔA = abszorpcióváltozás 460 mµ-nál. A sulfizoxazola vonatkozó adatok Coutinho és mtsai (1973) közleményéből származnak)

alapján 0,36 óra (1. ábra). A jó felszívódás és a gyors megoszlás következménye, hogy a gyógyszer első beadása után 24 órával nyert vérmintákban a TMP, ill. SMZ koncentrációja gyakorlatilag minden esetben elérte a későbbi, a tartós terapiára jellemző átlagos vérszintet. A 42, részletesen vizsgált beteg átlag 6 napos terapiája során nyert vérszint átlagértékek korcsoportok szerinti összehasonlítása és statisztikai elemzése az 1. táblázaton látható. Az átlagos vérszint a különböző korcsoportokban némileg eltér egymástól, de szignifikáns különbséget csak a serum TMP koncentrációban találtunk a 0—3 hónapos betegek és a többi korcsoport értékei között. A serum „szabad” (direkt reagáló) és összes SMZ koncentrációjában, valamint az ún. „antibakteriális összaktivitás”-ában az egyes korcsoportok között statisztikailag jelentős eltérést nem észleltünk.

A vérszint kontrollálás fontosságára utal az a tapasztalatunk, hogy a Sumetrolimot mind tableta, mind szirup formájában testsúlykilogrammról azonos dosisban adagolva, 89 esetben terapiás vérszint alakult ki, 3 esetben azonban nem



3. ábra. Emelkedő SMZ koncentrációk kötetlen bilirubin szint növelő hatása különböző bilirubin/albumin arány esetén

sikerült a vérben mérhető gyógyszerkoncentrációt elérni. Az ok két esetben bizonyítottan, a harmadikban feltehetően felszívódási zavarban keresendő (dg.: mucoviscidosis; lactose intolerantia; pneumonia). Ezeket a betegeket természetesen a további vizsgálatokból kizártuk. Egyetlen esetben a terapiás koncentrációt meghaladó vérszintet is mértünk (5,8 µg/ml TMP), amely túladagolás következménye volt. (Az egyéves atrophias gyermeknek kora szerint és nem súly alapján adagolták a gyógyszert.) Megemlítjük végezetül azt az esetünket is, amelyben terapiás vérszint ellenére a pneumoniás beteg állapota rosszabbodott, feltehetően az adott kórokozó Sumetrolim érzéketlensége miatt.

Sumetrolimmal kezelt, terapiás vérszintű be-

tegeinken olyan jelentősebb *mellékhatás*, mely a gyógyszer adagolásának felfüggesztését igényelte volna, nem volt észlelhető. A vesebetegek kezelésére javasolt redukált dosisú adagolást betartva (21) carbamid N emelkedés a terapia során nem jött létre. Átmeneti fehérvérsejtszám-csökkenést mindössze egy esetben észleltünk (1 éves gyermekben). A vörösvértest-anyagcsere károsodásának jelzésére szolgáló vizsgálatok nem utaltak a gyógyszer toxicus hatására. Meg kell említenünk azonban, hogy a Sumetrolimmal kezelt újszülöttek, csecsemők, ill. gyermekek között sem glucose-6-foszfát dehidrogenase deficiens, sem sulfonamid túlérzékeny beteg nem volt. A methaemoglobin, ill. sulfhaemoglobin szint a terapia során egyetlen esetben sem fokozódott. A P_{50} érték változása a kezelés folyamán nem volt jelentős; vagyis az oxy-haemoglobin disszociációját a Sumetrolim therapiás tartományba eső koncentrációi nem befolyásolták.

A peroxyd-haemolysis test és a lipid peroxydatio mérése azt mutatta, hogy a koraszülöttek egy részében a Sumetrolim adás előtt is a normálnál magasabb értékek fordultak elő (10 beteg közül 6 esetben). A kezelés folyamán ezen koraszülöttek felében a fokozott haemolysis, ill. a magas lipid-peroxydatiós értékek javuló tendenciát mutattak, a többi esetben valamelyest súlyosbodtak. Valószínűnek látszik, hogy ezek a változások a gyógyszer szedésétől függetlenek.

Az SMZ kötött bilirubint kizorító hatását más ismert bilirubin kizorító szerek ugyanezen hatásával együtt a 2. ábra mutatja. Látható, hogy a vizsgálatunkban azonos újszülött serum mintán, azonos koncentrációban a Sumetrolim sulfonamid komponense gyengébb hatású, mint a natrium-salicylat, a natrium-benzoát vagy akár a Superseptyl. A gentamycin azonos koncentrációban megközelíti az SMZ kötött bilirubin kizorító hatását. Ugyanezen módszerrel nyert irodalmi adatok viszont arra utalnak, hogy a sulfizoxazol (Gantrisin), mely koraszülötteken mag-icterust okozott, még a natrium-salicylatnál is erélyesebb bilirubin kizorító szer (18).

A kora- és újszülöttek serumában a bilirubin/albumin arány a kezelés során nem emelkedett. Emellett előzetes „in vitro” vizsgálatunk igazolták, hogy a fiziológiához közelebb álló, ill. általában 0,5 alatti arányok esetén, a therapiás tartományba eső SMZ koncentrációk jelenlétében kötetlen bilirubinszint-emelkedés gyakorlatilag nem mérhető (3. ábra). Ezen 0,5 arány felett, 200 $\mu\text{g}/\text{ml}$ SMZ 15–45%-os kötetlen bilirubinkoncentráció-emelkedést okozott különböző bilirubin/albumin arányú vércserés újszülött serumokon.

A therapiás SMZ vérszintek átlagértékét ebben a korcsoportban 31–43 $\mu\text{g}/\text{ml}$ -nek találtuk, így az SMZ kötött bilirubint számottevő mértékű kizorító hatása biztosan kizárható.

Megbeszélés

Vizsgálataink megkezdése előtt áttekintettük az eddigi gyermekgyógyászati és kisszámú megfigyelésen alapuló csecsemőkori TMP + SMZ thera-

pia tapasztalatait, hogy a kezelés kockázatát megítéljük (5, 22, 23, 24, 25). Feltűnő volt, hogy azokban az esetekben, melyekben gyermekeken nemcsak a klinikai adatok alapján, hanem egyidejű vérszint kontroll mellett figyelték a gyógyszer hatását és mellékhatásait, gyakorlatilag nem észleltek toxicus hatásokat. Ezért feltételeztük, hogy — a túlérzékenységi reakcióktól eltekintve — esetleg túladagolás is szerepet játszhatott az egyébként ritkán tapasztalt mellékhatások létrejöttében.

Az irodalmi adatok szerint a TMP + SMZ gyógyszerkombináció adagolása a legkülönbözőbb elvek alapján történt. Egyesek kor szerint, mások testfelszínre vagy testsúlykilogrammmra számítva adták a gyógyszert (26, 27, 22). Vizsgálatainkban ez utóbbit követtük és ajánljuk. Az általunk alkalmazott dosis 4–6 mg TMP és 20–30 mg SMZ/kg naponta két egyenlő részre osztva. Hosszú ideig tartó terapia esetén a hatás beállta utáni dosis-csökkentést, vesebetegeknél redukált dosis adását javasoljuk. Ezzel a gyógyszeradagolással therapiás tartományba eső, de a toxicustól távoli vérszinteket értünk el. A *therapiás vérszintekre* vonatkozólag általánosan elfogadott, hogy 1 $\mu\text{g}/\text{ml}$ TMP már biztosan hatásos, 4 $\mu\text{g}/\text{ml}$ feletti koncentráció toxicus lehet, az SMZ therapiás vérszintje, mint általában a sulfonamidoké, önmagában 50–100 $\mu\text{g}/\text{ml}$, de TMP jelenlétében a szer, az erős potenciáló hatás következtében már 10–20 $\mu\text{g}/\text{ml}$ koncentrációban hatásos (28).

A 0–3 hónapos betegek esetében a TMP szintet szignifikánsan magasabbnak találtuk, mint az ennél idősebb korcsoportokban, ami feltehetően elsősorban az újszülöttek csökkent TMP metabolizáló képességével függhet össze.

A TMP + SMZ gyógyszerkombináció alkalmazása során más szerzők által, részben felnőtt, részben gyermekgyógyászati beteganyagban észlelt *mellékhatások* nagy része megegyezik a sulfonamidok ismert mellékhatásaival, melyek a terapia abbahagyására rendeződtek. Ilyenek: étvágytalanság, bőrvizketés, gyomor-bél panaszok, exanthema, leukopenia, thrombopenia (1). Egyetlen átmeneti leukopeniát mi is láttunk. A legfontosabb, de szerencsére ritkán előforduló mellékhatásnak a tartós csontvelőkárosítás látszik, melynek létrejöttében a TMP antifolsav hatásának is szerepet tulajdonítanak. Vizsgált eseteinkben ilyen hatás még koraszülöttek esetében sem fordult elő, de a serum TMP koncentrációit mindenkor 3 $\mu\text{g}/\text{ml}$ alatt tartottuk. Ezzel kapcsolatban említésre méltó, hogy a TMP antifolsav hatása erősen szelektív; a dihydrofolat-reductase enzim gátlásához kb. 10 000-szer nagyobb koncentráció szükséges emberen, mint az érzékeny baktérium esetében. Így alacsony serum folsav szint még hosszan tartó kezelés (3–6 hónap) után sem alakult ki (29).

Egyéb mellékhatások közül a TMP + SMZ immunsuppressiv hatását nem bizonyították, de lehetséges, hogy az aktívan proliferáló, immunválaszban szereplő sejteket esetleg befolyásolja (30). A kombináció dysbacteriosist nem okoz, még igen hosszú ideig tartó, nagy dosisú adagolás esetén sem (31).

A sulfonamidok ismert hatása, hogy a bilirubin albumin kötéséből képesek kiszorítani, és így a kötetlen, diffuzibilis bilirubin koncentráció emelésével a mag-icterus kialakulásának veszélyét fokozzák. A sulfizoxazol (Gantristin) ilyen aktivitását koraszülötteken szomorú tények bizonyították, és a gyógyszer erőlyes bilirubin kiszorító képességét „in vitro” igazolni is lehetett (2, 3). Irodalmi adatokat a Sumetrolim sulfonamid komponense, az SMZ ilyen típusú hatására nem találtunk.

A sulfonamidok ezen hatását az újszülöttek, ill. koraszülöttek hypalbuminaemiája közismerten elősegíti. Másrészt ismeretes az is, hogy az erőlyes kötött bilirubin kiszorító hatással rendelkező szerek nagymértékben kötődnek plazmafehérjékhez. Ennek figyelembevételével saját jelenlegi eredményeink, valamint néhány irodalmi adat összevetése alapján kitűnt, hogy a különböző sulfonamid származékok plazmafehérjéhez (elsősorban albuminhoz) való kötődése és kötött bilirubin kiszorító aktivitása között összefüggés áll fenn. Így pl. 4 sulfonamid esetében a kötődés mértéke és a bilirubinkiszorító aktivitás sorrendje azonos: sulfadimethoxim (Madribon) > sulfizoxazol (Gantristin) > sulfadimidin (Superseptyl) > SMZ (Gantanol).

Vizsgálati eredményeink azt is mutatták, hogy az SMZ hatására szabaddá váló bilirubin mennyisége nemcsak a gyógyszer vérszintjétől, hanem a plazma bilirubin/albumin arányától is függ. Ezt az összefüggést egyéb anyagok jelenléte tovább módosíthatja. Így pl. ismeretes, hogy a szabad zsírsavak magas koncentrációja a különböző szerekkel felszabadítható bilirubin mennyiségét növeli, mert ilyenkor a bilirubin az albumin molekula olyan helyeire kötődik, ahonnan könnyebben felszabadul (7). Ez a körülmény a súlyos állapotú koraszülöttek esetén kétségkívül lehetőséget teremthet váratlan gyógyszer mellékhatások megjelenésére. Ismételten meg kell azonban jegyezni, hogy az SMZ kötött bilirubin kiszorító aktivitása a vizsgált sulfonamidok között a legkevésbé kifejezett. Emellett újabb irodalmi adatok és saját méréseink is azt mutatták, hogy az utóbbi időben újszülötteken is széles körűen alkalmazott antibiotikumok közül pl. a gentamycin is rendelkezik bilirubin kiszorító hatással (32), melynek mértéke megközelíti az SMZ aktivitását.

Mindezeket figyelembe véve vizsgálataink közlésének célja semmiképpen sem az, hogy újszülöttek, ill. koraszülöttek icterusos állapotában a Sumetrolim alkalmazását javasoljuk. Tapasztalataink ismertetésével elsősorban a csecsemőkori Sumetrolim terapiával kapcsolatos túlzott aggodalmat kívánjuk eloszlatni. Véleményünk szerint pontos testsúly szerinti adagolás esetén, főleg vér-

szint kontroll mellett, az esetek döntő többségében a mellékhatások komoly veszélye nélkül adagolható a gyógyszer ebben az életkorban is. Emellett megfontolás tárgyát képezheti, hogy elsősorban tömeges hospitalizációs ártalmaknál (pl. salmonella fertőzés leküzdésében), ill. általában azokban az esetekben, amikor az antibiotikus kezelés eredménytelen és kritikus értékhez közeli hyperbilirubinaemiájuk nincsen, Sumetrolimot még újszülöttekben is alkalmazzunk.

Összefoglalás. A szerzők a Sumetrolim (sulfamethoxazol + trimethoprim) chemoterapiás hatású gyógyszerkombinációt alkalmazták klinikai körülmények között csecsemő- és gyermekkorban. Részletesen elemezték a therapiás vérszint és az esetleges mellékhatások összefüggéseit. 89 esetük sokoldalú vizsgálata alapján megállapítják, hogy a gyógyszer pontos testsúly szerinti adagolásban (5 mg TMP + 25 mg SMZ/kg/die tabletta vagy szirup formájában) sem gyermekkorban, sem csecsemőkön említésre méltó mellékhatást nem okoz. Ennek alapján az a véleményük, hogy Sumetrolim alkalmazása esetén, mellékhatások kialakulásával kapcsolatos aggodalom még ebben az életkorban sem indokolt.

IRODALOM: 1. Frisch, J. M.: Inf. Dis. 1973, 128, Suppl. 607. — 2. Silverman, W. A. és mtsai: Pediatrics. 1956, 18, 614. — 3. Odell, G. B.: J. Clin. Invest. 1959, 38, 823. — 4. Morzaria, R. N. és mtsai: Br. Med. J. 1969, 2, 511. — 5. Keuth, U. és mtsai: Münch. Med. Wschr. 1970, 112, 802. — 6. Marks, M. J. és mtsai: J. Inf. Dis. 1973, 128, Suppl. 622. — 7. Odell, G. B.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1973, 226, 225. — 8. Gallien, R.: Inf. Dis. 1973, 128, Suppl. 486. — 9. Bushby, S. R. M.: J. Inf. Dis. 1973, 128, Suppl. 442. — 10. Bratton, A. C., Marshall, E. K.: J. Biol. Chem. 1939, 128, 537. — 11. Van Slyke, D. D., Cullen, G. E.: J. Biol. Chem. 1914, 11, 211. — 12. Evelyn, K. A., Malloy, H. T.: J. Biol. Chem. 1938, 126, 655. — 13. Beutler, E. és mtsai: J. Lab. Clin. Med. 1963, 61, 882. — 14. Boda D.: Kísérlet. Orvostud. 1974, 3, 257. — 15. Lubin, B. H. és mtsai: Pediatrics. 1971, 48, 562. — 16. Kohn, H. J., Liversedge, M.: J. Pharmac. 1944, 82, 292. — 17. Chunga, F., Lardinois, R.: Acta Paediatr. Scand. 1971, 60, 27. — 18. Coutinho, C. B. és mtsai: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1973, 226, 238. — 19. Yeary, R. A., Davis, D. R.: Toxicol. and Applied Pharmacol. 1974, 28, 269. — 20. Schiardin, H., Ney, J.: Z. Klin. Chem. Klin. Biochem. 1972, 10, 7. — 21. Welling, P. G. és mtsai: J. Inf. Dis. 1973, 128, Suppl. 556. — 22. Gruber, E.: Arzneim.-Forsch. 1971, 21, 590. — 23. Hannen, W.: Arzneim.-Forsch. 1971, 21, 591. — 24. Stögmann, W. és mtsai: Wiener. Med. Wschr. 1971, 1, 10. — 25. Forbes, P. A., Drummond, K. N.: J. Inf. Dis. 1973, 128, Suppl. 626. — 26. Lexomboon, H. és mtsai: Brit. Med. J. 1972, 3, 23. — 27. Wilfert, C.: J. Inf. Dis. 1973, 128, Suppl. 613. — 28. Salter, A. J.: Med. J. Aust. 1973, 1, Suppl. 70. — 29. Girwood, R. H.: Med. J. Aust. 1973, 1, Suppl. 34. — 30. Arvilomni, H. és mtsai: Brit. Med. J. 1972, 3, 761. — 31. Knothe, H.: Chemotherapy. 1973, 18, 285. — 32. Kapitulnik, J. és mtsai: Lancet. 1972, 2, 1195.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Urológiai Klinika (igazgató: Balogh Ferenc dr.)

30 éves tapasztalataink operált és nem operált dystopiás veséjű betegeken

Csontai Ágoston dr., Rosdy Ernő dr.*
és Tóth József dr.**

Az urogenitalis apparatus fejlődési rendellenességei a többi szervhez viszonyítva gyakoriak. E betegek felében érintett a vese és ureter. A vese összes betegségeinek 40%-ához társul fejlődési zavar (2, 5, 6, 7). A tüneteizégenység, atypusos panaszok, a gyermekkorban még zavartalan összveseműködés miatt a felismerés késik, a gyógyítási terv kialakítása így nehézkes. A másodlagos elváltozások jelentkezése pedig az egész szervezetre komoly kihatású. Így a más szakterületen működő orvosnak gondolnia kell húgyszervi fejlődési rendellenességre, hogy a beteg kellő időben kerülhessen szakellátásra.

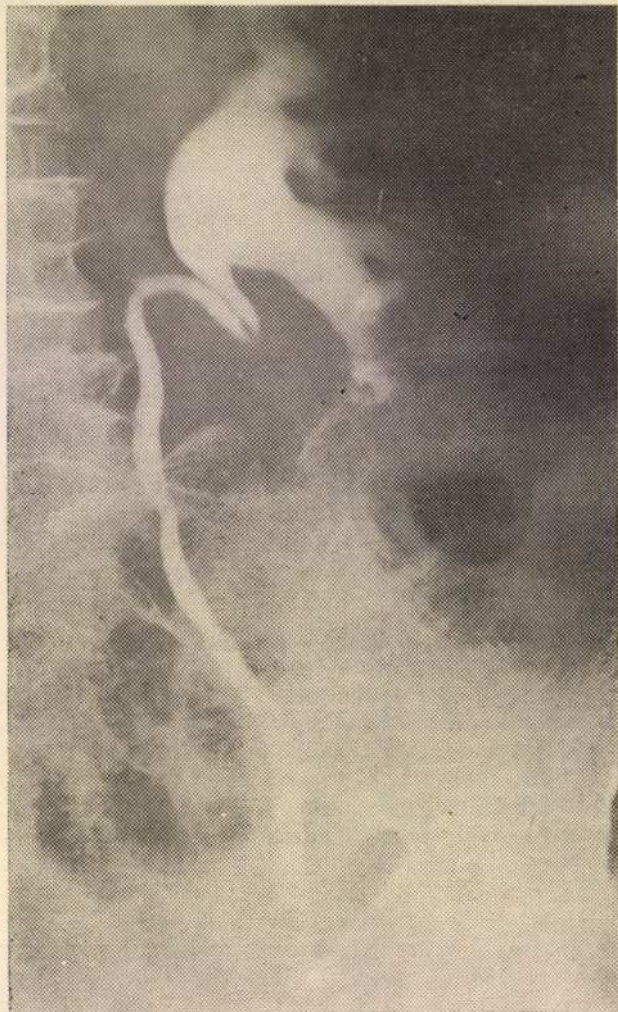
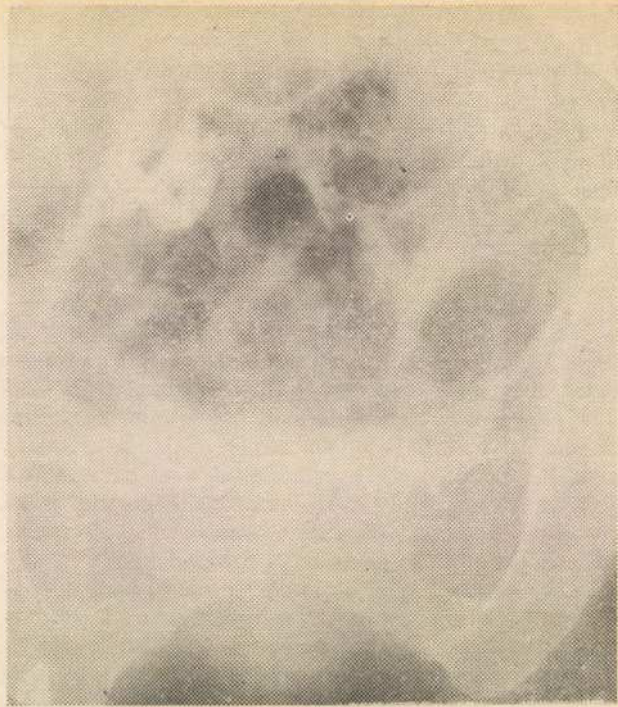
Dystopiás veséről szólunk akkor, ha az intrauterin életben a vese sacralis, lumbosacralis, lumbalis vagy igen ritkán thoracalis magasságban alakult ki. Lehet egyoldali, kétoldali, egyszerű vagy keresztzett. Jobb oldalon gyakoribb (1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 20). Vérellátása többnyire atypusos, uretere — a mellkasi dystopia kivételével — rövidebb, mint szokványosan. Gyakori a rotatiós zavar, a kelyhek formája is variált lehet. A dystopiás vese súlya kisebb, mint a normálisé (6).

A kórkép régen ismert, de kezdeti tüneteizégenysége miatt főleg csak boncolási leletekből. A hozzáférhető irodalom adatai szerint 1828-ban *Hohl* közölte először élőben felismert esetet (10). Később a diagnosztikai lehetőségek fejlődésével és finomodásával egyre több ilyen elváltozás került viszonylag korán észlelésre. Kazuisztikai ismertetések után kézikönyvek és összefoglaló dolgozatok foglalkoztak az elváltozással (2—6, 8, 11, 12, 16). Az anatómiai, pathológiai és diagnosztikai kérdések mellett jelenleg a korai felismeréssel és a he-

Jelenlegi munkahely:

* Bajcsy Zsilinszky Területi Vezető Kórház, urológiai osztály.

** Heim Pál Gyermekkorház, urológiai osztály.



1. és 2. ábra.

J. o. sacralis dystopiás vese ábrázolódik, b. o. ptosis, a pyeloureteralis határon megtörés, tágabb pyelum (iv. urographia)

lyes terapia megválasztásával kapcsolatos problémák állnak előtérben.

A tünetek egyáltalán nem jellegzetesek, így a betegek csak a legkritább esetben keresik fel első állomásként az urológust. A legkoraibb és csaknem állandó tünet a bizonytalan, nem görcsös jellegű *hasi fájdalom*. Tompa nyomás jelentkezik az üres veseágy területén is. *Meteorismus*, idült székrekedés alakulhat ki a vegetatív idegrendszer izgalma következtében. Kő vagy a rövid uretert ért nyomás *vesegörcsöt* (colicát) is okozhat. Haematuria, hólyagtáji fájdalom, vizelési panaszok egészíthetik ki a tüneteket. Sovány egyénekben a kismedencében tapinthatjuk a dystopiás vesét. Mivel a vér-ellátás leggyakrabban a distalis aortából történik, ahol a sclerotikus érelváltozások a legkifejezettebbek, *Dretler és mtsai* szerint (6) a segmentalis ischaemia következtében a hypertonia gyakoribb, mint szabályos helyzetű vesék esetén. Máskor *resistens pyuria okának* keresése kapcsán ismerjük fel (3).

A *helyes diagnosis* felállításában a kiválasztásos urographia, retrograd pyelographia, tomographia, renalis isotop-vizsgálatok és a szelektív angiographia áll rendelkezésünkre (3, 5, 6, 8, 15, 17). Ezen utóbbi komoly támpontot ad a helyes terapia megválasztásához, mivel az üregi eltérések okozta elváltozásokon túl az erek által fenntartott megbetegedéseket is pontosan jelzi. Ha az ellátó arteria nagy törzsből ered (aorta), viszonylag csekély a beteg panasza, kisebb érből nyert vérellátás esetén (a. iliaca communis, a. hypogastrica) gyakrabban találkozunk kifejezett fájdalommal (17).

A kórképhez *egyéb fejlődési rendellenességek* társulhatnak, főképp a genitáliák területén: rudimenter tuba, uterus hypoplasia, vagina atresia, hypospadiasis, kryptorchismus. Más szervek részéről: aorta stenosis, septum defectus, spina bifida stb.

A kezelés konzervatív vagy sebészi úton lehetséges.

Saját anyag

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Urológiai Klinikáján 30 év alatt (1944–1973) 138 dystopiás veséjű beteget kezeltünk. A nemek arányát vizsgálva azt találtuk, hogy nőkben gyakrabban fordul elő, mint férfiakban. Jobb oldalon többször észleltük, mint bal oldalon, főleg lumbalis helyzetben, ugyanakkor műtéti beavatkozás leginkább sacralis dystopia esetén vált szükségessé (1. táblázat).

Mivel a dystopiás vese önmagában jellegzetes tünetet nem okoz, felismerése általános kivizsgálás, egyéb urológiai megbetegedés vagy a társuló szövödmények okozta panaszok tisztázása kapcsán történhet. Ez magyarázza azt a tényt, hogy a helyes diagnózist többnyire csak a 3. évtizedben, esetleg még később állítják fel. Mind operált, mind nem operált betegeink többsége a 20–50. év között került észlelésre (2. táblázat).

Műtetre nem került betegeinken leggyakrabban bizonytalan, tompa jellegű deréktáji és alhasi fájdalom miatt történt a kivizsgálás. Vizeletük általában tiszta volt, a kiválasztásos urographia a

Eset száma	Férfi	56	138
	Nő	82	
L O C A L I S A T I O	Egy oldali	119	
	Bal oldali	49	
	Jobb oldali	70	
	Két oldali	4	
	Keresztezett	15	
	Lumbalis	24	
	Lumbosacralis	65	
	Sacralis	43	
Infeció szempontjából	Steril	96	
	Fertőzött	42	
Kezelési mód	Nem operált	97	
	Operált	41	
	Lumbalis	2	
	Lumbosacralis	14	
	Sacralis	25	
Ellenőrzött betegek száma		117	

2. táblázat

A dystopia felismerésének időpontja

Életkor (év)	Operált		Nem operált	
	férfi	nő	férfi	nő
1–10	—	—	—	4
11–20	5	—	3	7
21–30	3	7	7	14
31–40	5	8	7	12
41–50	2	2	6	9
51–60	5	3	5	6
61–70	—	1	5	4
71—	—	—	5	3
Összesen	20	21	38	59

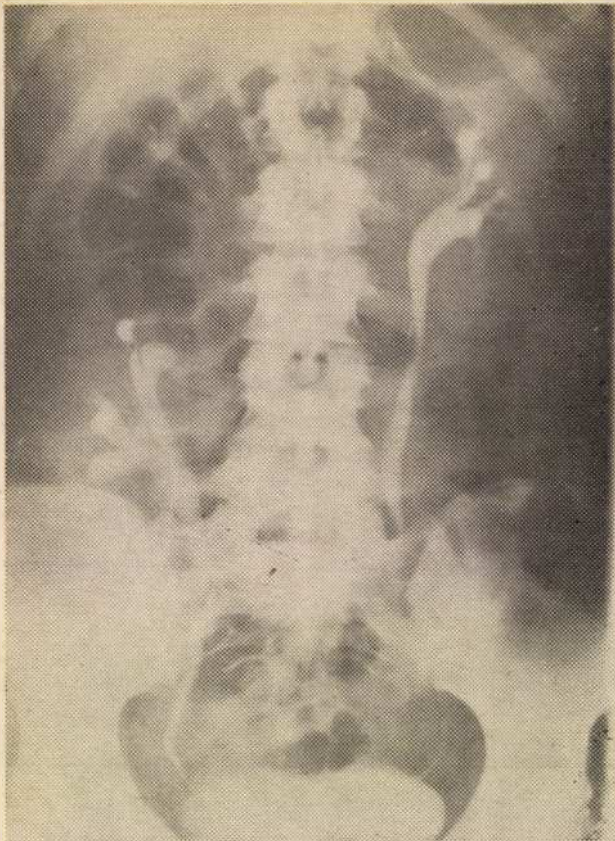
helyzeti anomálián kívül más eltérést nem mutatott.

A tünetek gyakorisági sorrendje a következő:

Tompa alhasi fájdalom	86
Deréktáji fájdalom	31
Haematuria	12
Meteorismus, obstipatio	11
Vese-colica	7
Nőgyógyászati daganat gyanúja	3

esetben.

Megfigyeltük a vérnyomás alakulását. A 97 nem operált beteg közül mindössze 9-ben volt a vérnyomás magasabb, mint a korának megfelelő átlagérték. Tekintettel arra, hogy terhesség kapcsán, különösen a promontorium előtt elhelyezkedő dystopiás vese szülési akadályt képezhet (18), betegeinket a szülésekkel kapcsolatos történések-



3. ábra.

J. o. dystopiás vese, a kehelyvégek kissé bunkósak,
b. o. normális viszonyok (iv. urographia)

ről is kikérdeztük. A 41 szülésből 32 per vias naturales zajlott le, 9 alkalommal sectio caesareát végeztek. 6 betegen a dystopiás vese felismerése előtt a tünetek alapján appendectomia történt, természetesen a féregnyúlvány szövettani vizsgálata nem mutatott gyulladást, így került sor további vizsgálatokra és a helyes kórisme felállítására.

A mellékletként felismert dystopiás vesét példázza esetünk:

S. K., 62 éves nőbeteg. Kb. 10 év óta időnként bizonytalan bal oldali deréktáji és alhasi fájdalmak vannak, de nem olyan mértékben, hogy orvoshoz fordult volna. Széklete rendetlen, gyakran obstipál. Az utóbbi időben 4–5 kg-ot fogyott, amit elsősorban neurológiai okokra vezet vissza. Jelen felvételére hosszabb gyaloglás után jelentkező b. oldali vesegörcs miatt került sor. A laboratóriumi eredmények kórosat nem mutattak. *Iv. urographia és b. o. retrograd pyelographia:* 10 percre j. o. sacralis dystopia, az alig tágabb üregrendszer intensíven ábrázolódik. A bal pyeloureteralis határon mérsékelt megtörés, lefűződés, amely azonban álló helyzetben jelentős mértékűvé válik, a vese ilyen helyzetben ptotikus és ürülése gátolt. Retrograd pyelographián a bal pyeloureteralis átmenet egyenetlen, megtört (1. és 2. ábra).

A betegen a dystopiás vese semmi tünetet nem okozott, felismerése az ellenoldali vese kifejezett ptosisa és ürülési zavara miatti görcs kivizsgálása során történt. Mivel a beteg vesesüllyedésének műtéti megoldásába nem egyezett bele, maga a dystopia pedig kezelést nem igényelt, hazabocsátottuk.

Következő esetünkben a dystopiás vesében támadt acut pyelonephritis vezette félre kezdetben az orvost:

B. H., 19 éves nőbeteg. Egy hónappal felvétele

előtt bizonytalan alhasi fájdalom, majd kifejezett j. oldali deréktáji és alhasi feszülő, szűrő érzés jelentkezett. Vakbélgyulladás gyanújával sebészeti osztályra vitték, ahol appendectomiát végeztek. Mivel a szövettani vizsgálat nem mutatott acut gyulladást, panaszainak további kivizsgálását tartották szükségesnek, így került klinikánkra.

Nativ felvétel és iv. urographia: 10 percre mko. jó kiválasztás, jobb oldalon dystopiás vese, a kehelyvégek kissé bunkósak, a veseállomány valamivel vékonyabb. Bal oldalon normális viszonyok. Szabad lefolyás (3. ábra). Az öszsvizeletben mérsékelt, a j. oldali separált vizeletben kifejezett pyuriát találtunk. Ezek alapján panaszait j. oldali pyelonephritis okozta, amely antibiotikus kezelésre gyógyult, a beteg panaszmentessé vált. A rendszeres ellenőrzésen kívül további kezelést nem igényel.

Műtetre kerülő betegeinken sem voltak kezdetben súlyosabbak a tünetek. Panaszaik a másodlagos elváltozások (pyelonephritis, üregrendszeri tágulat, kőképződés) jelentkezésekor fokozódtak, és ha állapotuk konzervatív kezelésre nem javult, műtéti beavatkozásra került sor. A műtét leggyakrabban a 20–40 éves kor között történt. *Indicatiót* képezhet *organikus ok* (pyelonephritis apostematosa, kő, pusztult vese) vagy *subjectiv tényező* (olyan fokú fájdalom, amely a beteget munkaképtelenné teszi).

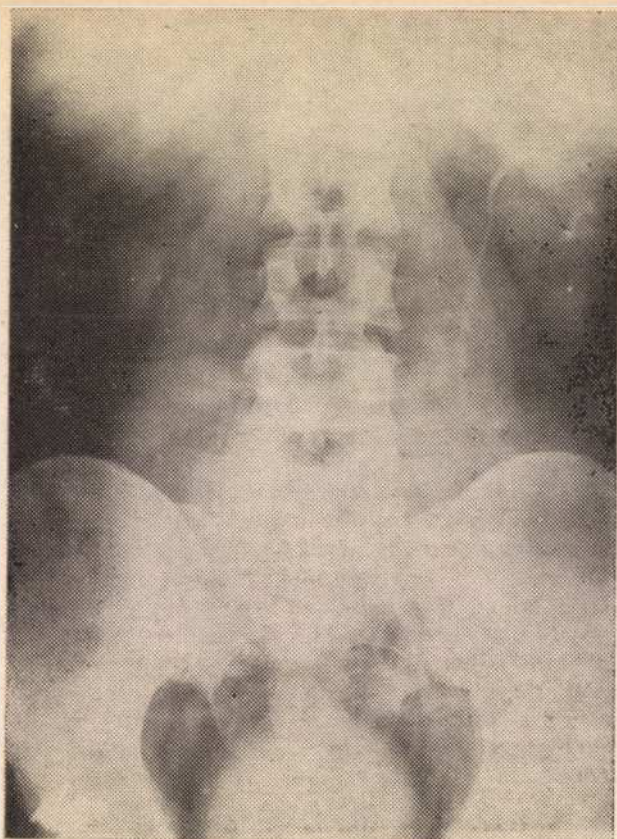
Az általunk végzett beavatkozások: nephrectomia 23; pyelotomia 12; tengelyfordítás 4; ureterotomia 1; polusresectio 1 (összesen: 41).

A sok panaszt okozó, köves, tágult, iniciált üregrendszerű dystopiás vesét célszerű eltávolítani,



4. ábra.

J. o. lumbalis helyzetű dystopiás vese, hydronephrotikus üregrendszer, pusztult parenchyma (retrograd pyelographia)



5. ábra.
A sacrum előtt gömb alakú képlet ábrázolódik,
b. o. normális viszonyok (iv. urographia)

mert ilyenkor konzervatív kezeléssel nem érünk el célt. Példaként szolgáljon két esetünk.

R. F., 24 éves férfibeteg. Anamnesisében 6 éves koráig enuresis nocturna szerepel, aminek okát nem tisztázták. 15 éves korától fizikai munka kapcsán kellemetlen j. o. deréktáji fájdalmak jelentkeztek. A kezelő orvos rheumatikus eredetűnek gondolta, ezért fájdalomcsillapítót és rövidhullám kezelést írt elő. Felvétele előtt 2 héttel megfázott, lázas lett és igen erős j. oldali alhasi fájdalmakat érzett. A kivizsgálás során b. o. normális veseműködést, ép üregrendszerrel találtunk, j. o. kiválasztás nem volt. A retrograd pyelographia lumbalis helyzetű dystopiás vesét mutatott, hydronephrotikus üregrendszerrel, a separált vizelet erősen inficiáltnak bizonyult, ezért nephrectomiát végeztünk. 15 év után is teljesen panaszmentes (4. ábra).

K. M., 28 éves nőbeteg. 15 éve tartó alhasi fájdalmak okát keresve az urographia bal oldalon szabályos helyen levő, ép vesét mutatott, jobb oldalon a veseágy üres. A sacrum előtt, a kontrasztanyaggal jól telődő hólyag fölött, attól függetlenül 4 cm átmérőjű, gömb alakú képlet ábrázolódik. A szabálytalan, tág üregrendszerű, vékony parenchymájú dystopiás vesét, amely a betegnek igen sok panaszt okozott, eltávolítottuk. A műtét után teljesen panaszmentessé vált és az azóta eltelt 12 év alatt alhasi fájdalmai többé nem ismétlődtek (5. ábra).

Letalis kimenetelű, ha a solitaer, dystopiás vesét eltávolítják, anélkül, hogy az ellenoldali veseműködést ellenőrizték volna.

F. L., 22 éves férfibeteg. Ismételten feküdt más intézet sebészeti osztályán, ahol periappendicularis infiltratio miatt konzervatív kezelésben részesült. Panaszai több ízben recidiváltak, ezért műtéti feltárást végeztek. A féregnyúlvány épnek bizonyult, azonban a caecum mögött, a retroperitoneumban rugalmas te-

rimét tapintottak. Daganatra gondolva, a szabálytalan alakú képletet eltávolították. A műtétet követően a betegnek nem volt vizelete. Az elkészített szövettani praeparatum veseszövetet mutatott. Ezután bal oldali vele született vesehiányra gondolva, klinikánkra utalták. Vizsgálataink igazolták a bal oldali vese agenesiáját. Mivel az idő tájt műveze állomással még nem rendelkezünk, a beteget uraemiás tünetek között elvezítettük.

Az általunk kezelt 138 dystopiás veséjű beteg közül 117-ben végezhetünk ellenőrzést (84 nem operált, 33 operált). A kontroll vizsgálaton megjelentek közül a legrégebben kezelt 26 éve, a legfrissebb 1 éve feküdt klinikánkon. Az ellenőrzés kapcsán vizeletvizsgálat mellett iv. urographiát végeztünk és ha szükségesnek látszott, részletes kivizsgálás céljából a beteget felvettük a klinikára. Megállapítottuk, hogy az elsődleges panaszokat ritkán okozza a vese helyzeti anomáliája, urológiai ellátásra általános kivizsgálás vagy a másodlagos elváltozások miatt kerül sor, éppen ezért a helyes diagnosis felállítása általában csak a 20. életév után történt. Az ellenőrzésen megjelent 84 nem operált beteg közül 35-ben a későbbiekben sem vált szükségessé kezelés. Vizeletük mindvégig tiszta maradt, az időnként jelentkező tompa alhasi és deréktáji fájdalomon kívül más tünetet nem észleltek. 49-en elmondták, hogy a vizsgált időszak alatt panaszai többé-kevésbé állandó jelleggel fennmaradtak, sőt az ismételten jelentkező cystitis, pyelonephritis idején fokozódtak is. Náluk elhúzódó, célzott antibiotikus kezelésre a gyulladásos jelenségek megszűntek, ismét stationaer jó állapotot alakult ki, a vese funkciójában rosszabbodás nem következett be.

Műteteink kapcsán természetesen konzervatív sebészi megoldásra törekedtünk, de ellenoldali ép, jó funkciójú vese mellett az ismételt gyulladás, köves pyelonephritis, esetleg erősödő, a beteg számára elviselhetetlenné váló fájdalom esetén nem törekedtünk a minden áron való szervmegtartásra, hanem nephrectomiát végeztünk. A képződött követ általában kivettük, de ha ez csak kiterjedt állományvesztés útján lett volna elérhető (többszörös nephrotomia, polusresectio), a konzervatív megoldástól eltekintettünk és a megviselt vesét eltávolítottuk. A pyeloureteralis határ elváltozása vagy az ureterovesicalis átmenet megbetegedése (strictura, reflux) miatt üregi plasticát nem végeztünk, mert a következményes infectiót nehéz befolyásolni, és ha a műtét anatómiailag eredményesnek tekinthető is, a környező hegek, fájdalom, hasi vegetatív zavarok miatt gyógyult állapotról nem beszélhetünk. Teljes postoperatív panaszmentességet találtunk a 23 nephrectomizált betegen, valamint 7 pyelotomia és 1 ureterotomia után. A többi operált beteg vizelete műtét után feltisztult, de az alhasi, deréktáji fájdalmak ismételten jelentkeztek, 5 alkalommal pedig kő-recidiva miatt később a vese eltávolítása vált szükségessé.

Hypertoniával szövődött esetekben, ha az emelkedett vérnyomás renalis eredete igazolható volt, nephrectomiát végeztünk. A szelektív angiographia pontos képet ad az ér-anomalia szerepéről. A 9 hypertoniás betegen veseeltávolítás után 5

éven túl is normális szinten maradt a vérnyomás, ami eljárásunk helyességét igazolja.

Megbeszélés

A dystopiás vese kezdeti tünetszegénysége, illetve az atypusos panaszok miatt sokáig rejtve maradhat. Bizonytalan alhasi fájdalmak, meteorismus, idült székrekedés okának keresésekor feltétlenül gondolnunk kell erre a lehetőségre. Egyes esetekben resistens pyuriát, microscopos haematuriót tarthat fent. A másodlagos elváltozások (hypertonia, kő, pyelonephritis, hydronephrosis) kialakulásakor intenzívebbé válhatnak a tünetek, ugyanakkor könnyen meg is téveszthetik az orvost. A j. oldali dystopiás vesében kialakult kő, heveny pyelonephritis miatt appendectomiát végezhetnek, a sacralis dystopia szülési akadályt képezhet, vagy hosszú ideig eredménytelenül kezelt hypertonia oka lehet. A rendellenes helyzetű solitaer vese eltávolítása közvetlen életveszélybe sodorja a beteget. Az újabb vizsgáló eljárások birtokában egyre kisebb számban marad rejtve a dystopiás vese, ahhoz azonban, hogy felismerjük, gondolnunk kell rá. A klasszikus vizsgálóeljárások (iv. urographia, retrograd pyelographia, tomographia) mellett az újabban alkalmazott renalis isotop-vizsgálat és angiographia elsősorban a helyes kezelési mód megválasztásában nyújt segítséget.

Álláspontunkat a következőkben összegezzük:

1. Bizonytalan alhasi fájdalom okának kutatásakor gondolnunk kell dystopiás vese lehetőségére is.
2. Ha az egyik oldalon nem látunk veseárnyékot és kiválasztást, vizsgálatainkat kiterjesztjük (retrograd pyelographia, tomographia, isotop nephrographia, angiographia), mert a középvonalban elhelyezkedő, csontra vetülő dystopiás vesét nem mindig könnyű felismerni. Napjainkban többnyire tartózkodunk az eszközös vizsgálatoktól, egyes esetekben — természetesen antibiotikus védelem mellett — mégis el kell végeznünk a retrograd pyelographiát is.
3. Műtét általában a másodlagos elváltozások kialakulásakor válik szükségessé.

4. Kismértékű forgási zavar, ér-anomalia okozta mérsékelt vizelettovábbítási nehézség nem képez műtéti indiciót.

5. Úregi plastica kellő kritikával, egyes esetekben jöhet csak szóba.

6. A promontorium előtt elhelyezkedő vese szülési akadályt képezhet, de terhességi contraindicationként nem szerepel. Tanácsadásokon ilyen irányban is helyes kutatni, hogy a szülés kellő beavatkozással (sectio caesarea) zavartalan legyen.

7. Szükséges a rendszeres ellenőrző vizsgálat.

Összefoglalás. A szerzők a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Urológiai Klinikáján 30 év alatt 138 dystopiás veséjű beteget kezeltek. Az anamnesis, kivizsgálás, therapia és ellenőrzés adatait feldolgozva megállapítják, hogy az elváltozás mind operált, mind nem operált betegeken túlnyomórészt csak a 20. életév után kerül felismerésre. Hangsúlyozzák, hogy atypusos hasi fájdalmak kapcsán gondolni kell dystopiás vesére, amely rendszeres ellenőrzés mellett az esetek kétharmadában conservatív módon kezelhető, azonban az esetek egyharmadában műtétet igényel. Amennyiben sebészi beavatkozás válik szükségessé, a szerv megtartására kell törekedni. Ha ez csak kiterjedt állományvesztéssel érhető el, nephrectomia végzendő.

IRODALOM: 1. *Abeshouse, B. S.:* Am. J. Surg. 1947, 73, 124. — 2. *Babics A.:* Urológia. Medicina. Bp. 1965. — 3. *Balogh F.:* A gyakorló orvos urológiája. GYOK. Medicina, Bp. 1974. — 4. *Burwell, R. G., Kent, S. G.:* Brit. J. Urol. 1959, 31, 254. — 5. *Campbell, M. F., Harrison, J. H.:* Urology. Saunders Co., Philadelphia. 1970. — 6. *Dretler, S. P. és mtsai:* J. Urol. 1971, 105, 623. — 7. *Fried, E.:* Am. J. Gastroenterology. 1973, 59, 81. — 8. Handbuch der Urologie. Springer Verlag, Berlin, VII/1. 1968. — 9. *Kaló A.:* Zschr. Urol. Chir. Originalien. 1930, 29, 12. — 10. *Karschulin, O.:* Zschr. Urol. Chir. Originalien. 1932, 34, 157. — 11. *Lini Gy., Baranyai E.:* Magy. Seb. 1955, 8, 318. — 12. *Malek, R. S. és mtsai:* Mayo Clin. Proc. 1971, 46, 461. — 13. *Nalle, B. C. és mtsai:* J. Urol. 1949, 61, 862. — 14. *Pósta B.:* Magy. Seb. 1955, 8, 136. — 15. *Schiffer E.:* Urológiai röntgendiagnosztika. Tudományos Könyvkiadó, Bp. 1950. — 16. *Stevens, A. R.:* J. Urol. 1937, 37, 610. — 17. *Szporny Gy. és mtsai:* Magy. Seb. 1971, 24, 252. — 18. *Thompson, G. J.:* Surg. Gynec. Obst. 1937, 64, 935. — 19. *Végh E.:* Gyermekgyógyászat. 1968, 19, 567. — 20. *Wilmer, H. A.:* J. Urol. 1938, 40, 551.

„A társadalomban semmi sem hasonlít annyira a rendetlenséghez, mint a szerveződő rend.”

Rey

Országos Ideg és Elmegyógyászati Intézet
(igazgató főorvos: Tariska István dr.)

Az orális anticoncipientek szedésével kapcsolatos neuropsychiatriai problémák

Környey Edith dr.

Az utóbbi 15 évben bevezetett hormonális orális anticoncipientek (továbbiakban: o. a.) mellékhatásáról 1961-től kezdve egyre szaporodik az irodalmi közlések száma. Olyan kórképet írtak le, melyekben bizonyos oki összefüggés tehető fel az o. a. szedésével. Az o. a. oestrogen—gestagen kombinációból állnak, s a folliculus-érést a 19-nortestosteron derivatumok gátolják, melyeknek antigonadotrop hatásuk van.

Először 1961-ben tüdő-embolia esetét közölték, mely ovulatio-gátlók szedésével volt kapcsolatos. Ezt követően *Lorentz* (15) 1962-ben ismertetett esetében egy 41 éves nő dysmenorrhoea miatt 3 hónapig szedett napi 5 mg Enavidot; parietalis syndroma alakult ki nála és a tünetek a gyógyszer kihagyása után javultak.

Az azóta eltelt időben részben kazuisztikák, részben összefoglaló cikkek jelentek meg, melyek mint minden gyógyszeres kezelésnek — az orális anticonceptiónak is — mellékhatásait tárgyalják. Az oki kapcsolat kérdését *Vessey* (42) tanulmányozta behatóan, aki 1968-ban megjelent cikkében 58 extracranialis vénás thrombosis között 26 esetben (45%) ovulatio-gátlók szedését bizonyította.

Már 1962-ben utaltak arra, hogy az o. a. szedése hypertoniát okozhat, s azóta számos közlemény tárgyalja ezt a nem kívánt mellékhatást. Szintén található adat, mely causalis összefüggést tételez fel az ovulatio-gátlók és a szív-infarctus, alsóvégtagi artériás thrombosis, a tüdőartériák progresszív megbetegedése, polyneuritisek, pozitív LE-sejt phenomennel járó rheumatoid symptomák között.

Szemészeti mellékhatások

Először *Walsh és mtsai* (44), s azóta számos szerző említette a papilla oedema, papillitis, retrobulbaris neuritis, centralis vénás thrombosis, kettősképek és az ovulatio-gátlók szedése közti összefüggést. Mások (2, 29, 30, 44) pseudotumor cerebri előfordulásáról számolnak be. *Mumenthaler és mtsai* (29) két betegben láttak papilloedemát, az egyikben a későbbiek folyamán vascularis cerebrialis insultus is fellépett.

Egyesek szerint a neuro-ophthalmológiai komplikációk elsősorban egyoldali visuscsökkenésben, exophthalmusban, ophthalmoplegiában jelennek meg (35). A hazai irodalomban is találunk adatokat a szemészeti mellékhatásokról. *Weinstein és mtsai* (45) intraocularis nyomásfokozódást, glaucomát, *Lakatos és mtsai* 3 hónapi Bisecurin szedés után neuritis opticát észleltek (23).

Neurológiai mellékhatások

Bennünket elsősorban a neurológiai és psychiatriai betegségek érdekelnek, melyek összefüggésben vannak vagy lehetnek az o. a. szedésével. Ezek a neurológiai kórképek általában cerebrovascularis keringési zavarok, thrombosisok, emboliák. Széles az irodalma azoknak a megfigyeléseknek, hogy az ovulatio-gátlók szedése alatt fejfájás — elsősorban vascularis típusú —, különösen gyakoribb migraines roham jelentkezhet. *Mumenthaler és mtsai* 15 esetben észlelték a fejfájás első jelentkezését, vagy a migrain kifejezett romlását ovulatio-gátlók szedése alatt, s egy betegükön migrain accompagné hemiparesis kíséretében lépett fel (29). Más szerző 20 betege közül 15-ön a migrain jelentősen romlott és 21, előzőleg panaszmentes beteg esetében 11-en periodikus fejfájás jelentkezett (34).

Intézetünkben észleltük négy beteg vascularis típusú fejfájásának, illetve migraines rohamának jelentkezését vagy súlyosbodását, mely ovulatio-gátlók szedésével lehetett kapcsolatos.

A vascularis cerebrialis insultusok oka feltehetően a megemelkedett thrombo-embolia rizikó, melyet az angolszász irodalomban tárgyaltak először. 1962-ben és 1969-ben jelent meg a Food and Drug Administration cikke az ovulatio-gátlók okozta thrombo-embolia rizikó növekedéséről, s számos szerző (27, 16, 48) 5,5—6-szorosnak tartja a rizikót a szert nem szedőkkel szemben.

Krankenhausen mtsai (21) írt összefoglaló cikke 145 neurológiai megbetegedés alapján típusos cerebro-vascularis syndromákat ismertet és thromboticus vagy embolia okozta érelzáródásokat autopsiával vagy angiographiával mutatott ki. Hasonló cikkek más szerzőktől is megjelentek és általában thromboticus elzáródásokat vagy ischaemiás insultusokat írnak le, ritkán fordulnak elő vénás vagy sinus thrombosisok (48).

A klinikai kép nem jellemző, a tünetek a vascularis insultusok tüneteinek felelnek meg. 80 irodalmi eset feldolgozása során 33-on jobb oldali, 26-on bal oldali nagygyagi laesióra utaló tüneteket, 12 betegen pedig art. vertebralis syndromát találtak (29, 30). Tehát a vertebralis rendszerben előforduló laesiók nem ritkábbak, mint általában vascularis megbetegedések esetén, kb. 15%-ban fordultak elő. Hemiparesis a leggyakoribb tünet, de parietalis syndroma, hemianopsia, stb. is előfordulhat.

33 esetből 15-ön az art. cerebri media ellátási területén lépett fel ischaemiás károsodás. Az art. cerebri post. localisatiójának megfelelően 6 betegen izolált hemianopsia, 2 betegen Jackson-roham — egyen ezek közül st. epilepticus —, míg az art. vertebralis elzáródása, illetve agyi vénás thrombosis egy-egy esetben alakult ki (48). Leírnak 2 betegen az ovulatio-gátlók szedése alatt észlelt tinnitussal bevezetett súlyos hallásromlást (29). Egy 38 éves betegen a gyakorlatilag sükettséghez vezető megbetegedés miatt idegsebészeti feltárást is végeztek, negatív eredménnyel. Másik betegükön az ovulatio-gátlók abbahagyása után a hallászavar nem fokozódott.

Ritkaság a chorea minor kialakulása ovulatio-gátlók szedése alatt. *Mumenthaler*nek (29) egy recidiváló hemichoreás betege volt, amelyhez hasonló az irodalomban egy alkalommal találtak. Itt hívják fel a figyelmet, közismert, hogy a terhesség alatt chorea nagyobb számban fordulhat elő.

Az ovulatio-gátlók neurológiai mellékhatásainak kifejlődésében a kor nem játszik lényeges szerepet. Előfordult, hogy a legfiatalabb beteg 18 éves és a legidősebb 46 éves volt (29, 30), míg más szerző (48) szerint az átlagos életkor 32 év, 19—48 év közti nők szedték a szert és a 33 betegből — 40 évnél fiatalabb 25 nő volt. Vannak olyan adatok, melyek szerint a betegek átlagosan 30 évesek voltak, 22—35 év között ingadozott a koruk (21), de a legfiatalabb beteg 13 éves volt (6).

Az ovulatio-gátlók szedési ideje és a mellékhatások kialakulása közti idő tág határok között mozog. Nagyobb statisztikák alapján 6—16 hónap állapítható meg, de szélsőséges értéket is találunk. Leírják, hogy az esetek 42%-ában 6 hónapnál rövidebb a szedési idő (42). *Más szerzők* (29) 93 értékelhető eset alapján átlagos időnek 13 hónapot tartanak, de vannak esetek, ahol 9—14—20 nap alatt alakultak ki a káros mellékhatások tünetei. 9 esetben 14 naptól 2 és $\frac{3}{4}$ évig szedték a betegek a gyógyszert (21). Tehát egyértelmű időbeli összefüggés nem mondható ki, de talán az első 2 évben relatíve emelkedett a thrombosis rizikója.

Az esetek egy részében prodromális tünetek jelzik a betegség kialakulását. Előfordult, hogy mind a 9 betegen (8), vagy 6 közül 5 betegen észleltek prodromális tüneteket (40). 3 betegnek a vascularis cerebrialis insultust megelőzően napokig tartó erős fejfájása volt, egynek pedig órákig tartó remittáló hemitünetei (29). Ezzel ellentétben beszámolnak olyan esetekről is (31), akiken nem alakultak ki prodromális tünetek.

Járulékos pathogen tényezők 100 irodalmi esetből 23-on fordultak elő. Ezek lehetnek hypertonia — annak enyhe formája is, erős dohányzás, varicositas, claudicatio intermittens, obesitas, migrain. Ezek a járulékos pathogen tényezők mint rizikófaktor szerepelnek és a fentiek közül ugyanazon betegen több is előfordulhat. Azonban a pathogen momentumok ritkábban fordulnak elő, mint az 50 év alatti cerebrialis vascularis insultusok. Egyesek 21-ből 17-en találtak, míg mások 56-ból 4-en nem találtak praedisponáló factort (24, 26).

A neurológiai complicatio prognosisa és lefolyása éppoly különböző, mint általában a vascula-

ris cerebrialis insultusoké. Ha arteriographiával ki tudták mutatni az elzáródást, rosszabb volt a prognosisa, mint olyan esetekben, ahol kizárólag klinikai selectio történt. 80 irodalmi esetből 55 a következőképpen értékelhető (29): 10 meghalt, 9 invalidus maradt, 4-en maradványtünetek és 32 javult, illetve meggyógyult. *Mumenthaler és mtsai* (29) saját 16 esetükből — akiket 1962—1969-ben felvételt nyert 4000 betegből választottak ki — 11 gyógyult meg, 2 meghalt, 2 pedig invalidus maradt. Általában azt lehet mondani, hogy az 50 év alatt jelentkező vascularis cerebrialis insultusok prognosisa jobb, mint a későbbi életkorban. Az ovulatio-gátlók ismételt szedése esetén recidivák léphetnek fel, de ismert tény az is, hogy a gyógyszer kihagyása után a betegség remittáló típusúvá válik.

Angiographiás vizsgálatoknál gyakran találunk elzáródásokat vagy stenosisokat az art. carotis és art. cerebri media területén, ritkábban fordulnak elő vertebralis és sinus thrombosisok. Az angiographiák bizonyos részében negatív eredményt kapunk, vagy csupán ér-lumen egyenetlenségeket találunk. *Reisner* (37) 6 esetéből kettőben — akik közül egyen a j. o.-i art. carotis comm. elzáródása mellett a j. o.-i art. subclavia is elzáródott —, más szerző (21) 4-en tudott bizonyítani thromboticus vagy emboliás eredetű agyi kerin-gési zavart.

56 angiographizált eset közül egy kétoldali carotis- és egy kétoldali media-elzáródás fordult elő 15 negatív angiographia mellett (29, 30). Mások 30 beteg angiographiás vizsgálati lelete alapján azt tartják, hogy az elzáródások vagy stenosisok leggyakrabban a j. art. cer. media területén fordulnak elő és csak 1—1 esetben találtak vertebralis elzáródást és agyi vénás thrombosisot (48).

Voit és mtsai (43) 10 beteg közül 3-on kaptak negatív eredményt és megemlítendő mint érdekesség, hogy egy agyi vénás thrombosisban szenvedő betegük műtéti beavatkozásakor következményes intracerebriális haematomát távolítottak el.

Hazánkban *Kutas és Bodosi* (22), *Gaszner és mások* (9) közöltek fogamzásgátlók mellékhatásaként kialakult agyi thrombosisot. *Antony és Kelemen* (1) 51 betegen talált neuropsychiatriai komplikációt, melyet EEG-vel is elemeztek. Másokkal együtt megfigyelték, hogy a fogamzásgátlók folyadékretentiót okozó hatása miatt epilepsziás megbetegedésekben óvatosság ajánlott. Találunk adatot arra vonatkozóan is, hogy epilepsziás beteg o. a. szedése mellett gravid lett.

Haematologiai elváltozások

A pathogenesiset illetően különböző feltevések vannak: az érmobilitási zavarok, az agyi erek falának reversibilis structuralis változása, alvadásphysiologiai változások és az egyéni dispositio alkothatja együttesen azt a pathogeneticai folyamatot, mely a tünetekért felelős. Egyes (34) kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy az exogen oestrogen és progeszteron fibrinolysin emelkedéséhez vezet. Mások a coagulatio megrövidülését, a prothrombin-idő és a fibrinolysin-idő megváltozását, a partialis thromboplastin idő megrövidülé-

sét találták (12). Leírták a cephalin-idő rövidülését, a factor VIII. aktivitás és a proconvertin aktivitás emelkedését is (5). Vannak adatok arra vonatkozóan, hogy a factor VII. szint significansan emelkedik o. a.-t szedőkben, de ugyanaz található terhességben és vénás thrombosisban is. Más szerzők hangoztatják, hogy az oestrogenek a thrombocytá aktivitást fokozzák és a vér coagulatio-sebességét is, a vérelemezkek electrophoreticus viselkedését változtatják meg az adhaesivitas irányában (27). A progesteron tartalmú orális anticoncipienssek nem fokozzák a vér alvadékonyságát, míg a klasszikus oestrogen-progestogen tartalmú szerek igen (36).

Változás következik be a renin—angiotensin—aldosteron rendszerben, mely hatással van a só- és vízháztartásra is.

Morphologiai elváltozások

A haematologiai elváltozásokon kívül morfológiai változásokat is találtak, melyek endothel-proliferációban, intima-megvastagodásban nyilvánulnak meg. A savanyú mucopolysaccharidák emelkednek, ami qualitativ változáshoz vezet az érfa alapállományában, különösen az intimában. Atheromatosis nem lehetett kimutatni.

Psychés mellékhatások

Az utolsó 10 évben az o. a. psychés mellékhatásait is számos szerző tárgyalja, mely az irodalomban gyakran vitatott téma. A mellékhatások gyakorisága a különböző adatok szerint tág határok között mozog, 0—46%-ot ér el. Mivel szintetikus hormonok kerülnek a szervezetbe, az oestrogen—gestagen egyensúly felbomlik és oestrogen-dominans vagy gestagen-dominans állapotok alakulnak ki, azoknak jellemző klinikai tüneteivel.

(Az oestrogen dominantia tünetei: nausea, folyadék-retentio, praemenstrualis feszültség, ingerlékenység, hypermenorrhoea, fejfájás, mucorrhoea.

A gestagen dominantia tünetei:

- gestagen hatás: praemenstrualis depressio, leukorrhoea, száraz vagina, csökkent libido, hypomenorrhoea.
- androgen hatás: acne, zsíros bőr, sűrű hajnövekedés, elváltozott hang, fokozott libido.
- anabolicus hatás: fokozott étvágy, súlygyarapodás, jobb közérzet.)

Az o. a.-t szedő nők psychés vizsgálata részben pozitív hatást mutatott, hiányzott a terhességtől való félelem, a sexualitás kiélésének psychés feltételei javultak. De beszámolnak depressív állapotokról, a psychosexualitás csökkenéséről, hystériás, szorongásos tünetekről, neurastheniás tünetegyüttesről — melyet 46 (33), illetve 10%-ban (13) találtak.

Ziolko (49), valamint Molinski és Seiff (28) 1969-ben állították össze az o. a. szedése kapcsán jelentkező mellékhatásokat, melyek lényegében megegyeznek mások (7) által észleltekkkel.

Fenti szerző (49) az orális contraceptio psychodynamikai aspectusát emeli ki és hangsúlyozza, hogy szedésüknél ugyanazon tényezők szerepelnek,

mint pl. a psychopharmacoonok atypusos hatásának a kialakulásánál; a szedéssel actualisalódnak bizonyos conflictusok, ezt a gyógyszernek tulajdonítják, mely fenyegetettségérzést és elbizonytalandást okoz.

Különböző szerzők változó százalékban adják meg a depressio előfordulását; leírják 16—17%-os, de 30—34%-os arányt is (32, 11). Statisztikailag igazolták az affectiv változásokat, depresszív, dysphoriás állapotokat, affectabilitást (33). 8,6%-ban depressiót vagy depresszív színezetű tünetcsoportot is leírtak (20).

Cullberg (3) 4 — mindegyikben 80 beteget tartalmazó — csoportot állított össze. Ebből 3 csoport szedett o. a.-t, hogy gestagen-dominans, gestagen—oestrogen egyensúlyban levő és oestrogen-dominans tablettákat kaptak, míg a negyedik csoport csak placebót. Mind a három csoportban feltűnően magas százalékban fordult elő dysphoriás hangulatváltozás; fokozódó depressiós-szorongásos állapot pedig az oestrogen-tartalmú szert szedőkön jelentkezett gyakrabban.

Az o. a. huzamosabb szedés után praemenstrualis depressiót hozhatnak létre és ugyancsak depressív tünetek léphetnek fel, ha az anamnesisben már depressív hangulati rendellenesség szerepel. 136 beteg vizsgálatkor úgy találták, hogy significans a praemenstrualis depressio előfordulása és 9 beteg kifejezett depressio és irritabilitás miatt abbahagyta a szedést (14). A szerzők szerint 6,6%-ban alakult ki depressio. Ezzel szemben mások (10) nem észleltek significans különbséget a gyógyszer szedő és a kontroll csoport között és arra a következtetésre jutottak, hogy az ideges tünetek, a súlygyarapodás és a depressio inkább coincidentialis vagy pedig psychologiai tényezők által létrehozott mint pharmacologiai hatás.

Leírták norethynodrel szedése következtében kialakult depressiót, illetve hangulati változást és 3 betegük depressióját (38).

Winston (47) hasonló körülmények között azt figyelte meg, hogy bizonyos esetekben a központi idegrendszerben a biogen aminok szintézise gátolt, ami functionalis pyridoxin-hiány eredménye és az o. a. oestrogen-tartalma okozza. Feltételezi és adatokkal támasztja alá, hogy ezekben az esetekben a depressio megelőzhető vagy enyhíthető B₆-vitamin adásával. 250 beteg közül — akiknek az anamnesisében praemenstrualis vagy terhességi depressio szerepelt — 220 jól reagál pyridoxinra. 22 o. a.-t szedő, előzőleg psychés megbetegedésben nem szenvedő depressziós betegek közül 11 javulást mutatott B₆-vitamin szedésére.

A fenti psychés elváltozások kialakulásának különböző módjai vannak:

- a hormonok közvetlen központi idegrendszeri hatása révén,
- psychés reakciók somaticus hatása következtében,
- psychés reakciók a hormonok által megváltoztatott realitásérzés következtében.

O. a. szedése során psychosisok ritkán fordulnak elő, ami azzal magyarázható, hogy mindig alacsony oestrogen—progestogen tartalmú szert alkalmaznak.

Keeler, Kane, Daly (17) közölték elsőként esetüket; betegük anamnesisében lactatiós psychosis szerepelt, majd az ovulatio-gátlók szedésének első cyclusában szorongásos-hallucinatoros psychosis alakult ki.

A későbbiekben más szerző (15) hasonló esetet publicált és feltételezi, hogy a progesteron-tartalommal van összefüggésben a psychosis. Írtak le a schizophrenia formakörbe tartozó olyan psychosist, ahol az ovulatio-gátlók szedésének abbahagyása után bontakozott ki a psychosis (28).

Daly, Kane és Ewing (4) két betegükön látták a psychosis kialakulását sequentialis fogamzásgátlók szedésével kapcsolatban; egyik esetükben az oestrogen, másikban pedig a progestogen játszott szerepet a betegség létrejöttében. Mindkét betegükön az előzményben lactatiós psychosis szerepelt és egyikükön más típusú o. a. szedésekor is psychosis bontakozott ki. A psychés képet üldöztetési, vonatkoztatási doxasmák, bizarr magatartás, kóros affectív változások jellemezték.

Gabriel és mtsainak (7) betege praemorbide cycloid személyiség volt, akin Anovlar (norethisteronacetat + aethinyloestradiol) szedésekor depresszív-apathiás syndroma alakult ki, s emiatt a gyógyszerzedést abba kellett hagynia. Planovin (megestrolacetat + aethyloestradiol) pár napi szedése után pedig mániás állapot lépett fel, melyben egyszerre 17 tablettát vett be. Ezt követően opticus, acusticus hallucinációk, zavartság jelentkezett affectív zavarok kíséretében. Az eset érdekességét fokozza, hogy a beteg gyógyulása után másfél évvel teherbe esett és ismét psychoticus episod alakult ki.

Mások (11) schizophrén beteg psychosisának exacerbatióját látták már az ovulatio-gátlók szedésének első cyclusában.

A hazai irodalomban 1972-ben közölt Kiss (18) 2 esetében szorongásos, hallucinatoros, téveseszmékkel, kóros affectív változásokkal járó psychosist gestagenek válthattak ki.

Ezt követően fenti szerző munkatársaival ismerteti Bisecurin szedés második cyclusának elején jelentkező schiziform psychosis esetét is (19).

A psychosisek kialakulásában általában hajlamosító tényezőket tudunk az anamnesisben felderíteni. Az esetek egy részében praemorbide is sensitív vagy cycloid személyiségvonások, lactatiós psychosis vagy egyéb más előző psychiatriai megbetegedés szerepel, melyek talaján a psychosisek kialakulásában az o. a. szedése provokatív tényezőként értékelhető.

Saját megfigyeléseink szerint is az o. a. szedése a praemorbide személyiségstruktúra, előző psychés megbetegedés talaján a psychosis kialakulásához hozzájárulhat, azok létrejöttét provokálhatja.

Bár az o. a. pathogen szerepe a mellékhatások kialakulásában nem egyértelműen tisztázott, számos szerző mégis pozitív correlációt von a statisztikai adatok alapján. Az ellentmondó eredmények miatt még további kutatások szükségesek.

Éppen szociális jelentősége miatt a complicatiókat kell keresnünk, hogy az abszolút és relatív contraindicatiókat fel tudjuk állítani. A complica-

tiók — szerencsére — csak ritkák, ha számbaveszünk a szer nagyarányú elterjedtségét — melyek nem eredményezték a hormonális fogamzásgátlók egyszerű elvetését. Az o. a. népességgpolitikai, sexualpsychologiai jelentősége igen nagy, mégis a fentiek alapján bizonyos következtetések levonhatók. Az ovulatio-gátlók lehetőleg alacsony oestrogen-tartalmú szerek legyenek, melyek még így is csak orvosi ellenőrzés mellett szedhetők. Előzetes részletes orvosi vizsgálat abból a célból fontos, hogy a rizikó-factorokat ki tudjuk zárni. Azokban az esetekben, amelyekben a mellékhatások — átmeneti jelleggel is — fellépnek, a szer szedését be kell szüntetni. Az ismert tények szükségessé teszik újabb o. a. kutatását és előállítását, melyeknek káros mellékhatásai még ritkábbak.

Tehát ha ezeket a szempontokat figyelembe vesszük feltehető, hogy a mellékhatások száma csökkenni fog és biztonságosabban alkalmazhatjuk az orális anticoncipienteket.

Összefoglalás. Szerző ismerteti a hormonális orális anticoncipientek szedésével kapcsolatban kialakuló személyzeti, neuropsychiatriai, haematologiai, morphologiai mellékhatásokat. Beszámol arról, hogy a praemorbide személyiség szerkezet, illetve előző psychiatriai megbetegedés talaján az orális anticoncipientek szedése a psychosis kialakulásában provokatív tényezőként értékelhető. Felhívja a figyelmet, hogy bár a mellékhatások tünetei — tekintetbe véve a szer nagyarányú elterjedtségét — ritkán lépnek fel, mégis újabb, biztonságosabb készítmények kutatása, illetve előállítása ajánlatos.

IRODALOM: 1. Antony M., Kelemen A.: Orv. Hetil. 1971, 112, 2936. — 2. Arbenz, J. P., Wormser, P.: Schweiz. med. Wschr. 1965, 95, 1954. — 3. Cullberg, J.: Acta psychiat. Scand. Suppl. 1972, 236. — 4. Daly, R. J. és mtsai: Lancet. 1967, II, 444. — 5. Egeberg, O., Ouren, P. A.: Brit. med. J. 1963, I, 220. — 6. Fogelholm, R., Narva, E. V.: Acta neurol. scand. 1970. Suppl. 43/46. — 7. Gabriel, E. és mtsai: Wien. med. Wschr. 1969, 119, 842. — 8. Gardner, H. J. és mtsai: Neurology (Minneapolis). 1967, 17, 297. — 9. Gaszner, P. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 924. — 10. Goldzieher, J. W.: Am. J. Obstet. Gynecol. 1971, 11, 1013. — 11. Grant, E. C. G., Mears, E.: Lancet. 1967, II, 945. — 12. Halberstadt, E. és mtsai: Med. Welt. (Stuttg.). 1968, 19, 806. — 13. Hauser, G. A., Schubiger, V.: Therapie-woche. 1966, 16, 991. — 14. Herzberg, B., Coppen, A.: Brit. J. Psychiat. 1970, 116, 161. — 15. Idestrom, C. M.: Lancet. 1966, I, 718. — 16. Imnan, W. H. W., Vessey, M. P.: Brit. med. J. 1968, II, 193. — 17. Keeler, M. H. és mtsai: Am. J. Psychiat. 1964, 120, 1123. — 18. Kiss S. A.: Ideggyógy. Szemle. 1972, 25, 30. — 19. Kiss A., Berecz Gy.: Orv. Hetil. 1973, 114, 396. — 20. Kovács M.: Ideggyógy. Szemle. 1973, 26, 530. — 21. Krankenhagen, B., Köhler, G. K.: Dtsch. med. Wschr. 1971, 96, 416. — 22. Kutas M., Bodosi M.: Orv. Hetil. 1969, 110, 2267. — 23. Lakatos I. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 1524. — 24. Levine, J., Swanson, P. D.: Ann. intern. Med. 1969, 70, 807. — 25. Lorentz, J. T.: Brit. med. J. 1962, II, 1191. — 26. Louis, S., McDowell, F.: Ann. intern. Med. 1967, 66, 932. — 27. Masi, A. T., Ducdale, M.: Ann. intern. Med. 1970, 72, 111. — 28. Molinski, H., Seiff, M.: Z. Psychother. Med. Psychol. 1967, 17, 203. — 29. Mumenthaler, M. és mtsai: Z. Neurol. 1970, 198, 46. — 30. Mumenthaler, M., Roll, L.: Schweiz. med. Wschr. 1969, 99, 133. — 31. Nevin, N. C. és mtsai: Brit. med. J. 1965, I, 1586. — 32. Nilsson, A., Sölvell, L.: Act. Obst. Gyn. Scand. 1967, Suppl. 8.

— 33. Petersen, P., Casparis, L.: Praxis. 1969, 58, 267.
— 34. Phillips, L. L. és mtsai: Am. J. Obst. Gynec. 1961, 82, 1216. — 35. Philippa, G. és mtsai: Münch. med. Wschr. 1967, 13, 691. — 36. Poller, L. és mtsai: Brit. med. J. 1971, I, 705. — 37. Reisner, H. és mtsai: Wien. med. Wschr. 1969, 119, 575. — 38. Scott, J. W., Brass, P.: Am. J. Obst. Gynec. 1966, 95, 1166. — 39. Seigel, D., Corfman, P.: J. Amer. med. Ass. 1968, 203, 950. — 40. Shafey, S., Scheinberg, P.: Neurology. (Minneap.). 1966, 16, 205. — 41. Thomson, J. M., Pol-

ler, L.: Brit. med. J. 1965, II, 270. — 42. Vessey, M. P., Doll, R.: Brit. med. J. 1968, II, 199. — 43. Voit, D., Dorndorf, W.: Dtsch. med. Wschr. 1971, 96, 412. — 44. Walsh, F. B. és mtsai: Arch. Ophthal. 1965, 74, 628. — 45. Weinstein, P. és mtsai: Klin. Mbl. Augenhk. 1973, 162, 798. — 46. West, J.: Brit. med. J. 1968, 4, 187. — 47. Winston, F.: Lancet. 1969, II, 377. — 48. Wohlfiel, R. és mtsai: Fortschr. Neurol. Psychiat. 1973, 41, 166. — 49. Ziolkó, H. U.: Münch. med. Wschr. 1969, 111, 2437.

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: arthrosisek, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritís urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acut 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 applikálható:

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



Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Gyermekklinika (igazgató: Kerpel-Fronius Ödön dr.)

Hypopituitarismus okozta törpenövés

Gács Gábor dr.

A kórosan alacsony növés számos oka közt viszonylag ritkán szerepel a növekedési hormon hiánya. Az utóbbi években mégis az érdeklődés előterébe került e betegség, mivel lehetővé vált mind a pontos diagnózis, mind a hatásos terapia. Sorra jelennek meg beszámolók az eddigi tapasztalatokról (1, 7, 21, 22, 24, 27). Magyarországon növekedési hormon meghatározást csak az utóbbi időben végeznek, emberi növekedési hormonnal nyert terapiás eredményekről Péter számolt be (13).

Klinikánkon 1970 óta 17 esetet tanulmányoztunk részletesen, akiken csökkent növekedési hormon termelés okozta a növekedési zavart, többségükben oki kezelést is kezdtünk. Az alábbiakban foglaljuk össze tapasztalatainkat.

Betegek és módszerek

A betegek hosszkorát Eiben és mtsai (3) budapesti gyermekeken nyert adataiból, a csontkort a Greulich—Pyle-táblázat alapján határoztuk meg.

Betegeink klinikai adatai és a kezelés eredményei. SD-a kornak megfelelő testmagasság szórása

1. táblázat

Eset №	Nem	Kor		Magasság cm	Hossz elmaradás -SD	Hosszkor		Csontkor év	Születési súly (kg)	Növekedés cm/év kezelés		Kezelés időtartama hó	Thyranon mg/nap
		év	hó			év	hó			előtt	alatt		
1.	L	3	9	72	6,0		10	1	2,7	—	—	—	—
2.	L	4	5	85	4,6	2	0	2	3,3	4,5	9,0	4	50
3.	F	5	4	96,5	3,2	3	4	3,5	4,0	1,0	8,4	4	50
4.	F	5	8	85,8	5,7	2	0	4	3,1	—	—	—	—
5.	F	6	0	92	5,0	2	8	2,5	3,1	3,0	6,6	18	50
6.	L	6	1	96	4,2	3	3	4	3,1	3,0	8,6	12	—
7.	F	6	1	97	3,9	3	4	2	1,8	0,5	12,0	4	50
8.	L	7	1	92,5	6,0	3	0	2	3,2	4,0	8,0	5	50
9.	F	8	2	107	3,6	4	7	4	3,2	2,0	10,5	8	75
10.	F	8	3	100,6	4,7	3	9	5	3,1	—	—	—	—
11.	F	9	6	99	6,4	3	6	2	—	—	—	—	—
12.	F	9	8	116	3,2	6	0	9	3,4	4,5	6,0	4	50
13.	L	9	10	104,9	4,6	4	5	3	3,0	—	—	—	—
14.	F	10	8	111	4,5	5	3	7	3,2	2,0	8,0	18	50
15.	F	11	9	91	8,7	2	9	5,5	4,8	1,5	8,0	3	—
16.	F	14	6	126	4,4	7	9	7,5	3,4	0,5	5,5	18	75
17.	F	17	8	95,5	12,5	3	2	9,5	4,9	1,5	10,8	3	—

A növekedési hormon (továbbiakban: *n. h.*) vizsgálatára minden esetben arginin-terhelést és két eset kivételével insulin-terhelést is végeztünk. Az utóbbi időben közvetlenül egymás után végeztük e két vizsgálatot: először 0,5 g/kg 1-arginin-HCL-t infundálunk 30 perc alatt, majd újabb 30 perc elteltével 0,1 E/kg kristályos insulint adunk intravénásan. Vért 20—30 percenként veszünk, összesen 120 percen keresztül (1. ábra). Egészségesekben rendszerint 7 és 50 ng/ml közötti értékre emelkedik a *n. h.* szint. Sokszor csak az egyik terheléskor kapunk megfelelő emelkedést, ez normálisnak tekinthető. Négy—hét ng/ml-es értékek esetén további vizsgálatok végzése szükséges; ezekre még visszatérünk. Négy ng/ml maximális szint alatt csökkent *n. h.* termelés állapítható meg. Az éhomi *n. h.* szint rendszerint mérhetően alacsony, de 10—15 ng/ml-t is elérhet izgalom hatására. Az alacsony éhomi szintnek nincs diagnosztikus értéke.

A növekedési hormont radioimmunológiai módszerrel határoztuk meg (5). A legalacsonyabb koncentráció, amely még megbízhatóan mérhető laboratóriumunkban 0,5 ng/ml. Az ennél kisebb értékeket 0,5 ng/ml-nek tüntettük fel.

A TSH termelésre a pajzsmirigyműködésből következtettünk. Meghatároztuk a serum fehérjéhez kötött jódtartalmat, melynek normális értékei 3,5—7,5 μ /100 ml. Elvégeztük a T₃ próbát (normális 0,75—1,2), és mértük a ¹³¹J-felvételt a pajzsmirigyben (normálisan 24 órával a radioaktív izotóp elfogyasztása után a bevitt radioaktivitás legalább 30%-a mérhető a pajzsmirigy felett). Ezt a vizsgálatot néhány esetben TSH adása után megismételtük.

Az ACTH elválasztás vizsgálatára a 24 órán át gyűjtött vizelet ketogen steroid (KGS) tartalmát mértük metopiron adását megelőző és az az utáni napon. Egészséges gyermekek KGS ürítése legalább kétszeresre emelkedik. A KGS-t Fehér és mtsai módszerével határoztuk meg (4). Ezenkívül plasma 11-OH-steroid meghatározást végeztünk reggeli vérmintából kompetitív fehérjekötéses módszerrel (12). Normális szint 5—20 μ g/100 ml.

Eredmények

A klinikai adatok az 1. táblázatban láthatók. A hosszú növekedés minden esetben jelentősen, legalább 3 SD-vel (kornak megfelelő testmagasság szórása) elmaradt. A csontkor is mindig visszama-

radt az életkorhoz képest, ennek mértéke összefüggésben van a pajzsmirigyműködéssel (2. ábra). Normális se. jódszint mellett a csontkor mindig kevésbé maradt el, mint a hosszkor, súlyosabb hypothyreosis esetén ezzel szemben a csontfejlődés elmaradása a nagyobb mértékű. A testarányok minden esetben normálisak voltak. Négy esetben az alacsony növéseken kívül egyéb klinikai tünet nem volt megfigyelhető. A többi esetben a következő tünetek fordultak elő: zsírszövet felszaporodása a csípőtájon és az alhason, öreges-infantil arc, a nasoorbitalis nyereg fejletlensége, száraz tapintatú bőr a végtagokon. Egy gyermekben m. sacer, egy másikon évek óta tartó fejfájás fordult elő. Symptomaticus hypoglycaemiát nem észleltünk, de 4 esetben mértünk 50 mg/100 ml alatti éhomi vércukorszintet.

Hat gyermekben utal az anamnézis szülési károsodásra, ami aetiologiai tényezőként szóba jöhet. Két fiútestvérén (15. és 17. számú) valószínű a genetikai eredet. Szülei és testvérük normális növések, ami recesszív öröklődés mellett szól. A kórházba küldés oka minden esetben az alacsony növés volt. A beküldés előtti évek testméreteire nincsenek számszerű adataink, de az anamnézis szerint a gyermekek többségében 2–4 éves korban, néhányon már egyéves kor körül észrevették, hogy lassan fejlődik.

A hormonális vizsgálatok eredménye a 2. táblázaton látható. A *n. h.* éhomi szintje 0,5–2,5 ng/ml volt és insulin vagy arginin terhelésre mindig 4 ng/ml alatt maradt. A pajzsmirigyműködés 4 esetben egyértelműen normális volt, a többiben egy vagy több vizsgálat során csökkent működés mutatkozott. TSH adása után minden esetben jól emelkedett a kezdeti alacsony ¹³¹J-felvétel. Hypothyreosisra jellemző klinikai tünetet csak igen enyhe formában láttunk, így száraz bőrt, mozgásszegénységet. A csontkor alakulásában azonban érvényesült az alacsony thyroxinszint hatása (2. ábra). Érdekes, hogy a szellemi fejlettség még csökkent pajzsmirigyműködés mellett is legtöbbször normális volt. A 24 órás KGS ürités legtöbbször alacsony volt, de még a normális határokon belül, metopiron adása után 4 esetben nem emelkedett a duplájára. A plasma 11-OH-steroid szint minden esetben normális volt. Hypocorticismusra utaló klinikai tünetet nem észleltünk.

Kezelés

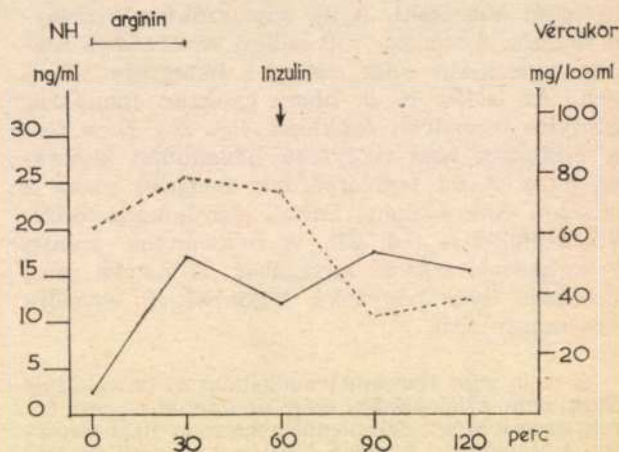
A kezeléshez használt növekedési hormont az általunk gyűjtött emberi hypophysisekből az Organon-gyár laboratóriumában preparálták Raben módszerével (8). A készítmény 1 mg-ja kb. 1,0 E-et tartalmaz. Minden betegnek hetenként 2 × 5 mg-ot adtunk intramuscularisan. A mi körülményeink közt 1 éves kezeléshez kb. 200 hypophysis szükséges.

Tizenhat esetben kezdtünk *n. h.* kezelést, 12-ben már biztosan megítélhető a hatás (1. táblázat). Egy eset kivételével mindegyikben jelentősen fokozódott a növekedés sebessége. A csak néhány hónapig kezelt esetekben a táblázaton feltüntetett egy évre számított növekedési ráta kissé túlzó lehet, mert az első hónapok után valamivel csökken

a hormon hatása. Két gyermekben (14, 16) pajzsmirigyhormon adása nélkül kezdtük a növekedési hormon kezelést, amelynek hatására 1,9, ill. 1,0 γ/100 ml-re csökkent a PBJ szintjük, és a növekedés csak akkor indult meg, amikor pajzsmirigykészítményt is kezdtünk adni.

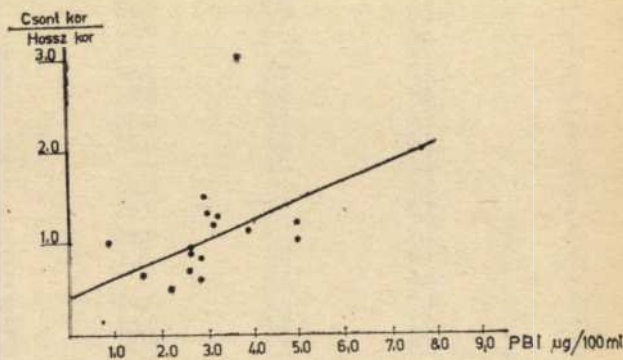
Megbeszélés

Saját tapasztalataink szerint a hypophysis hypofunctiója biztonsággal csak speciális hormonális vizsgálatokkal állapítható meg. A betegek külseje, elsősorban az arcuk, lehet ugyan jellegzetes, sokszor azonban semmilyen tünet sem különbözteti meg a beteget a törpenövés néhány egyéb formájától. A hypopituitarismushoz hasonló klinikai képpel jelentkezhetnek többek között a constitu-



1. ábra. Arginin–insulin terhelés egy egészséges gyermekben

tionalis lassú növény, a familiaris alacsony növény, a Turner-syndroma, a psychosocialis törpenövés, a hypothyreosis enyhébb formái. A növekedési hormon meghatározás rendszerint lehetővé teszi az e képektől való elkülönítést. Óvatosnak kell lenni azonban az értékeléskor, vannak ugyanis esetek, melyekben egyszerű terhelés vizsgálatkor hamisan alacsony értékeket kaphatunk. Ilyen helyzetek a következők: hypothyreosisban csökkent a növekedési hormon termelés (7, 9) és ezért csak pajzsmirigyhormon kezelés után ítéltető meg reálisan



2. ábra. A csontkor/hosszkor és a se. PBJ szint összefüggése $y = 0,2x + 0,44$

a helyzet. Konstitucionalis alacsony növés több esetében szintén csökkent *n. h.* szintet írtak le, amely testosteron, vagy oestrogen adására normálissá válik (6, 11).

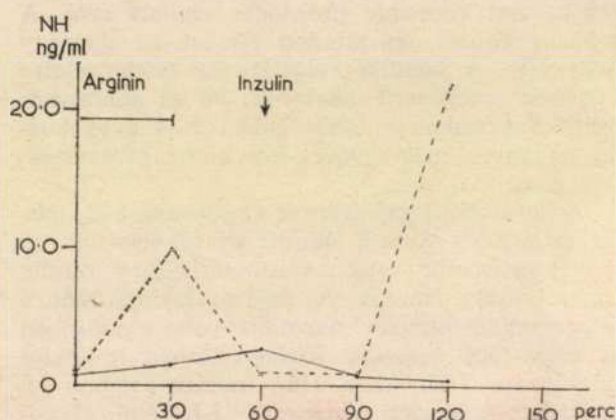
Az utóbbi években elsősorban az Egyesült Államokban sokat foglalkoznak az alacsony növés egy különleges formájával, amely rossz psychés és szociális körülmények közt alakul ki (16, 25). Ezekben az esetekben a törpenövés létrejöttének mechanizmusa még nem tisztázott; abban táplálkozási és idegrendszeri tényezők egyaránt szerepet játszhatnak. Sok ilyen esetben a kórházi felvételkor átmenetileg csökkent hypophysis-működés mutatható ki. Optimális környezeti viszonyok közt a hypophysis-működés csakhamar rendeződik. Magunk is megfigyeltünk egy ilyen gyermeket, aki alacsony növés miatt került a klinikára. A 3. ábrán láthatók a felvétel után, majd 2 hónap elteltével végzett arginin—insulin terhelés eredményei.

A hypopituitarismus közvetlen okát csak ritkán lehet kideríteni. A mi anyagunkban viszonylag sokszor, 6 esetben volt szülési károsodásra utaló anamnesztikus adat, amely a betegséget okozhatta. Az izolált *n. h.* hiány gyakran familiaris, többnyire recessiven öröklődik (19, 26). Ez a forma általában igen nagyfokú növekedési elmaradást okoz. A mi testvérpárunk megfelel ennek a típusnak. Ritkaságként leírtak dominánsan öröklődő eseteket is (14, 23). A fiúk-lányok aránya 12 : 5, hasonló mások anyagához. A nemek közt mutatkozó ilyen nagyfokú különbségre egyelőre nincs magyarázat.

A *n. h.* szint vizsgálatára alkalmazott provokációs próbák nem fiziológiasak, ezért az ilyenkor nyert értékek nem tükrözik feltétlenül a hormon napi termelését. A növekedési hormon kezeléssel szerzett tapasztalatok fényében azonban megállapítható, hogy a provokációs próbákban elért igen alacsony *n. h.* szintek valóban jelentősen csökkent termelést tükröznek. Bizonytalanság van még azonban a határeseteket illetően. Ezekben a stimulusokra csak 3—7 ng/ml-re emelkedik a *n. h.* koncentráció és ilyenkor partialis *n. h.* hiányt tételeznek fel (2, 8, 24, 28).

A partialis *n. h.* hiány létezését az erősíti meg, ha a betegek növekedése hormon adására meggyorsul. Jelen munkánkba ilyen betegeket nem vettünk be, mivel nincs megnyugtató bizonyítékunk arra, hogy valóban csökkent a *n. h.* termelésük.

Sokszor nehéz eldönteni, hogy a *n. h.* kiesés mellett csökkent-e más hypophysis hormonok elválasztása. Az ACTH, TSH és a gonadotrop hormonok közvetlen meghatározása igen nehéz és sokszor nem is ad kielégítő választ. A pubertáskor előtt nem is dönthető el, hogy fennáll-e FSH vagy LH kiesés. Saját anyagunkban nem volt olyan beteg, aki elérte volna a pubertáskornak megfelelő csontkort. Az ACTH és TSH secretióra a mellékvese- és pajzsmirigyműködésből közvetve tudunk következtetni. Idevágó vizsgálataink alapján összesen 3 betegünk volt, akiken csupán izolált *n. h.* hiány állt fenn (6, 15, 17). Többi betegünkben alacsony értéket mutatott egy vagy több pajzsmirigy



3. ábra.

Arginin—insulin terhelés egy psychosocialis okból retardált gyermekek felvétel után és 2 hónapos kórházi tartózkodás után

Endokrinológiai vizsgálatok eredményei

2. táblázat

Eset No	Növekedési* hormon szint ng/ml terhelés után	Se PJB µg/100 ml	T ₃ próba	J ¹³¹ felvétel %*	Plazma 11-OH- steroid µg/100 ml	Ketogen steroid mg/24 óra metopyron		IQ**
						előtt	után	
1.	3,0	3,1	0,88	26	16,2			N
2.	0,5	0,9	0,79	4	13,0	0,8	1,9	0,97
3.	1,5	5,0	0,62	19	16,0	2,2	2,3	N
4.	2,5	7,7	0,97	47		3,7	0,5	0,68
5.	3,5	2,6	0,97	20	11,0	1,0	2,6	1,05
6.	2,7	5,0	0,96	57	20,5	3,4	7,3	N
7.	0,5	2,8	0,53	14	11,2	1,1	2,4	0,69
8.	2,5	1,6	0,82	27	10,2	1,7	1,8	0,72
9.	1,7	2,8		16	10,7	1,4	2,7	1,3
10.	2,5	3,2	0,98	33		2,9	3,9	N
11.	1,2	2,2	0,65	19	5,0	1,3	3,6	0,96
12.	1,2	2,9	0,87	21	16,7	6,3		0,83
13.	1,0	2,6	1,1	25	7,5	2,0	4,1	N
14.	0,5	3,0		42	5,7	1,4	2,9	N
15.	1,7	3,9	0,95	33		1,7	5,1	
16.	0,5	2,6	0,85	28	8,2	1,5	3,2	0,93
17.	2,5	3,7	0,94	29		1,5	4,2	

* maximális szint; X beadás után 24 órával

** Intelligencia quotiens. N-korának megfelelő szellemi fejlettségű

DESOPIMON[®] tableta

anorexigenicum

Összetétel

Chlorphenterminum hydrochloricum
25 mg tablettánként.

Javallat

Adipositas.

Ellenjavallat

Kisvérköri hipertensio, cor pulmonale, glaucoma, hyperthyreosis.

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

Adagolás

Naponta 2–3x1 tableta étkezés előtt, kalóriaszegény diéta mellett.

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

Mellékhatás

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

Figyelmeztetés

Szív- és érrendszeri megbetegedések, hypertonia esetén csak óvatosan és

állandó orvosi felügyelet mellett alkalmazható.

Dekompenzált betegeket a Desopimon-kúra megkezdése előtt kompenzálni kell.

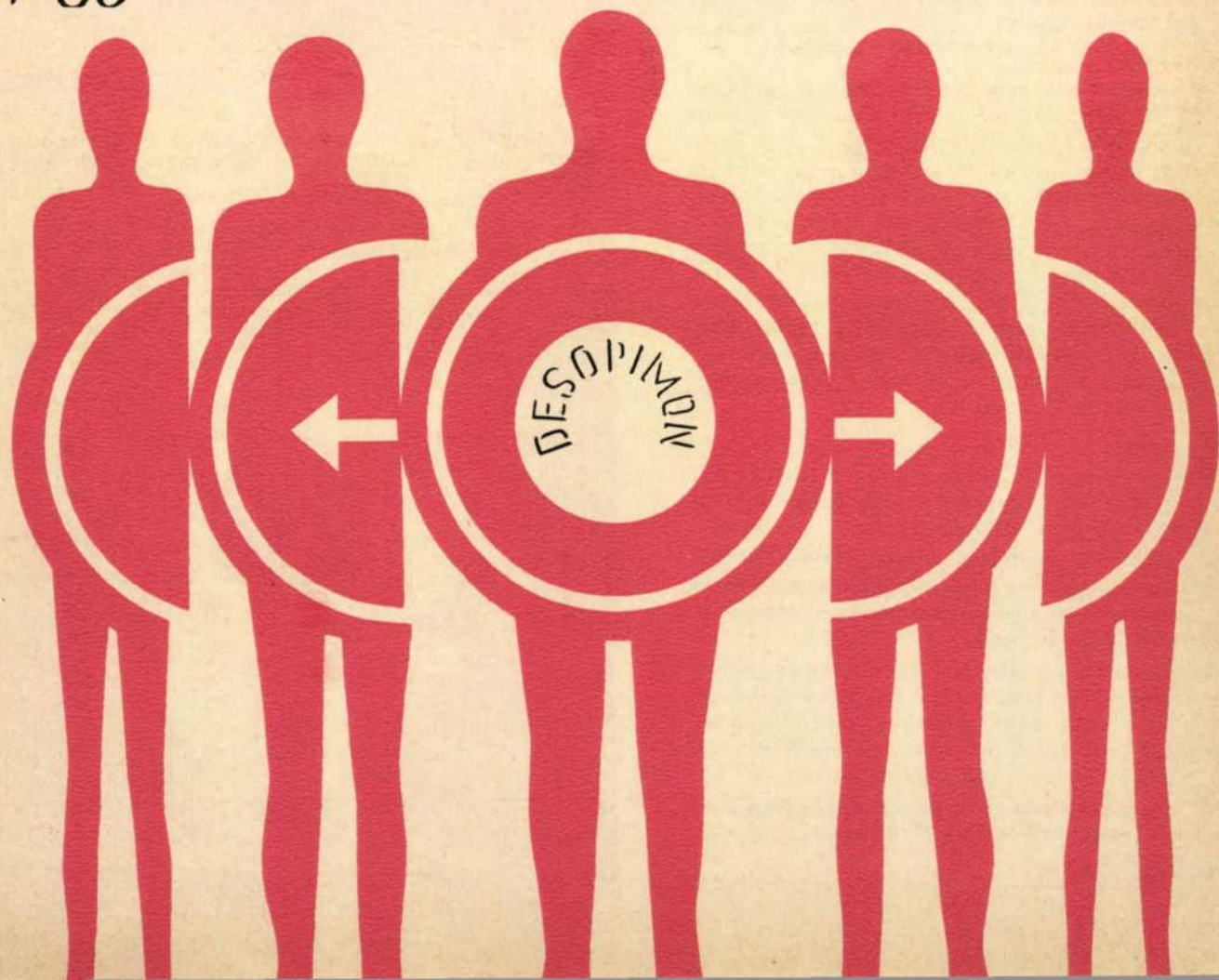
Bár központi idegrendszeri hatása minimális, az érzelmileg labilis, gyógyszer-hozzászokásra hajlamos egyének kezelése fokozott orvosi felügyeletet igényel.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

50 tabl. 16,40 Ft

500 tabl. 139,— Ft

Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest



Dopegyt®

tabletta antihypertensivum

Tablettánként 250 mg methyl dopa.

Javallat

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

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

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

Ellenjavallat

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

Adagolás

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

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

Mellékhatások

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

Figyelmeztetés

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

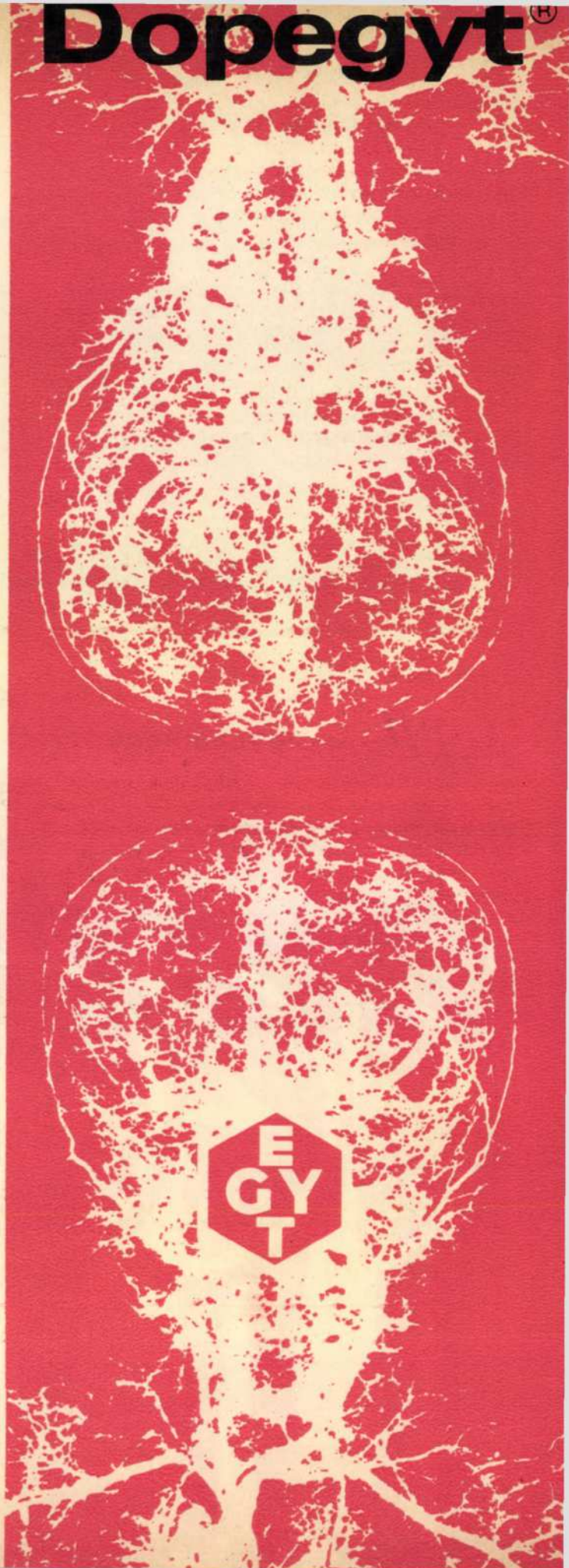
Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban v. veszélyes gépeken dolgozók csak az orvos által — az egyéni érzékenységnek megfelelően — előírt adagban szedhetik.

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

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

50 db tablettá 55,50 Ft

Dopegyt®



vagy mellékvese vizsgálat. Az értékek azonban sokszor a normális és kóros határán voltak. Mivel klinikai tünetek a diagnózist nem biztosítják, hiányos pajzsmirigyműködés gyanúja esetén helyes ezeket az eseteket hypofunciósnak tekinteni. Növekedési hormon adásakor ugyanis tovább csökken a pajzsmirigyműködés és megfelelő thyroxin szint nélkül a növekedési hormon kezelés hatástalan marad (21).

Ezt bizonyítják 14. és 16. eseteink. Az említett jelenségnek az az oka, hogy a növekedési hormon gátolja a TSH elválasztást (15, 20). A kisfokban csökkent ACTH termelés kimutatására a metopyron próbát tartják legalkalmasabbnak (10). A plasma cortisol éhomi szintje, illetve emelkedése különböző stimulásokra (hypoglycaemia, vasopressin, pyrogen) kevésbé érzékeny. Saját eredményeink is mutatják, hogy bár a plasma cortisol szint mindig normális volt, a ketogen steroid ürítés és ennek a metopyron adása utáni emelkedése néhány esetben csökkent maradt.

A növekedési hormon kezelés világszerte még ma is kísérleti stádiumban van. Az emberi hypophysiból extrahált növekedési hormon hatása kétségtelenül bizonyított a növekedési hormon hiányos állapotokban. Nincs még eldöntve azonban, hogy a hormon milyen adagban és milyen időközökben optimális hatású. Általában hetenként 2–3 injectióban adják, alkalmanként 5–10 E-et. A hatás különösen az első évben jó, később csökken, de még évekkal a kezelés megkezdése után is eléri vagy meghaladja az életkornak megfelelő normális növekedési sebességet. A betegek kezelés előtti 1–5 cm/éves növekedési üteme 6–18 cm/évre emelkedik. Saját eredményeink megegyeznek a tapasztalatokkal. Bár betegeink egy részében még rövid a kezelés időtartama, indokoltan tartottuk bemutatásukat, hogy felhívjuk a figyelmet arra, hogy a hypophysaer törpeség biztos diagnózisa és az oki kezelés lehetővé vált hazai körülmények közt is. A pajzsmirigy hormon substitutio szükségességéről már volt szó, ugyanakkor hangsúlyozni kell, hogy indokolatlan adása káros lehet, mert gyorsabban fokozza a csontfejlődést, mint a hosszúnövekedést. A corticosteroidok növekedést gátló hatása jól ismert, ezért csak akkor adjuk, ha hypoglycaemia vagy más tünet ezt feltétlenül szükségessé teszi. Ha a növekedési hormon hiányhoz gonadotrop hormon hiány is csatlakozik, testosteron vagy oestrogen adása is szükséges, de csak akkor, ha a csontfejlődés elérte a megfelelő fokot: lányoknál a 13., fiúknál a 15. évet.

Mivel ma már lehetővé vált a *n. h.* hiány okozta törpenövés oki kezelése, elvetendőnek tartjuk az anabolikus steroidok használatát ilyen ese-

tekben. Ezek ugyanis az epiphysisek gyors záródását okozzák, amely előnytelen a végső testhosszt illetően. Mivel azonban hazánkban csak 1–2 év múlva lesz megfelelő mennyiségű hormon az öszszes beteg kezelésére, 12 éves kor felett megkísérelhető az anabolikus hormonok óvatos adása.

Összefoglalás. 1970–1974-ig 17 esetben állapítottak meg hypopituitarismust a törpenövés okaként. A klinikai kép sokszor nem jellemző, ezért növekedési hormon meghatározás nélkül a diagnózis többnyire nem lehetséges. A betegek növekedési hormon szintje arginin- és insulin-terhelések során minden esetben körjelzően 4 ng/ml alatt maradt. A növekedési hormon hiánya mellett 13 esetben csökkent pajzsmirigy, 4 esetben pedig csökkent mellékvesekéreg működést észleltek. Három gyermekben izolált növekedési hormon kiesést találtak, ebből ketten testvérek.

Tizenkét beteget emberi növekedési hormonnal 3–18 hónapig kezeltek. A kezelés előtti 0,5–6,0 cm/éves növekedési ütem 5,5–12,0 cm/évre emelkedett. Hypothyreosis laboratóriumi jelei esetén szükséges volt pajzsmirigykészítmény adása is.

IRODALOM: 1. *Brasel, J. A. és mtsai:* Amer. J. Med. 1965, 38, 484. — 2. *Butenandt, O.:* Klin. Wschr. 1973, 51, 266. — 3. *Eiben O. és mtsai:* Bp.-i óvodások és iskolások testi fejlettsége. 1971. Bp. Főv. KÖJÁL, 22. — 4. *Fehér T. és mtsai:* Endocrinol. Exp. 1967, 1, 221. — 5. *Gács G., Kun E., Czirbesz Zs.:* Gyermekgyógyászat. 1974. közlés alatt. — 6. *Illig, R., Prader, A.:* J. Clin. Endocrinol. 1970, 30, 615. — 7. *Iwatsubo, H. és mtsai:* J. Clin. Endocrinol. 1967, 27, 1751. — 8. *Joss, E. E., Zuppinger, A.:* J. Pediat. 1972, 81, 1092. — 9. *Katz, H. R., Youlton, R., Kaplan, S.:* J. Clin. Endocr. 1969, 29, 346. — 10. *Keenan, B. S., Beitins, I. Z., Lee, P. A.:* J. Clin. Endocrinol. 1973, 37, 540. — 11. *Martin, L. G., Clark, J. W., Connor, T. B.:* J. Clin. Endocr. 1968, 28, 426. — 12. *Murphy, B. E. P.:* J. Clin. Endocr. 1967, 27, 973. — 13. *Péter F., Kovács J., Szabó B.:* Gyermekgyógyászat. 1970, 21, 86. — 14. *Porkitt, E. M. E., Rayner, P. H. W.:* Arch. Dis. Childr. 1974, 49, 55. — 15. *Porter, B. A., Refetoff, S., Rosenfield, R. L.:* Pediatrics. 1973, 51, 668. — 16. *Powell, G. F., Brasel, J. A., Blizzard, R. M.:* New Eng. J. Med. 1967, 276, 1971. — 17. *Prader, A. és mtsai:* Helv. Paediat. Acta. 1967, 22, 423. — 18. *Raben, M. S.:* Science. 1957, 125, 183. — 19. *Rimoin, D. L., Merimee, T. K., Mc Kusick, V. A.:* Science. 1966, 152, 1635. — 20. *Root, A. W., Bongiovanni, A. M., Eberlein, W. R.:* J. Pediat. 1970, 76, 422. — 21. *Root, A. W.:* Human pituitary growth hormone. Springfield, USA. 1972, 88. — 22. *Schröder, K. E., Schleyer, M., Homoki, J.:* Dtsch. Med. Wschr. 1972, 97, 1849. — 23. *Sheikolisham, B. M., Stempfel, R. S.:* Pediatrics. 1972, 49, 362. — 24. *Tanner, J. M., Whitehouse, R. H., Hughes, P. C. R.:* Arch. Dis. Childr. 1971, 46, 745. — 25. *Thompson, R. G. és mtsai:* Clin. Res. 1969, 17, 592. — 26. *Trygstad, O., Seip, M.:* Acta Paediat. Scand. 1964, 53, 527. — 27. *Trygstad, O.:* Acta Paediat. Scand. 1969, 58, 407. — 28. *Youlton, R., Kaplan, S. L., Grumbach, M. M.:* Pediatrics. 1969, 43, 989.

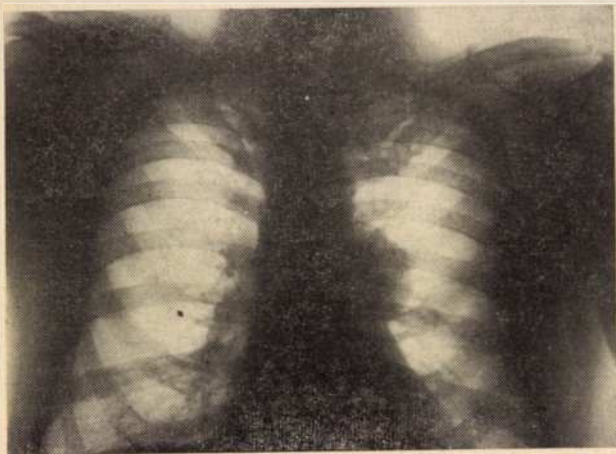
Fővárosi János Területi Vezető Kórház és Rendelőintézet,
II. Tüdőbelgyógyászati Osztály
(főorvos: Szücs Sándor dr.)

Mediastinalis daganatot utánzó thymus cysta

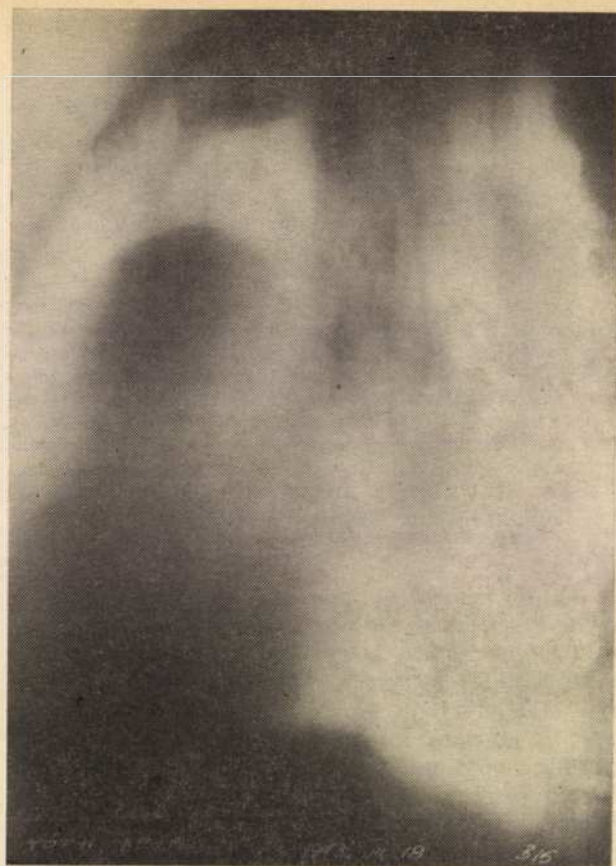
Laczkovits Gabriella dr. és Szücs Sándor dr.

A mediastinum térszűkítő folyamatainak differenciáldiagnosztikája nem könnyű feladat. Közleményünkben mediastinalis daganatot utánzó thymus cysta esetét ismertetjük. Irodalmi adatok szerint (1, 2, 3, 5, 8, 9, 13) a thymus cystás elfajulása a mediastinum cystás eredetű folyamatainak 5⁰/₀-át képezi. Osztályunkon az elmúlt 12 év alatt ápolott 7560 beteg közül hét diagnosztizált és operált thymus eredetű daganat fordult elő. Ezek közül csak ez az egy volt tömlősen átalakult thymoma.

T. B., 55 éves férfi, akit 1973 nyarán ernyőkép-szűrővel emeltek ki és küldtek kivizsgálásra bal oldali, hilusba vetülő, kisalmányi, éles szélű kerekárnyékkal. Az 1968-ban készített ernyőkép felvétele még negatív volt. 1973. VII. 16-án vettük fel. A beteg elmondja, hogy három évvel ezelőtt szív táji, szorító fájdalmak miatt belgyógyászati osztályon kezelték, ahol bal kamra tágulatot, koszorúér-elmeszesedést és cukorbetegséget állapítottak meg. A diabetes mellitus jelenleg diétával egyensúlyban tartható. Felvételekor szív táji szorító érzésről és jobb vállizületi fájdalomról panaszkodott. Fizikális vizsgálattal kó-



1. ábra.



2. ábra.

ros eltérést nem észleltünk. Az átnézeti mellkasfelvételen a bal hilusban, a mediastinumtól és a szívtől el nem különíthető, kisalmányi, oldalfelé éles szélű kerekárnyék látható (1. ábra). A bal rekesz felszíne egyenes, a bal oldali oldalsó sinus lekerekített. A tüdőben kóros árnyék nem látható. A nyilirányú és frontális rétegfelvétel kisalmányi kerekárnyékot mutat ki a szív felső pólusán, az a. pulmonalis törzse előtt, a felszálló aorta bal oldalán (2. ábra). Az aortát enyhén jobbra, a bal oldali arteria pulmonalis törzsét kissé hátra nyomja, a szívárnyéktól biztonsággal nem különíthető el. Esetleges pitvari aneurysma vagy arteria pulmonalis, ill. aorta tágulat kizárására angiocardio-graphiás vizsgálatot végeztünk. A felvételeken megfigyelhető, hogy a kerekárnyékba kontrasztanyag nem jutott. EKG: bal típusú sinus ritmus. ST szakaszok izoelektromosak. A légzésfunkciós vizsgálat mérsékelt



3. ábra.

restriktív ventilációs zavart mutatott. Laboratóriumi leletei negatívak voltak. A klinikai vizsgálatok alapján a malignitás lehetőségét sem kizárni, sem igazolni nem tudtuk, ezért panaszokat okozó térszűkítő mediastinalis betegség miatt műtéti eltávolítást javasoltunk. A János Kórház II. sebészeti osztályán a műtétet Keszler dr. végezte el. A műtét során az aortával, a pulmonalissal, conus pulmonalissal érintkező, azokról könnyen leválasztható kisalmányi, sima felszínű, fénylő tokkal körülvett, puha tapintatú cystát távolítottak el. A cysta 18 ml sárgászöröses színű, zavaros folyadékot tartalmazott. Fala 2—3 mm vastag, cafatos sárgásbarna színű. A fal vastagsága néhol 4—6 mm is volt. A cysta bennéből alkoholos kicsapás után, a János Kórház kórbonctani osztályán beágyazás után metszeteket készítettek, melyben sejtes elemeket nem találtak, csak amorph anyagot. A tömlőfalból készült szövettani metszeteken látható, hogy a fal belső része elpusztult. Zsírszövettel kevert thymus-szövet alkotja a fal középső részét. Az érett, típusos zsírsejtek között kisebb-nagyobb fészkekben helyezkedik el a thymus-szövet, melyben mind a kéreg-, mind a velőállomány és a Hassal-testek jól felismerhetők. A tok külső felszíne tömött, rostos kötőszövetből áll. Malignitásra utaló jel nincs. A kórszövettani vélemény: tömlősen átalakult lipothymoma. A cysta feltehetően a thymus-szövet nekrozisa következtében jött létre (Balázs dr.) (3. ábra).

Megbeszélés

A mediastinum térszűkítő folyamatai között a thymus jóindulatú daganata, a thymoma felnőttkorban igen ritkán fordul elő. A thymoma cystás elfajulása pedig irodalmi ritkaságnak számít. Újszülöttekben, feltehetően szülési trauma következtében, vagy gyermekkori fertőző betegségek után, thymus-bevérzés és ezt követően tömlős degeneráció előfordul (5). Felnőttkorban növekedő thymomában ismeretlen tényező, valószínűleg érrelátási zavar miatt elhalás következik be, majd az elhalt terület felszívódása után helyén rongyos falú cysta jön létre. Leírtak egy- és többrekeszes cystát. A cysták nagysága igen változó. A cysta falában mész rakódhat le. Bennéke barnás, világos-sárga, sanguinolens, sűrű folyadék. A cysta falának szövettani vizsgálatával biztonsággal fel lehet ismerni a thymus szöveti szerkezetét. A jóindulatú thymomák általában lassan növekednek, hosszú ideig tünetet nem okoznak. Esetünkben az öt évvel ezelőtt készített mellkasfelvételen az elváltozást még nem lehetett látni. Tapasztalatunk szerint a thymus-daganatok 60%-át hazánkban ernyőképen fedezik fel, külföldi adatok szerint a betegek többsége panasszal jelentkezik az orvosnál (4, 6, 8, 11, 13). A panaszok általában nem jellemzőek, a gátori szervek elnyomásával vagy összenyomásával függnek össze. A kompresszióból eredő tünetek függenek a daganat helyétől és nagyságától. Gyakori a szűró, szorító jellegű retrosternalis fájdalom, mely vállba, karba sugározhat. A panaszok gyakran lefekvés vagy felkelés alkalmával jelentkeznek vagy erősödnek.

Különleges nagyságú thymoma vagy thymus

cysta esetében légzőfelület-csökkenés, hörgőkompresszió, nehézlégzés keletkezhet. A nagyhörgők összenyomása főleg belégzési nehézségeket okoz. A légtelen tüdőterületen tüdőgyulladás, purulens bronchitis fejlődhet ki. A szív, nagyerek, főleg a cava superior kompressziója vagy dislocatiója következtében keringési elégtelenség, az arcrá, nyakra, vállakra kiterjedő cyanosis alakulhat ki, mely testhelyezettől függően fokozódhat vagy csökkenhet. A retrosternalis fájdalmat néha kínzó köhögés kíséri. Ezzel együtt vérkópés is előfordulhat. A betegek 15—20%-a panaszról nem tesz említést. Betegünk három évvel ezelőtt keletkező, bizonytalan jellegű szívtáji fájdalom thymus-bevérzés következménye lehetett. A mellkasi fájdalmak az elmúlt évek folyamán gyakran ismétlődtek, ami coronaria spasmus gyanúját keltette. A beteg panaszai és a véletlen leletnek számító ernyőképfelvétel hívták fel a figyelmet a mediastinalis folyamatra. Az átnézeti felvételek és a két irányból készített rétegfelvételek bizonyították, hogy az elülső felső gátorban, kb. kisalmányi, éles szélű kerekárnyék helyezkedik el. A klinikai és radiológiai vizsgálatok mediastinalis térszűkítő folyamatot bizonyítottak, de közelebbi felvilágosítást nem adtak.

A daganat életfontosságú szervek közvetlen közelségében helyezkedett el, a beteg panaszai és a kórelőzményben szereplő, öt évvel ezelőtt készített negatív mellkasfelvétel arra engedtek következtetni, hogy a daganat lassan növekszik. A radiológiai kép alapján jóindulatú folyamatra gondoltunk, azonban a növekedési tendencia miatt, a rosszindulatúságot sem lehetett kizárni. A műtét abszolút javallata állott fenn. Az angiocardiógrafiás vizsgálattal nagy valószínűséggel ki tudtuk zárni az aneurysmát, ill. szívdilatációt. A sikeres műtét és a műtét óta eltelt panaszmentes két év bizonyítja, hogy a gátor cystás daganatainak műtéti kezelése az egyetlen célravezető eljárás.

Összefoglalás. A szerzők igen ritkán előforduló mediastinalis thymus cysta esetét ismertetik. A cystásan elfajult lipothymoma a gátori szervekre gyakorolt térszűkítő hatásánál fogva okozott panaszokat. A cysta műtéti eltávolítása feltétlenül szükséges volt.

IRODALOM: 1. Aronstam, E. M.: Amer. Rev. Resp. Dis. 1961, 84, 440. — 2. Bauer, S.: Dis. Chest. 1961, 40, 552. — 3. Csapó Zs., Szenóhradszky J.: Orv. Hetil. 1969, 110, 1809. — 4. Deimer, E.: Fortschritt Röntgenstrahlen. 1969, 111, 779. — 5. Haranghy L.: Részletes kórbonctan. Medicina, Budapest, 1960. — 6. Howanietz, L.: Thoraxchirurgie. 1965, 13, 409. — 7. Kovács M., Keszler P., Pintér E.: Orv. Hetil. 1972, 113, 423. — 8. Könyves G.: Orv. Hetil. 1965, 106, 2427. — 9. Schmidt-Mende, M.: Münch. med. Wschr. 1966, 108, 405. — 10. Szűcs S.: A mediastinum betegségei. Medicina, Budapest, 1971. 145. — 11. Zombori M., Antmann I., Szűcs S.: Tuberkulózis és Tüdőbetegségek. 1961, 14, 78.

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

BION 80 Bipoláris Ionizátor

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

A negatív levegőionok belélegeztetése jó eredménnyel alkalmazható a

- felsőlégúti hurutas betegségeknél,
- időszakos felsőlégúti 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, gépkocsizhoz BION 78
- Asztali ionizátor BION 79
- Helyiség ionizátor BION 90

Gyártja és exportálja: MEDICOR MŰVEK, Budapest

**MEDICOR****MEDICOR**



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója
9. szám

Jan Mikulicz

A múlt század végének volt kiváló sebésze *Jan Mikulicz*, akinek pályafutása egyszemélyben is jelképezi a századforduló lengyel értelmiségének sorsát. Az Ausztria—Magyarországhoz tartozó Galíciában született, pályafutása alatt három egyetemen is tanár lett és halála után három nép — az osztrák, a német és a lengyel — orvostudománya is magáénak mondta életművét. Valójában lengyelnek mondta magát, de az adott kor körülményei miatt ezt nyíltan nem vallhatta meg.

Ifjúsága

Jan Mikulicz — teljes nevén *Jan Antoni Radecki Mikulicz* — 1850. május 16-án született a Kárpátok túlsó lábánál fekvő Czernowiec nevű falucskában. Apai és anyai családjá gazdag lengyel birtokos. Apja kezdetben Galíciában, majd Bécsben kormánytisztviselő, így az ifjú *Jan Mikulicz* középiskoláit Prágában (alig egy esztendő), Bécsben és Klagenfurtban végezte. Az idegen nyelvek és a zene iránt igen fogékony ifjút apja diplomatának szánta és azt tervezte, hogy tanulmányait a bécsi Keleti Akadémián folytatja. A szülői akarral szemben *Mikulicz* céltudatosan készült az orvosi pályára, így érettségi vizsgái után, apjával való szakítás árán, beiratkozott a bécsi egyetem orvosi karára. Az első esztendőt igen rossz anyagi körülmények között végezte el: tanulmányai mellett nyelv- és zongoraórák adásából élt. Egy esztendő múlva családjá régi barátja, *Leopold Neumann* jogtörténész professzor révén ösztöndíjat kapott, amit a családjával való megbékélés után is önállóságának biztosítékaként megtartott.

A nélkülözésekkel teli esztendő nem múlt el nyomtalanul a különben is gyenge fizikumú ifjú felett, így orvosi tanácsra kénytelen volt egy esztendőt pihenni. Ezalatt apjával és fivéreivel keleti utazáson vett részt: megfordult Rigában, Péterváron, Moszkvában, Nizsnyij-Novgorodban, Kazanban, Novoszibirszkben és Ogyesszában. Testileg megerősödve folytatta tanulmányait, de az orvosi kar előadásai mellett a bölcsészeti és a természettudományi előadásoknak is szorgalmas látogatója lett. Ezzel egy időben hódolt régi szenvedélyének, a zenének is. Nemcsak az egyetemi zenekar muzsikusa, hanem számos bécsi lap rendszeres zene-



kritikusa is. E sokoldalú elfoglaltság mellett kiváló eredménnyel végezte el orvostudományi tanulmányait is. Professzorai — *Hyrtl*, *Hebra*, *Artl* — elismeréssel nyilatkoztak képességeiről és szorgalmáról.

1875-ben avatták orvosdoktorrá. Eredetileg nőorvos akart lenni, de végzésének idején nem volt Bécsben üres szülész és nőorvosi állás. *Neumann* révén *Billroth* klinikájára került gyakornoknak, bár a nagyhírű sebész nem tartotta alkalmasnak — gyenge fizikuma miatt — *Mikulicz*ot a sebész pályára. Néhány hónap múlva *Billroth* megváltoztatta véleményét, hiszen *Mikulicz* sokoldalú érdeklődése és tehetsége megnyugtatóan hatott, sőt fáradtság nélkül teljesítette a klinika megerőltető napi programját. Egy esztendő múlva, amikor *Braun* klinikáján orvosi állás ürült, *Billroth* kérésére *Mikulicz* elutasította a neki tett ajánlatot. Már 1877-ben magántanári képesítést szerzett *Billroth* klinikáján, sőt első jelentős tudományos dolgozatát az Archiv für klin. Chirurgie 1879-ben közölte.

A következő esztendőben — *Billroth* közbenjárására egyesztendő tanulmányi ösztöndíjat nyert el, így Európa jelentős német, francia és angol egyetemeit tanulmányozhatta. A legnagyobb benyomást az az öt hónap jelentette *Mikulicz*nak, amit *Lister* mellett töltött. Tanulmányútjának további állomásain (Párizsban, Halléban, Lipcsében, Münchenben, Prágában stb.) idejét elsősorban a listeri antiszeptikus eljárás vizsgálatának szentelte, de behatóbban tanulmányozta a bőrátültetés eljárásait, a jodoform használatát a sebkezelésnél, és további tanulmányokat folytatott az osteoplasticus láb-resectio módszerének kidolgozása területén. Közben állandó levelezésben állt *Billroth*-tal, aki figyelemmel kísérte tanítványának útját, sőt nem egy alkalommal, éppen a tartózkodási helyén működő kiváló sebészek érdeklődési körétől füg-

gőn, felhívta figyelmét olyan problémákra, amit éppen ott tud a legmegfelelőbben megismerni.

Bécsbe való visszatérése után *Billroth* első aszisztense lett, ami fiatal kora mellett a legnagyobb elismerést jelentette neki. Ebben az időben megházasodott, osztrák felesége (*Henriett Pacher*) később a pályafutását nem egyszer befolyásolta. Bécsi évei alatt kapcsolatba került az osztrák fővárosban működő lengyel hazafias körrel és talán ennek hatása alatt pályázta meg 1881 végén a megüresedett krakkói sebészstanári állást, bár ebben az évben Grácba és Halléba is hívták.

A krakkói évek (1882—1887)

Billroth ajánlása ellenére krakkói kinevezése nem volt zökkenőmentes. A krakkói katedrát tizedmagával pályázta meg és az egyetem tanári kara csak a harmadik helyen terjesztette fel a bécsi Vallás- és Közoktatási Minisztériumnak. Kifogásként — kiváló minősítése ellenére — hozta fel, hogy nem ismeri a lengyel orvosi nyelvet és attól tartanak, hogy nem képes anyanyelven előadásokat tartani. Ennek ellenére *Mikulicz* nyerte el a krakkói tanszéket, és a kinevezését ellenzők meglepetésére 1882. szeptember 7-én székfoglaló előadását (A jodoform használata a sebkezelésnél) hibátlan lengyel orvosi kifejezésekkel mondta el. Előadását még abban a hónapban a lengyel orvosi folyóirat, a *Przegląd Lekarski* is leköszölte, a szerkesztőség külön is üdvözölte *Mikulicz*ot.

Mikulicz kinevezésében nagy szerepet játszott az a bécsi számítás, hogy a hazai környezettől sokáig távol élt lengyel tudós az osztrák oktatási politika exponense lesz Krakkóban. Ez a számítás hamarosan meghiúsult, hiszen *Mikulicz* még ebben az esztendőben olyan egyetem és intézetfejlesztési tervet dolgozott ki, ami felháborította a bécsi köröket. Valóban, *Mikulicz* klinikája siralmas körülmények között működött: a mindössze 19 ágygal rendelkező klinika egyetlen betegszobával, sőtét műtővel és kicsiny, előadásokra és betegbemutatókra alkalmatlan előadóval rendelkezett. Komoly kifogásokat talált az ápolószemélyzet képzettsége területén is, hiszen többségük sem írni, sem olvasni nem tudott, szakmai képzettségük minimális volt. *Mikulicz* felterjesztése viszont elentétben állt az egyetem működését megvizsgáló bizottság jelentésével, ami szerint éppen az ő klinikáján megfelelő állapotok uralkodnak. Erélyes hangú levelezésének eredménye volt: fejlesztették tanszéki személyzetét, megfelelő képzettségű ápolókat kapott, engedélyezték, hogy saját klinikáján képezzen ki a követelményeinek megfelelő személyzetet, több új helyiséget bocsátottak a rendelkezésére, majd 1884. december 6-án elfogadták az új krakkói sebészeti klinika felépítésének tervét. A részletes tanulmány és tervezet kidolgozásával *Mikulicz*ot bízták meg, az építési költségeket viszont 40 000 koronában jelölték meg. Ez viszont a költségek felét sem tette ki, így *Mikulicz* Krakkó tehetős polgáraihoz fordult segítségért. A hiányzó pénz közadományozásból gyűlt össze.

A klinika szervezésével kapcsolatban több egyetemi város (Bécs, Halle, Heidelberg, Bonn,

Berlin és Budapest) hasonló intézeteit kereste fel. Ezek közül a legnagyobb hatást *Mikulicz*ra a budapesti sebészeti klinikák gyakorolták, amelyek szervezettségében tervei megvalósulását látta. A magyar kollégákkal való találkozás élménye sokáig emlékezetes maradt számára, főleg a *Lumniczer Sándor*ral töltött idő. Erről később emlékiratában hosszasan írt.

A krakkói új sebészeti klinika alapkövét 1885. június 12-én helyezték el, de az építkezés még négy esztendőt vett igénybe. A klinika átadása idején *Mikulicz* már megvált a lengyel egyetemtől, családostan Königsbergbe kérte kinevezését. Távozásában sok körülmény játszott közre, elsősorban az osztrák hatóságokkal megromlott viszonya, akik inkább hátráltatták mint segítették a terveit. Lemondásának közvetlen okát viszont a bécsi Hadügyminisztériummal kirobbant vitája szolgáltatta. A bécsi Hadügyminisztérium 1886-ban *Mikulicz* klinikájára több helyőrségi katonaorvost osztott be szakmai továbbképzésre, akik nem voltak hajlandók magukat alávetni a klinikai fegyelemnek. *Mikulicz* és a katonaorvosok vitájában a katonai hatóságok ellenfeleinek adtak igazat, így *Mikulicz* lemondott állásáról. Lemondását már 1887 januárjában Abbáziából küldte el, ahol megroppant egészségét kezelte.

A családottság ellenére a krakkói évek *Mikulicz* számára jelentősek voltak. A kezdeti egyetemi ellenállás hamar feloldódott és az egyik legnépszerűbb tanárrá vált Krakkóban. Kollégái elismerését jelentette, hogy már 1885-ben a krakkói Orvostársaság alelnökévé, 1886-ban pedig elnökévé választották. Sokoldalú egyetemi és közéleti elfoglaltsága mellett elmélyült tudományos munkásságot fejtett ki. Krakkói évei alatt közel 600 műtétet végzett, részben saját klinikáján, részben pedig a nőgyógyászati klinikán. Műteti tapasztalatait harminc tudományos közleményben írta le, főleg lengyel orvosi folyóiratokban jelentette meg. Ezek közül kiemelkedik az orrplasztika műtési kidolgozása, a jodoform használata a sebkezelésben, a róla elnevezett bélfogó és bélzúzó leírása, a taponade módszerének közlése, tervezte egy sebészeti tankönyv megírását az egyetemi oktatás számára. Az egyetemet és kollégáit váratlanul érte távozási szándékának bejelentése. Elhatározásától még a bécsi Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium is megpróbálta eltéríteni, amikor azt közölte vele, hogy Königsbergben való letelepedése után nem tudja biztosítani esetleges visszatérését.

A königsbergi és a wroclawi egyetemen

Jan Mikulicz 1887. április 1-én foglalta el új tanszékét a königsbergi egyetemen, ahol nem került ismeretlen környezetbe. Tanártársainak többségét már régebből ismerte, így baráti kapcsolatban állt *Karl Chunn*al és *Felix Dahnn*al. Ugyanakkor nem szakadt meg kapcsolata a lengyelséggel, hiszen a tengeri kikötővárosban jelentős lengyel polgárság élt, akiknek hazafias és tudományos társaságait gyakran látogatta.

Tanszékfoglaló előadását *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie* címmel

tartotta. Az előző évek zaklatott és túlfeszített légköre után itt nyugodt körülmények közé került. Az Albert Egyetem sebészeti klinikája jól felszerelt és tágas intézmény volt. Külön kórteremben helyezték el a férfi-, nő- és gyermekbetegeket, bár ezen a téren is reformot hajtott végre. Ő létesítette itt az aszeptikus és a szeptikus részlegeket, kórtermenként szétválasztotta a súlyos és a könnyebb operáltakat. Ugyanakkor a karbol spray helyett bevezette a jodoformos sebkezelést, különválasztotta a sebészeti műtőt és kezelőt. Königsbergi működése alig három esztendeig tartott, mivel 1889 őszén egyszerre két egyetemre — Halléba és Wrocławba — is meghívták. Végül a wrocławai egyetem sebészeti intézetének vezetését vállalta el, és 1890 elején átvette új klinikájának irányítását. Döntését erősen befolyásolta egészségi állapota, hiszen nehezen bírta a königsbergi klímát és ez idő alatt elég sokat betegeskedett.

Wrocławai működésének kezdete egybeesett az új sebészeti klinika építésének befejezésével. Tanári működését még a rossz feltételeket biztosító épületben kezdte el, de 1891 áprilisától már korának talán legkorszerűbben felszerelt intézetében folytatta. Wrocław végre azt nyújtotta neki, amire szakmai szempontból is vágyott, sőt 1894-ben — *Billroth* halála után — felajánlották neki a bécsi klinika vezetését, de *Mikulicz* elhárította magától. Wrocławban igazán otthon érezte magát és fáradtságos műtőorvosi és tanári munkája mellett bekapcsolódott a város szellemi-társadalmi életébe, szoros kapcsolatot tartott fenn a helyi lengyel hazafias körökkel, sőt jelentős összegeket költött a lengyel történelmi múlt emlékeinek megmentésére. Híres gyűjteményt alakított ki a lengyel festők műveiből, de hasonló könyvtárságokat őrzött könyvtárában is.

Wrocławai működését is szervezéssel kezdte meg: klinikáján elválasztotta egymástól az orthopédiai, általános sebészeti és urológiai osztályokat, kialakította a bakteriológiai, kórszövettani és kémiai laboratóriumot, valamint fotó- és röntgenszobát létesített. Jelentősen növelte a klinikai személyzetet, szigorú intézeti szabályzatot dolgozott ki, ami elsősorban a gyógyító munkát szolgálta, de fontos szerepet kapott benne a tudományos kutatás feltételeinek megteremtése is. Általában hamar megvált olyan munkatársaitól, akik a mindennapi gyógyító munkán túl nem végeztek valamilyen kutató munkát. Rendszeresen — saját fizetéséből — támogatta tehetséges tanítványainak kutatásait, gyakran éveken át biztosította számukra a zavartalan tudományos munkát, aminek költségeit magára vállalta. A századfordulón rendszeresen továbbképző tanfolyamokat szervezett polgári és katonáorvosok számára, amit a nyári hónapokban mindig maga vezetett.

1903 elején meghívták az Egyesült Államokba előadások megtartására, aminek még abban az évben eleget tett. Visszatérése után elsőnek használt Európában műtétéknél cérnakesztyűvel védett gumikesztyűt. A következő évben Japánba szándékozott utazni, de betegsége és halála ebben megakadályozta. Már 1904 őszén gyomordaganatot állapított meg magán és még azon év októberében *Eisels-*

berghez utazott Moszkvába. Itt 1905 januárjában műtétet hajtottak rajta végre és már úgy látszott, hogy felgyógyul betegségéből, hiszen áprilisban katonáorvosi tanfolyamot tartott. Állapota azonban rohamosan romlott, májusban újabb műtétnek vetette alá magát, de 1905. június 14-én Wrocławban elhunyt.

Korai halála megdöbbenést keltett nemcsak Wrocławban, hanem Európa összes egyetemén. Halálának híre elsőnek Krakkóba érkezett meg, ahol néhány nap múlva tudományos emlékülésen emlékeztek meg róla, a helyi sebészeti klinika újjászervezőjéről és lengyel hazafiról. A magyar orvosi szaksajtó is tisztelgett emlékének, hiszen élete végéig szoros szálak fűzték a magyar orvostudományhoz.

Mikulicz maradandó emléket hagyott a sebészeti tudományában, számos ma is használatos műszert szerkesztett és alkalmazták műtéti eljárásait. *Billroth* tanítványaként egykori mestere iskoláját képviselte, de maga is iskolateremtő tevékenységet fejtett ki, hiszen a századforduló első évtizedeiben tanítványait megtalálhatjuk a jelentős német és lengyel egyetemeken.

Kapronczay Károly dr.

id. Jancsó Miklós

A kolozsvári belgyógyászok iskolateremtő Korányi Frigyes a más alkatú klinikus kortárs, *Purjesz Zsigmond* volt, még hagyomány nélkülibb alaphelyzetben, még szerényebb körülmények között. Tanítványa-munkatársa, majd méltó utóda *Jancsó Miklós*, akit két azonos nevű lexikoni címszóban az idős jelzővel szokás megkülönböztetni.

1868. október 14-én született *Jancsó Lajos* gimnáziumi főigazgató második fiaként. A természetan-szám-tan szakos igazgató tanár apa mellett a tanulás tizennégy éves koráig zavartalanul biztosítva volt, annak korai halála után mostohább viszonyok közepette sem adta alább az osztály-elsőségnél. Felső diák korában önálló kutatásokon alapuló rovar-tani tanulmánnyal hívta fel magára a figyelmet. A kolozsvári orvoskarra már ismert természetbúvárként került, ahol 1892-ben avatták orvosdoktorrá.

Előbb a szemészeti klinikán kapott állást, a következő évben már *Purjesz* tanársegéde a belgyógyászatban. Az izzig-vérig klinikus *Purjesz* oldalán *Jancsó* az eddig szerzett rovar-tani szakismertek birtokában hamar megtalálta a neki leginkább megfelelő tudományos témakört a maláriakutatás területén. Ehhez adva volt egyrészt az említett természet-tani előképzettség, a Kolozsvár környéki malária endémia, de legelső sorban *Sir Ronald Ross* 1895-ben leközölt felismerése a szúnyog terjesztő-köztigazda szerepére, valamint főleg itáliai orvosok-parazitológusok igyekezetéből a maláriakutatás nemzetközi homlokterbe kerülése.

Jancsó és *Rosenberg Mór* már 1895. július 14-én előadást tartottak a saját klinikai-laboratóriumi tapasztalataikról. *Golgi* vizsgálatai nyomán



megerősítették, hogy a mindennapos lázat az egyszerűen több fejlődési szakaszban jelenlevő plazmódiumok okozzák, amelyet kis adag kininnel, ill. metilénkéssel harmad- vagy negyednapossá lehet módosítani. Az Akadémia III. osztályának folyóirata, a Matematikai és Természettudományos Értesítő 1904-ben kivonatossan közölte Jancsó Miklós „Vizsgálatok a malária paraziták továbbfejlődéséről az Anophelesekben” c. összefoglaló dolgozatát. Az I. fejezetben a Culex és Anopheles közötti biológiai különbséget sorolja fel, a II.-ban az Anopheles gyomrában kifejlődő ciszta Ross szerinti előhúzását, és Romanowsky-, illetve Apáthy-féle megfestését írta le. A III. fejezet címe: „Gaméták az emberi vérben és az Anopheles gyomorürében”. Olvasható benne a három fajta gaméta festetlen és festett leírása, a gamétáknak a schizontáktól, a hímnek a női gamétáktól való megkülönböztetése. A IV. fejezet a gaméták továbbfejlődését tárgyalja az Anopheles gyomorfalában, az V. az Anopheles nyálmirigyének fertőzöttségét, végül a VI. „A hőmérsék befolyása a különböző malária parazitafajok ivaros generációjának a kifejlődésére” foglalkozik. Ez utóbbiban az olasz Grassi elméletével vitatkozik, amely szerint 16 °C foknál alacsonyabb hőmérsékleten az Anopheles nem fertőződik. Jancsó szerint igen, ha a szúnyog 24 órán belül melegebb helyre kerül.

Tíz év alatt mintegy 1662 váltóláz esetben végzett pontos vérvizsgálatot, azokból vont le következtetést a járványok évszakonkénti előfordulására. Az 1906-ban kiadott malária monográfia a saját színes rajzainak és fényképfelvételeinek szemléltető segítségével a szúnyogok biológiáját tárgyalja, 1913-ban pedig „A malaria kór és gyógytana” jelent meg.

Jancsó érdeklődése ugyanakkor egyéb tudományos területre is kiterjedt. Koch berlini intézetében 1899–1901 között többször megfordult, itt

kapott indíttatást a gümöbacilusok virulencia-tulajdonságainak állatpasszázon történő vizsgálatára. Az Elfer Aladárral közösen elért eredményeket németül közölték le. Társszerzője a Wassermann- és Widal-reakciók klinikai megbízhatóságáról szóló több tanulmánynak.

A 65 esztendő, megviselt egészségű Purjesz Zsigmond 1911-ben nyugalomba vonult, utóda egyértelmű választással a 43 éves Jancsó Miklós lett, miután megkapta a nyilvános r. tanári címet. Az első világháború idején ő irányította a kolozsvári nagy fertőző kórházat. A fellángoló maláriajárvány mellett a déli harctérről behurcolt febris recurrens kontagiumának tisztázásával, klinikumával és neosalvarsan terápiájával is volt alkalma foglalkozni. A malária elleni küzdelemben felvette és bevezette a kis adagú kinin profilaxist. Utolsó kolozsvári dolgozata Jakobi Józseffel, a későbbi zsidókórház kiváló megszervezőjével közösen három trichinás eset mesteri leközlése volt.

A háború után a Kolozsvárról Szegedre került egyetem belgyógyászat tanára továbbra is. Új klinikáján foglalkozott többek között a pellagrával, majd a malária terápiás hatásával.

Már a múlt század második felében megfigyelte Schwartz Ferenc, a magyar pszichiátia atyja, hogy bizonyos idegkórokban a váltóláz kifejezetten kedvező hatású. Mint ismeretes, e megfigyelés paralízis-terápiás kamatoztatásáért Wagner-Jauregg megérdemelten kapott Nobel-díjat. A szegedi Jancsó-klinika is foglalkozott a terápiásan beoltott malária különbözőségével, gyógyító hatásával.

Az utolsó előadását Balatonfüreden tartotta 1928-ban. Az orvosi tanácsadó testület orvostovábbképző tanfolyamán május 8-án hangzott el „Az angioneurotikus tünetcsoport visszeres befecskendezések következtében” c. nagy referátuma, amelyet az Orvosi Hetilap is közölt. Megírási körülményeinek megértéséhez tudni szükséges Jancsó Miklós családi helyzetét. Szerzőtársa ugyanis a névutód fia, aki később az egyik legzseniálisabb magyar kutatóorvos lett.

Jancsó Miklós 1902-ben nősült, 1903-ban megszületett ifj. Jancsó, 1904-ben meghalt Jancsóné. Az apa a fiát valóban a tudománynak nevelte. Ifj. Jancsó Miklós az említett dolgozathoz a vizsgálatokat betegeken, ill. állatkísérletekben salvarsan-derivátumokkal végezte. Hisztokémiai módszerrel sikerült a salvarsan vagy benzopurpurin szerkezetbeli útját végigkövetni, és a humorális precipitátumával kiváltott anafilaxiás sokkra emlékeztető angioneurotikus tüneteket sikerült adrenalin, ill. ephedrinrel kedvezően befolyásolni. A rákövetkező 1929-es esztendőben az apa és a fia útjai szétváltak. Ifj. Jancsó a berlini Koch Intézetbe kapott ösztöndíjat, id. Jancsón végzetes kór tünetei jelentkeztek. Ő azonban a kifejlődő prosztatarákról alig akart tudomást venni, műtétről hallani sem akart. 1930 július 19-én halt meg a 62. életévének betöltése előtt. A két Jancsóról Issekutz professzor, (az idősnek tanítványa, az ifjúnak tanára) írt alapvető forrásértékű monográfiát 1968-ban.

A kolozsvári Purjesz-iskola szegedi folytató-

jának tanszéki utóda a Korányi-tanítvány *Rusznák István* lett. Az egyik esélyes jelölt: *Purjesz Zsigmond* fia *Purjesz Béla* a diagnosztikai tanszékre kapott kinevezést.

Pest és Kolozsvár vezető belgyógyászai: *Korányi Frigyes* és *Purjesz Zsigmond* szenvedélyes temperamentummal hadakozó ellenfelek voltak — részben személyi okokból, részben szemléletbeli különbözőségekből. A két iskola később nemcsak földrajzilag közelített egymáshoz. *Id. Jancsó Miklós* kiváló belgyógyász volt, a legeredményesebb maláriakutatónk. A két rivális klinika egyikének a másikhoz méltó képviselője.

Szállási Árpád

Lang Jakab Ambrus

Kétszázötven éve halt meg *Lang Jakab Ambrus*, Rákóczi udvari orvosa és tábori főorvosa. Az orvosi biográfiákban *Weszprémi* leírása alapján ismertetik. *Magyary-Kossa* méltó emléket állított művében ennek a nagy szervező orvosnak, de írja, hogy hiányos levéltári adatok miatt nem tudott teljes képet adni róla. *Weszprémi* inkább sajnálja a „lázádo” Rákóczi szolgálatába került orvosokat, köztük *Langot* is. A Mária Terézia-korban talán nem is akart, vagy nem tudott őszinte véleményt mondani. Maga helyett azonban *Zablert* szólaltatja meg, aki szerint *Lang dr.* fényes csillag volt a magyar égen (ast haec Pannoniae quondam clarissima stella). Szervező tevékenységét *Weszprémi* is elismeri, amidőn őt *archiater et protomedicus castrensis*nek nevezi.

Levéltári kutatásaink során rátaláltunk 6 eredeti írására, azonkívül jó néhány eddig nem közölt egyéb levéltári adatot is felkutattunk. Pár évvel ezelőtt a gyűjtött források alapján írtunk a *Honvédorvos* c. folyóiratban (1971, XXIII, 57.) *Langról* egy biográfiai tanulmányt. A mostani évforduló alkalmából egyrészt régebbi munkánk főbb megállapításából adunk kivonatos ismertetést, másrészt néhány újszerű momentumot is nyilvánosságra hozunk.

Sírfelirata szerint Nürnbergben, egyes szerzők



Lang konstantinápolyi síremléke

szert (Gortvay, Szinnyei, Weszprémi) a város-hoz közelfekvő Esselwangenben született. Diplomáját Aلدorfban szerezte meg 1692-ben; utána Selmechányára költözött, ahol hamarosan a város fizikusa lett. Elismert orvos volt, még a király is gyógyíttatta magát vele; ezért nemességet kapott és *langenthal* előnevet. Meg kell itt jegyeznünk, hogy Selmecen ugyanebben az időben működött egy odavaló patrícius családból származó másik *Lang dr.* is (*János Gottfried*), akivel a szerzők többször összekeverik. Emez a *Lang* is kivette részét a szabadságharcból, évekig volt Érsekújvár orvosa (*medicus praesidiarius*).

A legfelső egészségügyi vezetési törzsben mellette dolgozott a francia *Du Pont* (*Dupont*) stabalis *chirurgus* és a Rákóczi tábori gyógyszerárát (*Apotheca Aulica Castrensis*) vezető *Schwarzwalder János* udvari patikus. Az önálló irányban működő hadseregek is rendelkeztek egészségügyi törzsszel, de az akkori híradási és közlekedési viszonyok mellett nem volt azokkal *Langnak* feszes kapcsolata. Annyi bizonyos, hogy a seregtestek orvosai előjárójuknak ismerték el.

A csapatoknál a franciák után először *Lang* hozta létre az *ezredsebszi státuszt* 1705-ben, amihez hasonló az akkori nagyhatalmak közül Orosz- és Poroszországban 1706–1709 között, az osztrákoknál pedig csak 1718-ban létesült.

A tábori kórházak felállításában az eddigi szerzők nem láttak semmi tervszerűséget, pedig térképre vetítve jól megállapítható, hogy a főbb hadművelési irányokban építették ki hadikórházrendszerüket. A kórházak általában az akkor inkább menhely jellegű városi és egyházi ispotályok talaján kerültek felállításra. Ki kell emelnünk a *curatoriumok*nak nevezett kórházi intézményeiket, ahol katonai vezetés, állandó egészségügyi állomány és patika is volt. Az inkább polgárinak mondható több hadi ispotály az alispánok, ill. helyileg a bírók felügyelete alatt (*sub cura iudicis*) működött. Eredeti tervük szerint minden katonai körzetben (néhány megye területe) akartak létesíteni, de a súlyos anyagi nehézségek, személyi hiányok, főleg az események tragikus alakulása miatt csak a Besztercebánya melletti Stubnyafürdőn, Rimaszombaton és a Sümeg közelében fekvő Mihályfán tudtak *curatoriumot* működtetni. Ma már legfeljebb csak találgatni lehet, hogy ezekben a polgáriaknál fegyelmileg jobban kézbe tartható kórházakat akartak-e csupán nyerni, vagy a kivivandó önálló államiság idejére állandó kórházaknak tervezték azokat. Az utóbbi mellett szólna az a körülmény, hogy Európában kb. ebben az időben létesültek az első állandó katonakórházak.

Langnak legnehezebb és talán legsikeresebb ténykedése volt a gyógyszerellátás megszervezése. Jóformán minden egészségügyi anyagot és műszert külföldről kellett importálni, mégpedig nemes valutáért vagy azzal felérő csereárúért (tokaji bor, kőszó, szarvasmarha). Danckában (*Gdansk*), Krakóban, Vratislavában (*Wrocław*) maga *Lang* biztosította a beszerzési forrásokat. Zseniális intézkedése volt az ország központi egészségügyi anyagraktárának felállítása 1706-ban (*fundus Schemnitziensis*). Ide irányítottak minden behozott anya-

got, itt dolgozták fel, majd osztották el a magasabb katonai egységek, várak és kórházak patikáinak.

Eddig 10 ezer rénes forint értékű beszerzésről vannak hiteles adataink, ami abban az időben nagy összeg volt. Távolról sem állítjuk, hogy a beszerzett gyógyszer mennyiség az ország szükségletét fedezte volna (éppen *Lang* leveleiből értesülünk a nyomorúságos gyógyszerhelyzetről). *Bercsényi*hez és *Károlyi*hoz írt leveleiben megrázó hangon szól az egyszerű, beteg és sebesült katonák siralmas állapotáról.

A szabadságharc pestisjárványával kapcsolatban *Rákóczi* útján komoly megelőző és védőrendszabályokat adatott ki a polgári és a katonai szervezeteknek egyaránt (*Lang* tagja volt az Udvari Gazdasági Tanácsnak). Ezek az intézkedések túlterjedtek a tábori főorvos feladatain. Kiemeljük azt az 1708-ban megjelent intézkedést, hogy a gyanús, elsősorban a déli országrészben szórványosan jelentkező pestises helyekről jövők részére 40 napos kötelező karanténizálást írtak elő.

Véleményünk szerint a központi gyógyszerraktár létrehozásával, a járványvédelmi intézkedésekkel *Lang* már országos protomedicus feladatot is oldott meg. Egyébként hazánkban az első országos főorvost csak 1787-ben nevezték ki.

Az idegenből Magyarországra származott *Lang Jakab Ambrus* már a szabadságharc kezdetén csatlakozott *Rákóczi*hoz és hűségesen végigkísérte a bujdosásban. Orvosi híre miatt *XIV. Lajos* betegágyához is meghívták konzíliumba. Súlyos betegen indult el Rodostóból, hogy még egyszer lássa szülőföldjét, azonban utolsó útjának az 1725. január 14-én bekövetkezett halála véget vetett. A fejedelem az idegenek konstantinápolyi temetőjében temettette el és maga állítottatott részére díszes sír-emléket. A kassai (Košice) mauzóleumban nyugvó bujdosók Sarkofágjait erről mintázták.

Takáts László dr.—Takáts Endre dr.

A XXIV. Nemzetközi Orvostörténelmi Kongresszus

(Budapest, 1974. augusztus 25–31)

A Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság, a Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztálya, a Magyar Orvostörténelmi Társaság és a Semmelweis Orvostörténelmi Múzeum, Könyvtár és Levéltár rendezésében került sor 1974 augusztusának végén Budapesten az orvostörténészek két évenként ismétlődő nagyszabású nemzetközi találkozására. A világ 32 országából (Norvégia, Ausztrália, Venezuela, Japán) összesen 424 résztvevője volt a kongresszusnak, amelynek előadásai a négy hivatalos nyelv (angol, francia, német, orosz) valamelyikén hangzottak el, de szünetekben a legkülönbözőbb egyéb nyelveken beszélgető csoportokra bukkanhattunk. Mindez — ahogy a záró ülés egyik felszólalója kiemelte — mégsem idézte a bábeli nyelvzavar ijesztő vagy lehangoló képét, ellenkezőleg: a politikai határokat és a nyelvi nehézségeket áthidaló

emberi jóakarát lelkesítő példáját szolgáltatta. Így a nemzetközi kongresszusok egyik célja, a személyes kapcsolatok teremtése — bizvást mondhatjuk — maradéktalanul megvalósult. Elmélyült eszmecsere azonban csak azokon az üléseken alakulhatott ki, ahol az elnökök, előadók és hozzászólók különösebb nehézség nélkül tudtak egyik nyelvről a másikra átváltani.

A kongresszus megnyitása

A kongresszust 26-án, délután fél hatkor *Schultheisz Emil* dr. egészségügyi miniszter, a kongresszus és a Magyar Orvostörténelmi Társaság elnöke nyitotta meg a Magyar Kereskedelmi Kamara új székházában (Kossuth Lajos tér 8.), ahol a következő napokban a tudományos ülések zömét is tartották. Az elnök beszédében az orvostörténelem művelésének értelmét és fontosságát fejtegette. Utána *F. N. L. Poynter* dr. (London), a Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság elnöke, *Réti Endre* dr., a kongresszus és a Magyar Orvostörténelmi Társaság társelnöke, a Nemzetközi Társaság helyettes főtáskára, *Antoni Ferenc* dr., a Semmelweis Orvostudományi Egyetem rektora, *Zoltán Imre* dr., a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetségének elnöke, *B. D. Petrov* dr. (Moszkva) szovjet orvostörténész professzor és *O. H. Wangenstein* dr. (Minneapolis) amerikai orvostörténész professzor köszöntötte a kongresszust. Az elnöki asztalnál foglalt még helyet *L. Dulieu* dr. (Montpellier), a Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság főtáskára, *Antall József* dr., a kongresszus és a Magyar Orvostörténelmi Társaság főtáskára, *Fortier de la Broquerie* dr. (Québec), a Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság alelnöke, a Kanadai Orvostörténelmi Társaság és a soron következő XXV. Nemzetközi Orvostörténelmi Kongresszus (Québec — Montréal, 1976) elnöke, *F. A. Sondervorst* dr. (Louvain), *S. Szpilczynski* dr. (Wrocław), a Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság alelnökei és *Ádám György* dr., az Eötvös Loránd Tudományegyetem rektora.

A megnyitó üléstől eltekintve a kongresszus első két napja (augusztus 25. és 26.) a regisztrálásra, a szállodai elhelyezkedésre és az ismerkedésre volt szánva. A Kongresszusi Iroda augusztus 25-én délután 3 órától folyamatosan fogadta az érkező vendégeket, itt kapták meg ajándéktáskájában a kongresszus teljes dokumentációját (program, az előadások rövid összefoglalása, névsor), a bronz emlékérmét, a Semmelweis Múzeum ünnepi kiadványát (Képek a gyógyítás múltjából), a Waage c. folyóirat (NSZK) erre az alkalomra kiadott különszámát stb. Augusztus 26-án délelőtt az ún. hölgyprogram keretében (amelyen azonban mindig szép számmal vettek részt férfiak is) sokan kirándultak a Margitszigetre, délután pedig városnéző buszról ismerkedtek a magyar főváros nevezetességeivel. Este 8-kor a Margitszigeti Nagyszállóban rendezett fogadás zárta a napot.

Tudományos ülések

Augusztus 27-én, 28-án és 29-én zsűfolt napirend szerint pergett a tudományos program. A kongresszus székházában egyszerre négy teremben tartottak délelőtti és délutáni ülésszakot, tehát naponta nyolcat, összesen 24-et. Egy-egy ülészak délelőtt fél 9-től 12-ig, illetve délután fél 2-től 5-ig tartott, s a program szerint 13–13 előadásnak biztosított időt. Az előre bejelentett 312 előadás helyett azonban csak 223 hangzott el. Az A-szekcióban (Az orvosi szemlélet fejlődése a 18. századtól a 20. század elejéig) 59, a B-szekcióban (Orvostörténelmi kapcsolatok a középkelet-európai, valamint más országok között) 41, a C-szekcióban (Kölcsönhatások az orvostudomány és más tudományok, illetve a művészetek között) 19, a D-szekcióban (Szabadon választott témák) 104. Ez utóbbi szekción belül azonban külön ülésszakot kapott a népi gyógyászat (11 előadás), a pszichiátriátörténet (9) és a gyógyszerészet története (10). Talán nem érdektelen az előadások nyelvi megoszlása sem: 66 angol, 50 francia, 94 német, 9 orosz, 3 spanyol és 1 olasz. 36 előadást tettek szemléletesebbé vetített képekkel, augusztus 27-én délután pedig az egyik előadóteremben önálló

filmbemutatót állítottak össze. A műsoron szereplő négy film közül három a magyar orvostörténelem egyes fejezeteit, egy pedig *Armauer Hansennek*, a *leprabacillus felfedezőjének* életét ismertette.

A C-szekció témakörét egészítette ki az augusztus 28-án délelőtt, a Magyar Tudományos Akadémia dísztermében rendezett szimpozium, amelyen az előadók más-más szempontból világították meg az elmélet, klinikum és fizika viszonyát a 18. század végi orvostudományban. A főreferátumot *F. A. Sondervorst dr.*, a louvaini egyetem professzora („Miért késlekedett az orvostudomány követni a természettudományok 18. század végi fellendülését?”) tartotta, majd *W. Kaiser dr.* (Halle), *L. Premuda dr.* (Padova), *D. Tutzke dr.* (Berlin), *Karasszon Dénes dr.* és *Szabadváry Ferenc dr.* korreferátuma következett. Ezen az ülésen szimultán tolmácsolás segítette a résztvevők minél teljesebb bekapcsolódását az eszmecserebe.

A tudományos ülések elnöksége rendszerint három személyből állt, akik nyelvi és szakmai szempontból egymást kiegészítve irányították az ülések menetét. Fáradságos munkájukban az üléstíkárok segítségére támaszkodhattak. Az egyes ülések hallgatósága 20 és 100 fő között ingadozott, s ennek nem feltétlenül az érdekesebb és érdektelegebb előadások váltakozása volt az oka, hanem az is, hogy egyidejűleg sok egyéb program „csábította” másfelé a résztvevőket.

Egyéb program

Bár a szervező bizottság augusztus 31-re külön múzeumlátogatási napot iktatott be, a vendégek már a kongresszus első napjaiban is tömegesen keresték fel a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum újjárendezett kiállításait: a „Képek a gyógyítás múltjából” c. állandó és az orvosi numizmatika tárgyköréből rendezett időszaki kiállítást, valamint az Arany Sas Patika-múzeumot. A délelőttönként szervezett közös kirándulások is sokakat vonzottak: 27-én a budai Várnegyedbe, 28-án a Dunakanyarba, 29-én a budai hegyekre.

A tudományos ülések után szabadon maradó késő délutáni és esti óráknak is megvolt a maguk programja. Augusztus 27-én délután 5 órakor *F. N. L. Poynter dr.* elnöklelte alatt a Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság tartotta meg vezetőségi ülését, amelyen *Antall József dr.*, a kongresszus és a Magyar Orvostörténelmi Társaság főtíkára, a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár mb. főigazgatója is előterjesztett egy indítványt. Javasolta, hogy a különböző országok orvos- és gyógyszerésztörténeti intézetei (egyetemi és akadémiai intézetek, múzeumok, könyvtárak, levéltárak, szerkesztőségek stb.) hozzanak létre külön szervezetet a Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság kebelén belül. A kölcsönös információérését megkönnyíteni hivatott szervezet títkárságát a budapesti Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár az Orvostörténeti Közlemények szerkesztőségével együtt szívesen elvállalná. A Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság vezetősége felkérte *Antall József dr.*-t a javaslat részletes kidolgozására.

Augusztus 27-én este a Nemzeti Galéria valóban festői környezetben találkozhattak ismét a kongresszus összes résztvevői a tiszteletükre adott második fogadáson.

Augusztus 28-án, délután fél 6-kor a Magyar Tudományos Akadémia dísztermében ült össze a Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság közgyűlése, amelyen az egyes nemzeti delegátusok számoltak be hazájuk legújabb orvostörténeti vonatkozású eseményeiről. A Magyar Orvostörténelmi Társaság jelentését *Birtalan Győző dr.*, a Magyar Orvostörténelmi Társaság vezetője tagja, a Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság tagja, a kongresszus tudományos programjának elnökségi felelőse terjesztette elő.

Ugyanaznap este 9-kor a Mátyás templom történelmi falai között gyűltek össze a vendégek, hogy Pécsi Sebestyén orgonahangversenyében gyönyörködjenek.

A kongresszus befejezése

Augusztus 29-én, délután fél 6-kor került sor a kongresszus záróülésére. A tudományos program ezzel véget ért, a további napok már köztelenebb napirend szerint folytak. A záróülésen *Schultheisz Emil dr.* elnök rövid bevezetés után átadta a szót *Poynter dr.*-nak, a Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság elnökének, aki valamennyi résztvevő nevében köszönetet mondott a szervező bizottságnak a kongresszus sikeres megrendezéséért. Meleg hangon szolt az idegeneket mindenütt készséggel útbaigazító budapestiek szívéllyességéről, majd többek véleményéhez csatlakozva kijelentette, hogy benyomása szerint a XXIV. kongresszus tudományos színvonala sok korábbi kongresszusét túlszárnyalta. Ezután *Dulieu dr.* (Montpellier), a Nemzetközi Orvostörténelmi Társaság főtíkára foglalta össze a kongresszuson szerzett tapasztalatait. Mint mondotta, a szervező bizottság áldozatos és sikeres munkáját annál inkább tudja értékelni, mert maga is főtíkára volt az 1958-ban Montpellierben rendezett 16. nemzetközi kongresszusnak. *H. Eulner dr.* göttingeni professor „kis félszigetünk, Európa nyugati feléből érkezett résztvevők” nevében mondott köszönetet. A kongresszus egyik eredményét abban látta, hogy olyan szakemberek, akik eddig csak az irodalomból vagy levelezés alapján ismerték egymást, most személyes ismeretséget, sőt barátságot köthettek, s ez további ösztönzést ad az együttes munkához. *D. Tutzke dr.* (Berlin) a szocialista államok küldöttei nevében szolt fel. Különösen szerencsésnek tartotta a kongresszus tematikában, hogy ráterelte a figyelmet az orvostudomány és a társadalmi tudományok kölcsönhatására. *J. P. Lisziün dr.* (Moszkva) a szovjet orvostörténészek képviselőjében méltatta a kongresszus jelentőségét. Kiemelte, hogy az orvostörténelem művelése a mai orvostudomány megértése és a népek kölcsönös megismerése, barátsága szempontjából egyaránt fontos. *G. Miller dr.* (Cleveland) az észak-amerikai, *J. M. Llopis dr.* (Caracas) a latin-amerikai résztvevők köszönetét tolmácsolta. *F. A. Sondervorst dr.* (Louvain) rámutatott arra, mennyi élménnyel gazdagították a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum kiállításai a kongresszus vendégeit.

Ezután *Schultheisz Emil dr.* latin nyelvű díszoklevelet adott át annak a hét kiváló orvostörténésznek, akiket a Magyar Orvostörténelmi Társaság a kongresszus alkalmából tiszteletbeli tagjává választott. A kitüntetettek *F. N. L. Poynter* (London), *L. Dulieu* (Montpellier), *F. A. Sondervorst* (Louvain), *B. Petrov* (Moszkva), *J. P. Lisziün* (Moszkva), *W. Kaiser* (Halle), *S. Szpilczynski* (Wroclaw) nevében *W. Kaiser dr.* mondott köszönetet. Végül *Réti Endre dr.* a québec-i vizionlátás reményében búcsúzott a vendégektől, majd *Schultheisz Emil dr.* elnök zárszavával befejeztnek nyilvánította a XXIV. Nemzetközi Orvostörténelmi Kongresszus tudományos programját.

A kongresszus szinte valamennyi résztvevője aznap este ismét találkozott, fehér asztal mellett, a Duna Intercontinental Szállóban rendezett záróbanketten. Egyesek ugyan már másnap hazautazásukhoz készülődtek, de a vendégek többsége örömmel jelentkezett az augusztus 30-ra kitűzött veszprémi és balatoni autóbuszkirándulásra. A veszprémi múzeumban megtekintették a magyarországi népi gyógyászat emlékeit bemutató kiállítást, majd Tihanyba és Balatonfüredre látogattak el.

A vendégek szóbeli nyilatkozatai, a múzeumok és könyvtárak emlékkönyvébe írt sorok, a kongresszus után érkezett levelek arról tanúskodnak, hogy a budapesti találkozóóról a legtöbben elégedetten, kellemes emlékekkel távoztak. A kongresszus tudományos színvonaláról természetesen csak az előadások teljes anyagának áttekintése után, a két éven belül megjelenő kongresszusi kötet ismeretében alkothatunk magunknak végleges képet.

Rheomacrodex 10%

5%-os glukoz oldatban

ÖSSZETÉTEL

Dextran RMI (átlag mólsúly kb. 40 000)	50,0 g
Glucosum pro inf.	25,0 g
Aqua destillata pro inj.	ad 500,0 ml

JAVALLATOK

Shock, égési sérülés, zsírembólia, pancreatitis, peritonitis, paralyticus ileus, csökkentett kapilláris keringés esetén. Thrombosis, thrombophlebitis, ulcus cruris. Raynaud-kór alkalmával, nem megfelelő artériás és vénás keringés esetén. A thrombosis prophylaxis céljából a postoperatív szakban. A localis keringés javítására és a transzplantátumban a thrombosis-veszély csökkentésére az ér- és plasztikai sebészeti esetekben. A perfúziós folyadékok alkotórészeként extrakorporális keringéssel végzett műtétek esetén.

ADAGOLÁS

Az adagolás az eset természetétől és klinikai lefolyásától függ.

MELLEKHATÁSOK

A Rheomacrodex 10% alkalmazása során a szervezetben antitest nem képződik. Spontán túlérzékenység előfordulhat, jele pl. bőrpír, urticaria stb. Műtét alatt vagy közvetlenül a postoperatív szakban adott Rheomacrodex 10% infúzió nyomán anaphylaxiás reakciók igen ritkán lépnek fel. Ha allergiás reakciót észlelünk, az infúzió adását leállítjuk és antiallergiás kezelést kezdünk.

ÓVATOSSÁGI RENDSZABÁLYOK

A Rheomacrodex 10% hyperonkotikus oldat, ezért minden olyan esetben óvatosan kell alkalmazni, amelyben valószínűsíthető a dekompenzált szívgyengeség, veseelégtelenség és polycythaemia. A teljes adag és az infúzió gyorsasága a beteg klinikai állapota és az artériás, valamint a vénás nyomás értékeinek figyelembevételével ítélni lehet. A Rheomacrodex 10% infúzióval együtt egyéb kristalloid infúziós oldatok olyan mértékben adhatók, hogy azok a folyadék- és elektrolitegyensúlyt helyreállítsák és fentartsák.

ELLENJAVALLATOK

Vérzékenységre való hajlam, pl. thrombocytopenia esetén. Súlyos dekompenzáció. Anuriával járó veseelégtelenség.

CSOMAGOLÁS

500 ml-enként infúziós palackokban.

TÁROLÁS

A Dextran RMI hőmérsékletingadozás, illetve szobahőmérsékletnél magasabb hőmérsékleten való tárolás esetén kristályosodásra hajlamos. Felhasználásig állandó, 25 °C-ot meg nem haladó hőmérsékleten kell tárolni.



HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet

GÖDÖLLŐ, Táncsics Mihály u. 82.



Belgyógyászat

Az ascites kezelése folyamatos ultrafiltrációval és a protein koncentratum reinfúziójával. Parbhoo, S. P., Ajdukewich, A. Sherlock, S. (Dept. Med., Royal Free Hospital, London, WC 1.): *Lancet* 1974, I, 949—952.

A diureticumokra, sómegvonásra már nem reagáló ascites kezelése nagyon problematikus. A paracentesis útján való lebocsátás ellenőrizhetetlen fehérje veszteséssel jár, sietteti az encephalopathia kialakulását. Az ascitesben levő fehérjék megtartására számos módszert kipróbáltak (haemodialysis, a kezeletlen ascites reinfúziója, az ascites dialysis). A szerzők egy automatizált ultrafiltráló készüléket („Rhodiastit”) szerkesztettek, és 17 chronikus, ascitessel szövődött idült májbetegük kezeléséről számolnak be.

A készülék óránként 300—1200 ml ascitést szív le, azt úgy ultrafiltrálja, hogy a 45 000 molsúly feletti anyagokat (albumin és más értékes fehérjék) visszatartja és azokat 2—4-szeresre koncentrálna, majd a szervezetbe egy vénán keresztül visszajuttatja (a leszívás, a koncentráálás, a reinfúzió mértéke határok között szabályozható).

Betegeik között alkoholos cirrhosisos volt a legtöbb (6 eset), illetve posthepatitises vagy cryptogen hepatitises cirrhosisos (7). Két beteg cirrhosisa activ chronikus hepatitis következménye volt, két további eset tumorosan átalakult máj volt. A betegek a beavatkozást jól tűrték. A fő mellékhatás az enyhe tachycardia és a láz voltak (egy esetben a fertőzött ascites septicaemiát okozott), emellett scrotalis oedema és a peritonealis catheter eltömeszelődése fordultak ritkábban elő. Tüdőoedemát egyszer láttak (a beteg vese elégtelenségben is szenvedett). Tensio esést, légzési nehézséget, hasúri vérzést, disseminált intravasculáris coagulatiót, mint szövődményt nem figyeltek meg.

A kezelés minden esetben az ascites drámai javulását eredményezte, anélkül, hogy az encephalopathia klinikai vagy EEG jelei súlyosbodtak volna. A betegek átlagos súlyvesztése 7,4 kg volt átlagosan, (2,0—20,9 kg), az ultrafiltrátum átlagos mennyisége 4,91 (0,4—13,41). A kezelés után a vizeletelválasztás mindig fokozódott, bár ez nem mindig volt jelentős.

A reinfúziós és ultrafiltrációs technikával fehérje koncentratumot a szervezetbe visszajuttató eljárás a terapia rezisztens hepaticus ascites kezelésére alkalmas és hasz-

nos eljárásnak tartják. Fertőzött vagy tumoros ascites eseteiben alkalmazása nem kívánatos.

[Ref.: E közleménnyel közel egy időben jelent meg Isliker, K. és Filippini, L.: *Reinfusionsbehandlung bei therapieresistentem Ascites* című közlése (*Dtsch. med. Wschr.* 1974, 99, 1061). Tizenhárom beteget kezeltek az új eljárással hasonlóan jó tapasztalatokkal. Az indikáció lényege azonos: a terápiával dacoló ascites mellett a hypoproteinaemiás, ill. hypovolaemiás állapotok és az ascites együttesét emelik ki, valamint azt, amikor gyorsan és nagytömegű ascitist kell eltávolítani (pl. műtét előtt), a beteg legkisebb megterhelésével.

Mivel egy igen súlyos helyzet kezelésére ad támpontot a referált két közlemény, a hazai bevezetés és kipróbálás indokoltnak látszik.]

Gesztesi Tamás dr.

Sezary-sejt symposium. R. K. Winkelmann és mtsai: *Mayo Clin. Proc.* 1974, 49, 513—602.

A folyóirat egy teljes kötete foglalkozik a Mayo-klinikán 1974-ben megtartott Sezary-sejt symposium anyagával. 1938-ban írta le *Sezary* és *Bourvain*, hogy erythrodermás betegek bőrében és keringő vérében „sejt monstrumok” láthatók, a csontvelő azonban normális összetételű. Splenomegalia és adenopathia egészíti még ki a kórképet. A betegség 2—3 év múlva a beteg halálát okozza. Újabb és újabb eseteleírások jelentek meg és a legkülönbözőbb elnevezésekkel illeték azokat: reticulo-histiocytosis, erythroderma monocytás leukaemiával, leukaemiás malignus reticulocytosis stb. Az elnevezések és a sejt eredete körüli viták egyre szaporodtak, viszont a tényleges adatok egyre körülirtabbá váltak. Ma már összefoglalólag a következőket tudjuk a Sezary-sejtről: a nagy 25 μ átmérőjű sejt magja szabálytalan szerkezetű, a sejt négyötödét foglalja el. Benne több nucleolus látható. Peroxydase negatív, nem phagocytál, a cytoplasmában PAS pozitív granulatio látható. Alkalikus és savanyú phosphatase aktivitást nem mutat. 1962 óta Brody megállapítása szerint lymphocytáknak kell tekinteni őket. Mitogénekkel szembeni viselkedésük, chromosoma markerek alapján T (thymus dependens) lymphocytáknak tekinthetők.

A Sezary-sejt a Sezary-syndromában fordul elő. Ez klinikailag dermatitissel kezdődő erythrodermia, mely az idősebb, 50 év körüli kor megbetegedése, familiaritás,

külső tényezők kiváltásában nem szerepelnek. Általános tünetek csak akkor társulnak az erythrodermához, mikor az oedema, viszketés és inflammatio miatt irreversibilis degeneratív folyamatok jelentkeznek a bőrön. Gyakori a társulás más kórképekkel: parapsoriasis, granulomás betegségek, mycosis fungoides, Hodgkin-kór, sarcoidosis szerű kórkép, myelo-monocytás leukaemia.

A betegség ma már nem veszélyes, mert az óvatos cytostatikus terápiával hosszú remissiók érhetőek el és az idős emberek végül is cardio-vascularis okok miatt halnak meg. A prognózist természetesen módosítja, ha malignus lymphoma alakul ki.

Összefoglalva a Sezary-syndroma **diagnózisának adatai:** 1. erythroderma, pruritus, oedema; 2. keringő atypusos lymphoid sejtek; 3. normális csontvelő, nyirokcsomói kép; 4. normális vvt.-süllyedés; 5. normális immunológiai reakciók.

Fontos a *prae-Sezary-syndroma* fogalma: minden erythrodermát kontrollálni kell, hogy nem jelennek-e meg a vérben a Sezary-sejtek. Terapiásan sok gondot kell fordítani a localis bőr kezelésre: borogatások, steroidok, localisan és per os is (a viszketést jól csökkentik). Szóba jöhet rgt. terapia is kiegészítésként. Általános terapiaként chlorambucil és prednisolon kombinációt ajánlanak óvatos adagolásban. Természetesen intenzívvé válik a terapia, ha a betegnek lymphomája is van, ez ekkor a stádium-állapothoz igazodó kombinált citostatikus kezeléssből áll.

A Mayo-klinika egyik jelenlegi kutatási problémája a Sezary-syndroma elkülönítése a *prae-Sezary-syndromától* és a lymphomával társuló kórformától.

Bobory Júlia dr.

Tüdőelváltozások rheumatoid arthritiben. E. Fritze: *Dtsch. med. Wschr.* 1974, 99, 19—23.

A tüdő interstitium gyulladását, amely interstitialis tüdőfibrosishoz vezet, illetve a multiplex csomókkal járó granulomatosus interstitialis és pleuralis formát — amely mind megjelenésében, mind pedig nagyságában azonos a kerekgóc pneumokoniosissal — *Ellman* és *Ball* írta le először mint rheumatoid arthritiben előforduló tüdőelváltozást. A rheumatoid arthritises pleura exsudatumban sokszor magas titerben pozitív a rheumatoid faktor.

Porártalomnak kitett, főleg szénbányászatban dolgozó rheumatoid arthritises betegeken relative gyakoribb az interstitialis tüdőfibrosis és a multiplex kerekgóccal járó tüdőelváltozás, amit *Captan* és *Colinet* írt le először. A rheumatoid arthritises tüdőelváltozás megjelenése és lefolyása megegyezik polyarteritis nodosa, scleroderma, Hamman—Rich-syndroma, systémás lu-

pus erythematosus és egyéb kollagenositis tüdőelváltozással. Ritkábban porártalomnak ki nem tett rheumatoid arthritises betegeken is jelentkeznek multiplex granulomatosisos csomók a tüdőben. Multiplex — kicsiny és nagy formátumú — kerek góccok előfordulnak a tüdőben a porártalomnak kitett egyénekben rheumatoid arthritis betegség klinikai manifesztálódása nélkül is, ugyanakkor a rheumatoid faktor magas titerben pozitív. Ezen tüdőelváltozásokat elsősorban radiológiai vizsgálattal lehet diagnosztizálni. A kerek gócos formát radiológiailag gyakran nagyon nehéz elkülöníteni tumoros metastasistól vagy tuberkulotikus folyamattól. A különböző kollagen betegségekben hasonló tüdőelváltozást lehet észlelni radiológiailag, mint rheumatoid arthritisen. Differenciál-diagnózis szempontjából a radiológiai kép alapján még szóba jön pneumoniosis, sugárfibrosis, reticulosis, idiopathiás tüdő haemosiderosis, Boeck sarcoidosis, lymphogranulomatosis. A kollagen betegségek tüdőelváltozásai nemcsak radiológiailag, hanem histológiailag is nagy hasonlóságot mutatnak. Mindezeket figyelembe véve a helyes diagnózis a klinikai kép és lefolyás, valamint az immunológiai és egyéb laboratóriumi vizsgálatok alapján lehetséges.

Bencze György dr.

Hidrogén ion retrográd diffúziója a gyomor mucosán keresztül gyomorfekélyben és rheumatoid arthritisen szenvedő betegeknél. Ivey, K. J., Clifton, J. A. (Dept. Gastroenterology, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, N. S. W., Australia 2050): Brit. med. J. 1974, 1, 16—19.

Már Davenport (1965) felvetette, hogy a gyomorfekélyes betegeknél előforduló hyposecretio oka, hogy nagy a H ion veszteség a gyomor lumenéből az abnormális mucosa barrieren keresztül. Rheumatoid arthritisen szenvedő egyénekben a gyomorfekély előfordulása gyakoribb az átlagosnál, bizonyos gyógyszerek (aspirin, corticosteroidok, indomethacin) tovább emelik az előfordulás arányát.

A szerzők a gyomor mucosa ionperabilitását vizsgálták 6 rheumatoid arthritisen szenvedő, és aspirin + prednison, vagy aspirin + indomethacin kezelésben részesült betegen. A kapott eredményeket 4 benignus gyomorfekélyes beteg és 9 egészséges egyén adataival hasonlították össze. A vizsgáltak (12 férfi és 7 nő) kora 21 és 60 év között volt.

A betegeknél a gyomortartalom H ion koncentrációja alacsonyabb, a Na ion koncentrációja magasabb volt, mint az egészségesekben. Ugyancsak magasabb volt a betegeknél a H ion diffúzió a gyomor lumenből és a Na ion diffúzió a lumenbe, ami fokozott mucosa permeabilitásra utal. A rheumatoid arthritisen, ill. gyomorfekélyben

szenvedő betegek mucosa permeabilitása nem különbözött egymástól. Két ulcusos beteg abnormális mucosa permeabilitása megmaradt a gyógyulás után.

Az eredmények arra utalnak, hogy a növekedett H ion veszteség szerepet játszhat a gyomorfekélyes betegeknél előforduló csökkent savsecretióban és a tartósan abnormális gyomor mucosa barrier magyarázhatja a gyomorfekély gyakori kiújulását. Rheumatoid arthritisen a gyomor mucosa rendellenessége oka lehet az ulceratiónak.

Schmidt Péter dr.

A terápiás koplaltatás hosszútávú figyelemmel kísérése. J. A. Innes és mtsai (Eastern General Hospital, Edinburgh, Edenhall Hospital Musselburgh, Midlothian): British Medical Journal, 1974, 2, 356—359.

A teljes koplaltatás a fogyasztás hatásos módszere. Hátránya a hosszabb kórházi tartózkodás valamint az, hogy nincs minden kockázat híján. Alkalmazása indokolt, ha életbevágóan fontos a testsúly gyors csökkentése, és mellette szólna az is, ha hosszú távon jobb eredménnyel járna, mint az elhízás egyéb, konvencionális kezelése. Kialakult egy olyan vélemény, hogy azokon a betegeken várható tartós eredmény, akiknek súlyát sikerül az ideális testsúlyukat max. annak 25%-ával meghaladó limit alá fogyasztani.

A szerzők 75 olyan betegen alkalmazták a teljes éhezést majd folytatták hosszabb időn át megfigyelést, akiket legalább 12 hónapon át már eredménytelenül kezeltek az egyéb fogyaszti módszerekkel. A 27 férfi átlagéletkora 30 év (14—53 éves), a 48 nő 29 év (15—57 éves) volt. A teljes koplaltatást bizonyos kórházi megfigyelés, majd átmenetileg alacsony kalóriájú, szénhidrát-szegény étrend alkalmazása után kezdték be a kórházi rezsimben inkább a bizalomra, mint a szigorú ellenőrzésre fektetve a hangsúlyt. 5 beteg mindjárt az elején visszalépett. A kísérletet folytató nők átlagos súlytöbblete 75,3%-kal (41—141%), a férfiaké 77,5%-kal (45—123%) haladta meg ideális testsúlyukat. A +25%-os súlytöbbletnek, mint ideális limitnek elérése után a fenntartó étrend bevezetésére és a diétás rendszabályok elsajátítására még a kórházban került sor, de hazamentel után legalább 4 hetenként ellenőrzésen, és havonta környezetükkel együtt csoportos oktatáson vettek részt.

A betegeknél átlagosan 14 hét alatti koplaltatással 29,6 kg átlagos fogyást sikerült elérni, de csak 39 betegnél sikerült a fenti limit alá fogyni. A megfigyelési idő első évében 12 beteg maradt el, egy évi megfigyelési idő után további 6 maradt el végleg, 24 pedig átmenetileg maradt távol, majd újra bekapcsolódott a kísérletbe. 4 beteg újabb koplaltatásra visszakért a

kórházba, 11 pedig a kórházon kívül vállalt rövidebb koplaltatási periódust. A megfigyelés átlagos ideje 28,2 hó volt (12—46 hó). Míg a kórházi koplaltatás végén a kezelték súlytöbblete átlagban az ideális 28,2%-a volt, ez a többlet a megfigyelés lezárásakor 62,7% (0—137%) volt. 24 beteg nyerte vissza kezelés előtti súlytöbbletét.

Eredménytelennek minősítették a kezelést 34 beteg 39 koplaltatásánál, mivel legkevesebb 15 kg-ot, vagy a koplaltatás alatt veszítettnek legalább 50%-át visszahízta. Ebbe a csoportba került 19 olyan beteg, aki pedig elérte a terápiás eredmény szempontjából ideálisnak tartott limitet. Mérsékelt eredményes csoportba sorolták azt a 8 betegüket, akik 10—15 kg-ot vagy súlyvesztésük 33—50%-át hízták vissza. Nyolcból 5 volt a fenti limitet elért beteg. Végül eredményesnek vették, ha a visszahízás kisebb volt, mint 10 kg, vagy a fogyott súly 33%-a. Ide soroltak 16 beteget, de mivel 5 egy év után elmaradt, csak 11 vehető biztosnak.

Következtetések: 1. A 4 hétnél rövidebb koplaltatás semmivel sem ad jobb eredményt, mint a konvencionális kezelés. 2. Tartós koplaltatás után gyakori a nagyfokú súlygyarapodás, de vannak betegek, akik 2—24 hónap alatt egyáltalán nem híznak. 3. A tartós eredmény szempontjából kiábrándító, hogy egy évvel a koplaltatás befejezése után a betegek 2/3-a már eredménytelen minősítést kapott, 1/3-uk eredeti testsúlyára hízott vissza. 4. Az egy év elteltével eredményesnek, vagy mérsékelt eredményesnek minősített esetek egy része is a megfigyelési idő hosszabbodásával eredménytelennek bizonyult. 5. A fogyasztás tartós eredményessége szempontjából sem a kezdeti súlycsökkenés nagyságának, sem az ideális súly + ennek 25%-a a limitnek az elérése nem jelent biztosítékot. 6. A koplaltatás eredményeinek megítélésére az egy évnél rövidebb megfigyelési idő nem mond semmit. 7. A siker elengedhetetlen biztosítéka a szoros klinikai ellenőrzés és a beteg fegyelmessége.

Rámutatnak a szerzők arra is, hogy a nagyszámú kudarc ellenére betegek egy részénél határozott sikerként könyvelhető el, hogy lefogytak és tartósan olyanok is, akik konvencionális kezeléssel szemben refrakterek voltak. Azon keszek közt, akiknek az átlagos 27 kg-os súlycsökkenése 27 hónapon át megmaradt, 10 alkalmassá vált 12 műtetre, 9 kötött házasságot, 6 nő lett gravid, egy olyan aki korábban rendszeresen elvetélt, 11 beteg képessé vált foglalkozása ellátására. A koplaltatás tehát a betegek kellő kiválogatásával a fogyasztás hatásos módja lehet.

Branyiczky László dr.

Kórházban szerzett tüdőgyulladás. Graybill, J. R. és mtsai (John Hopkins School of Medicine and the John Hopkins Hospital, Balti-

more, Maryland): American Review of Respiratory Disease 1973, 108, 1130—1140.

A kórházban szerzett tüdőgyulladás bakteriológiája, klinikuma és terapiája az elmúlt tíz év folyamán változott. Gyakoribb lett a pseudomonas aeruginosa és a klebsiella-enterobacter fertőzés. A megbetegedés súlyos, a halálozás magas. Indokolt tehát időnként az a törekvés, hogy újabb kórokozók és kezelések után kutassunk.

Kórházukban 1968 és 1970 között 220 beteg 224 esetben zajlott le intézeti ápolás közben szerzett tüdőgyulladás. A betegeket 3 csoportba sorolták. Az I. csoportba azok kerültek, akiknek a tüdőgyulladását a köpetből, vagy a vérből kitenyészett gram-negatív enterális pathogének, a II. csoportban a száj-garat-üregben állandóan tartózkodó, valamint gram-negatív kórokozók okozták, a III. csoportba pedig a vegyes baktériumok által okozott tüdőgyulladásokat, továbbá azokat sorolták, amelyekben a kórokozó ismeretlen maradt. A betegeket két csoportba osztották aszerint is, hogy gentamycin kezelést kaptak-e, vagy sem.

Az I. csoportban a 224 tüdőgyulladásból a kórokozó pseudomonas aeruginosa volt 26 esetben, 12%-ban, meghalt 14 beteg, 54%. Klebsiella vagy enterobacter volt a kórokozó 29 esetben, 13%-ban. Meghalt 15 beteg, 52%. Pseudomonas és klebsiella vagy enterobacter volt a kórokozó 19 esetben, 8%-ban. Meghalt 10 beteg, 53%. Escherichia coli okozta a tüdőgyulladást 8 esetben, 4%-ban. Meghalt 3 beteg, 38%. Együtt az I. csoportban 82 tüdőgyulladás volt, 37%-ban. Meghalt 42 beteg, 51%.

A II. csoportban 45 tüdőgyulladásból staphylococcus aureus volt a kórokozó 6 esetben, 3%-ban. Meghalt 3 beteg, 50%. 24 esetben, 10%-ban pneumococcus volt a kórokozó. 4 beteg, 17% halt meg. „A” csoportbeli béta „haemolytikus” streptococcus okozta a tüdőgyulladást 8 esetben, 4%-ban. 2 beteg 25% halt meg, 7 esetben, 3%-ban haemophilikus influenzae volt a kórokozó. Meghalt egy beteg, 14%. A 45 esetből tehát 10 beteg, 22% halt meg.

A III. csoportban 97 tüdőgyulladásból 71 esetben, 32%-ban ismeretlen volt a kórokozó. 18 beteg, 25% halt meg. Köpettenyészést nem csináltak 26 esetben, 11%-ban. 8 beteg, 31% halt meg. Ebből a csoportból együtt 26 beteg, 27% halt meg. A kórházban szerzett 224 tüdőgyulladás-estéből tehát 78 beteg, 35% halt meg.

Az I. csoportbeli primer tüdőgyulladásos betegek 44%-a a kórházban enterális baktériumokkal felülfertőződött. A superinfectio a kórjóslatot rontotta, amennyiben a primer pneumonia esetén a halálozás 40%, felülfertőzés esetén pedig 62% volt. 194 betegben a tüdőgyulladás súlyos alapbetegséghez társult. 36 betegnek előrehaladott szívujaja, 36 betegnek rosszindulatú

daganata, 35-nek agyvérzés után neurológiai problémája, 15-nek idült alkoholizmusa volt cirrhosis-sal, delirium tremenssel, hasnyálmirigy-gyulladással. 11 betegnek idült obstructív tüdőbetegsége, 7-nek vesebaja, 45-nek vegyes kategóriájú folyamata, 18 betegnek pedig kisebb jelentőségű betegsége volt. 70 betegben a műtét után 4 napon belül keletkezett a tüdőgyulladás. 41 beteg legalább 2 hétig immunosuppressív szert szedett a tüdőgyulladás kifejlődése előtt. Ezen károsító tényező hatására gram-negatív pneumonia esetén a halálozás 47%, vagy még ennél is nagyobb volt.

45 betegnek, 21%-nak a pneumonia kezdetén bacteriaemiája volt. A gentamycin alkalmazása előtti időszakban 110 tüdőgyulladásos beteg közül 30 beteget, 29%-ot kanamycinnel, 19%-ot colistinnel kezelték. A gentamycin megjelenése után a kórházban szerzett pneumonia 71%-át aminoglycosiddal és colistinnel kezelték. Később 50%-ban gentamycin adtak. A halálozás az első csoportban 41%, utóbbiban pedig 33% volt. A 40 mg/100 ml értékűnél kisebb maradék-nitrogén érték esetén a halálozás 24%, az ennél nagyobb érték esetén viszont 75% volt. A gentamycin általában vesekárosító szernek tartják. Mivel azonban betegek egyéb hasonló hatású gyógyszert is kaptak, e kérdésben nem foglalnak állást. Két beteg hallása lényegesen csökkent.

A kórházban szerzett tüdőgyulladás kései szövödményeként 17 betegben emphysemát észleltek 41%-ban, üregképződést 50%-ban, lassan oldódó pneumonia 63%-ban, végül candidiasist és cryptococcusist 77%-ban halálzással. A betegség keletkezését a tartós immunosuppressív és szélesspektrumú gátlószerek kezelése elősegíti. Több esetben specifikus trauma, aspiratio, intubatio előzte meg a kórokozók megtapadását. Nem észleltek különbséget klinikai szempontból a pseudomonas, a klebsiella-enterobacter és az escherichia coli okozta tüdőgyulladás között. A gentamycin nem csökkentette jelentősen a halálozást. Néhány betegben a pseudomonas-pneumonia flóráját klebsiella-enterobacter váltotta fel és ezek a betegek meghaltak. Ennek a fordítottját nem észlelték. Gentamycin-resistencia sem fordult elő. Végül is az antimicrobás szerek hatása leginkább a szervezet ellenálló képességétől függött. Lehetséges, hogy megelőző gátlószerekkel a kórházban szerzett tüdőgyulladások számát csökkenteni lehet.

Pongor Ferenc dr.

Az atherosclerotikus megbetegedések és a dohányosok carboxyhaemoglobin szintje közötti összefüggés. Wald, N. és mtsai: British Medical Journal, 1973, 1, 761—763.

Jól ismert összefüggés van a dohányzás és az atherosclerosis között. Amerikai prospektív vizsgálá-

tok tanúsága szerint napi 40 cigarettát szívó, 40—49 éves lakosok ischaemiás eredetű szívbetegség rizikója ötszöröse a nem dohányzókéknak. Brit adatok is megerősítik azt a tényt, hogy napi 15-nél több cigarettával már növeli az infarctus halál esélyét.

A dohányzás következtében fejlődő atherosclerosis rizikója szorosan kapcsolatban van az abszorbeált dohányfüst mennyiségével. Az abszorbeált dohányfüst mérésére szerzők carboxyhaemoglobint. (COHb) használtak, mivel a dohányfüstben a szénmonoxid 4% fölötti koncentrációban van jelen. A CO gyorsan diffundál a tüdőn át és a Hgb-nal COHb-vá alakul.

A COHb saturatio százalékát számos faktor determinálja, pl. a dohányfogyasztás mértéke, a CO-koncentráció a dohányfüstben, az inhaláció mélysége, a CO-pulmonalis-transfer-faktor, az atmoszférás CO szint. Az atmoszférás CO szint nagyon ritkán okoz 2,5% feletti COHb szintet. Ennél magasabb értékeket rendszerint a dohányzás eredményez; s nagyon erős dohányosoknál 15% fölé is emelkedik. A COHb informál a dohányfüst abszorptiójáról, az inhaláció mélységéről. Ideális módszer a napi dohányfüst-expozíció mérésére. A COHb lebomlási-félideje 4 óra körül van — nyugalmi állapotban —, így a mérés körülményeit ehhez kell adaptálni.

A szerzők 1085 önként vállalkozót vizsgáltak át Kopenhága különböző korú és foglalkozású lakosai közül. (Cross-sectional study). Az átvizsgáltakból 180 volt a nem dohányzó, ezek közül két egyénben észleltek atherosclerotikus eredetű megbetegedést (1,1%). A dohányosokat három kategóriába sorolták: 1. enyhe dohányos (napi 10 cigarettá alatt), 2. közepes dohányos (napi 10—20), 3. erős dohányos (napi 20 cigarettá felett). Az egyéb típusú dohányosok (szivar, pipa) dohány adagját grammban adták meg. (Enyhe dohányos: 1—14 g; közepes fokú: 15—24 g erős dohányos: 25 g felett). Az enyhe dohányosok között atherosclerotikus megbetegedést észleltek 4,3%-ban. Közepes dohányosok között atherosclerotikus megbetegedést észleltek: 15,3%-ban. Erős dohányosok között atherosclerotikus megbetegedést észleltek 16,2%-ban.

A szerzők szignifikáns összefüggést találtak a COHb szint és az atherosclerotikus betegségek között; ezért a dohányzást ezen betegségek kifejezett rizikófaktornak tartják.

Természetesen nem maga a CO az atherogenikus faktor, csupán a dohányfüst-absorptio jelölésére alkalmas eszköz. Mindenesetre — megfigyelésük szerint — a COHb szint a leglényegesebb discriminátor a vizsgált populáció érintett, ill. „egészséges” tagjai között.

Bonyhádi Katalin dr.



Klinikai farmakológia

Propranolol schizophreniás tünetek kezelésére. N. J. Yorkston és mtsai: Brit. Med. Journal. 1974, 4, 633—635.

Acut porphyriás psychosis gyógyításában *Atsmon és mtsai* (Psychopharmacologica. 1972, 27, 244.) propranolollal jó tapasztalatokat szereztek.

A szerzők ebből kiindulva 14 (9 férfi és 5 nő) schizophren betegben kísérelték meg a propranololt (= Inderal). Hét betegben a tünetek egy héten belül megszűntek. A kezdő dosis 120—1000 mg/die (átlag 500—3000 mg). Jelentős és mérsékelt javulást 5 esetben észleltek. A kúra 2 betegben megszakadt, egyen a mellékhatások miatt, de az ismételt második és harmadik kúra ezen a betegben is gyors tünetmentességet hozott létre. Súlyos ataxiák, zavartsági állapotok és hallucinációs szövődmények különösen a gyorsan emelkedő dosissal kezelt betegekben és napi 750 mg fölött következtek be. Az óvatos dosis-növelés, a korábbi napi tízszeri helyett bevezetett napi kétszeri adagolás és kezdetben kismértékű phenothiazin adjuvatio a toxikus tüneteket csökkentette.

A szerzők közleményüket maguk is előzetes közlésnek tekintik. A klinikai tapasztalatok azt bizonyítják, hogy a propranolol 2 és fél órás plasma-felezési ideje a klinikumban nem érvényesül (nagy dosis mellett), éppen ezért napi kétszeri vagy négyszeri adagolás is megfelelő.

A hatásmechanizmus ismeretlen; kevésbé a perifériás β -blokádnál, inkább a központi idegrendszeri funkciók stabilizálására kell gondolni. A propranololnak nincs parkinson-hatása. *Fenyvesi Tamás dr.*

Új schizophrenia-ellenes gyógyszer? Brit. med. Journal. 1974, 4, 614.

A szerző megjelölése nélkül megjelent „szerkesztőségi megjegyzés” címében szereplő kérdőjel *Yorkston és mtsai* fentiekben ismertetett közleményére vonatkozik. Yorkston közlése lehet fontos új anti-schizophreniás gyógyszer felfedezése, de lehet egyike a sok, későbbiekben hatástalannak bizonyuló szernek is.

A propranololnak vannak veszélyei: fokozza a szívzavarokat, asthmásoknál kerülendő. Praedisponál hypoglykaemiára, hypotoniára, nagy dosisban ataxiára, visualis hallucinációkra. Csak szigorú kórházi ellenőrzés mellett adható.

Érdemes-e egyáltalán adni? A propranolol mint a noradrenalin egyes hatásainak antagonistája, lehet anti-psychotikus hatású. Nagy dosisban esetleg potenciálhatja a phenothiazin hatásait is.

Yorkston és mtsainak közleménye azonban fontos kérdéseket hagy megválaszolatlanul mint pl.

azt, hogy vajon a 14 közül 4 beteg nem psychosisának spontán remissióra való hajlama miatt gyógyult-e meg? Óvatosságra int az alacsony esetszám, a rövid katamnesis is. Egyes esetek figyelemre méltóan objektív gyógyulása ellenére a propranolol terapia gondos utánvizsgálatot igényel.

(Ref.: Az utánvizsgálatoknál a toxikus hatások veszélyeit szem előtt kell tartani!)

Fenyvesi Tamás dr.

Anaesthesiológia

Methoxyfluran által okozott nephropathia. H. J. Kistler, J. Schwitzer, U. Baumann (Medizinische und Gynekologische Abteilung des Spitals Limmattal, Schlieren): Schweiz. med. Wschr. 1974, 104, 162.

A szerzők két olyan betegről számolnak be, akiknek műtétje után a postoperatív szakban átmeneti veseelégtelenség lépett fel. A veseelégtelenség okának a műtési általános érzéstelenítésre használt methoxyflurant (Penthran) tartják.

A közleményben szereplő első betegben gyomor-resectiót végeztek. A közvetlen postoperatív szakban diabetes insipidusa alakult ki a vizelet csökkent urea-osmolaritásával, ugyanakkor a serumban hypernatraemia és hyperosmolaritás állt fenn. A serum maradéknitrogén és kreatinin tartalma ugyan csak magas volt. Az első 24 órában a vizelet mennyisége a 6000 ml-t meghaladta. A polyuria ellenére a maradéknitrogén 88 mg^{0/0}-ra, a kreatinin pedig 3,4 mg^{0/0}-ra emelkedett. Ezek az értékek csak 2 hónap leforgása után normalizálódtak. A vizeletválasztás mennyisége kb. 2 hét elteltével normalissá vált, azonban a vesék koncentrációképesége négy hónapon át csökkent maradt.

A második betegben methoxyfluran narkózisban hysterectomia és az adnexumok eltávolítása történt. A beteg diuresise a postoperatív szakban normális volt, ennek ellenére a vizelet maradéknitrogén értéke 255 mg^{0/0}-ra, kreatinin koncentrációja pedig 4,1 mg^{0/0}-ra emelkedett. A vese funkciója a következő 6 hétben normalizálódott, teljes funkcióképesége azonban csak négy hónap elteltével állt helyre.

Az átmeneti vesefunkció zavarok oka a szerzők szerint a methoxyfluran toxikus volta. A toxikus vese-károsodás pathogenesise még nem tisztázott. Az esetek többségében renalis diabeteses insipidus keletkezik a serum hyperosmolaritásával, ritkábban fordul elő az oliguriával járó veseelégtelenség, mely után állandó veseelégtelenség marad vissza.

A kérdéssel foglalkozó irodalmat áttekintve, a methoxyfluran narkózis után bekövetkező vese-káro-

sodásért vagy maga a methoxyfluran, vagy annak bomlástermékei felelősek. A methoxyfluran bomlása során részben organikus, részben anorganikus fluorvegyületek és oxálsav keletkezik. *Frascino és mtsai* 11 methoxyfluran okozta vese-károsodásban meghalt beteg veséjének vizsgálatokat hét esetben oxalát kristályokat találtak a tubulusokban. Ugyanebben a hét esetben jelentős volt a vizeletben kiválasztott oxálsav mennyisége. A tubulusokban levő oxalát kristályokon kívül a tubulusok epithelje atrophiat és degenerációt mutatott. A kristályok biokémiai vizsgálat során calciumoxalátnak bizonyultak. A glomerulusok csak irreversibilis vese-károsodottak esetében mutattak elváltozást.

Taves és mtsai a vizeletben erősen emelkedett oxálsav értékeket találtak. Az oxálsav nagy adagjai a vese-tubulusok blokádját okozták, a tubulusok részleges vagy teljes károsodásával. Az irodalmi adatok áttekintése alapján a toxikus károsodás mértéke szerint különféle súlyosságú betegség lép fel, az enyhé intoxikációtól a leg-súlyosabb oligo-anuriás veseelégtelenségig. A két kórforma között átmenetet képez az uraemiás forma, amelyben a diuresis megtartott. A hozzáférhető irodalom a szerzők két esetével együtt 48 methoxyfluran narkózis után fellépő vese-károsodásról ad számot. A 48 esetből 24 renalis diabetes insipidus volt. 24 beteg közül 16 teljes funkcióval gyógyult, 4 beteg hónapokkal a műtét után tubularis elégtelenségben szenvedett, 4 beteg pedig uraemiában meghalt.

Ritkábban szerepel az irodalomban az oliguriás uraemiás károsodás. 20 esetet tartanak számon: ebből 9 beteg uraemiában halt meg, 2 beteg állandó dialysálásra szorult, ötnek a vesefunkciója normalizálódott, 4 beteg beszűkült vesefunkcióval gyógyult.

A jól dokumentált, 48, methoxyfluran által vese-károsodott beteg összetételisége: 27,1% (13 beteg). Teljesen gyógyult: 52% (25 beteg). Részlegesen gyógyult: 16,7% (8 beteg). Állandó dialysálásra szorult: 4,2% (2 beteg).

Súlyos vese-károsodás a világon végzett sok millió methoxyfluran narkózist számításba véve, meglehetősen ritkán fordul elő. Ennek ellenére a methoxyflurant hosszan tartó műtétek alkalmával, veseelégtelenségben szenvedők műtési általános érzéstelenítésére, a szert potenciális nephrotoxicitása miatt elővigyázatosan kell alkalmazni.

[Ref.: Az irodalomban közölt methoxyfluran károsodások esetében a műtétek rendszeren aránytalanul hosszú ideig tartottak és a methoxyflurant igen magas koncentrációban alkalmazták. A szerzők közleményében például a gyomor-resectio műtési ideje 5 óra 25 perc volt! A methoxyflurant ebben az esetben 0,2—1,2 vol.0 közötti mennyiségben adták. A második,

COTAZYM forte®

tabletta emésztőenzim-készítmény

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

Összetétel

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

Javallatok

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

Adagolás

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

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

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

Csomagolás

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

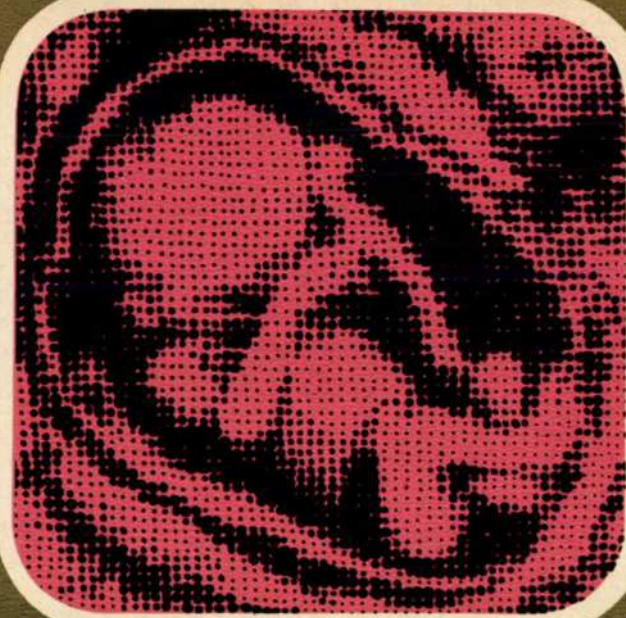
N. V. ORGANON — OSS licencia

Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest



Gestanon[®]

tabletta



sárgatesthormon-hatású és placenta-aktiváló anyag

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

Összetétel

Allyloestrenolum 5 mg tablettánként.

Javallatok

Fenyegető vetélés, fenyegető koraszülés, habitualis abortus prophylaxisa.

Adagolás

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

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

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

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

20 db 60,— Ft
100 db 284,— Ft

N. V. ORGANON — OSS licencia

Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

szerzők által közölt eset a hysterectomia és adnexectomia műtéti ideje 4 óra és 30 perc volt! A methoxyflurant ebben az esetben 0,3—1 vol.%, között nagyságrendben adták. Saját, fluorid elektróddal végzett méréseink bizonyítják, hogy normál műtéti idő (1—3 óra) és szabályos methoxyfluran adagolás (beállításra 3—5 percen át 1 vol.%, majd 10—15 percen át 0,5 vol.%, a narkózis további fenntartása 0,3—0,2 vol.% methoxyflurannal) esetén a vizeletben a fluorid kimutatható mennyisége mélyen a vesekárosodást okozó mennyiség alatt marad. Csatlakoznunk kell Dobkin véleményéhez. Szerinte a vesekárosodást a methoxyfluran alkalmazásával kapcsolatosan, minden esetben az okozta, hogy a betegek órákon át a műtéti narkózisra elégséges methoxyfluran mennyiség háromszorosát lélegezték be. Ha bármilyen más inhalációs anaestheticumból a narkózishoz szükséges mennyiség háromszorosát adnánk biztosak lehetnénk abban, hogy az életfontos szervek legalább olyan magas százalékban károsodnának, mint azt a methoxyfluran helytelen adagolásával kapcsolatosan látjuk.]

Forgács István dr.

A pancuronium cardiovascularis hatásai. Brown, E. M. és mtsai: Anesthesiology. 1973, 38, 597—599.

A szerzők 6 hónap alatt 37 szív-műtetre kerülő betegen az anaesthesia bevezetések endotrachealis intubálásához 0,15 mg/kg pancuroniumot használtak. Mivel ez a dózis valamivel nagyobb volt annál, amit mások addig közöltek, ezért megkísérelték meghatározni, hogy a pancuronium ilyen dózisban okoz-e kellemetlen cardiovascularis hatásokat.

Vizsgálataikat a 37-ből kiválasztott 10 betegen végezték, 9 betegen aorto-coronaria vena graft bypass műtetre, 1 betegen nyitott mitralis valvulotomiára került sor. Vizsgálataikat 3 különböző időpontban, de valamennyit az endotrachealis intubálás előtt végezték. 1. Az anaesthesia megkezdése előtt egy órával a gyógyszeres praemedicatio után (8—15 mg morphin sulphat, 0,4 mg atropin és 25 mg hydroxyzin) éber állapotban, 2. 4 mg/kg thiamylal iv. adása után, 3. 5 perccel a pancuronium beadása után, amikor a neuromuscularis block már teljes volt (Perifériás idegstimulátorral ellenőrizve). Így mindegyik beteg saját maga kontrolljaként szerepelt. A vizsgált paraméterek: systolés és diastolés vérnyomás, arteriás középnyomás, pulzusszám, EKG, centrális vénás nyomás, hőmérséklet, szív perc-térfogat, systemás vascularis resistentia.

A narkózis fenntartása $N_2O : O_2 = 60\% : 40\%$ + fentanyl vagy halóthanal keverékkel történt; a vizsgálatok befejezéséig asszisztált lélegeztetéssel a $PaCO_2$ -t vérgáz kont-

rollok mellett 40 Hgmm körül tartották.

Összehasonlítva az éber állapotban talált értékeket a thiamylal inductio utániakkal, azt találták, hogy a thiamylal-inductio hatására a systolés vérnyomás és a szív perc-térfogata szignifikánsan csökken, a pulzusszám szignifikánsan emelkedik (átlagosan 6/min-mal, 8,4%-kal) a diastolés és arteriás középnyomás-csökkenés, valamint a perifériás vascularis resistentia fokozódás nem szignifikáns.

Összehasonlítva a thiamylal-inductio után nyert adatokat a pancuronium beadása után 5 perccel később mért értékekkel azt találták, hogy a változások egy paraméter esetében sem voltak szignifikánsak (minden esetben csökkenés volt észlelhető).

Adataik egyeznek Lyons és Clarke hasonló vizsgálati feltételek mellett nyert adataival és ellentétben állnak Smith, Kelman és Kennedy közölt eredményeivel, akik viszont más vizsgálati körülmények között végezték vizsgálataikat (intubálás után stb.).

A szerzők leírják, hogy a pancuronium-relaxatióban az intubálás simán elvégezhető és a relaxatio tökéletes volt. Az extracorporalis perfusio megkezdése előtt egy betegnek sem kellett ismételt pancuroniumot adni. A műtét végén a pancuronium hatását 10 betegből 7-en 3,0 mg neostigminnel és 1,2 mg atropinnal függesztették fel és azután extubáltak. A beteglegzése adequat volt, amit ismételt vérgázvizsgálatokkal ellenőriztek. 3 esetben nem függesztették fel a pancuronium hatását a hosszú műtéti procedúra miatt. Műtéti mortalitásuk nem volt.

[Ref.: A betegek előzetesen olyan szert kaptak (thiamylal), ami már maga is szignifikáns változásokat okozott a keringési paraméterekben, s így a pancuroniumnak nem izolált hatását vizsgálták, bár ez nem mond ellent a szer izolált hatására vonatkozó irodalmi adatoknak. Az a tény, hogy a pancuronium nem okozott további szignifikáns változásokat, klinikai szempontból lehet jelentős, mivel feltehető, hogy ha curarét adnak pancuronium helyett, az tovább csökkentette volna a perc-térfogatot.]

Szenohradzky János dr.

A humidificatio és nyákáramlás intubált tracheában. A. R. Forbes: Brit. J. Anaesth. 1973, 45, 874.

Endotrachealis intubatio vagy tracheostomia esetén a belégzett levegő kellő páratartalmának biztosításával a trachealis secretum beszáradása és a nyálkahártya károsodása megelőzhető.

A trachealis nyákáramlást 10 intubált kutyán vizsgálta a szerző, barbiturát anaesthesiában 37 °C-on különböző relatív páratartalmú levegő belégzése során. 5 perces időközben mérte a nyákáramlást ly-

copodium porszemcsék nyáktakarróra való helyezésevel, melynek vándorlását az endotrachealis tubuson keresztül bevezetett bronchosconon keresztül figyelte. A lycopodium szemcsék axialis irányban vándoroltak a gége felé. Az ismételt méréseket 5 perces időközben végezte.

100% és 75% relatív páratartalmú levegő belégzése nem befolyásolta a nyákáramlást. Szignifikáns áramláscsökkenést figyelt meg 50% és 25% relatív páratartalom esetén. A későbbiekben 7 kutya közül 5 esetben megállt a nyákáramlás 50% relatív humiditás mellett, 25% relatív páratartalom esetén pedig mind a 7 állaton megszűnt a nyákáramlás.

A vizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy a belégzett levegő páratartalmának 37 °C esetén 50% felett kell lennie, de legkívánatosabb, hogy ha 75% körüli, annak érdekében, hogy a nyákáramlás zavartalan maradjon. Ez megfelel 100% relatív páratartalomnak 32 °C-on.

A belégzett levegő relatív vagy abszolút páratartalma tehát befolyásolja a nyákáramlást. Kérdés azonban, hogy a nyákáramlás megfelelő páratartalom mellett milyen hőmérsékleti tartományban marad meg a normális szinten.

Tekeres Miklós dr.

Gastroenterologia

Emésztőszervi endoscopia mindenki számára. Szerkesztőségi közlemény. Lancet. 1974, 2, 386.

Az a konzervatív beállítottságú klinikus, aki ritkán találkozik gastroenterologiai megbetegedésben szenvedő betegekkel, esetleg még mindig idegenkedik a fiberoptikával dolgozó endoscopusoktól. Bár ugyanakkor a legtöbb esetben akkor is szívesen igénybe veszik a fiberendoscopyt, ha történetesen maguk nem is alkalmazzák.

Ma már igen sokan állapítják meg világszerte azt a tényt, hogy a legkiválóbb radiológus is csak potenciális lehetőséget tud megállapítani, nem pedig az aktuális vérzés helyét. Ez csak direkt látással, endoscoposan sikerülhet, ugyanakkor egyetlen értelmes endoscopos sincs a világon, aki azt állítaná, hogy az endoscopia helyettesítheti a radiológiai vizsgáló eljárásokat, sőt ellenkezőleg: egymást kiegészítő eljárásoknak tartja. Standard bárium etekési módszerrel gyorsan és megbízhatóan felismerhetőek az elváltozások 80 százaléka. Endoscopyával ugyan a diagnózis pontossága 90%-ra emelhető, és az esetek zömében ugyanolyan jól vagy még jobban tolerálható, mint a báriumos vizsgálat, de bizonyos esetekben tovább tart és némi csekély százalékban veszélyei is vannak.

Így tehát a rutin diagnosztika számára a jelenben és a jövőben

is az oesophagus, gyomor, duodenum területén a leggyorsabb és legalkalmasabb eljárásként megmarad a radiológiai vizsgálat, melynek effectivitasát tovább javították az utóbbi időben alkalmazott duplakontrasztos módszerek. Ugyanakkor a postoperatív gyomorpanaszok, az ún. „röntgen negatív dyspepsiák” esetén, továbbá a felső gastrointestinalis vérzés diagnosztikájában, és a bizonytalan, nem egyértelmű radiológiai képek interpretálásában vagy a bizonytalan szövettani diagnózisú gyomorfekélyek vizsgálatában nemcsak ajánlatos, hanem szinte elengedhetetlen vizsgáló eljárásá lépett elő az endoscopia mindazonk a helyeken, ahol az elérhető.

Angliában azonban sok kerületi, járási kórházban nincs mód, vagy inkább nehéz hozzájutni egy endoscopos vizsgálathoz. Másutt nem kielégítő az endoscopos tevékenység: a személyzeti ellátottság, műszerezettség és helyiség problémák nem kielégítő volta miatt. De még a jól felszerelt, műszerezett és orvosilag is jól ellátott kórházakban is megterhelést jelent egy prompt és minden igényt kielégítő szolgálat mindenkor biztosítása.

A műszeripar, egyre újabb technikai problémák megoldásával, újabb és újabb anyagi problémákat, megterheléseket is jelent. Így 1—2 éven belül a retrograd endoscopos cholangio-pancreatographia az obstructiv sárgaságok és feltételezett pancreas betegségek megítélésében nélkülözhetetlen vizsgáló eszközzé lép elő.

Az angol biztosítási rendszerben, sőt az általános egészségügyi szolgálat terén is további lépéseket kívánnak tenni, részben az endoscopia szükségességének elfogadtatásában, részben annak rendszerezésében, hogy milyen esetekben látszik indikálnak a vizsgálat elvégzése: amikor meggyorsítja és pontosabbá teszi a diagnózist, pótolja, illetve csökkenti a feleslegesen ismételt röntgenvizsgálatok számát, sőt bizonyos esetekben megkíméli a beteget a feleslegesen elvégzett műtétektől.

Egy ilyen endoscopos centrum felszerelésének elég komoly költsége van. Az endoscopok beszerzése, javítása drága, az élettartamuk is rövid. Emellett orvosi, ápolónői és adminisztratív személyzetre is szükség van.

A járási-körzeti kórház évi költségvetéséből nehezen kigazdálkodható összegekről van szó. Ezért a klinikusnak rendkívül kemény harcot kell vívnia évente a szükséges összegért. Ugyanis ha nem tudja biztosítani műszerparkjának a folyamatos utánpótlását, nem garantálhatja a folyamatos endoscopos szolgáltatást. Erre évi 6000 fontot kalkulálnak. Emellett a személyi ellátottság és utánpótlás sem elhanyagolható kérdés. A fiatalok kiképzése sok gonddal jár és időigényes. Kevés orvosban van olyan

ambíció, hogy egész munkaidejét csak endoscopiával töltse.

Angliában a gyakorló orvosok és a kisgyerekes orvos-annyák között akad több olyan, aki részidőben jár be egy-egy endoscopos egységbe dolgozni. Ezzel kétségtelenül bizonyos szakembergondok megoldásában segítséget nyújtanak.

Ma már Angliában minden megye egészségügyi szervezőjének gondoskodnia kell arról, hogy a kerületi-járási gastroenterológiai-endoscopos szolgálat működésképes legyen. Az utazó endoscopos munkacsoport szervezése nem vált be, főleg a műszerek gyorsabb tönkremenése miatt.

A leggazdaságosabb megoldásnak az mutatkozik, ha a járások-kerületek egy-egy előretékinő optikájú PAN endoscoppal (amivel az oesophagus, gyomor és duodenum vizsgálható — Ref.) és a minimális személyzettel vannak ellátva, míg a megyében legalább egy kórházi centrumot kell megfelelően endoscopos műszerekkel és személyzettel úgy felszerelni, ill. ellátni, hogy az rendelkezék a minden irányú szakkonzultáció minden időben való biztosításához elegendő műszerrel, sőt olyanokkal is, amelyeket a járásoknak-kerületeknek az alapműszerük meghibásodása esetén a javítás idejére kölcsönözni tudnak.

Amellett, hogy az ilyen centrumokban a kellő személyzeti létszámot biztosítani kell a nonstop üzemeltetéshez, szabadságok, továbbképzések és 24 órás ügyelet esetére is. Szükséges továbbá a terület specialistáinak a kiképzését is megszervezni és biztosítani. Amellett, hogy a gastroenterológiai szakkonzultáció létjogosultsága ma már vitathatatlan, Angliában is komoly erőfeszítéseket tesznek a hálózat olyan mértékű kiszélesítésére, hogy az minden beteg számára minden időben hozzáférhető eljárásá váljék.

(Ref.: Hazánkban is elindult az utóbbi 10 évben a gastroenterológiai endoscopia szükségességének a felismerése. A megyékben, főleg azonban az egészségügyi minisztériumban még lassan halad a központi irányítással és támogatással történő centrumok felszerelése, ill. a személyi feltételek biztosítása. Az ilyen eredetű angliai tapasztalatok aránylag terjedelmesebb ismertetése segítséget jelenthet ehhez a munkához.)

Prónay Gábor dr.

Az endoscopia szerepe és jelentősége a gastrointestinalis vérzésekben. J. A. H. Forrest, Finlayson, N. D. C., Sherman, D. J. C. (Gastrointestinal Service, Royal Infirmary, Edinburgh): Lancet. 1974, 2, 394.

Egy nagy kórház gastroenterológiai részlegére, felső gastrointestinalis tractus vérzés miatt szállított

betegeken szerzett tapasztalatokat értékelik. 111 endoscopia történt 106 betegen. 56 betegen (az esetek 53%-a) aktív vérzésforrást, ill. a közelmúltban vérző helyet találtak. További, de nem vérzésforrásként értékelhető elváltozást észleltek a betegek 38%-án. A beszűlítést követő első 24 órában végzett endoscopia 78%-os találati arányával szemben 24 és 48 óra között már csak 66%-ban (az esetek kétharmadában), míg 48 órán túl már csak 32%-ban, azaz az esetek egyharmadában volt eredményes a diagnózist illetően az endoscopia.

Haematemesis miatt (az esetek háromnegyed részében) a betegek hamarabb kerültek kórházba, így korábban is kerültek endoscopiára, mint a melaenások. Ezeket később is küldik kórházba. Ezzel magyarázható, hogy haematemesis esetén a betegek 71%-ában lehetett 48 órán belül felismerni a vérzésforrást és 48 órán túl is az esetek több mint egyharmadában, míg csak melaena esetén 48 órán belül a betegek csupán 55%-ában és 48 órán túl csak szinte minden tizedikben (13%)-ban.

7 alkalommal az endoscopia sikertelen volt (6,3%). Ezek közül 2 beteg képtelen volt az eszközt lenyelni, ill. annyira nem kooperált, hogy levezetés után abba kellett hagyni a vizsgálatot. Ez elsősorban fiatal egyéneken és főként alkoholistákon fordul elő, akik a szokásos praemedicatio elégtelen. Az esetek kb. 3%-ában a vérzés olyan intenzív volt, hogy nem sikerült megfelelő látási viszonyokat biztosítani. Az irodalomban ellentétes állásfoglalást tapasztalni a vérző betegek gastroscopos előkészítését illetően. Míg Palmer (aki e kérdés úttörője volt — Ref.) a jeges gyomormosást az endoscopos előkészítés legsarkalatosabb pontjának tekintti, addig Cotton (aki az angol gastroenterológiai endoscopia ma egyik legprominensebb tagja — Ref.) nem alkalmaz vérző betegeken előzetes öblítést, csupán az endoscopia során, ami a szerzők szerint a vizsgálat időtartamát lényegesen megnöveli és kevesebb nyálkahártya-elváltozás felismerését teszi lehetővé. Gyakorlott endoscoposok ugyanis a Cottonék és mások ellenvetéseit azzal cáfolják, hogy igen könnyen elkülöníthetők az artficiális sérülések és abból másodlagosan keletkező vérzések a primer nyálkahártya-sérülésektől.

A szerzők a mosás hővei és véleményük alátámasztására közlik, hogy kétszer annyi nyálkahártya-elváltozást láttak vizsgálatuk során, mint pl. Cotton (16% szemben 8,6%-kal).

A vizsgáltak egy kicsiny számában a vérzésforrást nem sikerült kimutatni, ez főleg fiatal alkoholisták között fordul elő aránylag gyakrabban, amikor rendszerint valamilyen sötét anyagot hánytak alkoholfogyasztás után.

Kétségtelen azonban, hogy minden endoscopos csoport bizonyos

százalékban, ill. bizonyos számú esetben nem tudja a megfelelő elváltozást kimutatni. A szerzők 104 eset közül 5-ben — később kiderült — nem találták meg az elváltozást, ami 2 esetben duodenalis ulcusnak bizonyult. Egy esetben a vérző erosiók mellett a duodenalis ulcus nem vették észre, egy másikban, bár 2 nem vérző elváltozást is találtak a vizsgálat során, az ulcusc nem ismerték fel.

A fel nem ismert elváltozások irodalom szerű általában gyomor vagy duodenalis ulcusok szoktak lenni, és általában — a szerzők szerint is — kb. 20%-ra tehető a diagnosztikus hibaforrás aránya a gyakorlott endoscopos centrumokban.

Ennél rosszabb a kevésbé gyakorlottak között — a tapasztaltsággal fordítottan — a találati biztonság aránya.

Urgens radiológiai vizsgálatot a szerzők csak abban az esetben tartanak indokoltak, ha a vérzés forrását endoscoposan nem sikerült felismerni.

A további teendők szempontjából az endoscopia jelentősége abban segít a legtöbbet, hogy a sebészi elhatározást korábban teszi lehetővé. Ugyanis akár gyomor, akár duodenalis ulcusból, varixból való vérzésről van szó, kevésbé várható a vérzés megszűnése, ill. gyakrabban recidivál és néha fatális a vérzés, tehát mielőbbi műtétet igényel.

Míg a vérző erosiók kezelése az esetek túlnyomó többségében konzervatív oldandó meg.

A korai endoscopiából fakadóan további előnyök valószínűsíthetők, bár még gondos értékelést igényelnek: részben a kevesebb transzfúziós vérszükséglet, részben a rövid kórházi ápolási idő.

A nonstop endoscopos szolgálat megszervezése (nagyobb) kórházakban a 24 órán belüli vérzések felismerése érdekében elengedhetetlen feladat. Nagyon megnehezíti — időben többszöröse nyújtja — a vizsgálathoz szükséges időt a megfelelő középkáderek hiánya is. Legalább 2 orvos és 2—3 közép-káder szükséges az ilyen feladat megoldásához.

(Ref.: Bár közel 6 éve végzünk ilyen irányú munkát, megnyugtatóan minden körülményt még nem sikerült biztosítani a tökéletes nonstop vérzés-diagnosztikai szolgálat érdekében. Tudomásom szerint urgens endoscopos szolgálat az országban kifogástalanul eddig csak a János Kórházban és a mienkhez (Miskolc) hasonlóan kb. 3—4 helyen működik. További szervezési feladatok a közlemény alapján is nyilvánvalóak és rendkívül időszerűek!)

Prónay Gábor dr.

A heptadecapeptid, big és big big gastrinok distribúciója és degradációja. Straus, E., Yalow, R. S. (New York): Gastroenterology. 1974, 66, 936—943.

A plazmában és a szövetekben legalább 3 elkülöníthető gastrin mutatható ki. Ezek a következők: heptadecapeptid gastrin (HG, mol. súly kb. 2100), big gastrin (BG, ez nagyobb és bázikusabb fehérje, mol. súly kb. 3900) és a big big gastrin (BBG, mol. súlya nagyobb mint 20 000). A biológiailag aktív HG és BG plazmabeli szintje étkezésre megemelkedik. A BBG koncentrációja a plazmában étkezésre nem változik és a jelenlegi ismeretek szerint ez nem rendelkezik biológiai aktivitással.

E közleményben a szerzők egy-szeri gyors iv. inj.-ban jelzett és nem jelzett HG, jelzett és nem jelzett BG és nem jelzett BBG hormonkészítményeket adtak két kutyába és meghatározták a megfelelő distribúciós időket, tereteket és a degradáció mértékét. A keringésbe beadott egyes gastrin-formák, a HG, BG és BBG plazmából való eltűnésének félideje megközelítőleg 3, 9 és 90 perc volt. A szerzők nem észlelték azt, hogy a BG vagy BBG beadása után a kisebb immunoreactív hormonális formába való átalakulás következett volna be. A HG és BG kezdeti eloszlási tere kb. ugyanaz volt és átlag kétszeres plazmavolumen-nek felelt meg (a testsúly 11—12 százaléka), BBG esetében ez csak a plazma volumenével egyezett (testsúly 6%-a), feltehetőleg a nagy molekulású és a lassúbb kapillárison való átjutás miatt.

A szerzők lehetségesnek tartják, hogy a BBG hosszú félideje miatt van jelentős BBG frakció jelen éhomi állapotban normál egyének, kutya és disznó plazmájában. A BBG fiziológiai jelentősége nem ismert, talán a basalis gyomorsav-secretio fenntartásában játszhat valamilyen szerepet. Emésztés alatt a gyomorsav-termelést elsősorban a kisebb gastrinok befolyásolhatják a sokkal gyorsabb turnover idejük miatt. Az étkezésre 1 órán át vagy még tovább is észlelhető emelkedett gastrin-szintek állandó gastrin-fel szabadulás stimulálásra utalnak. Anaemia perniciosában az intragastrikus 0,1 n HCl instillációra bekövetkező azonnali plazma gastrin-szint esés is csak a kisebb gastrinok, elsősorban itt a BG gyors turnover ideje alapján magyarázható, a hosszú félidejű BBG-nal nem.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy az egyes gastrin-komponensek plazmabeli relatív koncentrációjában a változó fiziológiai feltételeknek megfelelően természetesen eltérések mutatkozhatnak az egyes egyének között és ugyanazon egyénben is. Az endogen gastrin heterogen volta miatt a plazmából való eltűnéskor az egyes gastrin-formák relatív koncentrációit is figyelembe kell venni, azok eltérő viselkedése miatt. Az egyes gastrin-komponensek plazmabeli koncentrációja függ az illető komponensek secretióis rátájától, az extravasculáris térbe történő distri-

butiójától és degradációjának a mértékétől. A szerzők vizsgálatai szerint a jelzett gastrinhormonoknak a plazmából való eltűnése nemcsak distribúció és sequestratio következménye, hanem ebben a metabolikus degradatio is szerepet játszik.

Kisfalvi István dr.

Selectiv és proximalis gyomorvagotomia hatása a serum gastrin-szintre. Jaffe, B. M. és mtsai (Washington University School of Medicine, University of Bristol, University of Birmingham): Gastroenterology. 1974, 66, 944—953.

A szerzők 40 férfi nyombélfekélyes betegen végezték a vizsgálatukat, akik randomizálva selectiv vagy proximalis gyomorvagotomián (parietalis sejt vagotomia, highly selective vagotomy) estek át. Az első 20 beteg esetében (10 beteg mindegyik csoportban) nem végeztek pyloroplasticát, azonban a selectiv vagotomiás betegekben gyomorürülési zavarok jelentkeztek, ezért a következő 20 betegen a selectiv, illetve proximalis gyomorvagotomiát már pyloroplasticával egészítették ki. Műtét előtt és 3 hónappal utána minden betegen mérték a serum gastrin-szinteket, valamint a gyomorsav-secretiót és a gyomorürülés sebességét. A keringő gastrin koncentrációját basalis feltételek között, majd 0,25 E/kg iv. insulin adása után 30 és 60 percre, valamint egy másik napon adott standard húskivonat elfogyasztása után 30 és 60 percre radioimmunoassay segítségével regisztrálták. A gastrin-értékeket két laboratóriumban, ugyanazon technikával, háromszorosan határozták meg és hat meghatározás átlagát vették alapul. A gyomorsav-secretio vizsgálata során meghatározták a basalis sav-secretiót ($2 \times \frac{1}{2}$ órás BAO), az insulinos választ (4 egymás utáni legmagasabb 15 perces frakció összege) és a pentagastrinos választ (6 $\mu\text{g}/\text{kg}$ im. inj. után a két egymás utáni legmagasabb 15 perces frakció összege $\times 2$).

A 40 beteg praeeoperatív basalis gastrinszintje 79 ± 6 pg/ml volt, a húskivonat elfogyasztása után a serum gastrin-szint átlagban 67%-kal, insulin inj. után 60 perccel pedig 50%-kal emelkedett, tehát a gastrin-válasz fehérje étkezésre volt kifejezettebb. Selectiv és proximalis selectiv vagotomia után a basalis serum gastrin-koncentráció hasonló arányban, szignifikánsan 58, illetve 56%-kal növekedett. Pyloroplastica jelenléte vagy hiánya nem befolyásolta lényegesen a serum gastrinszinteket. Insulinos hypoglycaemiára mind a selectiv, mind a proximalis gyomorvagotomiás csoportban (pyloroplasticával vagy anélkül) insulin inj. után 60 percre a postoperatív basalis értékekhez képest szignifikánsan magasabbak voltak a gastrinszintek. A szerzők 5 kritérium alapján

megítélve a vagotomia komplett vagy inkomplett voltát, azt találták, hogy a selectiv proximalis vagotomiás csoportban az emelkedett basalis és insulinos 60 perces serum gastrin-koncentrációk komplett és inkomplett vagotomia után nem tértek el egymástól, a selectiv vagotomiás csoportban viszont komplett vagotomia esetében a postinsulinos 60 perces serum gastrin-szint kifejezetten alacsonyabb volt.

A gastrin-válasz vagotomia után hűskivonatra több mint 3-szor nagyobb volt, mint műtét előtt, és ez nem függött attól, hogy selectiv vagy selectiv proximalis vagotomiáról volt-e szó, viszont a pyloroplastica jelenléte csökkentette ezt a növekedést. A gyomorürülési vizsgálatok kimutatták, hogy a pyloroplastica siettette a gyomorürülését, ezért a szerzők arra gondolnak, hogy a gyomorfejesülés praeventiója, valamint a fehérje és a gyomornyálkahártya kontaktus idejének a megrövidítése fontos faktor lehet a gastrin-felszabadulás csökkentésében.

Selectiv és selectiv proximalis vagotomia egyforma mértékben gátolta a gyomorsav-secretiót, a basalis secretiót 79%-kal, az insulinos savválaszt 95%-kal, a pentagastrinnal előidézett savválaszt pedig 65%-kal.

A szerzők észlelései arra utalnak, hogy selectiv és proximalis gyomor-vagotomia esetében insulinos hypoglycaemia és fehérje étkezés alatt extragastrikus, extraneurális gastrin-felszabadulással lehet számolni. Ilyenkor a gastrin felszabadulhat az ép vagus innervációval rendelkező felső vékonybélszakaszból és a pancreasból, de lehet, hogy a hypoglycaemia adrenalint szabadít fel, amely viszont stimulálja a gastrin felszabadulását. További tanulmányok szükségesek, mielőtt határozott véleményt lehetne e kérdésben alkotni.

Kisfalvi István dr.

Gastrin hypersecretio rövid bél szindrómában. Straus, E., Gerson, C. D., Yalow, R. S. (New York): *Gastroenterology*. 1974, 66, 175—180.

Kiterjedt vékonybél-resectio után számos metabolikus abnormalitás figyelhető meg, ezenkívül emberben és kutyában gyomorsav-hypersecretio jön létre.

A szerzők 4 rövid bél szindrómában (short bowel syndrome) szenvedő betegen vizsgálták a gastrin szerepét a savi hypersecretio előidézésében. A 4 beteg közül 3-ban regionalis enteritis, 1 esetben pedig segmentalis vékonybél-infarctus miatt került sor az extensiv vékonybél-resectióra. Az egyik vékonybél-resectált beteg gyomorfejkéji miatt még 60—75%-os gastrin-ectomián, Billroth I típusú műtéten is átesett. Ezenkívül vizsgáltak egy olyan beteget is a 8 normál

kontroll egyén mellett, akin előzőleg obesitas miatt jejunoilealis bypass műtétet hajtottak végre.

A 4 rövid bél szindrómás beteg esetében éhómra jelentős hypergastrinaemiát találtak (96—610 pg/ml) és a standard étel elfogyasztása (2 keménytojás, 1 szelet száraz fehér pírítós, 120 ml narancslé) után rögtön a gastrin-szint további emelkedését (csúcshintek: 310—1600 pg/ml) észlelték. A gastrin-koncentrációk a serumban így mind éhómra, mind pedig stimulálásra 3—20-szor magasabbak voltak, mint az egészséges kontrollokban.

A jejunoilealis bypass műtéten átesett beteg esetében normális éhomi gastrin-szinteket találtak és ezek a teszt-étel elfogyasztása után sem emelkedtek jelentősen.

A rövid bél szindrómás betegekben a serumban éhómra és stimulálás után egyaránt a „big gastrin” komponens volt a domináló, mint általában Zollinger—Ellison-szindrómában és anaemia perniciosában. Normál egyénekben éhezé állapotban a domináló forma a „big big gastrin”. 1 betegben az immunoreactív gastrin $\frac{1}{3}$ -a éhómra a „big big gastrin” volt, ennek szintje étkezésre már nem fokozódott.

A Billroth I típusú műtéten és vékonybél-resectión átesett betegen, ahol az antrumot eltávolították, szintén hypergastrinaemiát mutattak ki, itt a keringő gastrin a duodenumból származhatott.

A rövid bél szindrómás betegekben a hypergastrinaemia oka a gastrin-hypersecretio lehet. A szerzők spekulatív arra gondolnak, hogy a hypergastrinaemia e betegekben a resectált distalis vékonybélben levő valamilyen, a gastrin-felszabadulást gátló faktor kiesésének következtében jöhet létre.

Kisfalvi István dr.

A calcitonin hatása az étellel kiváltott gyomorsav-secretióra és a serum gastrin-koncentrációra. Bieberdorf, F. A. és mtsai (Dept. of Internal Medicine, The University of Texas Southwestern Medical School, Dallas, Texas): *Gastroenterology*. 1974, 66, 343—346.

A szerzők 5 egészséges egyénben azt vizsgálták, hogy a szintetikus calcitonin hogyan befolyásolja az étkezésre létrejövő és intragastrikus titrálással mért gyomorsav-secretiót, valamint a serumban az immunoreactív gastrin-szinteket. Azt észlelték, hogy a kisebb dosisú calcitonin-infusio (0,25 MRC U/kg/óra) csak enyhe fokú (9%-os), a nagyobb adagú calcitonin-infusio (1,0 MRC U/kg/óra) viszont már 48%-os csökkenést okozott a sav-secretióban. Az intragastrikus titrálás során állandóan pH 5,0 értéken tartva a gyomortartalom vegyhatását, a calcitonin-infusio egyik dosisban sem változtatta meg az étkezésre létrejövő serum gastrin-választ. Ebből arra

következtettek, hogy a calcitonin az étellel kiváltott sav-secretiót nem a serum immunoreactív gastrin-koncentráció megváltoztatásával, csökkentésével gátolja. Feltételezik, hogy a calcitonin közvetlenül a parietalis sejtekre hat, vagy megváltoztatja más humoralis, vascularis, idegi mechanizmusok hatását a gyomorsav-secretióra.

Ismert, hogy a gastrin calcitonin-felszabadulást okoz. A szerzők szerint a calcitonin fiziológias szerepe a gyomorsav-secretio regulálásában mégsem lehet jelentős, mivel az általuk alkalmazott kisebb dosis csak enyhe fokú sav-secretio gátlást okozott, a nagyobb adag pedig abnormálisan magas calcitonin vérszinteket eredményezett diarrhoeával és a jejunumban a víz és az elektrolitek fokozott secretiójával. Ez utóbbi észleléssel kapcsolatban felvetik azt a lehetőséget is, hogy a nem β -sejtes pancreas-tumorkban a tumor calcitonint választhat el és ez lehet felelős a vizes diarrhoeáért és a hypokalaemiáért.

Kisfalvi István dr.

Plasma gastrin és savsecretio peptikus fekélyes betegekben. Westdorp, R. I. C., Fischer, J. E. (Department of Surgery, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston): *Lancet*. 1974, 2, 857.

A szerzők a basalis plasma gastrin-szintek, basalis intragastrikus pH, az 1 órás basalis sav-secretio (BAO) és az 1 órás maximálisan ingerelt gyomorsav-secretio (PAO = 30 perces csúcs savürítés \times 2) közötti kapcsolatot vizsgálták 101 nyombél-, 31 gyomorfejkélyes betegen és 30 egészséges kontrollban.

Nyombélfejkélyesekben az átlagos basalis plasma gastrin-szint 61 ± 7 pg/ml volt, ez az érték csak kismértékben volt magasabb, mint a normálokban észlelt 54 ± 9 pg/ml. A legmagasabb basalis gastrin-koncentráció a gyomorfejkélyes csoportban fordult elő, — 93 ± 17 pg/ml — ez szignifikánsan magasabb volt, mint a kontroll értéke. Az átlagos basalis intragastrikus pH-t nyombélfejkélyesekben szignifikánsan alacsonyabbnak találták ($1,8 \pm 0,06$), mint gyomorfejkélyesekben ($2,6 \pm 0,01$), a BAO-t pedig (ulcus duodeni: $5,4 \pm 0,4$; ulcus ventriculi: $2,7 \pm 0,4$ maeq/óra) szignifikánsan magasabbnak. Ez fordított összefüggésre utalna a basalis gastrin-szint és a BAO között és azt jelentené, hogy alacsonyabb pH értékek mellett az antrumtól a gastrin-felszabadulás kifejezettebben gátlódik.

Amikor azonban a szerzők nyombél- és gyomorfejkélyes betegek esetében a basalis gastrin-koncentrációkat összehasonlították, különböző nagyságrendű csoportokra szétbontva a basalis intragastrikus pH, a BAO és a PAO

értékeivel, akkor már nem tudták kimutatni a fordított összefüggést a serum gastrinszint nagysága, valamint a sav-secreció között, azaz nem észleltek olyan kapcsolatot, hogy magasabb sav-secreciós értékek esetében következtesen alacsonyabbak lennének a basalis plasma gastrinszintek.

Magyarzatuk: 1. nyombélfekély esetében bizonyos autonomia állhat fenn a gastrin felszabadulásában, pl. hiányos antralis feed-back mechanizmus miatt; 2. a basalis gastrin-szint nagyrészt extraantralis, duodenalis eredetű lehet.

[Ref.: Újabbban McGuigan és Herbát (*Gastroenterology*, 1974, 66, 854.) kimutatták, hogy éhomi állapotban csaknem kizárólag (>80%) big gastrin (BG) van jelen a serumban, a heptadecapeptid gastrin (HG) pedig csak étkezésre szabaddal fel. Eddig több munkacsoport (pl. Berson és Yalow, 1971; McGuigan, 1972) a BG-t főleg a duodenumból, a HG-t pedig főleg az antrumtól tudta extrahálni, ezért elméletileg elképzelhető, hogy a serumban a basalis gastrin részben duodenalis eredetű lehet, azonban ma még kevésbé ismert a duodenalis gastrin felszabadításának és a felszabadulás gátlásának a mechanizmusa.]

Kisfalvi István dr.

Dermatológia és venerológia

Homoszexualitás és nemi betegségek az Egyesült Királyság területén. Szerkesztéségi közlemény. British Coop. Clinical Group, London): Brit. J. Vener. Dis. 1973, 49, 329—334.

A homoszexualitás növekszik s gyakoribb, mint gondolják. Főleg városi „betegség”, Londonban jóval ismertebb, különösen a város West End negyedében sokkal nagyobb arányban fordul elő, mint az egész Egyesült Királyságban, meg lehetősé ritka kisvárosokban és vidéken.

Londonban az utóbbi években feljegyzett syphillis nagymértékben terjedt homoszexuálisok között. 924 fertőzés közül 392 (42,4%) így terjedt tova az egész országban, a fővárosban a fertőzések 62,2%-a volt a homoszexualitással kapcsolatban; az anorectalis fertőzések bizonyítottan fajtalansági eredetűek. A gonorrhoea esetek 9,8%-a terjedt bizonyítottan homoszexuális úton, az országban minden 20 fertőzés közül 1, Londonban minden 5 fertőzés közül 1 volt kóros érintkezésre visszavezethető. Londonban a homoszexuálisok képeztek a gonorrhoeás betegek 19,9 százalékát, az Egyesült Királyság többi részében arányuk 3,1—5,6% között váltakozott.

A közlemény megemlíti még, hogy az ismertett adatokat 153 város, ill. fővárosi kerület 174 klinikája és kórháza szolgáltatta.

Nikodémusz István dr.

Basocellularis epithelioma; 50 eset statisztikai értékelése. Sentmanat Andrejeva, R., Abreu Daniel, A., Lovio Cardenas, Z. (*Hosp. „M. Fajardo”, La Habana*): Biol. Hig. Epidemiol. 1974, 12, 65—76.

A basocellularis epithelioma fontos helyet foglal el a bőrgyógyászatban, részben a feltételes veszélyessége, részben a viszonylagos gyakorisága miatt. A szerzők kórházuk beteganyagában észlelt 50 páciens adatait értékelik, különböző szempontokból. A betegség a leggyakoribb 60—69 éves korban (15 eset), majd 50—59 éves korban (12 eset). A betegek fele-fele volt férfi, ill. nő; más szerzők szerint e daganat a férfiakon gyakoribb. Nemzetközi adatok szerint e betegség inkább a fehér bőrfüeket sújtja, ezt a szerzők is megerősítetik, 47 betegük volt fehér bőrű, egyes adatok szerint a bőr melanintartalma gátolja az epitheliomák kifejlődését, mert véd az ultraibolya sugarak ellen. A leírt betegek közül 31 hosszabb időn keresztül ki volt téve napsugárzásnak, bár foglalkozás tekintetében legtöbb volt a háziasszony, kétségtelen, hogy a háziasszonyok sokat tartózkodnak a szabadban. 41 esetben csak 1 laesio volt, 9-ben több. 27 esetben kifehélyesedett csomó volt, 14 esetben pigmentált csomó volt, a többiben vegyes. 11 esetben 1 éve alakult ki az elváltozás, 21 esetben 1—3 éve, 8 esetben 3—5 éve és 10 esetben 5 évnél régebben. Az elváltozások leggyakrabban az arcon helyezkedtek el.

Nikodémusz István dr.

HL-A antigének psoriasisban. Schoefinius, H.-H. és mtsai (*Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität 8. Münch. 2.*): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 440.

Kétségtelennek látszik, hogy a psoriasisos megbetegedésre való hajlam genetikusan determinált. Ezt bizonyítja a betegség halmozódása egyes családokban, ikerkutatások és az egyes fajok eltérő morbiditása. Az öröklés módja azonban nem tisztázott.

Újabbban Russell és mtsai, valamint White és mtsai azt észlelték, hogy a humán leukocita (HL—A) isoantigén rendszer egyes tagjai, nevezetesen a HL—A 13 és HL—A 17 feltűnő gyakran található psoriasisos betegekben.

A jelen cikk szerzői 104 főnyi vegyes psoriasisos beteganyagot ellenőriztek ezt a megfigyelést. 442 személy szolgált kontroll csoportként. Az előző vizsgálatokkal egybehangzóan azt találták, hogy a psoriasisos betegek HL—A antigén csoportja gyakrabban HL—A 13 (23%) vagy HL—A 17 (21,5%), mint az átlaglakosságé (8%). A különbség szignifikáns. Úgy látszik, hogy a betegség súlyos formáiban vagy eruptív alakjaiban szenvedő betegek szintén gyakran tartoznak a HL—A 13 vagy 17 csoportba.

Az ilyen antigéncsoportú betegek megbetegedése általában, az egész beteganyaghoz viszonyítva, 8—10 évvel korábban — már 20—22 éves korban — manifesztálódik. A kontroll csoportban 24%-ban fordult elő a HL—A 12 antigén, psoriasisosknál ritkábban, 12 százalék. Ezeknek a betegeknek is többnyire könnyű lefolyású volt a bőrbetegsége. Mivel a HL—A öröklése nem nemhez kötött, a nemek közötti különbségeket nem találtak. Az egész beteganyagban 43%-ban volt pozitív a családi anamnézis, a HL—A 13 és 17 antigéncsoportba tartozóknál 45%-ban.

A szerzők feltételezik, hogy ha valakiben a HL—A 12 antigén mutatható ki, és nem tartozik a HL—A 13 vagy 17 antigén csoportba, úgy számára valószínűleg jelentősen kisebb a psoriasisos megbetegedés veszélye. Más szerzőkre hivatkozva közlik, hogy az indiánokon és eszkimókon nagyon ritka a psoriasisos megbetegedés, és a HL—A 13 és 17 antigén csoportba is feltűnő ritkán tartoznak.

A HL—A antigénrendszer és psoriasis összefüggésének magyarázatára kínálkozik az a feltevés, hogy a sejtfelszínen elhelyezkedő HL—A antigének közvetlenül kapcsolatban vannak a betegséggel. Ennek azonban ellentmond, hogy sok biztosan psoriasisos beteg nem tartozik a HL—A 13 vagy a HL—A 17 csoportba. Fel lehet azonban tételezni, hogy a psoriasist átörökítő gén a chromosómában a HL—A antigén csoportba tartozást meghatározó gén közvetlen közelében, azzal kapcsolódva helyezkedik el. Ha ez a hely a HL—A II. locus közelében van, úgy a HL—A 13 és 17 antigénfeleségek gyakoribb előfordulása magyarázható lenne. Általánosítva alapján a HL—A systema közvetlen közelében egy vagy több olyan gén tételezhető fel, melyek az immunválaszt determinálják. Lehet, hogy a feltételezett, psoriasist okozó gén, mely a HL—A rendszerrel kapcsolatban van, egy ilyen hibás immunreakciót okozó gén.

Vályi Lajos dr.

A pigmentsejt-naevusok. Walton, R. G.: (*Department of Dermatology, Stanford Univ. Medical Center, Stanford*): Sandorama 1974, II, 10—16.

A bőr jóindulatú tumorjai közé tartoznak a pigmentsejt naevusok (PNS), amelyek naevus-sejteket tartalmaznak és emiatt a naevus-sejt-naevus elnevezés is használt. Nagy a jelentőségük, mivel a melanomák 50—70%-a ezekből indul ki. A PSN-k száma a csecsemő és gyermekkorban nő, a pubertás-, ill. felnőtt korban számuk maximumot ér el, majd fokozatosan megkevesbednek. Szülés alatt, vagy steroid és oestrogen terápia hatására újabbak jelentkezhetnek. Szövetileg junctionalis, compound és intradermalis naevusról beszélünk annak megfe-



lelően, hogy a naevussejtek az epidermisben s a dermo-epidermalis határon, itt és a dermisben, ill. főleg a dermisben foglalnak helyet. Mindegyik érési stádiumból indulhat ki melanoma, amelynek a kórszövettani képére jellemző az többek között, hogy atypusos naevussejtek lecsöpögésével bíró szabálytalan junctionalis activitas van, és emellett az epiderma felé atypusos naevussejtek nyomulnak fel. Klinikailag a junctionalis naevus különböző színű, lapos pigmentált macula, amelynek a felszíne esetleg szemölcsös. A compound naevus esetében a tumor a bőrből kiemelkedik és papillomatosus jellegűvé válik. Az intradermalis nevusok általában kúp alakúak és kevésbé pigmentáltak. A malignus átalakulást jelző veszély jelei: a naevus erosiója, pörkösödése, a bőrreljzolat elvesztése, szín-változása, érzékenység, viszketés vagy fájdalom jelentkezése.

A PSN-k különleges formái között említi meg a szerző többek között a következőket: *benignus juvenilis melanoma*, amely elsősorban kisgyermekkorban jelentkezik és egy kúpszerű, vörös színű göbcséről van szó. Szövetileg compound naevus képét mutatja, s klinikailag benignus tumorról van szó. *Óriás pigmentsejtes naevus*: rendszerint egy dermatoma területét érinti és pilosus jellegű lehet a barnás elszíneződés mellett. *Halo naevus*: a PNS környékén vitiligo lép fel. Compound naevus látható szövetileg és spontán visszafejlődhet. *Mongolfojt*: kreol színű gyermeknek sacralis területén később visszafejlődő kékes elszíneződés. *Kék naevus*: kisgyermekkorban rendszerint a kézfejekre lép fel. Az egyik formájában malignus átalakulás indulhat ki. *Ota naevus*: a kötőhártyán és a szem körül a n. trigeminus I–II. ágának megfelelő bőrterületen lép fel barnás elszíneződés formájában.

A szerző a PSN kezelésével kapcsolatban megemlíti, hogy malignus és premalignus elváltozások esetén szélesen az épből kell excíziót végezni. A kozmetikai beavatkozásoknál a sebészeti eljárások gondos kiválasztása a fontos. Számos kórképet említ differenciál-diagnosztikai szempontból. Hangsúlyozza, hogy gyakran nehéz a pigmentált tumorokat a pathológiai vizsgálati módszerek nélkül egymástól elkülöníteni.

Schneider Imre dr.

A chronikus lymphoedema pathogenesiséről és diagnosztikájáról. Schieferstein, G., R. Müller (Univ. Hautklinik, Tübingen): Z. Hautkr. 1974, 49, 37–43.

A szerzők egy 52 éves férfibeteg kóresetét ismertetik, akinek a panaszai a kézfejekre jelentkeztek apró hólyagcsák formájában. A következő években mindkét kézfejen, ill. alkarokon ismétlődő or-

bánca, majd ezzel egy időben lymphangitise jelentkezett. Három éve a gyulladás által érintett terület oedemás és a körörmagvak megvastagodottak. A rutin laboratóriumi vizsgálatok nem mutattak eltérést. A beteg eredetileg fodrász volt, majd esztergályos lett és az epicutan rátevési próbák a parafin-szerű vegyületekkel is negatívak voltak. A felső végtag lymphangiographiája alkalmával mindkét kézfejen dermal backflow jelentkezett és nyirokerek nem sikerült felkeresni. A ¹⁹⁸Au izotóppal végzett vizsgálat szerint mindkét felső végtagon súlyos nyirokkeringési zavar áll fenn. Az alsó végtagokon végzett lymphangiographia alkalmával helyenként mérsékelt extravasatio volt megfigyelhető.

Véleményük szerint a bemutatott betegben a nyirokerek dysplasiájáról van szó és az ismétlődő bacterialis infectio a nyirokeringés elégtelenségéhez vezetett. Nem tudni, hogy miért működtek 35 évig jól a nyirokerek, majd utána miért decompensálódtak. Vitatják azt a nézetet, hogy a primaer nyirokér-elváltozások elsősorban a nő nemet érintenék. Nézetük szerint az ismétlődő orbánc és a lymphangitisek (többnyire) a dysplasiás nyirokerekkel bíró egyénekre jelentkeznek.

Schneider Imre dr.

Enzimopathiák

Galactokinase deficiencia ikrekben: klinikai és biokémiai megfigyelések. Olambiwonnu, O. N. és mtsai (Division of Pediatric, Endocrinol. LAC-USC Med. Center. 1129 North State Street, Los Angeles, Calif. 90 033): Pediatrics 1974, 53, 314.

A galactokinase elégtelenség a szénhidrát anyagcsere ritka, veleszületett zavara. Klinikailag a galactosaemiához és galactosuriához már igen korán cataracta társul. Az enzim defectus következtében a galactosénak galactose-1-foszfátá váló átalakulása hiányzik.

A valódi galactosaemiával szemben (galactose-1-foszfát-uridil-transferase hiány) ebben az enzimdefectusban hepatosplenomegalia, májcirrhosis, aminoaciduria és proteinuria nem alakul ki.

Egyetűjű ikerpárban 4 hónapos korban véletlen vizelet vizsgálat során redukáló anyagot találtak, mely pontosabb analízissel galactosénak bizonyult. Sárgaság, hepatomegalia nem kísérte a galactosuriát. Mindkét gyermekben a szemészeti vizsgálat bilaterális perinuclearis, zonuláris cataractát fedezett fel.

A szokásos tejporból készített táplálék adása mellett a vizeletben nagy mennyiségű galactosét és galactint lehetett kimutatni. A vörösvérsejtek galactokinase aktivitása mindkét gyermekben hiányzott, a szülők vörösvérsejtjeiben 50%-os enzim aktivitást állapítottak meg.

A lactose mentes táplálás bevezetését követő 24 hónapban a gyermekek normálisan fejlődtek, de kialakult cataracta változatlanul fennállott. Egyidejűleg a galactose és galactitol ürítés kis mértékben, de változatlanul fennmaradt. Ez arra utal, hogy ezért az endogén képződő galactose tartalmú vegyületek a felelősek.

A galactokinase elégtelenség lényegesen ritkább, mint a valódi galactosaemia, de családi előfordulású cataracta esetén erre a lehetőségre is gondolni kell.

Kiss Péter dr.

A galactokinase deficiencia problémái. Sidbury, J. B. (Duke Univ. Med. Center, Durham, North Carolina, 27 710): Pediatrics 1974, 53, 309.

A galactokinase enzim deficiencia gyakorlati szempontból számos kérdést vet fel. A vizeletben a redukáló anyagok kimutatására szolgáló szokásos, rutinszerű eljárások a réz redukcióján alapulnak. Evvel valamennyi redukáló cukor kimutatható (pl. Clinitest tbl.), míg a glucose-oxidase metodikával csak a glucoset lehet kimutatni (Testape, Labistix). Utóbbi használatával a glucosuria kivételével a többi melliturgia nem kerül felismerésre, viszont a két módszer együtt már differenciálást is lehetővé tesz.

Az újszülöttkorban a szokásos vizsgálati módszerekkel a galactokinase deficiencia, galactosaemia, fructose intolerancia és egyéb mellituriák elkerülhetik a vizsgálók figyelmét.

A galactokinase elégtelenség viszonylag újonnan felismert klinikai tünetegyüttes, mely csak annyiban hasonlít a galactosaemiához (galactose-1-foszfát-uridil-transferase elégtelenség), hogy az enzim-hiány következtében lenticularis cataracta, a vér galactose szint emelkedése, galactosuria és galactitoluria van jelen, míg a mentális és növekedési retardáció, hepatomegalia, májcirrhosis, aminoaciduria és proteinuria nem fordul elő. A cataractát a psychosensoros és intellektuális fejlődés szempontjából nagyon komolyan kell venni. Éppen ez utóbbi miatt a galactokinase deficiencia korai felismerésére kell törekedni. A megelőzés könnyű, mert az egyetlen galactose forrást, a lactoset az étrendből könnyűszerrel ki lehet iktatni.

A galactokinase elégtelenség gyakorisága relatíve alacsony: 1:40–50 000, szemben a galactosaemiával, mely a különböző populációkban 1:12–40 000 arányban fordul elő. A galactokinase deficienciában szenvedő családokban a cataracta igen gyakori és feltehetően összefüggés van a juvenilis vagy igen korán kialakuló szemelváltozás és a heterozygotákban is jelenlévő enzimdefectus között. Ezért, ha a gyermekorvos ilyen családi anamnesissel találkozott, az adott újszülöttben a galactokinase hiány lehetőségét fo-

kozott mértékben kell figyelembe venni és keresnie.

Újabb megfigyelések szerint a galactose-mentes étrend hatására sem tűnik el a vérből, illetve a vizeletből teljes mértékben a galactose. Ez arra utal, hogy a szervezetben a normális metabolizmus során is képződik bizonyos mennyiségű galactose és valószínű, hogy infekciók és egyéb stressz szituációk a galactose képződését fokozzák.

Ez a szokatlan kórfolyamat ismét betekintést enged olyan normális metabolikus folyamatokba, amelyeket egyébként egészséges egyedek vizsgálata során nem lehetne felismerni.

Kiss Péter dr.

Néhány anyagcsere rendellenesség gyakorisága Lengyelországban. Bozkowa, K., Cabalska, M. B. (National Research Inst. for Mother and Child, Kasprzka 17, Warszawa): Acta paediatr. Scand. 1974, 63, 443—444.

Lengyelországban a vele született anyagcsere zavarok szűrését hat éve vezették be. A munkát megkönnyíti, hogy a szülek túlnyomó többsége intézetben történik, így a 3—7. életnapon a vérvételt még ott el lehet végezni.

A következő vizsgálatokat végzik: Guthrie-féle baktérium inhibíciós-teszt phenylketonuria, tyrosinaemia, histidinaemia, Beutler-Baluda-féle fluorescens-teszt galactosaemia szűrésére.

Eredmények: Phenylketonuria (kb. 800 000 vizsgálat): persistáló hyperphenylalaninaemia 115, atypikus phenylketonuria 8, tipikus phenylketonuria 101. A persistáló hyperphenylalaninaemia gyakorisága: 1:7000, a klasszikus phenylketonuriaé: 1:8000, phenylketonuria variánsok: 1:50 000.

Tyrosinaemia (közel 110 000 vizsgálatból): feltételesen pozitív volt 58, a kontroll során is emelkedett tyrosin szint 2, normalizálódott 43, nem kontrollált 10.

Histidinaemia (110 000 vizsgálatból): feltételesen pozitív volt 191, ebből teljesen normalizálódott 138, a kontroll során még emelkedett volt 6, nem kontrolláltak 45 esetet. Valódi histidinaemiát egyet sem találtak.

Galactosaemia: kb. 220 000 vizsgálatból abnormális 1124 (az összes vizsgálat 0,52%-a); bizonyított galactosaemia 15, bizonyított galactosaemiás heterozygota 52, Duarte variáns 6. A galactosaemia frekvenciája Lengyelországban 1:14 000.

Kiss Péter dr.

Hypoxanthin-guanin-phosphoribosiltransferase (H. G. P. R. T.) okozta hyperuricaemia. Blétry O., és mtsai (Hopital Saint-Louis, F. 75 475 Paris Cedex 10.): La nouvelle Presse Médicale 1974, 3, 995—999.

Az enzimhiány okozta köszvény felnőttben eléggé ritka. A klinikai kép nem pontosan definiált, a bioké-

miai elváltozások sem eléggé tisztázottak.

A szerzők 3 testvérben a H. G. P. R. T. részleges hiányát mutatták ki. Ezen enzim teljes hiánya gyermekkorban Lesch—Nyhan-szindróma néven ismert; részleges hiányát felnőttben 1969-ben közölték először. A családban több anyai ági nagybácsin fordultak elő köszvényre utaló tünetek, így az X-chromosómában lokalizált recessív öröklődés feltételezhető. Az egyik beteg veseelégtelenség volt kimutatható. Első kórházi felvételekor még nem volt hyperuricaemiás, de a vizeletben talált urat-kritályok miatt éveken át benziodaron kezelést kapott. Utolsó felvételekor szérum húgysavszintje: 165 mg/l volt. Ugyanezen a beteg anaemia, IV. típusú hyperlipidaemia és pajzsmirigy-elégtelenség volt kimutatható. Két testvérben bizonytalanul köszvényre utaló ízületi panaszokat észleltek; szérum húgysavszintjük 92 mg/l, illetve 103 mg/l volt. Toxusokat nem észleltek.

A három beteg H. G. P. R. T. aktivitása a normális értéknek csak 3%-a volt. Az enzim-defectus a vörsvérsejtek phosphoribosil-pyrophosphat tartalmának emelkedésével járt együtt.

Gyermekeken a kórképre gyakran vesekőbetegség hívja fel a figyelmet. Előfordulhatnak idegrendszeri komplikációk, de ezek kevésbé komolyak, mint a Lesch—Nyhan-szindrómában. Az esetek nagyobb részében az uraemia meghaladja a 100 mg/litert. A szerzők első esetében a hyperuricaemia kezdeti hiánya felhívja a figyelmet a hyperuraturia diagnosztikus fontosságára. Veseelégtelenség hiányában éppen az uraturia fokozott nagy mértékben.

Részleges enzim-defectus esetén a kezelés alapja az allopurinol alkalmazása, enzimhiány nélkül ugyanis a H. G. P. R. T. az allopurinolt ribonucleotidává alakítja, amely a purinok „de novo” szintézisének első fázisát gátolja. Részleges enzimhiány esetén ez a gátló hatás alig jut érvényre és az allopurinol főleg a xanthinoxidaset gátolja.

A szerzők első esetében észlelt anaemiát a veseelégtelenség tünetének tartották és nem folsavhiánynak, mint erre más közlések utalnak. A veseelégtelenség megszűnésével a beteg anaemiája is eltűnt. A hyperlipaemiát a szerzők nem a vesebajnak, és nem a hypothyreosissnak tulajdonítják. Más szerzők a hypertriglyceridaemia csökkenését figyelték meg ilyen betegeken az alkohol teljes megvonására. A hypothyreosis kialakulását iatrogennek tartják, betegük a benziodaron 6 éves szedése alatt 98 mg jódot vett be naponta. Az amidaron tartós szedésére jelentkező hypothyreosis ismert, a benziodaron hatására kialakuló pajzsmirigy-elégtelenséget eddig egy esetben közölték.

Káldor Antal dr.

Anyagcserebetegségek

Eredmények a diabéteses retinopathia 3 éves clofibrat (Regadrin) kezelésével. Rjasanowski, I. és mtsai (Zentralinstitut für Diabetes, Karlsburg und Augenlinik der Univ. Greifswald): Dtsch. Gesundh. wesen, 1974, 29, 1030.

Ismeretes, hogy a retinopathia mint mikroangiopathia, specifikus diabéteses szövődmény és elsősorban a diabétes tartalmától függ. A cukorbetegeknek mintegy 30%-a szenved retinopathiában, 20 éves diabétes tartam után pedig 80%-ban fordul elő. Gyakran szerepel a vakság okai között is.

A retinopathia diabetica tüneti kezelése nem járt kielégítő eredménnyel. A clofibrat kezelés elsősorban az emelkedett serum lipid értékekre hat, ezen belül is elsősorban a lipoproteinek triglycerid fractiójára, és ezért elsősorban a lipoproteinaemiák kezelésére alkalmazható. Utóbbi a retinopathia diabetica keletkezésében is fontos szerepet játszhat, és ennek kemény exsudatuma több szerző véleménye szerint tulajdonképpen lipid lerakódások. A jó anyagcsere beállítás kritériumának ma már nemcsak a vércukor, hanem a vér lipid szintjének normalizálódását is tartjuk.

A szerzők száz II. stádiumú retinopathiában szenvedő cukorbeteg 6—36 hónapos, napi 2 g clofibratot tartalmazó kezeléséről számolnak be. Kontrollként hasonló retinopathia stádiumban levő 51 cukorbeteg vizsgáltak. Az átlagos életkor clofibrattal kezeltetknél 45 (25—75), a kontroll csoportban pedig 40 (16—65) év volt. A diabétes 15,5, illetve 14 év óta állott fenn, a manifestációk kor pedig 29,5, illetve 25,5 év volt. A clofibrattal kezeltet fél-egy évenként, a kontrollokat pedig 1—2 évenként ellenőrizték. Az anyagcsere szokásos ellenőrzése mellett a serum összlipidet, cholesterint, elektroforézist, alkalikus foszphataset, transaminaset és a vizelet nitrogén tartalmát vizsgáltak, valamint szemészeti vizsgálatot végeztek a testsúly regisztrálása mellett.

A betegek 2/3-ának 150/90 Hgmm feletti vérnyomásértéke volt. Extrem magas tensiót ritkán láttak és pathológiás lipidstatus fennállásakor magasabb vérnyomás értékeket találtak, és ezen a clofibrat kezelés sem változtatott szignifikánsan.

A vér zsírtartékaitól függetlenül szignifikáns különbséget észleltek a kezelték és nem kezelték között. Ez abból adódott, hogy a clofibrat csoportban több változás (javulás és rosszabbodás) lépett fel, anélkül, hogy a kontrollokkal szemben javulásról vagy romlásról lehetne beszélni. A normális és pathológiás lipid értékű csoport között nem láttak szignifikáns különbséget.

Szignifikáns különbség volt viszont abban, hogy a kezelték kevesebb exsudatumaiban kevesebb

romlást és több javulást észleltek, és jobb kezelési redményt kaptak a normális lipid szinttel rendelkező betegekben. A romlási tendencia ellenére a legtöbb javulást a kemény exsudatumokban látták és feltűnő volt valamennyi csoportban a therápiától függetlenül észlelt spontán javulás is. A visus csak 3 páciensen változott (2-szer romlott, 1-szer javult), és nem találtak összefüggést a hyperlipoproteinemia és testsúly között sem. A kövér betegek között a retinopathia szignifikánsan gyakrabban romlott. Patológias lipid parametereket 51 betegben találtak és a változás nem volt szignifikáns. A clofibrat kezelés kedvező hatását a vér-zsírértékekre tehát nem sikerült bizonyítani, de nem láttak kedvezőtlen hatást a májfunkciós próbákra, a vizelet nitrogén tartalmára és a szénhidrát anyagcserére sem.

Összefoglalóan elmondható, hogy a clofibrattól kedvező hatást látták a diabeteses retinopathia kemény exsudatumaira, a többi elváltozást azonban nem befolyásolta. A vizsgálat egyik hibaforrása abban van, hogy a retinopathia a vizsgálat időpontjában már különböző ideje állott fenn, és ennek megfelelően a retinopathia progressió ideje is különböző. A clofibrat kezelést tehát csak bizonyos meghatározott esetekben (kemény exsudatumok fennállásakor) indokolt, bár ebben az esetben is csak kiegészítő kezelés lehet. Még válszra vár az a kérdés, hogy a clofibrat kezelés korábban már a secunder hyperlipoproteinaemia fellépte előtt nem hatásosabb-e?

Angeli István dr.

Az elhízás hormonális, metabolikus és morfológiai parametereinek változásai testsúlycsökkentés révén. Schneider, H. és mtsai (Zentralinstitut für Diabetes, Karlsburg und Med. Klinik der Med. Akademie, Dresden): Dtsch. Gesundheitswesen, 1974, 29, 1117.

A testsúlycsökkentés kedvező hatását kövér cukorbetegben már régóta ismerjük, de keveset tudunk az elhízottakról akkor, ha normális szénhidrát tolerancia áll fenn. A szerzők ezért az elhízottak hormonális és anyagcsere státusát, valamint a kövérség által okozott ilyen természetű zavarok természetét vizsgálták.

40 kövéret (21 nőt és 19 férfit) kísérték figyelemmel, akiknek átlagos életkora 34,3 év volt. A diabetes mellitus lehetőségét 50 g-os glucose-terheléssel zárták ki és más endocrinopathia klinikai jelét sem látták. A fogyókúra Karlsburgban 4-6 hétig tartott és ezzel legalább 10%-os testsúlycsökkenést értek el. A testsúlycsökkenés előtt és után a testsúly adatai mellett a serum triglycerid, cholesterolin, szabad zsírsav, húgysav, valamint a bőr alatti zsírszövet zsírsajt-volumenét határozták meg.

Az átlagos testsúlycsökkenés 11,9

kg-nak felelt meg és ezzel együtt szignifikánsan csökkent a zsírsajt-volumen is, 0,576 nl-ről 0,486 nl-re. A serum triglycerid szintje 149 mg⁰/₁₀₀-ról 103 mg⁰/₁₀₀-ra, húgysav szintje 5,95 mg⁰/₁₀₀-ról 5,24 mg⁰/₁₀₀-ra, az éhgyomri szabad zsírsav pedig 0,75-ről 0,64 mval/l-re csökkent szignifikánsan.

22 esetből a testsúlyredukció után a triglyceridek 14 esetben csökkentek, 7 esetben emelkedtek, 1 változatlanul maradt. A 23 húgysav mérésből 14 esetben csökkentést, 5 esetben emelkedést, 4-szer pedig változatlan állapotot regisztráltak. A serum szabad zsírsav szintje 24 vizsgálatból 18-szor csökkent, 5-ször emelkedett 1-szer maradt változatlan. A serum cholesterolin szintjében szignifikáns csökkenést nem észleltek.

A kiindulási triglycerid, húgysav és cholesterolin értékek túlnyomórészt normálisak voltak. Patológias triglycerid értékeket 30-ból 5-ben, pathológias húgysavértékeket 26-ból 11-ben, kóros cholesterolin tükört 31-ből 3-ban, pathológias szabad zsírsav szintet pedig 34-ből 19 esetben találtak.

Nem cukorbeteg kövérek fogyasztásával tehát a serum triglycerid, szabad zsírsav és húgysav szintjének csökkenését lehet elérni. A cholesterolin szint viszont más szerzők véleményéhez hasonlóan szignifikánsan nem változott. A cholesterolin szint és a testsúly emelkedése között tehát nem találtak oki összefüggést. A triglyceridek fogyasztására csökkentek és ezzel áll összefüggésben a szabad zsírsav szint szignifikáns csökkenése is. Az éhgyomri szabad zsírsav értékek egyébként nagymértékben függenek az anyagcsere kompenzációjától, és ezért ezeket csak az anyagcsere egyensúlya mellett szabad értékelni. A szabad zsírsavszint csökkenése egyébként a kisebb zsírsajtek, alacsonyabb lipolysis és az insulin hatás megjavulásának is kifejezője.

Angeli István dr.

Sav-bázis változások diabeteses ketoacidosis kezelése folyamán. King, A. J. és mtsai (Dept. of Medicine, Univ. of Edinburgh and Diabetic & Dietetic Dept. Royal Infirmary, Edinburgh): Lancet 1974, I, 478-481.

A diabeteses ketoacidosis kezelési rendje általánosan ismert és elfogadott, a bikarbonát alkalmazását illetően nem alakult ki azonban még egységes vélemény. A szerzők ezért tíz ketoacidosisban szenvedő cukorbetegben vizsgálták az acidosis rendezésének időbeni lefolyását a hagyományos — bikarbonát nélküli — kezelés folyamán. Kimutatták, hogy a kezelés első órájában nem észlelhető még javulás a sav-bázis viszonyokban, ezt követően fokozatosan rendeződik a sav-bázis egyensúly, teljes normalizálódása azonban csak a kezelés első 24 órája után következik be.

Azt is megállapították, hogy a hyperventiláció csökkenése szoros kapcsolatban van bár az arteriális pH értékének rendeződésével, mégsem szűnik meg a hyperventiláció azonnal az arteriális vér pH értékének a normalizálódásával. Ennek a jelenségnek okát a légzőközpont intracelluláris pH rendeződésének elhúzódtásában látják, mivel észlelésük szerint az arteriális vér pH értékének a normalizálódása után fennálló hyperventilációban a liquor értéke sem kóros már.

Véleményünk szerint a diabeteses ketoacidosis kezelésében bicarbonát alkalmazására általában nincsen szükség, azonban a hagyományos kezelés megkezdése után az arteriális vér pH értéke órák múlva sem emelkedik 7,1 fölé, akkor a szérum szint és a sav-bázis viszonyok ismételt ellenőrzése mellett a bikarbonátnak kis adagokban történő adása ajánlott. A kálium, illetve a sav-bázis viszonyok ismételt ellenőrzésével és bikarbonát kis adagjainak az alkalmazásával elkerülhető ugyanis annak a veszélye, hogy a bikarbonát gyors infúziója az intracelluláris tér között jelentős kálium eltolódást hozzon létre és ezáltal a diabeteses kóma mélyüléséhez vezessen.

Pogátsa Gábor dr.

Orvosi kibernetika

A komputerrel történő EKG-kiértékelés problémái. Meyer, J., Effer, S. (Abteilung Innere Medizin I. der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule, Aachen): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 1329-1333.

Az utóbbi időben a fekvőbeteg-gyógyintézetekben is ugrásszerűen emelkedik a naponta készült EKG-vizsgálatok száma. Nemesak belgyógyászati megbetegedésekben készül EKG, hanem szűrés céljából, szívbetegségek kiderítésére is felvettelt készíttetnek.

Nyilvánvaló, hogy az egyre növekvő számú vizsgálat értékelésére mind több jól képzett szakorvos szükséges. Célszerűnek látszik munkatákarékosági és költségvetési okokból egyaránt, hogy az EKG-lelet elemzésére számítógépet alkalmazzunk. E területen különösképpen alkalmas a komputer felhasználása, mert periodikusan ismétlődő, többnyire azonos alakzatú görbéket kell értelmezni.

Egyetemesen alkalmazható komputer készítésének előfeltétele, hogy az abba beprogramozott EKG-elváltozásokat is egyformán értékeljék. Szükségesnek látszik egy nemzetközileg kidolgozott és elfogadott program szerkesztése, „adattár létrehozása”, amely nagyobb intézetek hosszas megfigyeléseinek, sokirányú vizsgálatainak — többek között mint a szívkateterizálás, coronariographia, boncletek, laboratóriumi munkák, nem utolsósorban gyakorlati tapasztala-

tok — felhasználásával készülne. Az utóbbi jelentőségét hangsúlyozva példaképpen megemlíti a szerzők, hogy bár a klasszikus EKG-elváltozásokat mindenütt egyformán értékelik, számos eltérést különféle iskolák megannyi módon értelmeznek. Szűkebbre vonatkoztatva, még három orvos is különféleképpen értelmez azonos electrocardiogramot.

Mindezek előrebocsátása után hat, rendelkezésünkre álló komputer program összehasonlítása alapján, részletekbe menően vizsgálják az EKG számítógéppel történő értékelésének nehézségeit, hibalehetőségeit.

Mindezekelőtt a P hullámok értékelése okozhat nehézséget. A számítógépnek el kell különítenie a P hullámokat a QRS csoporttól, mert ellenkező esetben a rhythmust tévesen jelzi. Bonyolultabb rhythmus-zavart a gép nem is képes pontosan identificálni, a vizsgáló orvos csak mint „komplex rhythmus-zavarról” kap jelzést és neki kell a pontosabb elemzést elvégeznie.

A pitvarfibrillációs arrhythmia a komputer aránylag könnyen felismeri. Előfordul azonban — főképpen, ha igen alacsonyok a P hullámok —, hogy kifejezettebb légszi arrhythmia pitvarfibrillációs arrhythmianak jelez.

A P hullámok magasságának megállapítása a pitvari elváltozások kimutatásában jelentős. A különféle iskolák között még ma sincs egységes álláspont a P hullámok alaki eltéréseinek értékelésében. E nehézséget csak fokozza, hogy a komputer gyakran hibásan állapítja meg a P hullám kezdetét és végét, alakját.

Csak több paraméter ismeretében értékelhető az ST szakasz süllyedése és a T hullám laposabb volta. Miután ezek változásai függenek a beteg korától, a szív-frequentiától, a digitalizálástól, az ionháztartástól és még számos egyébtől — mindezen adatok pedig a számítógépbe nem táplálhatók be —, be kell egyelőre érünk azzal, hogy a komputer csak a „normálistól eltérő T hullámot vagy ST szakaszt” jelez.

Biztonsággal körismézhető a friss mellsőfali infarctus, ha a számítógép a Wilson-féle elvezetésekkel van összekötve. A Frank-féle elvezetésekkel működő gépek nagy hibahatárral dolgoznak. A hátsófali, főképpen régebbi infarctus komputerrel való felismerése már problematikusabb.

A complet szár-block könnyen diagnosztizálható komputerrel, mivel annak jól meghatározható hullámeltérései vannak. Ezzel szemben az incomplet szár-block gépi felismertetése már nehezebb feladat, nem is beszélve arról, hogy az incomplet block pontos EKG-jelein a cardiológusok még ma is vitatkoznak.

A hypertoniás beteg EKG-vonatkozásait a számítógép biztonsággal

jelzi, mivel az R és S hullám jellemző eltérései jól körülhatárolhatók.

A pacemaker által vezérelt szív-működés jól ellenőrizhető számítógép segítségével. A meredek, magas hullámokat a gép jól felismeri. Pontosabb gépi elemzés azonban nem lenne gazdaságos, mert a számítógépeket az egyre bonyolultabb és újabb pacemaker típusoknak megfelelően igen sűrűn át kellene alakítani.

A komputer a ventricularis ES tevékenységet biztonsággal kimutatja, míg a supraventricularis ES-akat — melyek nem olyan szélesek és bizarr alakúak, mint az előbbieik — már nagyobb hibahatárral jelzi.

A trigeminia, a bigeminia és az interpolált ES-ek kimutatásában tévednek legtöbbször a számítógépek.

A vezetési zavarok, az a-v block különböző formái, a pitvar-kamrai dissociatio, a sinoauricularis block, továbbá a vándorló pacemaker syndroma komputeres feldolgozása igen nehéz elemzési feladat. Biztonságos kimutatásuk — éppúgy mint az alap-rhythmus meghatározása — csak hosszabb regisztrálószalag feldolgoztatása alapján lehetséges. Ezek beprogramozása is nagymértékben emeli a számítógépek előállítási költségeit.

Döntő még a PQ intervallum meghatározásának pontossága. A PQ intervallum képezi az isoelectromos vonalat, így ha ennek értékelésében téved a számítógép, a további hullámelemzés is téves lesz. Ebből a nehézségből ered pl. a WPW-syndroma és annak egyik változatának, a Lown-Ganong-Levine-syndromának nehéz kimutathatósága.

Végeredményben a komputerrel történő EKG értékelés igen nehéz és pontos számításokat igénylő feladat. Ma még igen költséges, sok javítást kíván.

A szerzők az átnézett programok közül jelenleg a Mount Sinai Hospital programját találják legelfogadhatóbbnak.

A számítógépes EKG értékelés elterjedésének végül az is előfeltétele, hogy könnyen használható, elegendő számú, aránylag olcsó és hamar elérhető gép álljon rendelkezésre.

(Ref.: A cikkből az is kitűnik, hogy bár nagy a jelentősége az EKG komputerrel történő értékelésének, az EKG-t ismerő, értékelni tudó orvos számítógéppel mégsem pótolható.)

Udvardi György dr.

Radiológia

Végtag-angiographia gyermekkorban. D. Beduhn, P. Hardt. (Röntgenabteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg.): Fortschritte der Medizin 1973, 91, 976—981.

A gyermekkori végtag-angiographiás vizsgálat még ma sem tartozik teljesen a rutin vizsgálmódszerek közé, bár a szerzők véleménye szerint az utóbbi években számuk jelentősen emelkedett. Gyakorlott kézben, speciális felszereléssel a vizsgálat nem jelent különösebb rizikót a gyermekek számára. Feldolgozott anyagukban, 1959—1972 között, 66 gyermekben végeztek el 87 angiographiás vizsgálatot, amelynek $\frac{3}{4}$ része az utóbbi évekre esik. A gyermekek közül 36 fiú és 30 lány volt, a legfiatalabb 18 hónapos, átlagos életkoruk 10 év. A 87 vizsgálatból 72 arteriographia, 12 phlebographia és 3 lymphographia volt.

A következő kórképekben végezték a vizsgálatokat:

Congenitalis dysplasiáknál, amelyek többségében vénás vagy kevert dysplasia gyanúja állt fenn. Egyes eseteket részletesen ismertetnek és rtg-képekkel is szemléltetik. Az egyes arteriális aplasiák kísérelő tüneteként jól megfigyelhetők voltak a végtag táplálkozási zavarai, a hiányos arteriális ellátás miatt. Lényegesen gyakoribb a vénás rendszer hiányos képződése. Első helyen állnak a vénás angiómák. A vénás dysplasiák gyakran kombináltak lépnek fel arteriális és lymphaticus anomáliákkal, amelyek mellett még egyéb kóros képletek is találhatóak. Ilyenek: bőranomáliák (naevus, hypertrichosis), daganatok (lipoma, fibroma), polyklino-, syndactilia stb. A véredény, csont és bőranomáliákkal járó kórképet először Klippel, Trenaunay és Weber írták le. A szerzők 8 gyermek közül ötön találtak Klippel—Trenaunay—Weber-syndromát.

A következő csoport a tumoroknál végzett angiographia. Sokszor a daganatok valódi kiterjedését csak angiographiával lehet felfedni. 14 vizsgált gyermek közül 8 esetben benignus, 6-ban pedig malignus tumorok találtak. Véleményük szerint az erősen vascularizált tumorok $\frac{2}{3}$ részben malignusak, a benignus elváltozásokban az erek említésre méltóan nem vesznek részt. Különösen nehéz a Ewing sarcoma és az osteomyelitis elkülönítése. Ebben az esetben az angiographia döntő lehet. Az Ewing sarcoma 95%-ban 25 év alatt lép fel és 10 éves kor alatt a leggyakoribb malignus tumor.

Az érsérüléseknél végzett angiographiák jelentősége a tompa sérülések esetén felbecsülhetetlen. Ugyanis a sérülés után kialakult ischaemias syndromát, főleg gyermekekben érszűkítések is okozzák. Az azonnali műtéti helyreállítás feltétele pedig az érkárosodás pontos localisatiója, a periferiás elfolyási út kiterjedése és minősége. Ez pedig csak angiographiával mutatható ki.

A sérülések aneurysmáknál és a v. fistuláknál is fontos az angiographia, mivel az ilyen rövidzárlatokkal megterhelt keringés helyreállítása ezekben az esetekben is szükségyszerűen sebészeti beavatkozást vezet.



Fontos területe az angiographiának a haemodialisisekhez kiképzett a.-v. fistuláknál fellépő keringési zavarok okának felderítése. 27 beteg végzetek 34 angiographiát, és 15 esetben találtak shuntelzáródást. Ennek oka többnyire a katéter beszűrési helyén intimaszakadás vagy a Scribner-shunt thrombosisa. A Cimító szerinti a.v. fistulánál pedig gyakran anastomosisszűkület, poststenotikus venatágulattal, thrombosisok és emboliák voltak az áramlási zavarok okai.

Vizsgálataiknál csak egy esetben képződött nagyobb haematoma és 2 esetben kontrasztanyagkilépés a beszűrési helyen, a különleges intraluminalis tű ellenére.

Mayer Rezső dr.

Gázképző vesekörüli tályog. L. Love, D. Baker, R. Ramsey (Foster G. McGaw Hospital, Loyola (University Medical Center, Maywood, Illinois): The American Journal of Roentgenology Radium Therapy

and Nuclear Medicine 1973, 119, 783—792.

A gázképződéssel járó vesekörüli tályog ritka kórkép, az irodalomban csak egyedi esetek kerültek közlésre. A szerzők tíz év alatt 9 ilyen beteget észleltek. 8 betegük nő volt, 1 férfi. Hatnak diabeteze volt. Röviden tárgyalják a vesekörüli gyulladások kórereditét és pathoanatómiáját. Eseteikben kórokozóként E. coli Aerobacter aerogenes vagy pseudomonas volt kimutatható. Részletesen ismertetik mindegyik betegük kórtörténetét, bemutatják jellegzetes röntgen felvételeiket. A klinikai képet septikus tünetek jellemzik az érintett vesének megfelelő területen fájdalommal, nyomásérzékenységgel, tapintható terimével, crepitióval, és functionális lumbalis scoliosissal. A laboratóriumi leletek gyulladásos folyamatra utalnak. A vizelet steril lehet, a haemocultura pozitív. Jellegzetes az urographia lelete. Az érintett vese árnyéka nagyobb, a vese különböző mértékben dislocált, kiválasztása

csökkent, a retroperitoneum normális szerkezete elmosódott, a psoaskontur fedett. Legfontosabb jel a retroperitoneumban a vese körül levő gáz.

Hasonló képet mutathat azonban egyéb, hasonló localisatióban levő gázgyülem is. Ezért az elkülönítő kórisme szempontjából figyelembe veendő a traumás duodenum-perforatio, rectum-perforatio, pancreas-tályog, pancreatitis emphysematosa, bursa omentalis tályog, egyéb intraperitonealis tályog, postoperatív vesekörüli vérömleny, colon-interpositio, lumbalis tályog, portalis gáz, intrahepatikus tályog és hasfali abscessus. Ezeket a lehetőségeket a szerzők traumás duodenum-ruptura, irrigoscopia során bekövetkezett rectum-perforatio, pancreatitis emphysema, bursa omentalis tályog és heminephrectomia után kialakult vesekörüli haematoma röntgenképével illusztrálják. Utóbbi esetben a drainen át bejutó levegő megtévesztésig utánozza tályog képét.

Laczay András dr.

Arthrofluor

kenőcs

Antirheumaticum



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

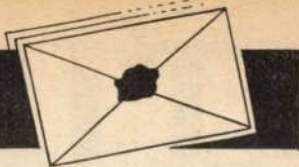
JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek — gyulladásos ízületi kórformák, posttraumás arthritisek —, valamint myalgiaik esetében terápiás kiegészítésként.

ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (ízület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni.
A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: †† Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft



A serum testosteron-szint és a májcirrhosis.

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam az O. H. 1974. 50. sz.-ban *Szarvas, Tóth és Faredin* cikkét: Emelkedett serum testosteron-szint vascularisan kompenzált máj-cirrhosisban szenvedő férfiakban.

Huszonöt év előtti vizsgálataink koncepciójába illenek megfigyeléseik. Mi steroid hormonok és vegyületek hatására mutatózó 17-ketosteroid ürítést néztünk a vizeletben (O. H. 1950. 2. sz. Held és Gesztelyi: „A 17-ketosteroidok meghatározása endocrin kórképeknél és steroid hormonok alkalmazása után a vizeletben”). Súlyos májlaesióban sem találtunk emelkedett 17-ks. ürítést steroidok adására.

Az említett cikkünk ismeretében, mely tudomásom szerint, első ízben foglalkozik a magyar irodalomban a 17-ketosteroidokkal, *Szarvas, Tóth és Faredin* talán még további használható iniciatívákat kaphattak volna.

Held Róbert dr.

T. Szerkesztőség! Köszönettel vetjük *Held dr.* megjegyzéseit; örömmükre szolgál, hogy megfigyeléseink és 25 év előtti saját vizsgálatai között összhangot talált. Közleményükről volt tudomásunk, de nem törekedhettünk teljességre a 17-ketosteroid ürítéssel foglalkozó hazai irodalmi hivatkozások terén, hiszen közleményünkben nem ezzel, hanem a serum testosteron vizsgálatával foglalkoztunk. *Held és mtsai* dolgozatának egyébként sem a címében, sem a táblázataiban nem szerepel májcirrhosis. A szövegben a 43. oldalon olvasható, hogy „...keringési zavarok okozta májlaesiókban... továbbá egy súlyos májcirrhosis esetében a beadott steroid hormonok utáni 17-ketosteroid kiürítés változatlan maradt, holott várható lett volna, hogy a súlyosan laedált máj mellett fokozottabb kiürítést lássunk.” Mai ismereteink szerint májkárosodás esetén a laedált májban csökken a testosteron és más praecursorok metabolizálása 17-ketosteroidokká, és úgy gondoljuk, ily módon nagyon jól értelmezhető a hivatkozott megfigyelés. Támogatja ezt egyébként *Held és mtsai* azon adata, mely szerint egy májbetegükön 17-ketosteroid (androsteron) beadása után a vizeletben létrejött a várt ürítés fokozódás. Lehetséges, hogy májbetegeken exogen testosteron bevitel után a 17-ketosteroid ürítés fokozódásának elmaradása mellett, gyobb és tartósabb serum szint

emelkedés következik be, mint egészségeseken, és ez az elgondolás valóban összhangban van közleményünkben kifejtett nézeteinkkel; természetesen 1950-ben nem volt mód a serum testosteron mérésére.

Szarvas Ferenc dr.
Tóth István
Faredin Imre dr.

Írjunk magyarul (amit lehet).

T. Szerkesztőség! Nagy élvezettel olvastam az Orvosi Hetilap 1974. évi 52. számában *Horváth Magdolna dr.* és *mtsai* kitűnő leírását a Lesch—Nyhan-szindrómáról. Hadd kifogásoljam azonban a *carrier* szó használatát. Kitűnő magyar szó van helyette: hordozó, ugyanazt is jelent, mint az angol eredeti, ráadásul nem kelt hangzása révén képzetársítást a meghonosodott, egészen mást jelentő karrier szóval.

Cholnoky Péter dr.

T. Szerkesztőség! Köszönjük *Cholnoky Péter dr.* hozzászólását az Orvosi Hetilap 1974. évi 52. számában megjelent közleményünkhöz. A megjegyzéssel elvbem egyetértünk. Reméljük viszont — ami a kérdés gyakorlati oldalát illeti —, hogy munkánkban a *carrier* szó használata nem keltett az olvasóban képzetársítást.

Horváth Magdolna dr.
Fekete Miklós dr.
Gábor Iboya dr.

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.

CONTINUIN

tabletta



Osszetétel: Tablettánként 0,5 mg etinodioldiacetátot tartalmaz.

Hatás: Folyamatos, megszakítás nélküli szedése az ovulatiót általában nem gátolja. A fogamzásgátló hatás, amely a szedés megkezdése után 5–7 nap múlva áll be, főként azon alapul, hogy a cervicalis nyák fiziko-kémiai tulajdonságainak megváltozása miatt a spermiumok átjutása a nyakcsatornán akadályozott. A készítmény oestrogent nem tartalmaz, így mentes azoktól a mellékhatásoktól, amelyek a kombinált és szekvenciális fogamzásgátlók adagolása esetén az oestrogen komponens jelenlétének tulajdoníthatók

(thromboemboliás szövődmény, mellfeszülés, émelygés, testsúlygyarapodás).

A Continuin szoptató nőknél nem csökkenti a tejelválasztást, így laktatio alatt is adagolható.

Adagolás: Az első tablettát bevételekor időpontja a menstruációs ciklus első napja. A továbbiakban napi 1 tablettát kell szedni folyamatosan (menstruációk idején is), azonos napszakban mindaddig, amíg a fogamzásgátlás biztosítása kívánatos.

Mellékhatások: A nők többségénél a Continuin szedése panaszt nem okoz. Egyeseknél mellékhatásként köztüvérezések következhetnek be.

Ezek többnyire csak átmeneti jellegűek és nem indokolják a kúra megszakítását.

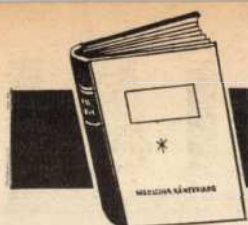
Ellenjavallatok: Terhesség, pubertas, májműködési zavarok, Dubin–Johnson-syndroma, Rotor-syndroma, anamnesisben szereplő idiopathikus terhességi icterus.

Megjegyzés: Kizárólag orvosi utasításra és rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható.

Rendelhető a 23/1973. (Eü. K. 17.) Eü. M. számú utasítás szerint.

Csomagolás: 42 tablettát, 13 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.



KÖNYVISMERTETÉS

K. A. Zufarov, V. M. Gontmaher, B. A. Hidojotov: Citofunkcional-nüje oszobennosztyi pocski (A vese cytofunkcionalis sajatossgai). Me-gyicina, Taskent, 1974.

Az Ultrastructure in biological systems (ed.: A. J. Dalton, F. Ha-guenau) sorozat Ultrastructure of the kidney kötetének megjelenése óta 7 év telt el. Azóta a vese fi-nomszerkezetének kutatásában számos új eredmény született, ezért üdvözölhetjük nagy örömmel a szovjet szerzők új munkáját.

A könyv a szerzők saját nagy tapasztalatán alapuló elektronmik-roszkópos megfigyeléseit, kutatási eredményeit tartalmazza a klasszi-kusnak számító és a legfrissebb irodalmi adatokkal ötvözve.

Az első részben a szerzők a nephron funkcionális morfolo-giájával foglalkoznak. Ismertetik a glomerulus, a tubulus rendszer és a gyűjtőcsatornák ultra-strukturális jellegzetességeit az egyes komponensek fiziológiás sze-repének tükrében. Különösen rész-letesen elemzik a juxtaglomerula-ris rendszer morfológiáját és sa-játos elváltozásait hyperfunctió-s állapotokban, adrenalectomia után, ill. vérvesztést követően.

A glomerulus egyes kompon-en-seinek vizsgálatát a funkcionális szemlélet hatja át. A membrana basalist mint a capillarisok alap-vető filterét, morfológiai sajátos-ságai mellett biokémiai összeté-te-lével, különböző pathológiás álla-potaival együtt mutatják be. A modern irodalmi adatok tükrében és saját megfigyeléseikkel kiegé-sítve tárgyalják a mesangium és a juxtaglomerularis rendszer kap-csolatát.

A tubulusok finomszerkezetének ismertetésekor az egyes sejttípusok funkciójának kidomborításával elemzik a sejtmag, a cytoplasmati-kus organellumok különböző típu-sainak, azok méretének, mennyi-ségének változását a nephron egész hosszában. Külön fejezet foglal-kozik a gyűjtőcsatornák ún. sö-tét sejtjeivel s azok szerepével a H ionok secretiójában.

Nagy részletességgel tárgyalják a vese fehérje-anyagcserében ját-szott szerepét normális és kóros körülmények között, a podocyták és a proximalis tubulusok hám-sejtjeinek fehérjemetabolizáló funkcióját.

A könyv második része elsősor-ban szerzők saját vizsgálatain alapszik. A vese kompenzatorikus hypertrophiájának kinetikáját elemzik, sorrendben a hypertro-phia kialakulásának egymást kö-vető lépésőfokait.

A vese számos különféle életta-

ni funkciójának, biokémiai felépí-tésének, ultrastrukturális sajátos-ságainak és ezek kapcsolatának megismerésében nap mint nap előbbre lépünk. A könyv igen nagy előnye, hogy minden sorát a funkcionális szemlélet hatja át. Ezt tükrözi, hogy a pusztán morpho-lógiai vizsgáldást morphometriai, cytophotometriás, cytokémiai mód-szerekkel egészítik ki. Másrészt a funkció és a morfológia össze-függését különféle hypo- és hyper-functió-s modelleken, a pathológiás folyamatok kialakulásának dina-mikájában elemzik.

A könyv 69 ábrát és 5 tábláza-tot tartalmaz, melyek szemlélete-sen demonstrálják szerzők monda-nivalóját, egyedül az ábrák hagy-nak kívánivalót maguk után, a papír minőségének következtében. A 449 irodalmi adat között számos 1972—73-ból származó friss adat is szerepel.

Lapis Károly dr.
Szepesházi Károly dr.

Th. Nasemann, W. Sauerbrey: Lehrbuch der Hautkrankheiten und venerischen Infektionen. Springer Verlag, 1974. 401 oldal, 300 ábra. Ara: 48,— DM.

Az utóbbi években megjelent német nyelvű egyetemi dermatol-ógiai tankönyvek között arányai-ban leginkább a redukált követel-ményeknek megfelelő tankönyvet írtak a szerzők. Maguk is említik, hogy tankönyvük csak azt az anyagot tartalmazza, melyet az or-vostanhallgatóknak a szigorlatok-hoz elsajátítani szükséges, ezért dermatológiai ritkaságokat nem is soroltak a tankönyv anyagába. Vi-szont a könyv tartalmazza azokat a disciplínákat röviden összefog-lalva, melyek az utóbbi években fokozott fejlődést mutattak (aller-go-immunológia, angiológia, andrológia). Egyes újabb disciplínák besorolásával hasonlít az ugyan-csak újabban megjelent Steigle-der-féle bőrgyógyászati tankönyv-höz, melynek terjedelme is nagy-jából azonos a Nasemann-féle tan-könyvével. Észrevehetőleg a tan-könyv-írók az egyre növekvő okta-tási adattömeg miatt szelekciót, ill. redukciót kénytelenek végezni az oktatási anyagban, amely keresz-tülvitele nagy pedagógiai tapasztalatot igényel. A Nasemann-tan-könyvben a közérthetőséghez és a könnyebb emlékeztető rögzítéshez nagymértékben hozzájárulnak a jó fényképi ábrák mellett bőven alkalmazott táblázatok is, melyek különösen a könyv utolsó 50—100 oldalán szerepelnek nagyobb szá-mban. Ugyanilyen célt szolgálnak a több helyen alkalmazott sematikus

ábrák is. A sémás táblázatok egyik érdekes példája a 241. oldalon ta-lálható táblázat az erythema ex-sudativum multiforme különböző klinikai tüneteiről, amelyet „tüne-ti crescendo”-nak is nevez. Az eléggé szövevényes dermatológiai kezelési lehetőségeket szintén jól összeállított táblázatok útján teszi könnyebben elsajátíthatóvá az egyetemi hallgatók részére. Lásd 228. és 373. oldalon. A fénymikro-szkópos és elektronmikroszkópos ábrák közlését helyeselőően a minimum elvei mellett választotta ki. A dermató-allergiára vonatko-zó fejezetek viszonylag terjedel-mesebbek és talán ezen a terüle-ten lehetett volna csökkenteni a közölt anyagot. A könyv olvasmá-nyosságához hozzájárul a kitűnő tipográfiai kivitel, a jól érthető ábrák és a rövidere fogott szövegi rész. A szöveg rövidségét és ennek célját a könyv borítólapján közölt szöveg is alátámasztja, melyben kifejtik, hogy ez a típusú könyv a programozott oktatásnak is meg-felelően készült. Az oktatásban já-ratos szakemberek élvezettel la-pozzák a sok eredetiségét tartal-mazó dermatológiai tankönyvet és az a meggyőződése alakulhat ki, hogy a Nasemann—Sauerbrey-féle tankönyv mindenben megfelel a felsőoktatási követelményeknek és ilyen célokra mindenben ajánlha-tó. Ki kell emelni a Springer Ki-adó hagyományosan kitűnő könyv-készítő munkáját is.

Szodoray Lajos dr.

Prof. Alföldy Jenő dr.: Tracheo-tomia. Medicina Könyvkiadó, Bu-dapest, 1973, 97 oldal. Ara: 19,50 forint.

Mi készítette a szerzőt e mű ír-ására?

A tracheotomiák száma az utób-bi két évtizedben jelentősen nö-vekedett, és az a tény, hogy nem-csak a gégesbészek, hanem más szakterületek orvosai is nagyszám-ban végzik e beavatkozást. A szer-ző e művével a szakorvosok és a gyakorló orvosok számára egy-aránt nagy segítséget nyújt, szak-mai irányelveket szöveg le, és úgy gyakorlati mint elméleti szem-pontból jó útmutatást ad azoknak, akiket az élet ritkábban kényszerít arra, hogy e beavatkozást el-végezzék.

A szerző XVI fejezetre osztva tárgyalja e témakört. Különösen szeretném kiemelni az V. fejezetet, melyben a tracheotomia indiká-cióit tárgyalja, ebből jól láthatjuk az indikációs terület fokozódó ki-szélesedését, és igen jó támpontot ad az abszolút és relatív indiká-ciók vonatkozásában.

A VI. fejezetben tárgyalja a tracheotomia műtéti menetét. Ez a nem gégesz, illetve sebész ope-ratőr számára is igen jó segítséget nyújt, ezek ismeretében a nem szakorvos is elkerülheti a tévedé-seket, és nagy segítséget kap a műtét technikai kiviteléhez.

A VII. fejezetben a sürgős tracheotomia kérdésével foglalkozik, a conicotomia technikáját tárgyalja, melyet ma minden orvosnak elméletben és gyakorlatban egyaránt ismernie kell.

Külön fejezetben foglalkozik a szerző a tracheotomizált beteg utókezelésével, ennek jelentőségét és ismeretének fontosságát hangsúlyoznám, mert helytelen utókezelés már igen sok nehézséget okozott a betegek végleges gyógyulási folyamatában.

A XI—XII—XIII. fejezetekben a tracheotomia nehézségeiről, a műtéti hibákról és szövődményekről ad útbaigazítást a szerző. E fejezetek tartalmát és mondanivalóját minden tracheotomiát végző orvosnak meg kell ismernie és a tanácsokat meg kell tartania.

Sokszor a technikai kivitelezés

is nehézségekbe ütközik és az itt elkövetett hibák nemegyszer a beteg életét veszélyeztetik vagy igen hosszú ideig tartó — beteget és orvost egyaránt igénybevevő — beavatkozások és kezelések sorozatára van szükség az elkövetett hibák kijavítására.

A XIV—XV. fejezetben a tracheotomia utáni kóros állapotokat és a légcső részleges és teljes pótlását ismerteti. Ez jó tájékoztatást nyújt a nem szakorvosoknak, hogy milyen lehetőségek vannak e betegek rehabilitációjában.

Az utolsó — vagyis a XVI. fejezetet Potondi András dr. írta, melyben a tracheotomia igazságügyi orvostani vonatkozásait ismerhetjük meg. E fejezetet minden orvosnak ismernie kell, pontosan meghatározza az orvos felelősségét, kötelmeit. Kívánatos már

az egyetemi oktatás kapcsán az orvosjelölteknek ezzel megismernedniük. Ezek ismeretében számos tragikus félreértés elkerülhető; egyúttal választ kap az orvos arra a kérdésre is, hogy mi a teendője és mi az elvárás az orvossal kapcsolatban a tracheotomia szükségessége esetén: minden orvos a szakképesítésének megfelelő elvárásoknak megfelelően köteles az életveszélyt a tracheotomia elvégzése vagy megkísérlése útján elhárítani. Összegezve: e rövid összefoglaló mű megjelenése igen aktuális volt, az orvosok részére nélkülözhetetlen ismeretanyagot foglal össze, véleményem szerint nem hiányozhatik egyetlen gyakorló orvos könyvtárából sem.

Dévald József dr.

1975. II. negyedévben kiadjuk a „Laboratóriumi felszerelések és üvegáruk katalógusá”-t

A kiadvány ismerteti az összes megrendelhető üvegárut, legújabb készülékeket, berendezéseket, stb.

ÁRA: kb. 300,— Ft

Előjegyezhető:



Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalat

III. Kereskedelmi Osztály

Budapest V., Akadémia u. 7–9.

Telefon: 114-698.

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1975. 1. szám

Than Gábor, Csaba Imre, Karg Norbert, Szabó Dénes: Terhességgel társult alfa 2-globulin szérumszint túlhordásban.

Doszpod József dr., Gáti István dr.: Az anyai szérum és a placenta HCS koncentrációja normál terhességben és szülés során.

Nagy Péter dr., Csaba Imre dr., Varga Katalin dr., Kereszti József dr., Garadnay Béla dr.: Az oestriol ürítés vizsgálata pathológiás terhességekben.

Rigó János dr., Halmos László dr., Nagy Lajos dr.: A 3800 g születési súly feletti újszülöttek születéskori fejlettsége és későbbi sorsa.

Jakovovits Antal dr.: Cukorbetegség terhesége.

Morvay József dr., Pál Attila dr., Farkas Márton dr.: A lectin/sphingomyelin arány kvantitatív meghatározása magzatvízben a praenatalis respirációs distressz szindrómá megítélésére.

Jakovovits Antal dr., Charles A. Ballard dr., Edward J. Quilligan dr.: A magzat és a lepény histomorphológiai elváltozásai intraamniális felskendezett prostaglandin F₂-alfa hatására.

Szalay János dr., Somogyi József: Az orális vércukor terhelés jelentősége és matematikai értékelése kóma diabéteses terheseken.

Mihalecz Károly dr., Wölfer Edit dr.: A trichomonas fertőzés előfordulása urológiai beteganyagban.

Szabó Sándor dr., Reichard Jenő dr., Nádas Ferenc dr.: Tapasztalataink a cervix-cerclage műtét indikációjának kiterjesztésével.

Jakovovits Antal dr.: Az oestradiol radioimmunvizsgálata a periferias plazmában.

Feragó Ferenc dr., Hrabovszky Mihály dr.: Trichomonas vaginalis-fertőzött nők ellenőrzött metronidazol — (KlionR) — kezelése.

Krommer Károly dr., Keller Gábor dr., Rákóczi István dr., Gáti István dr.: Forafur kezeléssel szerzett tapasztalataink.

Kiss Rezső dr., Szőke Béla dr.: Magnézium szerepe a koraszülés megelőzésében.

Hermann Béla dr.: A késői terhességi toxicosis pathogenesise — belgyógyász szemmel.

Hercz Péter dr.: Terhesség és szülés alatt észlelt petefészekdaganatok.

Krasznai Péter dr.: Különösen nagy kiterjedésű Paget-kór a vulvában.

Angyal János dr.: Fogamzásgátlók szedésével kapcsolatos bőrgyógyászati megfigyelések.

Esztergály Szörény dr.: Egészséges újszülött shockkal szövődött szimultán terhesség után.

Vágó József dr., Vigh Gábor dr., Kulhay Adél dr.: Vulvovaginális és dermatomyeosisok Mikonazol kezelése.

MAGYAR ONKOLOGIA

1975. 1. szám

Stotz Gyula, Sréter Lídia, Lapis Károly dr.: NK/Ly egér ascites — lymphoma chromosoma készletének vizsgálata reassociációs technika segítségével.

Gergely Péter dr., Petrányi Júlia dr., Szegedi Gyula dr., Fekete Béla dr., Szabó Gábor dr., Petrányi Gyula dr.: T lymphocytá depletio daganatos betegek sugárkezelése következtében.

Prajoda Noémi, Hindy Iván dr., Tapolcsányi Lajos dr., Eichardt Sándor dr.: A vizelet 17-ketosteroid fractióinak vizsgálata az emlő daganatos betegségekben.

Liszka György dr., Perjes Gábor dr.: A gynaecomastia vera fejlődési formái oestrogen-hormon kezelés alatt.

Magasi Péter dr., Ruszinkó Barnabás dr.: Tapasztalataink a prostata carcinoma autoradiográfiás vizsgálatával.

Pulay Tanás dr., Keller Gábor dr., Krommer Károly dr., Kovács Csaba dr.: Immunglobulin serumkoncentrációk méhnyakrákos betegeknél.

Bonta Miklós, Vámosi Zoltán dr., Pred-

merszky Tibor dr.: Szájüregi daganatok gamma besugárzását követő chromosoma elváltozások.

Halász Tamás dr., Vetrő Eszter dr.: Dibromdulcit terapiára reosifikálódó genitális tumor osteolytikus metastásai.

Berényi Béla dr., Csiba Árpád dr., Vámos Imre dr.: Adatok az állcsonti ameloblastomák növekedésének patológiájához.

Tóth József dr., Sugár János dr., Gulbert Anna dr., Venkel Tibor dr.: A cytológiai vizsgálatok jelentősége a melanoma malignum diagnosztikájában.

Kisköszegi Andor dr.: Naevobasaliomatosis talaján keletkezett spinalloma.

Krausz Tamás dr., Szilasi Olivér dr., Selyei Mihály dr.: Multiplex dermatofibrosarcoma protuberans szimmetrikus megjelenése a lapocka felett.

Molnár László dr., Rónay Pál dr., Vámosi Zoltán dr.: Az ajak primaer sarcomája (4 eset ismertetése).

Mezeiné Erdély Éva és Mezei Árpád: A rákos betegségek és a psychosomatikus kutatás.

ANAESTHESIOLOGIA ÉS INTENZÍV THERAPIA

1975. 1. szám

Greiner Veronika dr., Szekeres Lajos dr., Kertész Tibor dr., Hollós Sándor dr.: Succinylcholin hatása a serum K⁺ koncentrációra szívbeszűzött betegekben.

Bárdosi Zoltán dr., Tenk Éva dr., Gergely Zoltán dr., Penkov Péter dr.: Resuscitációs tapasztalataink.

Sármány J. dr., Borbély J. dr.: Diazepam (Seduxen) jelentősége szembetegek műtét előkészítésében.

Bagényi József dr.: Nasotrachealis intubatio orális vezetével.

Szinnyai Miklós dr., Varga József dr.: Szülés fix frekvenciájú pacemaker beültetés után.

Sipos Erzsébet dr., Andréka Bertalan dr.: Az intratrachealis narkózisban végzett műtét hatására észlelt kamra repolarizáció, változásairól.

MAGYAR TRAUMATOLOGIA, ORTHOPAEDIA ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET

1975. 1. szám

Novák János dr., Papp Tibor dr., Csató Péter dr.: Mechanikai traumával kombinált égések.

Dömötör Endre dr., Bárány István dr., Zádory Attila dr., Nagy László dr.: A térdízület oldalszalag-sérüléseinek primaer ellátása.

Tóth Sándor dr., Gyárfás Ferenc dr., Szalay Zoltán dr.: A nyaki gerinc sérülései.

Berentey György dr., Karády József dr., Balthazar Emil dr.: A felkarfej vascularis necrosisa.

Csorba Ernő dr., Perlay György dr.: Congenitalis vállízületi dysplasia és luxatio.

Forgon Mihály dr., Bíró Vilmos dr.: In-hüvelyplótás autotransplantált vénával a kéz „senki földjén”.

Józsa László dr., Renner Antal dr., Sántha Ernő dr.: Az emberi vázizomzat ultrastrukturális elváltozásai in- és idegsérülések után. I. Inerülés utáni finomszerkezeti eltérések.

Juhász István dr., Kónya László dr.: Adatok a sternum-törés kezeléséhez.

Kósa Ferenc dr.: Szokatlan öncsonkítás jogtalan balesetbiztosítással összeg megszerzése céljából.

Pestessy József dr., Radó Sándor dr., Feczko József dr., Bálványossy Péter dr., Bács Pál dr.: Az ugrócsont törés nélküli teljes ficama.

MAGYAR RADIOLOGIA

1975. 1. szám

Zsebők Zoltán dr., Gottwald Gizella dr., Irtó István dr., Martonffy Katalin dr. és Szakolczai István dr.: Az emlőrák gyógyításáról.

Vargha Gyula dr., Péter Mózes dr., Dézsi Zoltán dr., Vigváry Zoltán dr. és Békési László dr.: Cholecystogrammok helyes értékelésének kísérletes bizonyítékai.

Szántó Dezső dr.: Az osteolysisek oka és elkülönítése.

Barton Attila dr.: Adatok a cerebrum

középvonali dysraphiáinak angiographiás képéhez.

Lacza András dr. és Csapó Kálmán dr.: Az os trigonum tarsi röntgen diagnosztikájának néhány problémája.

Jászági-Nagy Éva dr. és Lendvai János dr.: Dózisfrakcionálás befolyása a baktériumsejtek szaporodására.

Esztergályos János dr.: Az insulin gyors, egyszerű radioimmunológiai meghatározása.

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT

1975. 1. szám

Ribári Ottó dr.: Varga Gyula dr. emlékére.

Mihók György dr.: Az oesophagoscop jelentősége a nyelőcsővérzések diagnosztikájában.

Ribári Ottó dr.: Az osteogenesis imperfecta fülszeti vonatkozásai.

Jasper Antal dr.: Nagy kiterjedésű gyermekkori unilaterális orrüregi neurinoma esete.

Ifj. Götte Árpád dr.: Értelmi fogyatékos gyermekek hallásvizsgálata.

Alleram Rezső dr.: Radicalis üregben kialakult meningocela.

Duray Aladár dr.: A fül-orr-gégészti elvált szakkonzultációs követelmények az intenzív osztályokon.

Lábás Zoltán dr. és Derkay Éva dr.: Orr-polyposis a gyermekkorban.

Rózsa Imre dr.: A processus mastoideus osteomája.

Orawetz Ottó dr., Potondi András dr. és Zelen Béla dr.: Besugárzott és műtétileg eltávolított daganatos gégek szövettani vizsgálata.

Leszler Zsófia dr. és Mihók György dr.: Primaer candidiasis a nyelőcsőben.

Sáfrán Antal dr.: Nyelőcsőszűz kialakítása kapcsán szerzett tapasztalatok és gyakorlati következtetések.

Sarkady László dr.: A gyermekfülszeti szakrendelés szerepe a hallásgondozásban.

Rózsa Imre dr., Kovács Ferenc dr. és Sáfrán Antal dr.: A szájfenei óriás ranulák differentialis-diagnostical és therapiás problémái.

MAGYAR SEBÉSZET

1975. 1. szám

Hüttl Tivadar: Prof. Czeyda-Pommersheim Ferenc dr. (1891—1974).

Balász György dr., Krasznai Géza dr., Hájér Gyula dr., Lengyel László dr.: A krónikus nem-specifikus thyreoiditisek sebész vonatkozásai.

Balász György dr., Krasznai Géza dr., Hájér Gyula dr., Lengyel László dr.: A krónikus, nem-specifikus thyreoiditisek sebész vonatkozásai (II).

Krasznai Attila dr., Döklen Anna dr.: Műtétek hatására létrejövő alvadásfaktorváltozások.

Krasznai Attila dr., Döklen Anna dr.: Az alsóvégtag venás vénében bekövetkező alvadásfaktor-változások alakulása egyes kórképekben.

Frank József dr., Solti Ferenc dr., Turbók Erzsébet dr., Bodor Elek dr., Sárai Koppány dr., Varga Tibor dr., Soós József dr.: Izolált vétag-perfusióval végzett vizsgálataink eredményei.

Jakab Ferenc dr., Sugár István dr.: A spontán eltűnő epekövekről.

Jakab Ferenc dr., Sugár István dr.: A hepaticolithiasis.

Fedor Endre dr., Észley Ferenc dr.: Meckel-diverticulum diverticulosisa.

Székelly Zsigmond dr., Csikós Ferenc dr., Kausz István dr.: Ileust okozó endometriosis externa a rectumban.

Löblovics Iván dr., Birosz Béla dr., Németh László dr.: Traumás arteria popliteaesérülések.

Padányi Alajos dr.: Súlyos postoperatív bélsárrszennyeződés kezelése tartós hasüri öblítéssel.

Orbán Imre dr., Tóth Tihamér dr., Dénes Márta dr., Böszörményi Mátyás dr.: Septikus állapotot okozó vékonybélneurilemmoma.

Gyurkó György dr., Megyeri László dr.: Mindkét alsóvégtagi phlegmasia coerulea dolens sikeresen operált esete.

Fedor Endre dr.: Spontan choledochus-perforatio felnőttkorban.

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1975. 1. szám

Cserhádi István, Sövényi Ervin: Röntgen irratióval keltett thrombocytopoetikus serumfaktor vizsgálata és hatása egy-

rek trombocytáinak SE⁷⁵-tel jelzett methionin utizációjára.

Rosner Egon, Molnár Anna, Horváth József: A szérum és vizelet cink viselkedése különböző salureticumok hatására.

Kertai Pál, Újhelyi Károly, Somogyi Lajos: A sympathico-adrenalis rendszer és a glucagon szerepe az endotoxin-kiváltotta hyperglycaemiában.

Kiss Csaba, Vittay Pál: A lepényi sexual-steroidhormonok hatása a vérképzésre.

Móza Szabolcs: PlazmagelR-es leukocytaseparatio során szerzett tapasztalatokról.

Faredin Imre, Tóth István: A (14-¹⁴C) 5-androsteron-3 β , 17 β -diol in vitro metabolizmusa egészséges emberi bőrben.

Kecskeméti Valéria: Új béta-adrenerg gátló (GYKI-41 099) mikroelektrophysiológiai hatásának vizsgálata izolált szívkészítményen.

Rajnavölgyi Éva, Gergely János: Izolált polypeptid láncokból rekombinált IgG konformációjának vizsgálata.

Fazekas András, Felcete Judit: Plasma-fehérjék elválasztása és azonosítása polyacrylamid-gél elektroforezissel, neuro-psychiatriai betegségekben.

Szabó Tibor, Babiczky László, Ákoshegyi Imre, Matus Ferenc, Csaba György, Simán József, Szilvás Rudolf, Jankó Lajos: ACTH-nak az ellenanyagtermelésre és glyocorticoidnak az immunoglobulin koncentrációra gyakorolt hatása.

Szabó György, Jakab Ferenc, Magyar Zsuzsa: Az emelkedett epéuti nyomás által okozott májkeringés-változások mechanizmusa.

Molnár Jenő, M. Szeberényi Judit, Varga Anikó, P. Nagy Margit: Helyileg alkalmazott kolineszteráz-bénítók pupilla-szűkítő acitvítása egeren.

Varró Vince, Náfrádi József: A splanchnikus regio egyes szakaszainak szerepe a pentagastrin biológiai inaktivitásban.

Szabó György, Magyar Zsuzsa: Fehérje-felszívódás a pericardiumról.

Schmidt Péter: Fe⁵⁹ felszívódás gastrectomizált patkányban.

Galgóczy József, Polyák Katalin: A Mikrosporium audouinii toxonomiailag értékelhető képleteinek mikromorphológiája.

Galgóczy József, Polyák Katalin: A dermatophyton gombák conidium képzésének kerentése különböző táptalajokkal.

SZEMÉSZET

1975. 1. szám

Aczél György dr.: Hazánk felszabadulásának harmincadik évfordulójára.

Radnóti Magda: A Magyar Tudományos Akadémia alapításának 150. évfordulójára.

Medgyaszay Attila: A magyar szemészet fejlődésének harminc éve.

Boros Béla: Az Imre Iskoláról.

Glaucoma-szimposium.

Alberth Béla: A Blaskovics iskoláról.

Radnóti Magda, Németh Béla: A retinoblastoma ultrastruktúrája.

Antal Magdolna, Fehér János: Kolmer-f. kristályok a kutya horizontális sejtjeiben.

Janáky Márta, Benedek György: A látókérgi kiváltott válaszok jelentősége a szemészeti diagnosztikában.

Molnár Kálmán, Bencsik Rózsa, Kugler Stefánia: Fistula-képzés és hályogmütét.

Nagy Ferenc, Pálfalvi Mária, Kun László: Teljes könnyhiány okozta szaruhártyabetegség és gyógykezelése.

Oláh Miklós, Sziklai Pál: Trabeculectomia kapcsán szerzett tapasztalataink.

Bölcös Sándor: Wegener-féle granulomatosis esete.

Trux Erzsébet, Bölcös Sándor: A retinopathia diabetica kezelése Doxiummal.

Várhegyi Zoltán, Czigány Attila: Szívóöblítő eszköz szemészeti műtétekhez.

FOGORVOSI SZEMLE Stomatologia Hungarica

1975. 3. szám

Strobl Ildikó dr., D. Tóth Ferenc dr.: Rauscher-leukaemiás egerek szájelváltozásainak szövettani vizsgálata.

Esztári Imre dr.: Szokatlan ostitis periapicalis esete.

Pongrácz Péter dr.: Az odontoma compositum néhány gyakorlati és elméleti kérdése.

Prágai Géza dr., Mari Albert dr.: A tuberculum alveolare mandibulae prothetici felhasználásának lehetőségei.

Molnár Ferenc dr.: Férpfóliával és Ca/OH₂-dal végzett pulpakezelések öt éves eredményei.

Hámori József dr.: Módosított eljárás a mandibula kompressziós osteosynthesisére.

G. Mühler dr., Ivánkievics Dénes dr.: Az ajak-állcsont-szájpadhasadékos betegek véleményezése.

Szüle László dr.: 148 felső első kisörlőfog gyökérviszonyai.

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.

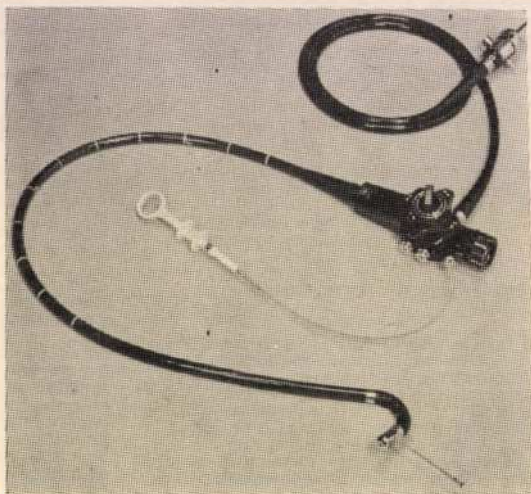
Mikroszkópok, polariméterek stb.

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



PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(887/b)

Országos Haematológiai és Vértanszfúziós Intézet igazgató főorvosa (Budapest XI., Daróczi út 25.) pályázatot hirdet a donor osztályon megüresedett E 106 ksz. rendelőintézeti **belgyógyász** szakorvosi állásra. A kinevezendő orvos feladata a donorok véradás előtti belgyógyászati kivizsgálása. A donorok vizsgálata részben intézetben kívüli elfoglaltsággal jár (üzemi kiszállásos vérvételek). A kiszállásokkal kapcsolatban felmerült túlmunkáért külön díjazás jár. Illetmény ksz. szerint, valamint munkaköri pótlék. Az állás azonnal elfoglalható.

Hollán Zsuzsa dr.
egyetemi tanár
igazgató-főorvos

(933/a)

Debrecen Megyei Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Debrecen, Beloiannisz u. 2.) pályázatot hirdet 1 fő — üresen levő — **körzeti gyermekszakorvosi**, 2 fő — gyermekszakorvosi képesítéshez kötött — **iskolaorvosi**, 1 fő külterületi-tanyaterületi — általános szakorvosi, vagy belgyógyász szakorvosi képesítéshez kötött — **körzeti orvosi** és 1 fő újonnan létesített — belgyógyász vagy üzemorvosi szakképesítéshez kötött — **ifjúsági üzemorvosi** állás betöltésére.

Az állások illetményeit a 18/1971. EÜM—MÜM együttes utasítás előírásai alapján, a szolgálati időtől függően állapítjuk meg.

Az 1 fő gyermekszakorvosi képesítéshez kötött állás pályázatánál a szülésznőgyógyász gyermekszakorvos házaspár pályázatát (lakásbiztosítás szempontjából is) előnyben részesítjük.

Ehhez az álláshoz egyébként egy két-szobás étkezőfülkés, összkomfortos szolgálati lakást is biztosítanak.

A lakás biztosítása a meghirdetett többi álláshoz — azok tartós betöltésére kötött megállapodás mellett — megbeszélés tárgyát képezi.

A külterületi körzeti orvosi, valamint a külterületi gyermekszakorvosi álláshoz fuvarátalányt tudnak biztosítani a 24/1972. (EÜK 20.) MÜM sz. utasítás szerint (kb. 800—1200 Ft közötti összegben).

A pályázati kérelmeket a 6/1970. (EÜK 4.) EÜM sz. utasítás előírásának betartá-

sával, a közzétételtől számított 15 napon belül kéri benyújtani.

Szabó Gyula dr.
I. ker. főorvos

(945/a)

Nógrád megyei Tanács V. B. Balassagyarmati Járási Hivatal Eü. osztályának vezetője egyetértésben a Szügyi Községi Tanács elnökével pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett Szügyi **körzetorvosi** állásra. Csatlolt község Csesztve. Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint. Az álláshoz 3 szobás összkomfortos központi fűtéssel ellátott modern lakás, garázs, kert tartozik.

Erdeklődni szóban v. írásban a Községi Közös Tanács elnökénél: 2699 Szügy, Rákóczi út 28. Tanácsháza.

Rados József
tanácselnök

(946/a)

Mosonmagyaróvári Járási Hivatal Eü. Osztályának vezetője Jánossomorja Nagyközségi Közös Tanács V. B.-vel egyetértésben pályázatot hirdet Jánossomorja I. sz. **körzeti orvosi** állásra, mely elhalálozás folytán üresedett meg.

Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás előírásainak megfelelően, gyakorlati idő, esetleg szakképesítés figyelembevételével. Ügyeleti díj 500,— Ft. Fuvarátalány, saját gépkocsi használata esetén 2,— Ft/km, mely 7—800,— Ft összegben kerül megállapításra. Pályázó részére a községi tanács 3 szobás, összkomfortos, garázsos, kertés szolgálati lakást biztosít, mely az állás elnyerésével egyidejűleg beköltözhető.

Hétfélig ügyeleti szolgálatot a két feladott betegellátást végző orvos felváltva látja el, kéthetenként szabadszombat biztosítva van. Gyermkek ellátását külön gyermekorvos végzi.

Községben körzeti fogászat, bőrcsöde, gyógyszerár működik. Rendelő a lakástól külön, közelműltban épült, korszerű 5 munkahelyes, jól felszerelt, EKG és kis laboratóriumi felszereléssel ellátott rendelőben történik. Orvosfeleség részére a tanács megfelelő foglalkoztatást tud biztosítani.

Vidéken első alkalommal körzeti orvosi munkát vállaló orvos részére 3—10 000 Ft-ig terjedhető, vissza nem térítendő letelepedési hozzájárulást adunk.

Pályázatot a Nagyközségi Tanácshoz, szolgálati úton kell benyújtani.

Kiss Károly dr.
tanácselnök

(947)

A SZOT Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett **4 fő ellenőrző főorvosi** állásra, melyből 2 gyógyszerészeti ellenör-

zési osztályon kerül betöltésre.

Az állások elnyeréséhez megfelelő általános gyakorlat vagy belgyógyász szakképesítés, ill. nőgyógyász szakorvosi képesítés — lehetőleg járóbeteg ellátási gyakorlattal — szükséges.

Erdeklődni, ill. jelentkezni az igazgatóság Egészségügyi Főosztályán vagy a Személyzeti és Munkügyi Osztály vezetőjénél lehet (Bp. VIII., Mező Imre u. 19. Tel.: 339-182.).

Damádi Gyuláné
osztályvezető

(948)

Budapest Főváros III. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (1033 Budapest III., Fő tér 3.) pályázatot hirdet a III. ker. Szakorvosi Rendelőintézetben betölthető **1 fő főfoglalkozású üzemorvosi**, **1 fő fül-orr-gége szakorvosi**, **2 fő sebész szakorvosi**, **1 fő börtényorvosi** szakorvosi, **1 fő laboratóriumi szakorvosi**, **1 fő reumatológus főorvosi** állásra. Illetmény megállapítása a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasításnak megfelelően, szolgálati időtől függően.

Pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetemny megjelenésétől számított 15 napon belül kérem benyújtani.

Ferenczi Erzsébet dr.
ker. főorvos eü. oszt. vez.

(949)

IV. ker. Tanács V. B. Egyesített Gyermekegészségügyi Intézmények igazgató-főorvosa (IV., Bán T. u. 44/a) pályázatot hirdet **1 fő orr-fül-gégész**, **1 fő szemész** szakorvosi állásokra. Kórházi munkára lehetőség van. Megfelelő feltételek mellett főorvosi állás is létesíthető.

Kardos Andor dr.
ig.-főorvos

(950)

A kapuvári Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a **szülészet-nőgyógyászati osztályon megüresedett segédorvosi** állásra. Szakorvosi képesítéssel rendelkezők előnyben. Lakást megegyezés szerint biztosítunk.

Fábián Ferenc dr.
igazgató-főorvos

(951)

A VIII. ker. Tanács V. B. Ganz-MÁVAG Üzemi Szakrendelő Intézet igazgatója pályázatot hirdet áthelyezés miatt megüresedett **laboratóriumi szakorvosi** állásra. Illetmény a szolgálati idő és szakképesítés határideje:

Pályázat beküldésének határideje: 1975. május 31.

Regős János dr.
egy. doc. rend. int. ig.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



Helyesbítés. Az Orvosi Hetilap f. évi április 27-iki (17.) számában, a Debreceni Orvostudományi Egylet rendezésében az Előadások—Ülések rovatban 1975. május 9-ére hirdetett „Kliniko-pathológiai konferencia” elmarad. Új időpont: 1975. május 23., melynek programját a Hetilap megfelelő (20.) számában közölni fogjuk.

1975. április 25-én, délelőtt ünnepélyes keretek között került sor a Weil-teremben — immár tizenegyedszer — az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Elnöksége, az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat Igazgatósága, valamint az Orvosi Hetilap Szerkesztő Bizottsága és Szerkesztősége által alapított

„Orvosi Hetilap
Markusovszky-díj”-ak

kiosztására és kiemelkedő referenseink jutalmazására.

Az ünnepséget **Trencsényi Tibor dr.** felelős szerkesztő nyitotta meg, majd az emlékelőadást **Papp Miklós dr.** szerkesztő munkatárs, az orvostudományok doktora tartotta „*Eredmények és kétségek a kutatásban. (A heveny hasnyálmirigy-gyulladás keletkezéséről és terápiájáról)*” címmel.

„Orvosi Hetilap Markusovszky-díj”-at kaptak:

Bodrogi György dr.: igazgató-főorvos (Fővárosi Gyermek-Kardiológiai Központ): az Orv. Hetil. 1974. évi 24. számában megjelent „*A kardiológiában használt extern görbék modern szemlélete*” c. közleményéért.

Jávor Tibor dr. egyetemi tanár (Pécsi Orvostudományi Egyetem I. Belklinika): az Orv. Hetil. 1974. évi 26. számában megjelent „*A gyógyszerek okozta hepaticus enziminductio klinikai jelentőségéről*” c. közleményéért.

László János dr. egyetemi tanár, **Bősze Péter dr.** egyet. tanársegéd (OTKI Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék) és **Gaál Magdolna dr.** főorvos (Eü. Min. Orsz. Testnevelési és Sportegészségügyi Intézet): az Orv. Hetil. 1974. évi 49. számában megjelent „*A tiszta gonad-dysgenesisről*” c. közleményükért.

Graber Hedvig dr., főorvos és **Ludwig Endre dr.** szakorvos (Föv. Tanács Péterfy Sándor u. Kórház—Rendelőintézet): az Orv. Hetil. 1974. évi 41. számában megjelent „*Gyógyszermetabolizmusról — A gyógyító orvos szemszögéből*” c. közleményükért.

P. Németh Éva dr. oszt. vez. tanársegéd (Simmelweis Orvostudományi Egyetem II. Sebészeti Klinika): az Orv. Hetil. 1974. évi 39. számában megjelent „*A heveny hasnyálmirigy-gyulladás különböző morfológiai-klinikai formáinak*

kórjóslatáról, kezelési módjáról 157 betegen szerzett tapasztalat elemzése alapján” c. közleményéért.

Dénes János dr. főorvos és **Léb József dr.** adjunktus (Apáthy István Területi Gyermekkorház és Gyermekszakrendelő): az Orv. Hetil. 1974. évi 45. számában megjelent „*Myelodysplasiás újszülöttek szelektív terápiája*” c. közleményükért.

Örkényi Rudolf dr. körzeti orvos (Pécs Városi Tanács Központi Nő- és Gyermekszakrendelő): az Orv. Hetil. 1974. évi 1. számában megjelent „*Methaemoglobinaemia falusias jellegű városi gyermekorvosi körzetben*” c. közleményéért.

Kiemelkedő referensi munkájáért jutalomban részesült: **Berkessy Sándor dr., Czeizel Endre dr., Iványi János dr., Kiss Szabó Antal dr., Laczay András dr., Méhes Károly dr., Nikodemusz István dr., Palásy Géza dr., Pár Alajos dr., Vadász György dr.**

A Markusovszky-díjak kiosztása után került sor a Medicina Könyvkiadó 1974. évi *Nívódíjainak* átadására.

A nívódíjakat **Árky István dr.,** a Medicina Könyvkiadó igazgatója osztotta ki.

A következő könyvek szerzői részesültek nívódíjjal:

Gergely János dr., a Hans Ott-tal közösen írt *Az elméleti és klinikai immunológia alapjai* c. műért,

Mérei Ferenc dr. és **Szakács Ferenc dr.,** A klinikai pszichológia gyakorlata c. művéért.

Pálos Á. László dr. és **Sas Géza dr.,** a Thromboemboliák és haemorrhagiás diathesisek c. könyvéért és **Zoltán János dr.,** a Cicatrix optima c. művéért.

A **TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága** 1975. május 13-án, du. 2 órára tűzte ki **Varga László dr.:** „*A röntgensugárzás hatása lymphomasejtek osztódási kinetikájára*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Rappay György dr.,** az orvostudományok kandidátusa, **Szende Béla dr.,** az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1975. május 15-én, du. 2 órára tűzte ki **Kisfalvi István dr.:** „*A gyomorsav-secretio klinikai és kísérletes vizsgálata*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Csalay László dr.,** az orvostudományok kandidátusa, **Mózsik Gyula dr.,** az orvostudományok kandidátusa.

Aspiránsvezető: **Magyar Imre dr.,** az orvostudományok doktora.

A **Magyar Idegsebész Társaság,** a **Szegedi Orvostudományi Egyetem II. Sebészeti Klinika** 1975. május 10-én, 10 órától 13 óráig, a Szegedi

Akadémiai Bizottság Székháza (Szmogyi u. 7.) tanácstermében

Idegsebészeti Tudományos Ülést tart.

Üléselnök: **Prof. Fényes György.**

Az előadások időtartama 8 perc.
1. **Kiss M., Csanaky A.** (Megyei Kórház, Szekszárd): Dorsolateralis spinofusio a lumbalis spondylolythesisek kezelésében.

2. **Szabó Gy., Julow J.** (Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet): A suboccipitalis régióból eltávolított rendellenes csont.

3. **Nagy V., Julow J.** (Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet): Héthónapos terhesség alatt operált cerebellaris tuberculoma.

4. **Benoist Gy.** (Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet): Hodgkin-granuloma a hátsó scalaban.

5. **Rózsa L., Gödény S., Sorszegi P.** (Idegsebészet, Debrecen): Agydaganat sclerosos tuberculosa.

6. **Borus F.** (Idegsebészet, Debrecen): Pinealoma intrasellaris és intraventricularis ectopiával.

7. **Csécsey Gy., Velok Gy.** (Idegsebészet, Debrecen): Mycoticus aneurysma és agytályog.

8. **Kónya K., Török P., Dobai J.** (Szentpéteri kapui kh., Miskolc): Epilepsia megnyilvánulások operált meningeomás betegeinken.

9. **Ladvánszky Cs., Tarjányi J., Beviz J.** (II. Sebészeti Klinika, Röntgenklinika, Szeged): Zenei hallucinációt okozó agyi arteriovenosus angioma.

10. **Szarvas I., Réffy A.** (Országos Traumatológiai Intézet): Hátsó scalaba terjedő glomus jugularem tumor.

A **Magyar Dermatológiai Társulat** 1975. május 9—10-én Szegeden, a Bőrclinika tantermében **Vándor-gyűlést** tart.

1975. május 9., péntek, 15 óra:

Prof. Pastinszky István: Elnöki megnyitó.

Előadások:

Prof. R. H. Cormane (Amsterdam), **J. Hunyadi** (Szeged), **F. Hamerlinck** (Amsterdam): Psoriasis: autoimmun betegség (angol).

Prof. G. Steigleder (Köln): A cutan infiltratum keletkezése és jelentősége a diagnosis és therapia szempontjából (német).

R. Ilea (Arad): Cyto-diagnosztikai szempontok melanoma malignumnál és pseudomelanoblasticus tumoroknál (német).

S z ü n e t

Szabó E., Pusztai R., prof. Béládi I. (Szeged): Tumorvírusok indukálta antigének kimutatása szövetkultúrákban.

Szekerés L. (Szeged): A halo naevus néhány ultramorphológiai sajátossága.

1975. május 10, szombat,

8.30 órától 10 óráig betegbemutatók (Szegedi OTE Bőrklínika tanterem és ambulancia).

Előadások:

Prof. F. Fegeler (Münster): A bőrgyógyászati therápia problémái (német).

Prof. A. Mashkilleison (Moszkva): A szájnyalvakahártya patholo-

giája különböző típusú dermatosisekben (angol).

Sz ü n e t

Betegekkel kapcsolatos discussio.

A „**Korányi Frigyes**” Tüdőgyógyász Társaság Észak-magyarországi Decentruma 1975. május 17-én

10 órakor, az edelényi Tüdőgyógyintézetben tudományos ülést rendez

Az urológiai tuberkulózis kérdéseiről.

Kraszkó P.: A tüdőgyógyász szakhálózat integrált betegellátás során tapasztalt gyakorlati problémái (10 perc).

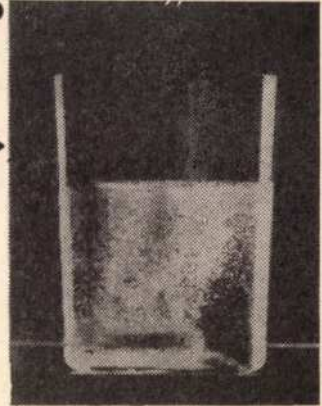
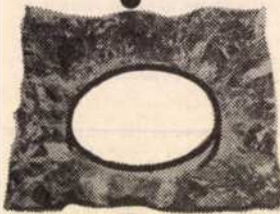
Kerekasztal-megbeszélés Prof. Böszörményi Miklós (moderátor), **Bálint József dr., Pintér József dr.**

Calcium-Sandoz

pezsgőtabletta 500 mg

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

oralis calciumtherapia



JAVALLATOK:

A magas dozírozású, orális, kúraszerű calciumtherapia indikációi: osteoporosis, calcium-anyagcsereszavarok (tetania, rachitis, spasmophyllia), exsudatív gyulladásos folyamatokban adjuvansként.

ELLENJAVALLAT:

Veseelégtelenség.

ADAGOLÁS:

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 2–3x1 tablettát; gyermekeknek naponta 1 tablettát, 1 pohár vízben feloldva. Osteoporosis esetében felnőtteknek naponta 3x2 tablettát, 1 hónapon át. Fenntartó kezelés esetén naponta 2x1 tablettát.

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

FIGYELMEZTETÉS:

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

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére osteoporosis pathológiás esetében csak fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhető. A javallatokban feltüntetett egyéb esetekben szakrendelések rendelhetik. Körzeti, üzemi, stb. orvosok osteoporosis esetében csak fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára, a javallatokban feltüntetett egyéb esetekben szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik.

CSOMAGOLÁS:

20 db pezsgőtablettát — 54,30 Ft

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1975. május 8. csütörtök	Zalaegerszeg Megyei I. Kórház Zrínyi u. 1.	délután 3 óra	Megyei I. Kórház és Tüdőgyógyintézet Tudományos Bizottsága	1. Pálinkás B., Cuczor H., Császár J.: Vesekőoldás megelőzés, gondozás (20 perc). 2. Hegyi P.: Mikroorganizmusok kiürülésének ideje egészséges tüdőből (10 perc). 3. Kroll K.: Vastagbél lipoma esetei (5 perc).
1975. május 9. péntek	Debrecen OTE Elméleti Tömb	délután 4 óra	Debreceni Orvostudományi Egyetem	1. Prof. Dr. W. Hallermann (Göttingen): A keratoglobus therapiás problémái (német, 20 perc). 2. Nagy Zoltán: Bioorganikus elemek atomspektroszkópiai vizsgálatának alkalmazása az orvosi kutatásban (30 perc). 3. Nagy Tibor, Scherfel Tibor: Mechanicus ieterust okozó papillatáji duodenulipoma (20 perc).
1975. május 12. hétfő	Pécs OTE Központi Épület II. számú tanterme Szigeti út 12.	délután 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakszervelete	1. W. Pothe (Erfurti Orvosi Akadémia, Sebészeti Klinika): Az erfurti körzetben előforduló gyomorrák-megbetegedések epidemiológiája és statisztikai adatai (25 perc). 2. Kutas János, Mósis Gyula: A gyomorszonkarcinoma klinikai problémái (20 perc). 3. Solt István, Rumi György, Molnár Lenke: Az endoszkópia értéke a gyomorrák diagnosztikájában (20 perc).
1975. május 13. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet nagy tanterme, IX. Gyáli út 2-6., „A” épület	délután 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	Felföldi Mária, Anda Erzsébet, Kertész Magdolna, Kures Mihály, Nagy Iván: Policiklusos szénhidrogénnel indukált tumorok hatása az adenohypophysis növekedési hormon és prolactin tartalmára.
1975. május 14. szerda	Semmelweis-terem VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 6 óra	Magyar Sebész Társaság	Balassa János emlékelőadás. Prof. Schnitzler József: Veszélyes körülmények mellkasban végzett műtétek alatt.
1975. május 15. csütörtök	János Kórház tanterme XII. Diósárok u. 1.	délután 11 óra	János Kórház Tudományos Bizottsága	1. Váli Ferenc, Földi Mária, Lackovits Gabriella, Szücs Sándor: A mucoliticus aerosol szerepe a bronchopulmonalis betegségek kezelésében (10 perc). 2. Szolnoki Andrea, Götzé Árpád: Rheumacrodex és Xavin együttes adásával szerzett tapasztalataink a belsőfülben kialakult vascularis károsodások esetén (10 perc). 3. Balogh István, Hajdu Imre, Székely Miklós, Szevácsy Irén, Hajas Ágnes, Póka Balázs: Ulcus ventriculi és duodeni radiológiai ellenőrzésének problémái (10 perc). 4. Földi Mária, Szücs Sándor: Növényvédőszer (Gramoxon) mérgezés okozta tüdőfibrosis esete (10 perc).
1975. május 15. csütörtök	Schöpf-Merei Kórház és Anyavédelmi Központ kulturterme IX. Bakáts tér 10.	délután 2 óra	Schöpf-Merei Kórház Tudományos Köre	1. Wohlmüt Gertrud: Kissúlyú újszülöttek adaptációs zavarai: következményes kórképek. 2. Birk Eszter, Körner Anna, Verbényi Ágnes, Wohlmüt Gertrud: Koraszülöttek hypoglycaemiájának értékelése. 3. Wohlmüt Gertrud, Görgényi Ákos: Az éretlenséggel szövődő, jellegzetes pulmonalis képekről.
1975. május 15. csütörtök	Semmelweis terem VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 4 óra	Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság	Korányi emlékelőadás. Üléselnök: Prof. Miskovits Gusztáv. 1. Kemény L.: A gondozás késői problémái a nyíregyházi tüdőgondozóban. 2. Nyárádi I.: A tuberkulózis demográfiájának változása hazánkban. 3. Telegdi I.: Tüdőbeteg gyermekek rehabilitálása.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

MNB egyszámúszám: 69.915.272-46

Terjeszti a Magyar Posta. Elfizethető bármely postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a 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



75.1214 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

FUROSEMID

TABLETTA SALURETICUM

Összetétel: Tablettánként 40 mg Furosemid (acid. 4-chlor-N-(2-furylmethyl)-5-sulfamoyl-anthranilic.) hatóanyagot tartalmaz.

Javallatok: Cardialis, renalis és peripheriás eredetű oedemák minden formája. Szívelégtelenség, máj-cirrhosis, vagy mechanikus lezáródás következtében kialakult ascites. Terhességi oedema a hatodik hónap után. Tüdő- és agyoedema. Barbiturát mérgezés. Eclampsia. Hypertonia enyhe és közepsúlyos formája.

Ellenjavallatok: Akut veseelégtelenséggel járó anuria. Coma hepaticum. Elektrolyt-hiányállapotok. A terhesség korai stádiumai. Furosemid túlérzékenység. Vizelet zavaroknál csak kellő óvatossággal adagolható.

Adagolás: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 1 tablettá, lehetőleg a reggeli órákban. Szükség esetén a napi adag 2–3-szor 1 tablettára is növelhető, megfelelő elosztásban. A fenntartó adag általában másodnaponként 1 tablettá. Gyermekek adagja az életkornak megfelelően arányosan kevesebb, naponta testsúlykilogrammonként 1–3 mg peroralisan különösen indokolt esetben.

Mellékhatások: Alkalmazása során nemkívánatos mellékhatások (émelygés, hányás, hasmenés, bőrpír, viszketés, paraesthesia, homályos látás, hypotensio) előfordulhatnak. A fokozott hatású diuresist néha szédülés, levertség, izomgyengeség, szomjúság és gyakori vizelet inger is követheti. Hosszabb időn át történő adagolás során, az erőteljes saluretikus hatás és az esetlegesen egyidejű digitalis kezelés miatt – a hypokalaemia (izomgyengeség, idegrendszeri tünetek, jellegzetes EKG) megelőzésére – szükséges az electrolytűrités, így elsősorban a vér káliumszint laboratóriumi ellenőrzése. Elhúzódozó kezelés esetén fontos a bőséges káliumbevitel (gyümölcs, főzelék, csokoládé stb.) mellett esetleg naponta 1–5 g kálium chloratum, ill. a jobb ízű kálium citricum adagolása. Hypertonia kezelésében fokozhatja az egyidejűleg adott más vérnyomáscsökkentők hatását, cukorbetegség kezelésénél néha vércukoremelkedést okozhat.

Csomagolás: 20 db à 0,04 g tablettá 23,60 Ft 100 db à 0,04 g tablettá 110,- Ft

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik. Közzeti, üzemi orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartam, de legfeljebb a javaslat keltétől számított két hónapon belül történő gyógykezelés céljából. A javaslatot adó szakrendelést (osztályt) és a javaslat keltét a vényen fel kell tüntetni.



CHINOIN BUDAPEST

FOMAREX spray

dimethylpolysiloxan külsőleges használatra

A szilikon film befedi és védi a bőrt a víz, a különböző testnedvek és anyagcseretermékek (veríték, genny, vizelet, széklet), valamint a külvilág szilárd és cseppfolyós halmazállapotú anyagainak kontakt-irritatív és sensibilizáló hatásától. A szilikon film lég- és vízpára-áteresztő, így alatta sem nedvességpangás, sem a bőr kiszáradása nem következik be. Enyhén lúgos oldatokkal szemben kisebb elhárító hatású; ásványolaj-tartalmú anyagokkal és savas oldatokkal szemben azonban védelmet nem nyújt. Fertőzést gátló hatása nincs, s nem gátolja a baktériumok szaporodását.

JAVALLATOK

- decubitus prevenciója és kiegészítő kezelése;
- nedvező, gennyező terület környezetének védelme;
- irritatív, kontakt-dermatitis és ekzema profilaxisa;
- a gipszminta vételének megkönnyítése a fogorvosi gyakorlatban;
- csonkellátásban a gipszpólya alá fújva meggátolja a dermatitis kialakulását, csökkenti a viszketést, megkönnyíti a gipszlevételt;
- gyermekgyógyászatban az ún. „pelenka-dermatitis” kezelése, illetve rendszeres használatával ennek megelőzése. Alkalmazása esetén olaj, kenőcs, hintőpor használata általában felesleges.

ELLENJAVALLAT

Nyílt seb befűvése.

ADAGOLÁS

A palackot ajánlatos függőleges helyzetben, a befűvendő felülettől 15–20 cm távolságban tartani. Az expositio időtartama általában 2–4 másodperc legyen, és a kezelés általában napi 1–2 alkalommal történjék. A film a bőrről géz vagy vászon segítségével könnyen letörölhető.

MEGJEGYZÉS

A steril aerosol véletlen belégzése nem ártalmas.

Vigyázni kell arra, hogy a permet szembe ne kerüljön!

A Fomarex spray nem tartalmaz chemotherapeuticumot, antibioticumot, desinficiens, ezért befűvés előtt – szükség esetén – gondoskodni kell az aseptikus és antiseptikus ellátásról.

FIGYELMEZTETÉS

Az üres palackot tűzbe dobni, felnyitni nem szabad!

A palack legfeljebb 30 °C hőmérsékletű helyen tárolható!

Társadalombiztosítás terhére kizárólag gyógyítás céljából szabadon rendelhető. Ipari és egyéb jellegű preventív célból társadalombiztosítás terhére nem rendelhető.

Fémpalack (160 g) 59,70 Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

116. ÉVFOLYAM 19. SZÁM 1081 — 1140 OLDAL

BUDAPEST, 1975. MÁJUS 11.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

A Glyvenol hatóanyaga számos olyan pharmacológiai hatással rendelkezik, amelyek a vénák megbetegedésének pathológiás folyamatait (magukban a vénákban és a paravénás szövetekben egyaránt) kedvezően befolyásolják. Specifikus hatásával csökkenti a capillárisok permeabilitását és kifejezett gyulladásgátló hatással bír.

Számos olyan endogen anyaggal szemben antagonistá hatású, amelyek a gyulladási folyamat mediatoraként szerepelnek és fontos szerepük van a fájdalom keletkezésében is. Hatásképességét még anti-allergiás és antianaphylaxiás, valamint a védekező mechanizmusokat fokozó hatásával egészíti ki.

GLYVENOL[®]

draszé

ÖSSZETÉTEL: Draszéként 200 mg Tribenosidum (Aethyl 3,5,6-tri-O-benzyl-D-glucosuranosidum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Vénás keringési zavarok: a különböző vénás megbetegedések kísérő jelenségeként előforduló feszülés érzése a végtagokban, a vénás visszaáramlást lassító tartós ülő és álló foglalkozás esetén mutatkozó tünetek csökkentésére, illetve javítására.

Varicositas syndroma: a visszértágulat okozta vénás dysfunctio következtében fellépett panaszok.

Haemorrhoidalis panaszok.

Mint phlebodynamicum elősegíti a periphlebitises oedema és a fájdalom gyorsabb csökkenését, saját hatásával képes a kórosan megváltozott vénás keringés következményeit jelentősen befolyásolni. Phlebothrombosisok és thrombophlebitisek esetén csupán a szokásos therapia kiegészítésére alkalmazható.

Az anticoagulansok hatását nem helyettesíti!

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek kúraszerűen naponta 3-szor 1 draszé (600 mg). A draszét a főétkezések alatt vagy után megrágás nélkül, egészben kell lenyelni. A kúraszerű (több héten át tartó) adagolás még a panaszok gyors javulása esetében is szükséges lehet.

A kúraszerű adagolás szükség esetén megismételhető pl. az alsó végtagok foglalkozásból eredő állandó megterhelésekor, különösen a meleg évszakban.

MELLÉKHATÁSOK: Adagolása során nem kívánatos mellékhatások (gyomor-bél panaszok, esetleg a bőr kipirulása, ill. bőrkirütés) előfordulhatnak.

CSOMAGOLÁS: 20 db à 0,2 g draszé 64,- Ft
100 db à 0,2 g draszé 314,- Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik. Közzeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartamú gyógykezelésre.

® = CIBA-GEIGY AG. – BASEL bejegyzett védjegye.

CHINOIN—BUDAPEST
(CIBA—GEIGY AG. — BASEL licencia)

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1877-ben

*

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

*

Felcélős 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

*

19. SZÁM

*

1975. MÁJUS 11.

TARTALOMJEGYZÉK

Földes János dr., Gesztesi Erzsébet
és Juhász Józsefné:

A serum trijódthyronin tartalmának
a meghatározása radioimmunoassay-vel 1083

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Holländer Erzsébet dr.
és Sebeszta Miklós dr.:

Diabetes mellitus és myocardialis infarctus 1086

Papoleczy Antal dr., Borda László dr.,
Pintér György dr. és Vörös Attila dr.:

A vastagbél-végbélrák diagnosisa
és terapiája
tizéves klinikai anyagunk tükrében 1091

GENETIKAI TANULMÁNYOK

Csanády Miklós dr. és Szász Károly dr.:

Familiaris cardiomyopathia 1094

KLINIKO-PATHOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Bódog Gyula dr. és Hun Nándor dr.:

Alzheimer-beteg hideg-agglutinin syndromája 1098

RITKA KÓRKÉPEK

Török Éva dr. és Földes Gyula dr.:

Idiotia xerodermica 1103

KAZUISZTIKA

Tarján Jenő dr., Gofman Ljubov dr.,
Boros György dr., Sámik József dr.,
Márk Bertalan dr., Karátson András dr.
és Schwartz János dr.:

Műveke kezelés közben kialakult
haemorrhagiás pericarditis és szív-tamponád 1106

Beszámolók, jegyzőkönyvek 1109
Folyóiratreferátumok 1111
Levelek a szerkesztőhöz 1127
Könyvismertetés 1129
Hírek 1135
Pályázati hirdetések 1133
Előadások, ülések 1140



ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 60 mg lidoflazinumot tartalmaz.

HATÁS: A Clinium tartós orális adagolása – a coronaria resistentia 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 terápiás 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.

MELLÉKHATÁS: 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 szaktanácsadóval megbízott főorvos kórházi gyógykezelés, illetve kivizsgálás alapján a beteg kezelő orvosa (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.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

A serum trijódthyronin tartalmának a meghatározása radioimmunoassay-vel

Földes János dr., Gesztesi Erzsébet
és Juhász Józsefné

Kendall (18) 1915-ben állította elő a thyroxint (T_4) a pajzsmirigyből, és sokáig ezt tartották a thyroidea egyetlen hatásos hormonjának. Gross és Pitt-Rivers (12), valamint Roche és mtsai (27) 1952-ben bebizonyították, hogy a trijódthyronin (T_3) a pajzsmirigy másik hatásos hormonja. Ez a T_4 -nél gyorsabban fejt ki a hatását és azonos súlyalapon a T_4 -nél legalább háromszor hatásosabb. Mennyisége a serumban lényegesen kevesebb, mint a T_4 -é. Míg a T_3 a serum fehérjéhez kötött jód 90%-át, addig a T_3 annak kb. 5%-át adja (28). A serumban kimutatott T_3 -nak csak 50–70%-a ered a thyreoideából, míg a többi a T_4 periferiás átalakulásának a terméke (26, 33).

A serum T_3 -tartalmának a meghatározása elé akadályt gördít annak kis mennyisége. A korábbi vizsgálatok radiojód terapia, ill. ^{125}J -beadás után történtek (1, 2, 8), ezek azonban nem adtak felvilágosítást a serum „abszolút” T_3 -tartalmáról. Mennyiségi meghatározására az utóbbi időben többen törekedtek. Ezek közül elsőnek kell megemlíteni Neumann és mtsait (23); sajnos módszerükben a hormonkivonási eljárás során thyroxin-methyl-ester képződik. Előrehaladás a T_3 gáz-chromatographiás meghatározása (13), nehézsége miatt azonban ez a módszer sem terjedt el. Legtöbb laboratóriumban ma Sterling és mtsai által ajánlott T_3 -meghatározást végzik (29). E methodust azonban sokan nem tartják megfelelőnek, mivel a vizsgálat végzésekor a T_4 egy része T_3 -má dehidálódik és ezért a serumban a valóságosnál nagyobb T_3 értéket kapunk (6).

Az utóbbi időben mind jobban elterjedt a serum T_3 -tartalmának meghatározása radioimmunoassay segítségével (3, 5, 9, 15, 21, 22). E módszer egyik legnagyobb nehézsége, hogy a T_3 gyenge antigen, ezért vele szemben nehéz ellenanyagot nyerni. Ez mégis T_3 -poly-l-lysin vagy T_3 human serum albumin komplexszel történő immunizálással sikerül (4, 10). A módszer nagy előnye specificitása és érzékenysége. A továbbiakban e methodussal nyert vizsgálati eredményeink első részéről számolunk be.

Módszer és vizsgálati eredmények

A T_3 -radioimmunoassay elvégzését nagyon könnyíti újabb gyári Kit-ek előállításai. (Kit = „egység-csomag”, melyben az előállító cég által a vizsgálathoz szükséges aktív és inaktív anyagok a felhasználáshoz szükséges leírással együtt rendelkezésre állnak.) Vizsgálatainkat Ria-Mat T_3 (Mallinkrodt) Kit-tel végeztük, mely tartalmazza a radioimmunoassay elvégzéséhez szükséges nagy specifikus aktivitású ^{125}J -trijódthyronint, Tris-puffert, lyophilisált standard T_3 -at és lyophilisált T_3 -antiserumot. A Kit + 4 °C-on az előállító cég által megadott időtartamig, kb. 3 hétig tárolható. A vizsgálat végzésekor a variációs együttható $\sim 10\%$.

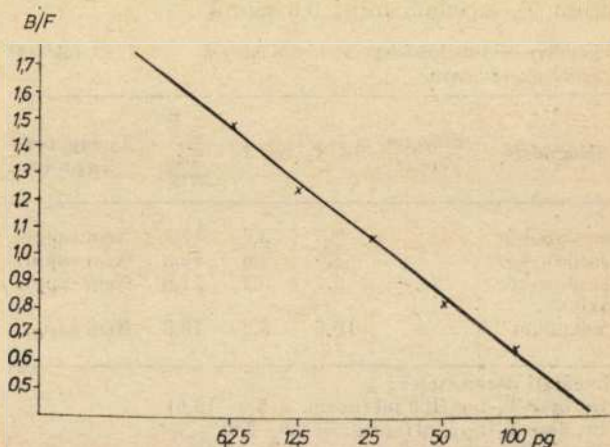
A vizsgálat elve azonos az egyéb radioimmunoassay-vel: a jelzett és jelületlen antigen versengése — a megfelelő antigennel szemben előállított — specifikus antitestek kötési helyeiért. Ennek megfelelően a jelzett T_3 -at és anti- T_3 serumot összekeverjük a standard T_3 -mal vagy a vizsgálati serum 20 μl -ével és + 4 °C-on 24 óráig incubáljuk. Ezt követően az anti- T_3 serummal meg nem kötött (ún. „szabad”) jelzett T_3 -at gyantacsikkal eltávolítjuk. A vizsgálat végzésekor a „kötött” és „szabad” T_3 arányát (B/F) határozzuk meg. Minél nagyobb volt a vizsgálati serum T_3 -tartalma, annál több ^{125}J - T_3 -at szorított ki a jelzett T_3 -anti- T_3 serum komplex kötéséből; így a T_3 -tartalom növekedésével arányosan nő a „szabad” és csökken a „kötött” jelzett T_3 mennyisége. A standard T_3 -mal nyert vizsgálati eredmények alapján felrajzoljuk a kalibrációs görbét, melyen leolvashatjuk a vizsgálati serum T_3 -tartalmát.

Mivel a serum T_3 -koncentrációt ng/ml-ben adjuk meg, és a vizsgálathoz 20 μl serumot használtunk fel, így a kalibrációs görbén leolvasott értéket 50-nel beszorozzuk.

Vizsgálatainkat euthyreosisos, hyperthyreosisos, hypothyreosisos és euthyreosisos endokrin ophthalmopathiás betegeken végeztük. A diagnózist minden esetben a klinikai képen kívül pajzsmirigy radiojód-felvételi görbe, serum fehérjéhez kötött jód, serum thyroxin (Mallinkrodt-Res-O-Mat T_4 Kit) és „Effective Thyroxine Ratio” (Res-O-Mat ETR Kit, Mallinkrodt) vizsgálattal támasztottuk alá. Néhány esetben meghatároztuk a serum TSH tartalmát, megelőzően leírt radioimmunoassay módszerünk segítségével (7). A trijódthyronin suppressió próba végzésekor a betegek napi 80 $\mu\text{g}/\text{die}$ T_3 -at (Liothyronin, Kőbányai Gyógyszergyár) kaptak. Az ophthalmopathiás csoportban a Hertel érték minden esetben meghaladja a 20/100 millimétert.

Az 1. ábrán mutatjuk be a Ria-Mat T_3 Kit-tel nyert kalibrációs görbét.

A serum T_3 -meghatározást 86 esetben végeztük el és eredményeinket a 2. ábrán és az 1. táblá-

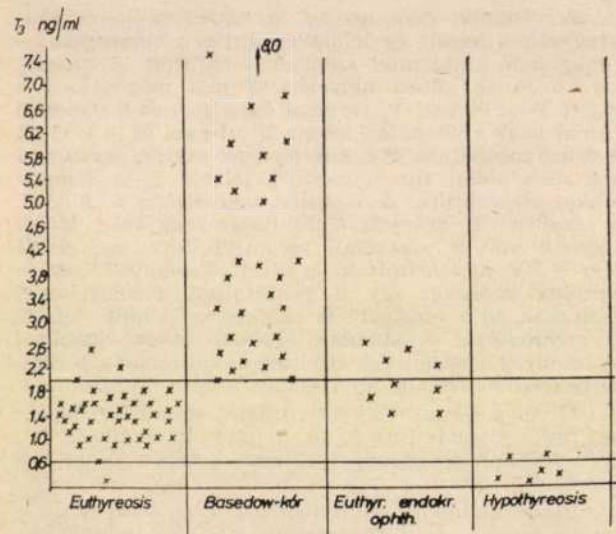


1. ábra.

1. táblázat
A serum radioimmunoassay-vel meghatározott T₃-tartalma (ng/ml).

Diagnózis	Esetszám	Átlag ng/ml	S-x
Euthyreosis	41	1,37	0,06
Basedow-kór	30	4,11	0,31
Euthyr. endokr. ophth. ...	9	1,97	0,14
Hypothyreosis	6	0,53	0,05

Táblázaton az átlagok és átlag szórások szerepelnek



2. ábra.

zaton ismertetjük. A vizsgálati értékeket ng/ml-ben adjuk meg. Euthyreosisban a serum egész T₃-tartalma 0,6—2,0 ng/ml-nek adódott, az átlagérték $1,37 \pm 0,064$ ng/ml volt. Csak két esetben haladta meg a serum T₃-tartalma a 2,0 ng/ml-t, ill. egyben volt alacsonyabb mint 0,6 ng/ml. Basedow-kórban a serum T₃-tartalom átlaga $4,11 \pm 0,317$ ng/ml-nek adódott; 2,0 ng/ml alatti érték nem volt, és csak két esetben találtunk 2,0 ng/ml serum T₃-tartalmat. Euthyreosisos endokrin ophthalmopathiában az euthyreosisos állapot ellenére négy betegben meghaladta a serum T₃-koncentráció a 2,0 ng/ml-t. Hypothyreosisban a vizsgálat már kevésbé megbízható, mivel a hatból két esetben nagyobb volt a serum T₃-tartalma mint 0,6 ng/ml.

2. táblázat
Trijódthyronin-toxicosisban szenvedő betegek vizsgálati eredményei

Diagnózis	Előzetes kezelés	Sc. T ₄	Sc. T ₃	Hamol-sky test	T ₃ -suppressió próba
Basedow-kór	—	9,3	2,8	12,7	Nem suppr.
Basedow-kór	—	8,9	3,6	12,5	Nem suppr.
Basedow-kór	131	5,7	5,3	11,0	Nem suppr.
Toxikus adenoma	—	10,5	5,2	13,8	Nem suppr.

Vizsgálati paraméterek:

Sc. össz-T₄: μg/100 ml (norm. = 5,0—13,0)

Sc. össz-T₃: μg/ml (norm. = 0,6—2,0)

Hamol-sky-test: % (norm. = 11,0—18,0)

T₃-suppressió próba: norm. suppressio legalább 40%.

A 2. táblázaton trijódthyronin-toxicosisban szenvedő betegek vizsgálati eredményeit közöljük. E betegek mindegyikében megemelkedett a serum T₃-koncentráció, míg a T₄-tartalom és a Hamol-sky-test eredménye normális volt; ugyanakkor pajzsmirigyük radiojódfelvételét exogen T₃-mal nem sikerült csökkenteni.

3. táblázat
Radiojód terapiát követően euthyreosisossá vált és alacsony serum össz-thyroxin tartalmú betegek vizsgálati eredményei

Esetszám	Sc. T ₄ μg/100 ml	Sc. TSH E/ml	Sc. T ₃ μg/ml
1.	3,8	18,0	1,6
2.	3,2	15,0	1,8
3.	4,0	12,0	1,5

(Vizsgálati paraméter: nagyobb mint 10 μE/ml TSH tekinthető emelkedett értéknek)

Végül a 3. táblázaton azon betegek vizsgálati eredményeit láthatjuk, akiknek a serum T₄-tartalma radiojód terapia után alacsony lett, mégis klinikailag euthyreotikusak voltak. Mint látható, mindegyik esetben kissé megemelkedett a serum TSH koncentráció, míg a T₃-tartalom normálisnak bizonyult.

Megbeszélés

A serum valódi T₃-tartalmát a radioimmunoassay segítségével határozhatjuk meg. E módszerrel elkerülhető a hormonkivonásból és dehidálásból származó hibaféltés. Míg a régebbi módszerekkel euthyreosisban a serum T₃-tartalma 2—3 ng/ml-nek adódott, a radioimmunoassay-vel nyert értékek 1,0—1,5 ng/ml körüliek (6, 15, 24, 25). Hyperthyreosisban ennek többszöröse a serum T₃-tartalom. Vizsgálati eredményeink is ezeket a megállapításokat támasztják alá. A 2,0 ng/ml értéket véve felső határnak, jól el tudtuk különíteni egymástól az euthyreosisos és hyperthyreosisos eseteket. Átmeneti zónának legfeljebb a 2,0—2,2 ng/ml serum T₃-tartalom tekinthető.

Basedow-kórban a serum rendszerint megemelkedett mind a T₄-, mind a T₃-tartalom. Ezekben az esetekben a diagnózis felállításához elegendő a T₄ meghatározás. A betegek nagy részében a hyperthyreosisos panaszok lassan fejlődnek ki. Hollander és mtsainak vizsgálatai szerint kezdetben csak a T₃ képződik nagyobb mennyiségben (14). A T₃-meghatározásnak ilyenkor azonban már döntő jelentősége lehet.

A serum T₃-meghatározás legnagyobb eredménye az ún. trijódthyronin-toxicosis klinikai képének a megismerése (11, 15, 16, 20, 30, 32), mint ahogy arra saját adataink is utalnak. E nem ritka megbetegedés előfordulhat kezeletlen, valamint kezelt Basedow-kórosokon és toxikus adenomás betegekben. Mi jellemző a klinikai képre? A serum T₄-tartalma normális, a T₃-koncentráció viszont megemelkedett. A pajzsmirigy radiojódfelvétele rendszerint nem túl magas, exogen T₃-mal azonban nem suppressálható. Közvetett vagy közvetlen eljárással

minden esetben ki kell zárni a serum thyroxin-kötő fehérje (TBG) tartalmának a lényeges csökkenését. A normális serum fehérjéhez kötött jód, ill. T_4 -tartalomnak megfelelően a Hamolsky-test, ill. T_3 -test értéke normális. E kórképre feltétlenül gondolnunk kell olyan, többnyire enyhén hyperthyreosisos betegen, akinek a serum egész vagy „szabad” T_4 -tartalma normális és a pajzsmirigy radiojódfelvétele exogen T_3 -mal nem szorítható vissza. Újabban azonban thyreotoxikus krízishez vezető trijódthyronin-toxicosist is leírtak (17). A trijódthyronin-toxicosist betegek kezelése egyébként azonos a többi hyperthyreosisos betegével.

Irodalmi adatok szerint a serum T_3 -tartalmának a meghatározását a hyperthyreosis therapiás eredményének az ellenőrzésére is célszerű elvégezni. Antithyreoida kezelés következtében vagy sikeres radiojód terapia után előfordulhatnak olyan esetek, amelyekben a beteg euthyreosisos, noha a serum T_4 -tartalom alacsony (31). Ilyenkor a csökkent pajzsmirigyhormon-elválasztás következményként fokozódik a hypophysisből a thyreotrop hormon secretio. A megnövekedett mennyiségben termelődött TSH a csökkent „jódterrel” rendelkező pajzsmirigyben a T_3 képződését könnyebben serkenti, mint a T_4 -ét. Ezekben az esetekben a normális T_3 -elválasztásnak köszönhető az euthyreosis állapot fennmaradása. Erre utalnak három radiojód therapiában részesült betegünk eredményei is.

Ismeretes, hogy euthyreosisos endokrin ophthalmopathiában a hypophysis—pajzsmirigy rendszer többirányú funkciózavara mutatható ki. Klein (19) már régebben felhívta a figyelmet arra a lehetőségre, hogy e betegek egy részében a serum egész thyronintartalma a T_3 irányába tolódik el. E megfigyelést megelőzően radioizotóp alkalmazáson alapuló gélfiltrációs módszerrel mi is megerősítettük (8). Jelen vizsgálati sorozatunkban pedig kimutattuk, hogy az euthyreosisos endokrin ophthalmopathiás betegek egy részében a normálisnál kissé magasabb lehet a serum T_3 -tartalma. Megfigyelésünk egyrészt arra hívja fel a figyelmet, hogy e kórképben a serum T_3 -koncentrációnak kismérvű megnövekedése még nem bizonyít hyperthyreosist. Vizsgálati eredményünk másrészt az ophthalmopathia euthyreosisos és hyperthyreosisos formája közti szoros kapcsolatra utal, mint ahogy arra már régebben felhívtuk a figyelmet. Lehetséges, hogy a kissé megemelkedett serum T_3 -tartalmú euthyreosisos endokrin ophthalmopathiás eseteink „praehyperthyreotikus” egyéneknek tekinthetők (14), ezért e betegek további megfigyelése indokolt. Nincs egyetlen olyan pajzsmirigy-funkciós próba sem, amely egymagában teljes biztonsággal utalna a thyreoida működési állapotára. Vonatkozik ez természetesen a T_3 meghatározására is. Mégis a serum T_3 -koncentrációnak a kimuta-

tása az egyidejűleg elvégzett többi pajzsmirigy-funkciós próbával nagy segítséget jelent a pajzsmirigybetegségek diagnosztikájában és mélyebb betekintést nyújt e kórképek megismeréséhez.

Összefoglalás. A serum trijódthyronin tartalmának radioimmunoassay-vel történő meghatározása nagy segítséget jelent a pajzsmirigybetegségek diagnosztikájában és mélyebb betekintést nyújt e kórképek megismeréséhez. Szerzők ismertetik saját vizsgálati eredményeiket. E módszerrel jól elkülöníthető egymástól az euthyreosis, hyperthyreosis és hypothyreosis. A serum trijódthyronin meghatározás legnagyobb eredménye a trijódthyronin-toxicosist klinikai képének a felderítése. A vizsgálatot a hyperthyreosis therapiás eredményének az ellenőrzésére is célszerű elvégezni. Végül ismertetik euthyreosisos endokrin ophthalmopathiás betegeken nyert vizsgálati eredményeiket.

Köszönetnyilvánítás. Ezúton mondunk köszönetet Byk-Mallinckrodt Chemische Produkte GmbH-nak, hogy részünkre a Riamat T_3 Kit-et rendelkezésünkre bocsátotta.

IRODALOM: 1. Arons, W. L., Hydowitz, J. D.: J. Clin. Endocrinol. 1959, 19, 548. — 2. Benua, R. S., Dobyns, D. M.: J. Clin. Endocrinol. 1955, 15, 118. — 3. Brown, B. L. és mtsai: Nature. 1970, 226, 349. — 4. Chopra, I. J. és mtsai: J. Clin. Endocrinol. 1971, 32, 299. — 5. Chopra, I. J., Ho, R. S., Lam, R.: J. Lab. Clin. Med. 1972, 80, 729. — 6. Fischer, D. A., Dussault, J. H.: J. Clin. Endocrinol. 1971, 32, 675. — 7. Földes J. és mtsai: Orv. Hetil. 1973, 114, 3140. — 8. Földes J. és mtsai: Endokrinologie. 1973, 61, 52. — 9. Gharib, H., Mayberry, W. H., Ryan, R. J.: J. Clin. Endocrinol. 1970, 31, 709. — 10. Gharib, H. és mtsai: J. Clin. Endocrinol. 1971, 33, 509. — 11. Gharib, H., Ryan, R. J., Mayberry, W. E.: Mayo Clin. Proc. 1972, 47, 937. — 12. Gross, J., Pitt-Rivers, R.: Lancet. 1952, I, 439. — 13. Hollander, C. S.: Abstracts of the Amer. Thyroid Ass. Ann. Meeting. Washington. 1968. p. 17. — 14. Hollander, C. S. és mtsai: Lancet. 1971, II, 731. — 15. Hollander, C. S. és mtsai: Lancet. 1972, I, 609. — 16. Ivy, H., Wahner, H. W., Gorman, C. A.: Arch. Int. Med. 1971, 128, 529. — 17. Jakobs, H. és mtsai: Lancet. 1973, II, 236. — 18. Kendall, E. C.: J. Biol. Chem. 1915, 20, 501. — 19. Klein, E.: Der endogene Jodhaushalt und seine Störungen. G. Thieme Verl., Stuttgart, 1960. — 20. Larsen, P. R.: Metabolism. 1972, 21, 1073. — 21. Lieblisch, J., Utiger, R.: J. Clin. Invest. 1972, 51, 157. — 22. Mitzuma, T., Collucci, J., Hollander, C. S.: J. Clin. Endocrinol. 1971, 33, 364. — 23. Neuman, J. A., Nauman, A., Werner, S. C.: J. Clin. Invest. 1967, 46, 1346. — 24. Oddie, T. H. és mtsai: Lab. Klin. med. 1971, 33, 653. — 25. Patel, Y. C., Burger, H. G.: J. Clin. Endocrinol. 1973, 36, 187. — 26. Pittman, C. S., Chambers, J. B., Read, V. H.: J. Clin. Invest. 1971, 50, 1187. — 27. Roche, I., Lissitzky, S., Michel, R.: Ann. Pharm. 1952, 10, 166. — 28. Sterling, K.: Rec. Progr. Horm. Res. 1970, 26, 249. — 29. Sterling, K. és mtsai: J. Clin. Invest. 1969, 48, 1150. — 30. Sterling, K., Refetoff, S., Selenkov, H. A.: JAMA. 1970, 213, 571. — 31. Sterling, K. és mtsai: J. Clin. Endocrinol. 1971, 33, 729. — 32. Sahner, H. W., Gorman, C. A.: New Engl. J. Med. 1971, 284, 225. — 33. Woeber, K. A. és mtsai: J. Clin. Invest. 1970, 49, 643.

Orvostovábbképző Intézet,
II. Belgyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Schwarczmann Pál dr.)

Diabetes mellitus és myocardialis infarctus

Holländer Erzsébet dr.* és Sebeszta Miklós dr.

Diabetes mellitusban (továbbiakban *d. m.*) szenvedő betegekben a myocardialis infarctus növekvő gyakorisága évtizedek óta ismert. A *d. m.* és coronaria sclerosis társulását elsőként kórboncolások során figyelték meg, a klinikai észlelések későbbiek (1, 3, 25, 26, 28). A további — közöttük a Tecumseh-ben végzett — vizsgálatok igazolták, hogy a coronaria sclerosis és myocardialis infarctus előfordulása gyakoribb felnőttkori *d. m.*-ban, mint azokban a betegekben, akiknek a *d. m.*-a már fiatal korban jelentkezett (12, 13, 14, 19, 44). A felnőttkori *d. m.* ér-sclerosisra hajlamosító szerepén túlmenően kiderült, hogy míg az átlagnépességben a férfiak 3–4-szer gyakrabban szenvednek coronaria sclerosisban mint a nők, *d. m.*-ban, az erek sclerosisa mindkét nemből egyenlő arányban fordul elő. *D. m.*-ban szenvedő nőkben, egyes szerzők szerint, gyakoribb a coronaria sclerosis (6, 7, 29). A cardiovascularis betegségek és a *d. m.* kezelési módjának összefüggéséről az elmúlt években számos ellentmondó közlés látott napvilágot (1, 4, 8, 11, 16, 18, 20, 22, 25, 28, 32, 34, 37). A régebbi és újabb adatok összehasonlítását megnehezíti a diagnosztikus ismérvek változása, a vizsgálati időtartamnak, a kezelési módnak és a megfigyelt beteganyag változó összetételének, illetve a népességnek különbözősége. A *d. m.* és a betegség kezelési módjának a cardiovascularis betegségekkel való kölcsönhatását más betegségekhez hasonlóan olyan vizsgálatokkal lehetne megközelíteni, melyekben a megfigyelés a születéskor, vagy azt megelőzően kezdődik, s a halállal (a boncolással) fejeződik be.

Munkánkban nem törekedtünk sem az epidemiológiai kérdéseknek, sem a szív-infarctus és szénhidrátanyagcsere-zavar hormonális-metabolikus összefüggéseinek, valamint a vonatkozó gaz-

Jelenlegi munkahely: Korányi Frigyes és Sándor
Kórház, III. belgyógyászati osztály.

103 diabetes mellitusban és myocardialis infarctusban szenvedő beteg csoportosítása a kezelési mód, életkor, betegségtartam és a halálzási gyakoriság szerint.
1. táblázat

Kezelés	Eset	Életkor (év)	Diabetes tartam (év)	Meghalt	Halálzás %
Diéta	32	62,7 ± 2,6	2,97 ± 0,7	8	25
Per os	46	67,9 ± 3,1	7,3 ± 1,5	14	30,4
Insulin	15	62,8 ± 3,9	14,9 ± 4,8	10	66,6
Frissen felfedezett	10	74,9 ± 6,0	0	0	0
Összesen	103	67,3 ± 3,85	6,27 ± 1,9	32	31,1

dag irodalomnak a részletes megtárgyalására. Csúpan a következő kérdéseket elemeztük:

1. A heveny myocardialis infarctus prognosisa *d. m.*-ban.
2. A *d. m.* kezelési módjának hatása a heveny szívizomelhalás mortalitására.
3. A *d. m.*-ban szenvedő betegek heveny myocardialis infarctusának szövödményei és e szövödmények gyakorisága.
4. A szív-ér szövödmények kialakulásának kórélettani mechanizmusa.
5. A myocardialis infarctus hatása a szénhidrát-tolerantiára.

Beteganyag és módszer

1969. április 1—1974. március 31. között 521, szív-infarctusban szenvedő beteget kezeltünk. Közülük 103 betegnek *d. m.*-a volt. Kilencvenhárom beteg régebbiről tudott *d. m.*-áról, 10 esetben ez a myocardialis infarctus alkalmával derült ki. *D. m.*-ban szenvedőknek tekintettük azokat a betegeket, akiknek a jellemző panaszokon (polyuria, polydipsia) kívül éhomi vércukorra három alkalommal emelkedett volt, vagy az 50 g glukózzal végzett cukorterhelési próba pozitívnak bizonyult. A legtöbb beteg súlyos *d. m.*-ban szenvedett, típusos panaszokkal, 250—300 mg% éhomi vércukorszinttel.

A betegeket három csoportba soroltuk: a legenyhébb esetek csak diétás kezelésben részesültek. Akikben az étkezést 2 órával követően meghatározott vércukor több alkalommal 200 mg/100 ml felett volt, tablettát kaptak, vagy ha megelőzően per os (továbbiakban: *p. o.*) kezelésben részesültek, azt folytattuk. A *p. o.* alkalmazott gyógyszerek: Bucarban, Oterben, Adebit, Oradian, egy esetben Diabinase voltak. A különféle *p. o.* vércukorcsökkentő gyógyszeres kezelésben megfigyelt szövödményeket és mortalitást egységesen tárgyaljuk, mivel a beteganyag további csoportokra történő bontása csak kisszámú megfigyelés analízisét tenné lehetővé. A *p. o.* kezelés eredménytelen-

Az acidosis hypoxia összefüggése a rhythmus- és vezetési zavarokkal diabetes mellitusban szenvedő betegek szívizom-infarctusában.

2. táblázat

	Eset	Acidosis	Diabetes ketos acidosis	Normál savbázis adatok	Hypoxia	pO ₂ normális	Vizsgálat nem történt
Kamrai arrhythmia	20	8	5	7	17	2	—
Pitvari arrhythmia	16	7	3	6	13	3	1
AV vezetési zavar	22	8	3	11	12	9	1

sége esetén insulint adagoltunk vagy pedig az insulinigényes *d. m.*-ban a kezelést folytattuk.

A myocardialis infarctus diagnózisát az EKG és az enzimvizsgálatok, az elhalálozott betegekben a boncolási adatok igazolták. Vergőanalízis 86 betegen történt, a megfigyelési időszak első évében viszont még nem minden esetben végezhetjük el ezt a vizsgálatot.

A 103 beteg közül 68-at, az első, 27-et a második, 8-at a harmadik myocardialis infarctus miatt kezeltünk.

A kísérő betegségek közül csaknem az esetek felében (48 beteg) észleltünk hypertoniát. A hypertonia kritériumának tekintettük a 160 Hgmm feletti systolés és a 95 Hgmm-t meghaladó diastolés vérnyomást. Húsz beteg testsúlya túllépte a Manhattan biztosítási intézet adatai szerint a korának és nemének megfelelő felső határt (31), 3 beteg köszvényben szenvedett. A myocardialis infarctusos betegek felvételkor az intenzív osztályra kerültek, ahol átlagosan 8,1 napot tartózkodtak, majd osztályra helyeztük őket.

Eredmények

1. Öt év alatt 521 myocardialis infarctusban szenvedő beteg került felvételre, közülük 103 *d. m.*-ban is szenvedett. A 103 *d. m.* eset közül 57 férfi, 46 nő volt. A *d. m.*-ban és az infarctusban szenvedő betegek közül 55 év alatti korban volt 15, 56 év felett 88 eset. A *d. m.*-sal társult infarctus csoport átlagos életkora $67,3 \pm 3,85$ év, a *d. m.* tartama $6,27 \pm 1,9$ év. A frissen felfedezett *d. m.* tartamát zéró évként tekintettük. A *d. m.*-ban és myocardialis infarctusban szenvedő betegek kezelési módját, életkorát, betegségtartamát és az egyes csoportok halálzási gyakoriságát az 1. táblázatban tüntettük fel. Százhárom myocardialis infarctusban és *d. m.*-ban szenvedő beteg közül 32 esetet veszítettünk el. (A halálzási gyakoriság $31,1\%$). A 418 *d. m.*-ban nem szenvedő myocardialis infarctus esetből 88 beteg halt meg. A heveny szívizom-elhalás mortalitása *d. m.*-ban szignifikánsan magasabb, mint a *d. m.*-ban nem szenvedőké ($\chi^2_{[1]} = 4,676$; $p < 0,05$). A *d. m.*-ban szenvedő betegek közül 72 órán belül (az intenzív osztályon) meghalt 10, vagyis a korai halálzási az összmortalitás 31,1 százaléka. További 20 beteg (az összhálzási 68,7 százaléka) az ápolás 4–75. (átlagosan a 16,6.) napján halt meg. A 88 szívinfarctusban elhalálozott, *d. m.*-ban nem szenvedő beteg közül 38 ($42,8\%$) halt meg 72 órán belül, 50 beteg ($57,2\%$) exitusa 72 órán túl következett be. A *d. m.*-ban szenvedő csoportra tehát a késői halálzási jellegzetes. A különbség $\chi^2_{[1]} = 6,127$; $p < 0,02$, szignifikáns.

Az átlagos ápolási időtartamot nem részletezzük, mivel az a vizsgálati időszakban változott: az első három évben a szövödménymentes eseteket is 6 hétig fektettük, az utolsó két évben az átlagos ápolási idő 30 napra csökkent.

2. A legmagasabb halálzási arányt az insulinnal kezelt csoportjában tapasztaltuk, 15 beteg közül 10-et veszítettünk el. Ennek egyik oka kétségtelenül a *d. m.* súlyossága, de meg kell jegyeznünk, hogy a leghosszabb *d. m.* tartam: $14,9 \pm 4,8$ év is e csoportra volt jellemző. Nem hagyható figyelmen kívül a manifeszt vagy latens hypoglykaemia coronaria-károsító szerepe sem. A 46 *p. o.* kezelésben részesült beteg közül 14 halálzási el ($30,4\%$), betegségtartamuk $7,3 \pm 1,5$ év. A 32, dié-

tával kezelt esetből 8 halt meg ($25,5\%$), az átlagos betegségtartam e csoportban volt a legalacsonyabb: $2,97 \pm 0,7$ év. A 10 frissen felfedezett *d. m.*-ban szenvedő myocardialis infarctus betegcsoportban halálzási nem fordult elő (1. táblázat).

3. *D. m.*-ban szenvedő betegek myocardialis infarctusának az életveszélyes, halálos kimenetelű és a kevésbé súlyos, reverzibilis szövödmények gyakori kísérői. A halállal végződő szövödmények közül 4 esetben találtunk szív-rupturát, 5-ben tüdőembóliát. A myocardialis infarctus egyik legsúlyosabb szövödménye, a cardiogen shock 12 esetben alakult ki. A shockkal szövődött esetek közül 10-et elvesztettünk. Tüdővizonyó 19 betegen lépett fel az infarctus heveny szakában, melynek következtében csak az a 6 beteg halálzási el, kikben a myocardialis infarctushoz a tüdő-oedémán kívül más szövödmény is társult. A kórlefolyást 7 esetben pericarditis, 1-ben masszív gastrointestinális vérzés, 2 esetben acut pancreatitis is súlyosbította. Megjegyezni kívánjuk, hogy a két acut pancreatitis esetben a klinikai és EKG kép transmuralis szívizom-infarctusra utalt, az egyik beteg átmeneti pacemakerre is szorult. A súlyos állapotot mindkét beteg túlélte.

A szív rhythmuszavarainak veszélyes formája, a kamrafibrillatio 10 esetben lépett fel, 2 beteg 3–3 alkalommal. Összesen 14 defibrillatio-resuscitációra került sor, melyek közül 9 eredményes volt.

Hét beteg teljes pitvar-kamrai dissociációjában az ismétlődő Adams—Stokes-syndroma pacemaker kezelést tett szükségessé. Öt beteg csak az infarctus heveny szakában, átmenetileg szorult művi ingerképzésre, 2 továbbiban tartós pacemaker kezelésre került sor. Hét esetben a teljes pitvar-kamrai block spontán, vagy a gyógyszeres kezelésre rendeződött.

A súlyos, de az életet közvetlenül nem veszélyeztető szövödmények közül a kamrai és pitvari arrhythmiaikkal, valamint a pitvar-kamrai ingerületvezetés zavaraival ugyancsak gyakorta találkoztunk. Kamrai arrhythmia: 5/min feletti gyakoriságú egy- és többgócú kamrai extrasystoliát, kamrai tachycardiát 20 betegen figyeltünk meg. Hasonló számban fordult elő pitvari rhythmuszavar: extrasystolia, pitvar-fibrillatio és flutter, valamint supraventricularis tachycardia (16 eset). A pitvar-kamrai ingerületvezetés enyhébb zavarát: 1. és 11. fokú blockot 8 alkalommal észleltük.

D. m.-ban szenvedők szívizom-infarctusában közepes vagy súlyos keringési elégtelenség, mely átmeneti vagy tartós digitalis kezeléssel uralható volt, 29 betegen alakult ki. A myocardialis infarctusban megfigyelhető, nem ketosisból származó, változó súlyosságú acidosis és hypoxiát nem az infarctus szövödményének, hanem következményének tekintettük; jelentőségét a következőkben tárgyaljuk.

4. Az eddigi adatokból is nyilvánvaló, hogy a *d. m.* a myocardialis infarctus prognózisát rontja. A magas mortalitásért csak részben felelősek a 72 órán belüli, irreverzibilis szövödmények, elsősorban a shock. A későbbi, 72 órán túli halálzási okai között a heveny és progresszív szívelégtelenség,

tüdőembolia, kamrafibrillatio és szív-ruptura szerepel.

A korai és későbbi, életveszélyes és az életet nem fenyegető szövödmények összefüggése a *d. m.* kezelési módjával közvetett. Kétségtelen, hogy szövödmények felléptére azokban az esetekben számíthatunk leginkább, akiknek *d. m.*-a súlyos, vagy az a myocardialis infarctus során dekompenzálódik, vagy ha a betegek acidotikusak lesznek. Nemcsak a ketoacidosis, hanem a metabolikus acidosis egyéb formái is kedveznek szövödmények, főként rhythmus-zavarok jelentkezésének. Ugyancsak szövödményekre hajlamosító tényező a myocardialis infarctus heveny szakában kialakuló hypoxia.

Metabolikus acidosisnak tekintettük azokat az eseteket, kikben a bázishiány a -3 maeq/l értéket túllépte. Az acidotikus betegek bázishiányának mértéke -3 és -22 maeq/l között volt, átlagértékben $-7,1$ maeq/l, $SE \pm 0,17$ maeq/l. Metabolikus acidosisban elkülönítettük a kapillaris vér pH-jának eltolódását nem okozó, kompenzált és a pH csökkenésével járó dekompenzált formát, mely utóbbi csoportba tartozott a ketoacidosis következtében metabolikus acidosisban szenvedő betegek egy része is.

Kompenzált metabolikus acidosis volt 29, dekompenzált acidosis 8 betegnek. A 16 súlyos diabeteses anyagcserezavar közül 2 diabeteses coma, 1 hyperosmolaris coma és 5 további eset dekompenzált metabolikus acidosisban szenvedett; 8 diabeteses ketoacidosisban az állapot kompenzált maradt. Huszonegy betegen a metabolikus acidosis nem ketosis okozta.

Diabeteses betegek myocardialis infarctusában 36 esetben észleltünk súlyos arrhythmia, melyből 20 kamrai, 16 pitvari rhythmus-zavar volt. A kamrai arrhythmiaiban 8 esetben igazoltuk a metabolikus acidosis valamely formáját, 7-ben nem találtuk. Pitvari arrhythmiaiban 9 betegen figyeltünk meg acidosis, 6-ban nem, ill. egy esetben nem történt sav-basis vizsgálat. A 16 súlyos ketoacidotikus esetben 5 kamrai (ebből 2 kamra-fibrillatio) és 3 pitvari arrhythmia láttunk (2. táblázat). Az atrioventricularis vezetés zavarát: I—III. fokú blockot 22 esetben észleltük. A vezetési zavarokban 11 betegen igazoltuk az acidosis, közülük 3 ketoacidosisban szenvedett.

Az acidosison kívül vagy vele egyidejűleg a rhythmus- és vezetési zavarokat gyakran kísérte hypoxia. Mérsékelt hypoxiának tekintettük azokat az eseteket, akikben a pO_2 71—80 Hgmm között, súlyos hypoxiának, ahol a pO_2 70 Hgmm alatt volt.

Ötvennyolc hypoxiás beteg közül az előbbi csoportba 27, az utóbbiba 31 eset tartozott. A hypoxiás betegek capillaris vér O_2 -nyomása átlagosan $68,8 \pm 2,52$ Hgmm volt. Hús kamrai arrhythmia esetéből 17-ben bizonyítottuk a hypoxiát, 2-ben nem, 1 betegen nem történt vizsgálat. A veszélyes kamrai arrhythmiaiban — 4 beteg kivételével — a pO_2 70 Hgmm alatt volt. A pitvari rhythmus-zavarokat 12 esetben kísérte jelentős hypoxia, 3 betegen ez nem volt igazolható. Az a-v vezetési zavarához 12 esetben társult hypoxia: 6 betegen súlyos, 6-ban mérsékelt, 9 esetben a capillaris vér

O_2 -nyomása normális maradt. Egy a-v blockban szenvedőn nem történt vizsgálat.

5. A myocardialis infarctus *d. m.*-ban nemcsak az infarctus lefolyása és prognosisa szempontjából kedvezőtlen, az infarctus heveny szakában a *d. m.* is gyakran dekompenzálódik. Míg az infarctus prognosisa azokban a betegekben a legrosszabb, kiknek *d. m.*-a súlyos és régen áll fenn, a *d. m.* dekompenzációja a szénhidrátanyagcsere-zavar megelőző súlyosságától és tartamától független.

Az infarctus kezdeti szakában a jól ismert átmeneti szénhidrátolerancia-romlást 16 betegen észleltük, ezen kívül 13 betegen ketoacidosis, kétben diabeteses comát, egyben nem ketotikus hyperosmolaris comát figyeltünk meg. A *d. m.* hirtelen felborulása valamennyi kezelési mód mellett bekövetkezett. Leggyakoribb volt az insulinnal kezelt betegeknél: 7 beteg. A *p. o.* vércukorcsökkentő terapiában részesülők között 5, a diétával kezelt betegeknél 2 és a frissen felfedezett *d. m.* csoportban 2 eset fordult elő. A 2 ketoacidotikus comás beteg megelőzően is insulin kezelésben részesült, a hyperosmolaris, nem ketotikus beteg *d. m.*-a korábban enyhe volt, csupán étrendi megszorítást igényelt.

A diabeteses coma és myocardialis infarctus együttes előfordulása a kórjóslatot igen kedvezőtlené teszi. Mind a ketotikus, mind a hyperosmolaris comás betegeket, jóllehet az anyagcsere-katasztrófát sikerült uralni, később elveszítettük. A ketoacidotikus, nem comás betegek közül 3 halt meg a myocardialis infarctus valamelyik szövödményében. Ketoacidotikus, különösen diabeteses comás betegeink száma statisztikai elemzésre alkalmatlan. Megjegyezzük azonban, hogy míg a civilizált országokban a diabeteses coma mortalitása 1,3—1,5%, a hyperosmolaris comáé pedig 16—63% között ingadozik (10, 33), mi az infarctussal szövődött comás eseteket kivétel nélkül elvesztettük.

Megbeszélés

A *d. m.* rontja a myocardialis infarctus kimenetelét. Öt év alatt megfigyelt 103 *d. m.*-ban szenvedő betegünk infarctusának súlyosságát jelzi a 31,1%-os halálozási arány. Az azonos időszakban kezelt 418 *d. m.*-ban nem szenvedő myocardialis infarctus mortalitása 21,2%. Korábbi szerzők 40% feletti halálozásról tesznek említést, azonban ezeket az eredményeket nehéz összehasonlítani a jelenlegiekkel, mivel régebben nem működtek intenzív betegellátó osztályok (51, 24).

A közelmúltban hasonló vizsgálatokról számolt be Soler és Pentecost 184, továbbá Harrowe és Clarke 48 betegen (21, 38). A mortalitásra vonatkozó adataik a miénkhez hasonlóak: 35,3, ill. 29%. Beteganyagunk értékelésében nehéz elkülöníteni a *d. m.* kezelési módjának a myocardialis infarctusra gyakorolt hatását magának a *d. m.*-nak, elsősorban a betegség tartamának hatásától. Az amerikai *d. m.* program vizsgálatai szerint valamennyi szerkezetében és hatás módjában eltérő sulphonylurea és biguanid származék növeli a cardiovascularis morbiditást (2, 11, 41, 42). Ezen vizsgálatok szerint a *p. o.* kezelt betegeknél nemcsak a myocardialis infarctus előfordulása gyakoribb, hanem mortalitása is nagyobb. Lasseter és Levey állatkísérletei szerint a vércukorcsökkentő sul-

phonylureák pozitív inotrop és chronotrop hatásúak, s ez myocardialis infarctusban káros lehet (27).

Vizsgálataink nem erősítik meg, hogy a p. o. kezelt *d. m.*-ban szenvedő betegek myocardialis infarctusának prognosisa rosszabb, halálozási aránya magasabb, mint az insulinnal vagy diétával kezelték. Anyagunkban az insulinnal kezelt csoportban volt a legmagasabb a halálozás (66,6%). A p. o. és a diétával gyógyított *d. m.*-ban a myocardialis infarctus mortalitása az insulinos csoport halálozási aránya mögött maradt (30,4 és 25%).

Az infarctus prognosist tehát sokkal inkább a *d. m.* súlyossága és tartama szabja meg, mint a kezelés módja. Ennek megfelelően a frissen felfedezett, többségében enyhe *d. m.*-ban szenvedő betegek közül myocardialis infarctus következtében egy esetet sem veszítettünk el.

A sulphonylurea kezelés kérdése még nem lezárt. A kedvezőtlen cardiovascularis következményekről elterjedt nézetek eddig is sokszor okoztak etikai nehézségeket: megengedhető-e a sulphonylurea készítmények további alkalmazása? A helyes válasz csak további nagyszámú vizsgálattól várható.

Constam (8), valamint Garcia és mtsai (16) szerint az insulinnal kezelt betegek szív-infarctus okozta halálozása 2,5-szerese a *d. m.*-ban nem szenvedőkénél, insulinnal kezelt nőkben pedig 3-szorosra.

Megfigyelésünk szerint az életkor szerepe a prognosist alakulásában kevésbé döntő: a frissen felfedezett *d. m.* esetek átlagos életkora volt a legmagasabb, ezt követte a p. o. kezelt csoport. Az insulinnal és a diétával kezelt életkora alacsonyabb volt; e két csoporté csaknem megegyezett.

Az arteriosclerosisra hajlamosító, társuló betegségek: hypertonia, elhízás, köszvény az infarctus morbiditást és mortalitást tovább növelik (9, 24, 30, 31). *D. m.*-ban szenvedők myocardialis infarctusában a hypertonia gyakoribb volt, mint a statisztikai adatok szerint a *d. m.*-ban nem szenvedők infarctusában, vagy az azonos korú kontroll csoportban (15).

D. m.-ban nem szenvedő 418 myocardialis infarctus esetünk közül 96 betegen (23%) észleltünk hypertoniát. Az elhízás előfordulása viszont kisebb volt, mint a túltápláltság Unoka hazai szűrővizsgálatai során talált gyakorisága (43).

D. m.-ban szenvedő betegek szív-infarctusának nemcsak a halálozási aránya kedvezőtlen, hanem a súlyos szövődmények gyakorisága is. A cardiogen shock kivételével *d. m.*-ban szenvedő betegek infarctusára a késői, halálos kimenetelű szövődmények jellemzőek. Eseteink közül 10 halt meg az infarctus első 72 órájában irreverzibilis szövődmény következtében, a többi 22 beteg később, átlagosan az ápolás 16,6. napján. A korai halálozás csökkenése hat éve létesült intenzív osztályunk működésének köszönhető. A 72 órán túli halálozás okai: heveny és progresszív szívelégtelenség, kamrafibrillatio, tüdőembolia és szív-ruptura. Az atrio-ventricularis vezetés zavarainak legsúlyosabb formáját, a teljes a-v disszociációt és Adams—Stokes-tünetcsoportot pacemaker kezelés-

sel minden esetben sikerült rendezni. A szövődmények közül a veszélyes pitvari és kamrai arrhythmia, valamint az a-v vezetés károsodása a savbasis háztartás zavarával és a hypoxiával mutatnak összefüggést. Nemcsak a ketoacidosis, hanem a myocardialis infarctust gyakran kísérő metabolikus acidosis egyéb formái is a rhythmus- és vezetési zavarok fellépésének kedveznek. Húsz súlyos kamrai arrhythmias betegünk közül acidotikus volt 13; 16 pitvari arrhythmias esetünk közül 12. Kompenzált metabolikus acidosis volt 29, dekompenzált metabolikus acidosis 8 betegnek. A 37 metabolikus acidosis csak 16 esetben okozta ketosis, 21 betegen a szívizom mechanikus elégtelensége miatti sejtártalom volt az acidosis oka.

Dekompenzált metabolikus acidosis többségében az insulinnal kezelt betegekben fordult elő, de megfigyeltük enyhe, sőt frissen felfedezett diabetesben is. Veszélyes arrhythmiasban és vezetési zavarokban gyakrabban észleltünk acidosis, mint a szövődménymentes myocardialis infarctus esetekben. Diabeteses ketoacidosisban nem volt gyakoribb az arrhythmia és vezetési zavar, mint a metabolikus acidosis nem ketotikus formájában.

A hypoxia gyakoribb jelenség volt, mint az acidosis (58 beteg). A hypoxia *d. m.*-ban szenvedők infarctusában fokozottan veszélyes. Hatására a szövetek glukózanyagcsereje károsodik. A metabolizmus zavara részben a szívizom mechanikus működését rontja, részben az anaerob glykolysis növekedésén keresztül tejsav-felzaporodáshoz, s az acidosis további fokozódásához vezet.

A myocardialis infarctus heveny szakát sokszor kíséri a szénhidrát-tolerancia átmeneti romlása. A heveny szív-infarctus szénhidrátanyagcserezavarával a közelmúltban Széplaki, valamint az Orvosi Hetilap szerkesztőségi közleménye is foglalkozott (30, 40). Az átmeneti hyperglykaemián kívül 13 betegen észleltünk ketoacidosis, 2-ben ketoacidotikus, 1-ben hyperosmolaris diabeteses comát. Az infarctus heveny szakában kialakuló ketotikus vagy hyperosmolaris coma a prognosist igen kedvezőtlené teszi: mindhárom betegünket elvesztítettük.

D. m.-ban szenvedő betegek szív-infarctusában a súlyos szövődmények és a magas halálozási arány csökkenése több tényezőtől várható. A szénhidrátanyagcsere zavarának megfelelő ellenőrzésével és kezelésével a súlyos *d. m.* esetek száma mérsékelhető, s az infarctus heveny szakában is kevesebb esetben következik be a *d. m.* dekompenzációja. Remélhető, hogy a ketoacidosisból származó metabolikus acidosis ritkábban fordul elő.

Mivel a *d. m.*-ban szenvedő betegek myocardialis infarctusának szövődményei később jelentkeznek, mint a *d. m.*-sal nem társuló infarctusban, indokolt, hogy a betegek hosszabb ideig maradjanak fokozott megfigyelés alatt az intenzív betegellátó osztályokon.

Összefoglalás. Szerzők öt év alatt 521 szív-infarctusos beteget észleltek, közülük 103 diabetes mellitusban szenvedett. Diabetes mellitusban a szív-infarctus mortalitása szignifikánsan magasabb, mint a diabetes mellitussal nem társuló myo-

cardialis infarctusé. Diabetese betegek infarctusára a késői halálozás a jellegzetes. A két csoport késői mortalitását összehasonlítva, az diabetes mellitusban szignifikánsan nagyobb. Diabetes mellitusban szenvedők infarctusában a szövődmények gyakoriak, közöttük a súlyos arrhythmia és vezetési zavarok az acidosis és hypoxiával mutatnak összefüggést.

Az acidosis, a súlyos szövődmények és a magas halálozási arány az insulinnal kezelt, hosszú tartamú diabetesben gyakoribbak, mint a per os vagy a diétával kezelt betegekben.

IRODALOM: 1. Bryfogle, J. W., Bradley, R. F.: Diabetes. 1957, 6, 159. — 2. Bloodworth, J. M. B., Hamwi, G. J.: Lancet. 1961, 1, 90. — 3. Blotner, H.: New Engl. J. Med. 1930, 203, 709. — 4. Boyle, D., Bhatia, S. K.: Lancet. 1972, 1, 338. — 5. Bradley, R. F., Bryfogle, J. W.: Am. J. Med. 1965, 20, 207. — 6. Bridges, J. M., Dalby, A. M.: Lancet. 1965, 1, 75. — 7. Clawson, B. J., Bell, E. T.: Arch. Pathol. 1949, 48, 105. — 8. Constam, G. R.: Diabetologia. 1971, 7, 237. — 9. Dawber, T. R., Moore, T. E.: Am. J. Publ. Health. 1957, 47, 4. — 10. Darnaud, J., Denard, Y.: Rev. Méd. Toulouse. 1972, 8, 829. — 11. Szerkesztőségi közlemény: Lancet. 1971, 1, 171. — 12. Entmacher, P. S., Root, H. F.: Diabetes. 1964, 13, 373. — 13. Epstein, F. H.: Circulation. 1967, 36, 609. — 14. Epstein, F. H.: Ann. Int. Med. 1965, 62, 1170. — 15. Fülöp T.: Népegészségügy. 1968, 49, 20. — 16. Garcia, M. J., Gordon,

T.: Diabetes. 1970. suppl. 71—72, 374. — 17. Garcia, M. J., Gordon, T.: Diabetes. 1970, suppl. 71—72, 375. — 18. Genell, L., Knatterud, Ph. D.: Am. J. Med. Ass. 1971, 217, 777. — 19. Hadden, D. R., Montgomery, D. A. D.: Lancet. 1972, 1, 335. — 20. Hadden, D. R., Montgomery, D. A. D.: Lancet. 1972, 1, 537. — 21. Harrower, A. B. D., Clarke, B. F.: Lancet. 1974, 1, 749. — 22. Jarret, R. J., Keen, H.: Lancet. 1972, 1, 492. — 23. Kannel, W. B., Dawber, T. R.: Ann. Int. Med. 1961, 55, 33. — 24. Keen, H., Rose, G.: Lancet. 1965, 2, 502. — 25. Keen, H., Rose, G.: Lancet. 1965, 2, 505. — 26. Kingsbury, K. J.: Lancet. 1962, 2, 1374. — 27. Lasseter, K. C., Levey, G. S.: J. Clin. Invest. 1972, 51, 2429. — 28. Liebow, I. M., Hellerstein, H. K.: Am. J. Med. 1955, 18, 438. — 29. Liebow, I. M., Newill, V. A.: Am. J. Med. Sci. 1964, 248, 403. — 30. Mertz, D. P., Babucke, G.: Münch. med. Wschr. 1971, 113, 16. — 31. Metropolitan Életbiztosítási Társaság: Statistical Bull. 1959, 40, 3. — 32. Nicholson, P. A.: Lancet. 1972, 1, 632. — 33. Panzram, G.: Schweiz. med. Wschr. 1973, 103, 203. — 34. Prout, T. E., Goldner, M. G.: Diabetes. 1970, suppl. 71—72, 374. — 35. Prout, T. E., Goldner, M. G.: Diabetes. 1970, suppl. 71—72, 375. — 36. Prout, T. E.: Med. Clin. N. Am. 1971, 55, 1065. — 37. Schlesinger, F. G., Franken, S.: Acta Med. Scand. 1960. — 38. Soler, N. G., Pentecost, B. L.: Lancet. 1974, 1, 475. — 39. Széplaki F., Balácsi I.: Orv. Hetil. 1974, 115, 967. — 40. Szerkesztőségi közlemény: Orv. Hetil. 1974, 115, 2072. — 41. Thaddens, E.: Diabetes. 1970, suppl. 71—72, 374. — 42. Thaddens, E.: Diabetes. 1970, suppl. 71—72, 375. — 43. Unoka J.: Orv. Hetil. 1974, 115, 1999. — 44. Weaver, J. A., Bhatia, S. K.: Brit. Med. J. 1970, 1, 783.

ERYTHROMYCIN kenőcs

Antibioticum **ÖSSZETÉTEL:** 1 tubus (5,0 g) 50 mg erythromycint tartalmaz vazelin típusú kenőcsben.

JAVALLATOK: Erythromycinre érzékeny mikroorganizmusok okozta különböző pyogen bőrbetegségek, fertőzött sebek és égési sérülések, trophikus zavarok.

Blepharitis ekzema impetiginosum, folliculitis palpebrarum. Conjunctivitisek. Trachoma.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: A fertőzött területet a teljes gyógyulásig naponta kell bekenni.

Trachomában naponta 2–5-ször, egyéb szemészeti megbetegedés esetén 1–3-szor.

Trachomában a kezelés időtartama általában 1,5–3 hónap.

MELLÉKHATÁS: Tartós alkalmazása esetén ritkán allergiás blepharitis keletkezhet, mely néhány napon belül kezelés nélkül elmúlik.

MEGJEGYZÉS: Csak kórházak és fekvőbeteg-gyógyintézetek részére kerül forgalomba.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus 5 g.

Forgalomba hozza: GYÓGYÉRT.

EXPORTÁLJA: V/O „MEDEXPORT”, MOSZKVA

Információ: V/O „Medexport” Tudományos Ismertető Iroda
1055 Budapest, Balassi Bálint u. 25.

A vastagbél-végbélrák diagnosisa és therapiája tízéves klinikai anyagunk tükrében

Papolczy Antal dr., Barda László dr.,
Pintér György dr. és Vörös Attila dr.

Életkor	20—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	80 év fölött
Nem	é v e s						
Férfi	1	2	15	28	38	15	5
Nő	1	4	19	22	43	25	5
Összesen	2	6	34	50	81	40	10
%-ban	0,9	2,7	15,2	22,4	36,3	17,9	4,5

2. táblázat
Vastagbél-végbélrákos betegek első panaszainak jelentkezése és a kezelés megkezdése között eltelt idő

Idő	1	2—3	4—6	7—12	13—24	25—42
	h ó n a p					
Esetszám	50	40	51	40	34	8
%-ban	22,4	17,9	22,9	17,9	15,2	3,6

Az elmúlt két évtizedben a hasi sebészet a vastagbélműtétek területén sokat fejlődött. A múlt században a vastagbélrákos betegeken legfeljebb az ileus miatti tehermentesítő anus praeter készítése került szóba. A sebészek csak ritkán vállalkoztak radikális műtetre.

Ma a vastagbélrák sebészi kezelése a rákgyógyítás egyik legeredményesebb területe. Az irodalmi adatok szerint a műtéti letalitás 5—8%-ra csökkent és az öt éves túlélés a metastasismentes esetekben 60—80%. A jó gyógyulási eredmények előfeltétele a diagnózis korai felállítása (2, 3, 11, 12, 16).

Az utóbbi évtizedekben a vastagbélrák gyakorisága a gastrointestinalis traktus egyéb carcinomáihoz viszonyítva is emelkedő tendenciát mutat és az összes rákok 8—9%-át adja. Gyakoriság tekintetében a rectumcarcinoma vezet, ezt a sigma, a caecum, a flexura hepatica, a flexura lienalis, a colon descendens és az ascendens rákja követi (1, 4, 5, 7, 8).

Magyarországon a morbiditási index az utóbbi öt év alapján 100 ezer lakosra 8,01. A férfi- és nőbetegek között a megbetegedési arány tekintetében nincs különbség. A morbiditási index mindkét nemnél az 50 éves kor után gyorsan nő (9).

Hazánkban a vastagbélrákok 50%-a inoperábilis állapotban kerül diagnosztizálásra (6, 13). A korai diagnózis jelentőségére a szakirodalomban számos szerző felhívta a figyelmet, ennek ellenére a helyzet javulása lassú (5, 11). Ezért láttuk szükségesnek, hogy a vastagbél-végbél tumoros beteganyagunkat, különös tekintettel a korai diagnózisra, feldolgozzuk és tapasztalatainkat ismertessük.

Az Orvostovábbképző Intézet I. számú Sebészeti Tanszékén 1962-től 1972-ig 223 vastagbél-végbélrákos beteget kezeltünk. Betegeink életkor szerinti megoszlását az 1. táblázatban foglaltuk össze.

Betegeink között a férfi : nő arány 1 : 1,1 az irodalmi adatokkal szemben a mi anyagunkban a

Littmann Imre professzor 60. születésnapja tiszteletére írt dolgozat.

nőbetegek voltak túlsúlyban. A legfiatalabb nőbeteg 25, a legidősebb 84 éves. Mind a nők, mind a férfiak korcsoportok szerinti megoszlását illetően, az esetek 50—70 év között halmozódtak.

Allcock anyagában az első tünetek és a diagnózis felállítása között az esetek 25%-ában egy évnél hosszabb idő telt el. Schutt és Walker a tünetek átlagos fennállási időtartamát vastagbél-végbélrák esetén 10 hónapban állapította meg. Saját anyagunkban az első panaszok jelentkezése és a kezelés megkezdése között eltelt időt a 2. táblázatban foglaltuk össze.

Vizsgáltuk, hogy mi volt az oka annak, hogy a betegek ilyen nagy része későn került intézeti kezelésre. Sok esetben a betegség lefolyása tünetszegény volt, különösen az időskorúak túlik éveken keresztül panaszait, a vérzést, a görcsöket, a hasi puffadást, túlzott türelemmel, nemtörődöm-séggel. Ide tartozott a többség. Máskor a betegek néhány hetes bizonytalan hasi tünetekre emlékeztek vissza és már súlyos szövődeményekkel kerültek orvoshoz. 17 beteget szállítottak be hozzánk három-öt napos ileusszal.

A tünetek alakulása attól függ, hogy a daganat a vastagbél-végbél melyik területén fekszik. A jobb oldali daganatok a széklet híg consistenciája miatt ritkán, a bal oldaliak aránylag korán okoznak obstructiót.

3. táblázat
Vastagbél-végbélrákos betegek tünetei a daganat elhelyezkedése (jobb 59 eset, bal 164 eset) szerinti bontásban

Tünetek	Jobb		Bal	
	eset-szám	%	eset-szám	%
Fájdalom	53	89,8	91	55,5
Székelési habitus vált.	35	59,3	118	72,0
Fáradtság, gyengeség .	37	62,7	35	21,3
Fogyás	30	50,8	102	62,2
Anaemia	39	66,1	19	11,6
Véres széklet	16	27,1	101	61,6
Tapintható daganat . . .	34	57,6	79	48,2
Bélezáródás	3	5,1	24	14,6

Localisatio	Esetszám	%-ban
Coecum	36	16,1
Colon ascendens	15	6,7
Flexura hepatica	5	2,2
Flexura hepatica	5	2,2
Colon transversum	11	4,9
Flexura lienalis	6	2,7
Colon descendens	9	4,1
Sigma	45	20,2
Rectum	96	43,1
Összesen	223	100,0

Vastagbél-végbélrákos betegek fontosabb tüneteit a daganat elhelyezkedése szerinti bontásban a 3. táblázatban foglaltuk össze.

Nagy veszélye a vastagbél-végbélráknak, hogy a beteg sokszor nem soványodik, nem sápadt és jól érzi magát annak ellenére, hogy a bélcsatornájában rákos daganat növekszik. A mi betegek között 9 ilyen esettel találkoztunk.

A vastagbél-végbélrák pontos diagnózisát irrigoscopiás vizsgálattal lehet felállítani. A carcinomára jellemző az egyenetlen szélű árnyékkiesés, szűkület vagy a teljes akadály. A szűkület szabálytalan kontúrja, állandósága és az a körülmény, hogy nagy adag papaverin (0,16 mg im.) után sem változik, organikus eredet mellett szól. A radiológiai vizsgálat alapján a daganatok elhelyezkedését a 4. táblázatban foglaltuk össze. Mint látható, a carcinoma leggyakoribb a rectumban és a sigmában.

A cytodiagnosticsa is jó eljárás a rákos daganat jelenlétének igazolására, de a negatív lelet nem bizonyító. A legmodernebb és leginkább megbízható vizsgáló módszer a colonoscopia, amellyel a daganat pontosan localizálható és belőle szövettani vizsgálatra ki is csíphetünk. A kórszövettani vizsgálat (részben praeoperatív, részben postoperatív) alapján eseteink közül 210 volt adenocarcinoma, 3 carcinoma anaplasticum, 3 scirrhus és 7 polypus carcinoma. A kézikönyvek általában arról írják, hogy a jobb colonfél rákjai adenocarcinomák, a balé pedig scirrhusok. A mi anyagunkban viszont az összes colontumor 96,3%-a adenocarcinoma volt. Ezek a daganatok nagyra nőnek és későn okoznak metastasisokat. A scirrhus infiltratív nő és hamar okoz szűkületet. A medullaris daganatok korán kifehélyesednek.

Az áttétek a nyirokutakon át keletkeznek. A

A műtét neve	Esetszám	%-ban
Egyszakaszos resectio	149	66,8
Többszakaszos resectio	21	9,4
Palliatív műtét	41	18,4
Exploratív laparotomia	12	5,4
Összesen	223	100,0

daganatnak a vérkeringésbe való betörése után fejlődnek a távoli metastasisok.

A vastagbél-végbélrák kezelése a daganat gyökeres kiirtása. Más kezelési módszer nem eredményes.

Egyesek vastagbélrák okozta ileusos állapotban is a tumor gyökeres resectióját végzik (10). Mi ezzel az állásponttal nem értünk egyet.

Ileusos állapotban nem végeztünk vastagbél-resectiót, hanem a lehető legkisebb műtéttel oldottuk meg az életveszélyhelyzetet. Az ileusos állapot megszűnése után a daganatot gyökeresen kiirtottuk, majd harmadik ülésben megszüntettük a proximalis colostomiát.

A műtétről intraoperatív tájékozódás után döntünk. Arra törekszünk, hogy a műtét gyökeres legyen, de távoli áttétek esetében is érdemes palliatív beavatkozást végezni a beteg detoxikálása és az ileus megelőzése érdekében.

A szorosan vett vastagbélrák (a coecumtól a sigma rectum határáig) kezelése terén az évek folyamán egyrészt az atraumatikus műtéti technika, másrészt a radikalitás vonatkozásában fokozatosan jelentős módosításokat vezettünk be. A legfontosabb elvek a következők:

A daganatot a Turnbull-féle no-touch-isolation módszerrel igyekszünk a szervezeten kívül kirekeszteni: nem nyomkodjuk, hogy ne nyomjunk tumorsejteket a nyirokutakba vagy a bél lumenébe; amint mobilizáltuk a daganatot, tőle oralisán és aboralisan vastag fonállal lekötjük a belet, hogy bezárjuk a daganatsejteket; minél előbb igyekszünk az elvezető vénákat — az arteriákkal együtt — lekötöni, hogy a tumorsejtek keringésbe jutását megelőzzük.

A daganatnak megfelelő mesenterium-részt a lehető leggyökeresebben irtjuk ki. A jobb colonfél daganatainál a tápláló arteriákat az a. mesenterica superiorból való eredésük helyén vágjuk át, bal oldalt vagy az a. mesenterica inferiorból való eredésüknél vagy — szükség esetén — az a. mesenterica inferiort az aortából való eredésénél vágjuk át. Bal oldalt ezáltal nagyobb mesenterium-rész (több nyirokút és csomó) irtható ki, mint jobb oldalt.

A bél folytonosságát — ha csak egy mód van rá — vég a véghez anastomosissal, kétsoros varrattal állítjuk helyre, ügyelve arra, hogy csak kifogástalan vérellátású szöveteket és minden feszülés nélkül varrjunk, és hogy ne öltünk túl sűrűn, mert azzal is károsítjuk a bélfal életképességét. Megbízható anastomosis esetén drain-cső nélkül zárjuk a hasat.

A végbélet sebészi szempontból három harmadra szokás felosztani. Alsó harmadban ülő rák esetében a sphincter feláldozásával abdomino perinealis rectum amputációt végzünk végleges anus abdominalisszal. A felső harmadban ülő daganat esetében ún. elülső resectiót végzünk, az anastomosis a hasüregben készíttjük, a sphinctert épségben megtartjuk.

A középső harmad (a linea anocutaneától 7—12 cm közötti távolság) daganatai kiirtásának módszere vitatott. A különböző áthúzásos módszerek hívei sphincter-megtartásos eljárást javasolnak, mások az ilyen műtétet nem tartják elég gyökeresnek és az idegösszeköttetéseitől részben megfosztott anorectalis csontot nem tartják a continencia megtartására alkalmasnak.

Mi azt az elvet követjük, hogy ha a daganatot digitalis rectalis vizsgálattal elérjük, akkor abdomino-

perinealis amputációt végzünk végleges anus abdominalisszal. A sigma-csonkot a műtét befejező részeként megnyitjuk és a bélfalat kiszegjük a bőrhöz.

Ha a daganat ujjal nem érhető el, akkor szóba kerül az elülső resectio, amelyet azonban nem erőltetünk és műtét közben adódó minden nehézség (kövér beteg, nagy daganat, szűk medence stb.) esetén amputációra térünk át. Ily módon a végbélrákos betegek mintegy 70%-ában feláldozzuk és 30%-ában megtartjuk a sphinctert. Áthúzásos módszert nem alkalmazunk.

A KC jelzésű szovjet varrógéppel nagyon jók a tapasztalataink, elülső resectiók esetén az anastomosist gyakran készítjük ily módon.

Ha a daganat inoperabilis és a beteget ileus fenyegeti, akkor azt megkerülő anastomosissal igyekeztünk megelőzni. Egyes ritka esetekben, főleg a sigma-rectum határon ülő, obstructióra hajlamos inoperabilis tumor esetén szóba jön a kissé mobilizált sigmakacs tetejének egy bőr alatti alagútba való helyezése. Ha később kialakul az ileus, akkor csak börmetszés szükséges az anus praeter elkészítéséhez.

Egyébként a legtöbb áttétes esetben zárjuk a hasat. Nem indokolt a beteg további rövid életét stercolis sipollyal még nehezebbé tenni.

223 betegünk közül a műtét utáni első hónapon belül 15 halt meg (6,7%-os letalitás), közülük 9-en együlétes resectio, 2-n többülétes resectio és 4-en palliatív műtét történt. A halál oka 10 esetben peritonitis, 5-ben pedig pneumonia volt (5. táblázat).

Betegeinket ellenőriztük, vizsgálatra rendeltük be, illetve részükre levelet és kérdőívet küldtünk ki. A betegek elhalálása esetében a kérdőívet a hozzátartozó küldte vissza a tanszékre. Aki-ről értesítést nem kaptunk, azt az utolsó kontroll napján a meghaltak közé soroltuk. A gyógyeredmények csak öt évet túlélőkre vonatkozhatnak, így e szempontból csak az 1969 előtt operált betegeinket vehettük figyelembe. Ide tartozott 154 eset. A

104 egyszakaszos resectión átesett betegünk közül 35, a 14 többszakaszos resectión átesett közül 6 halt meg. A radicalis műtéteseink öt éves túlélése 65%-os volt. A 29 palliatív műtétesünk öt éves túlélése 18%-nak felelt meg. A 7 explorált betegünk közül már senki sincs életben.

A fenti adatokat csak előzetes tájékoztatásnak szántuk. Összes betegünk túlélési idejének változásáról és annak kritikai elemzéséről a későbbiekben kívánunk beszámolni.

Összefoglalás. Szerzők 223 vastagbél-vegbélrák esetük kapcsán tekintik át e körkép klinikumát és a kezelés időszerű kérdéseit. A vastagbél-vegbélrák gyógyításának alapja a tumor idejében történő gyökeres kiirtása. Ennek előfeltétele a korai diagnózis.

A műtéti módszerekben is lényeges előrehaladás történt az utóbbi években, ezek elveit részletesen ismertetik. 170 esetben gyökeres, 41-ben palliatív műtétet végeztek és 12 betegükön csak exploratív laparotomia történt. A műtéti letalitás 6,7 százalék volt.

IRODALOM: 1. Allcock, J. M.: Brit. J. Radiol. 1953, 31, 272. — 2. Bearly, R. M., Maryland, Stat.: M. J. 1971, 20, 49. — 3. Berniczey M.: Orv. Hetil. 1964, 105, 535. — 4. Bokalmann, D.: Dtsch. Med. Wschr. 1972, 97, 1590. — 5. Czenkár B.: Orv. Hetil. 1970, 111, 2633. — 6. Endes P.: Pathologia. Medicina, Budapest, 1972, 478. — 7. Ferencz B.: Magy. Rad. 1965, 4, 221. — 8. Herczeg T.: Orv. Hetil. 1964, 105, 529. — 9. Kádár T., Nagy A., Papolczy A.: Orvosképzés. 1970, 45, 472. — 10. Lázár D.: Orvosképzés. 1969, 47, 452. — 11. Lázár D.: Orv. Hetil. 1972, 113, 2833. — 12. Littmann I.: Sebészeti műtéttan. Medicina, Budapest, 1968. — 13. Magyar I., Petrányi Gy.: A belgyógyászat alapvonalai. Medicina, Budapest, 1969, 1481. — 14. Metzl J., Berger R.: Magy. Onkol. 1959, 3, 103. — 15. Shult, R. P., Walker, J. H.: West J. Surg. Obstet. Gynec. 1956, 64, 29. — 16. Varró V.: Gastroenterologia. Budapest, Medicina, 1964.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



1093

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
II. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Cserháti István dr.)

Familiaris cardiomyopathia

Csanády Miklós dr. és Szász Károly dr.

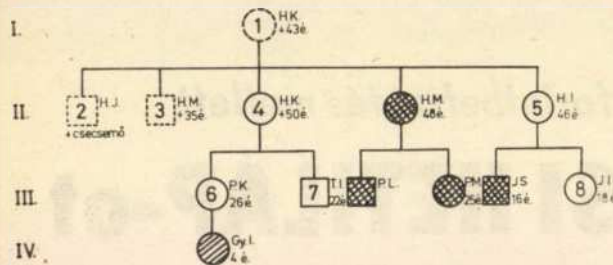
Egyre több szívbetegségben (pl. idiopathiás ritmuszavarokban) lehet kimutatni örökletességet, ha a betegek családtagjait is megvizsgáljuk. Bár az örökletesség felismerése nem jelenti a betegség okának teljes tisztázását, mégis a fontos diagnosztikai lépcsőnek elméleti és klinikai, prognosztikai jelentősége van, valamint terápiás és preventív jelentősége is lehet. Elsősorban azért tartjuk érdemesnek ismertetni a bemutatandó családot, mert cardiomyopathiában szenvedő, érintett tagjait több alkalommal kezelték számos belgyógyászati intézetben különböző diagnózisokkal és nem merült fel a családi előfordulás, ill. örökletesség gyanúja. Szeretnénk felhívni a figyelmet erre a relatíve ritka kórképre, és röviden összefoglalni jelenlegi ismereteinket a betegséggel kapcsolatban.

A betegek ismertetése

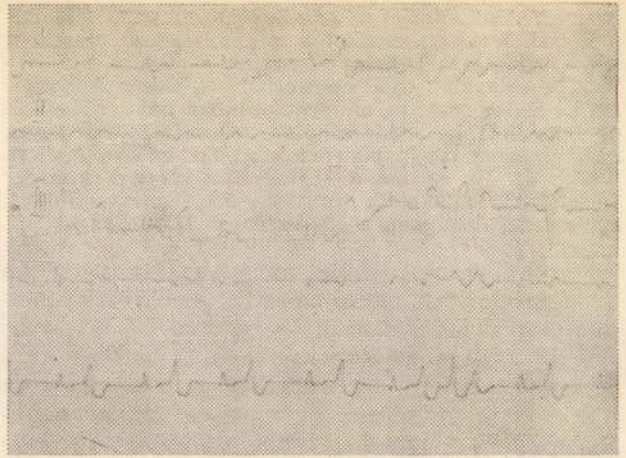
A családfát az 1. ábrán mutatjuk be. A négyzet-jel a család férfi-, a kör a nőtagjait jelenti. Az üres jelben az érintett egyének (betegek) sorszáma van (arab szám), a tömör jel egészséges egyént jelent. A jelek felett a betegek monogrammját, alatta pedig korukat tüntettük fel. A szaggatott vonal azt jelenti, hogy részletes kórtörténeti adatokhoz nem tudtunk jutni, a család tagjainak elmondása alapján értesülünk a betegségről. A római számok a generációkat jelentik.

1. H. K. adatait csak a családi anamnéziséből ismerjük. Többször feküdt belosztályon „szervi szívbjaj” miatt, izgalomra gyakran jelentkeztek szívdobogások, 1943-ban (43 éves korában) hirtelen halt meg.

2. H. J. a második generáció első tagja. Nem tud-



1. ábra.
Családfa

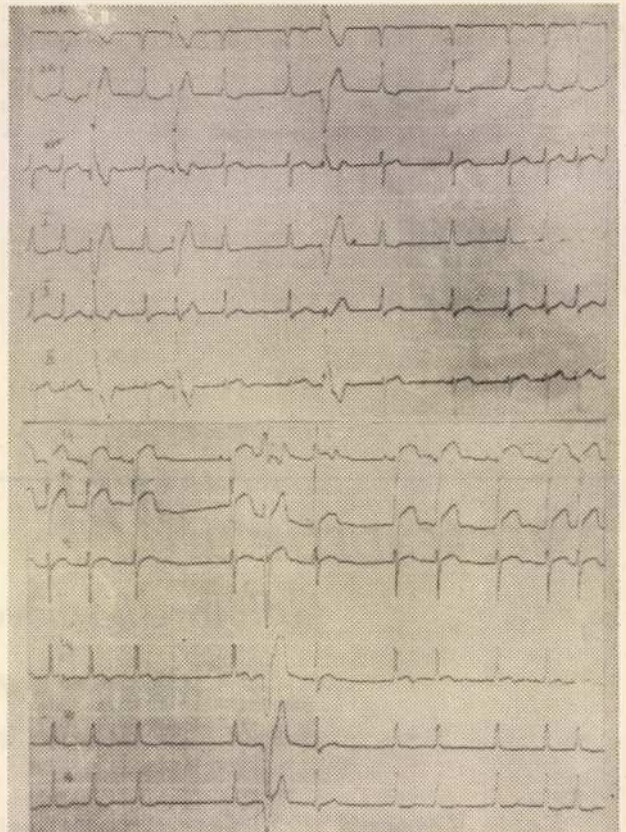


2. ábra.
H. K. (4. sz. beteg) EKG-ja

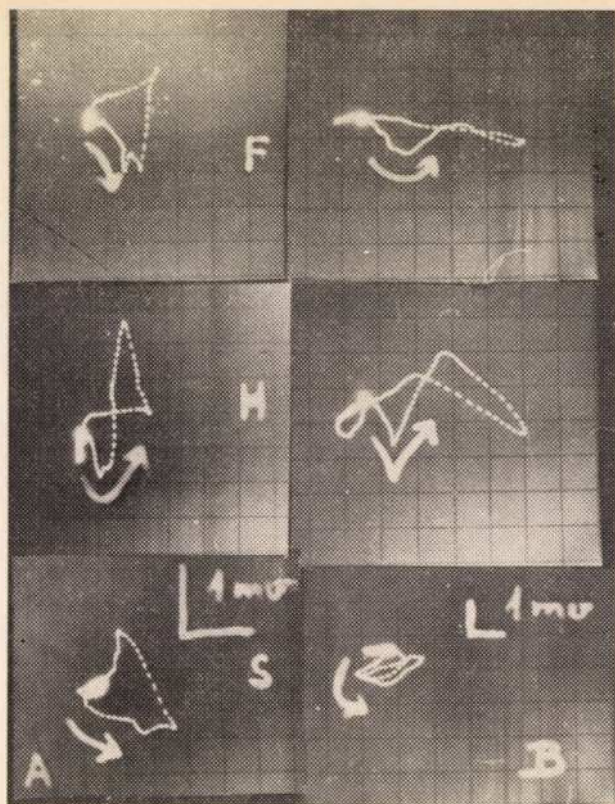
juk a halál pontos körülményeit, csecsemőkorban, hirtelen halt meg.

3. H. M. A második fiútestvér, súlyos szellemi fogyatékos, emiatt munkaképtelen. Kezelőorvosa nagyfokú, generalizált oedemát észlelt, 35 éves korában szívelégtelenség miatt halt meg. Gyógyintézetben nem kezelték.

4. H. K. Rheumás anamnézise nincs. Kb. 40 éves korában kezdődtek szívpanaszai. Több alkalommal észlelték belosztályokon mitralis insufficiencia, bal Tawara-szár blokk, súlyos fokú kardiális dekompenzáció, kardiális cirrhosis, ascites diagnózisokkal. Az EKG-n sinus ritmus, gyakori kamrai extrasystolekkel (bigemin elrendeződésben), máskor pitvarfibrilláció látható. Intraventricularis vezetési zavar, balra deviáló elektromos főtengellyel. Digitális készítményeket, di-



3. ábra.
P. K. (6. sz. beteg) EKG-ja



4. ábra.

A: P. K. vektorkardiogramja; B: T. I. (7. sz. beteg) VKG-ja. Frank elvezetésrendszer. F: frontalis, H: horizontalis, S: bal sagittalis sík

uretikumokat kapott, ascitesét számos alkalommal kellett csapolni, dekompenzációja egyre fokozódott és 50 éves korában otthon, hirtelen halt meg, boncolás nem történt. EKG-ját a 2. ábrán mutatjuk be. Két házasságából egy-egy gyermek született (6. sz. beteg P. K. és 7. sz. beteg T. I.).

5. H. I. több alkalommal állott — az elmúlt hónapokban is — cardiomyopathia, pitvarfibrilláció, mitralis insufficiencia, hypertonia diagnózisokkal kórházi kezelés alatt. A jelenleg 46 éves nőbeteg kórházi adatai szerint az EKG-on pitvarfibrilláció látható, gyakori kamrai extrasystolekkal. Digitális kezelés vízhajtók és antiarrhythmiaszerek adására az extrasystolek száma csökkent és a beteget kompenzálták. Adataiból a 150/80 Hgmm-es vérnyomást és a 140 mg₁₀₀-os szérumszintet emelnék ki. A beteg jelenleg is rendszeres orvosi ellenőrzés és kezelés alatt áll, digitális és vízhajtó igénye van.

6. P. K., 26 éves nőbeteg. H. K. első házasságából született gyermeke, már a harmadik generáció tagja. Ugyancsak észlelték belgyógyászati intézetben. EKG-ját a 3. ábra mutatja, vektorkardiogramja pedig a 4. ábrán látható (A). A szérumszintet emelnék ki az első táblázatban foglaltuk össze. Mellkas röntgenvizsgálat során a szív balra másfél, jobbra 1 h.-ujjal volt nagyobb, a tónusa csökkent, a pulzációnak kiterése az átlagosnál sekélyebb volt. A radiológiai vélemény is támogatja a cardiomyopathia diagnózist.

7. T. I., 22 éves férfibeteg (H. K. második házasságából született gyermeke). Kórházból került átvételre kb. 300/min frekvenciájú tachycardia miatt (5. ábra). Cardioversiót végeztünk (100 wattsecundum), mely után helyreállt a sinus ritmus és a 6. ábrán jól látható a WPW-szindróma több extrasystolával. A beteg VKG-ja a 4. ábrán látható (B). Mellkas röntgenen a szív balra másfél, jobbra kisujjal nagyobb, a konfiguráció nem jellegzetes, a szívtérfogat 1760 cm³. Psychológiai vizsgálattal imbecillitás fokán levő értelmi fogyatékos állapotú meg (IQ index = 41). Hal-

lászavart audiometriás vizsgálattal sem tudtunk kimutatni. A laboratóriumi adatai közül kiemeljük a koncentvensen emelkedett szérumszintet (SGOT: 130—150—92—175 W.E., SGPT: 144—135 W.E., LDH: 534 E., hőstabil LDH frakció 401 E., aldolase 24 E.) és az ugyancsak ismételt alacsony szérumszintet (110—124 mg₁₀₀), a lipoprotein frakciók jelentős eltérést nem mutattak, a pajzsmirigyfunkció irányában végzett jódiotóp vizsgálatok, szérumszint elektrolitok normálisok voltak. Az enzimreakciók közül a savanyú és alkalikus foszfatase normális volt. A szív felett vitiumra utaló zörejt vagy hangjelenséget nem észleltünk. Vörösvérsejt-süllyedés 11 mm/ó, AST: 200 E., se. aminosav chromatographia, vizelet aminosav vizsgálat negatív volt. A vizelet mucopolysaccharid ürítés és a vizelet metilmalonsav ürítés szintén normális volt.

8. J. I., 18 éves, kardiális panasza nincs, a szív felett hyperkinetikus keringésre jellemző zörejt hallható. A szív alakja és nagysága normális, de az EKG-on a QT távolság megnyúlt (0,36; norm.: 0,33), az T hullámok bizarr alakúak. Az EKG alapján nagyon valószínű, hogy szintén a cardiomyopathiás családtagok közé sorolható.

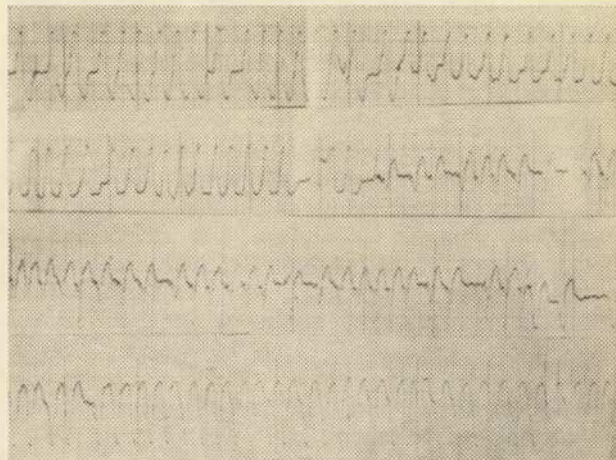
A negyedik generációnak még csak egy tagja van, jelenleg egészségesnek látszó, 4 éves gyermek, elektrokardiogramja normális.

Az első táblázatban összefoglaltuk az enzimreakciók eredményeit egy egészséges családtagban (H. M.), egy cardiomyopathiában szenvedőben (P. K.), és egy cardiomyopathiás és imbecill családtagban (T. I.). A táblázatból kiderül, hogy az enzimeltérések és a betegség súlyossága között bizonyos párhuzam mutatható ki.

Megbeszélés

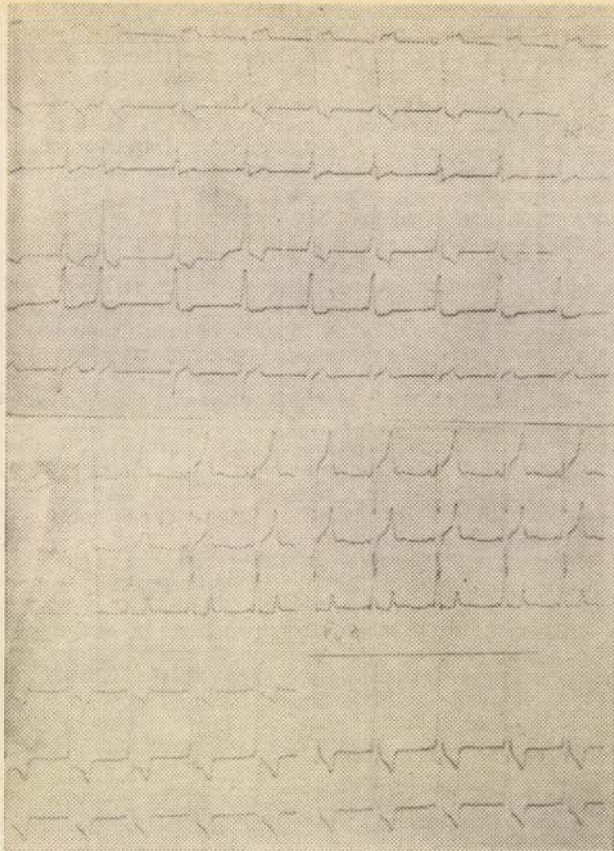
Nem lehet kétséges, hogy egy családon belül ilyen gyakori előfordulásban egymáshoz nagyjából hasonló betegségek jelentkezése nem véletlen. A kórkép ún. familiaris cardiomyopathiának felel meg, melyet Evans írt le 1949-ben (2) és amelyről az utóbbi években több jó összefoglalást olvashatunk (1, 3/a, 8, 9).

A kórkép klinikai jelei: gyakori szívdobogásérzés, arrhythmia, syncopek, esetleg Adams—Stokes-szindróma és hirtelen halál, az esetek nagy részében pedig fokozatosan kialakuló, befolyásolhatatlan szívelégtelenség. Az EKG-on gyakoriak a ritmuszavarok, így elsősorban az intraventricularis vezetési zavarok (bal Tawara-szár blokk, anterior hemiblokk, jobb Tawara-szár blokk), gyakran ész-



5. ábra.

T. I. (7. sz. beteg) roham alatti EKG-ja. Az egymás alatti sorok folyamatos ritmussík részai



6. ábra.
T. I. EKG-ja a tachycardiás roham megszüntetése után.

lelünk WPW-szindrómát, és a pathológiás Q hullám megjelenése sem ritka. Ugyancsak gyakran fordul elő pitvari és kamrai — esetleg halmozott — extrasystolia, pitvari és kamrai tachycardia, pitvarfibrilláció, esetleg kamrafibrilláció (4, 5, 8). Az általunk ismertett családban talán valamennyi fent említett EKG-anomália előfordult.

Igen gyakran, de nem mindig — fordul elő cardiomegalia, a configuratio nem jellegzetes, de mitralis vitiumra emlékeztethet, és eseteinkben is több helyen merült fel a mitralis vitium gyanúja.

Ugyancsak jellegzetesnek tartják a konzekvensen emelkedett szérum GOT, GPT, LDH és aldoláze szintet (8). Az általunk észlelt betegben (T. I.) a fenti enzimreakciók emelkedettek voltak. Ugyancsak több esetben találtunk alacsony cholesterolin értéket. Érdekes a sok enzim érték közül kiemelni egy egészséges családtag, egy szívbeteg és egy mentálisan retardált, szívbeteg adatait (táblázat). Úgy látszik, hogy az enzim-eltérések párhuzamban vannak a klinikai kép súlyosságával. Hazai szerzők is hangsúlyozzák, hogy mentálisan retardáltakban enzimopathiák előfordulhatnak (11). Ezért elvégeztük betegünkön a szérum aminosav chromatographiát, a vizelet aminosav vizsgálatot, a vizelet polysaccharid ürítést, a vizelet metilmalonsav ürítést, ezek az eredmények negatívak, ill. normálisak voltak.

Familiaris cardiomyopathiában leírtak hypertrophiás és congestiv formákat (1, 8). Bár angiographiás vagy echocardiographiás vizsgálat nem

	H. M.	P. K.	T. I.	Normál felső határ érték
SGOT	20	38	173	32—40 W. E.
SGPT	8	14	135	32—40 W. E.
LDH	105	124	458	193 I. E.
LDH hőstabilis frakció	67	115	401	~ 100—110 I. E.

történt, a megfelelő szívzörej hiányában, valamint post-extrasystoles carotis-görbe viselkedése alapján a kiáramlási obstrukciót kizárhattuk. A szóban forgó esetek egyéb. klinikai adatok alapján is a congestiv csoportba sorolhatók. Az egyéb cardiomyopathiáktól való részletes elkülönítő diagnózis (és annak irodalmának teljes felsorolása) meghaladja a dolgozat kereteit (3). Kiemelnénk a familiaris előfordulást, és a kifejezetten penetrans autosomalis domináns öröklődésmenetet (8). Szeretnénk hangsúlyozni az alapos családi anamnézis és a családtagok vizsgálatának fontosságát, mivel enélkül egyetlen egy esetben sem sikerült felismerni az összefüggéseket. Eseteinkben is sokszor nehézségeket okozott rheumás eredetű vitium kizárása. A családvizsgálatok alapján ez a diagnózis — utólagosan — egyértelműen elvethető. Egyéb familiaris — ritmuszavarokkal járó — betegségektől is el kell különíteni a familiaris cardiomyopathiát. A Jervell—Lange—Nielsen-szindrómában csak a QT távolság nyúlt meg, a QRS komplexus normális, cardiomegalia sincs, nem alakul ki progresszív szívelégtelenség és süketességgel jár, az öröklődésmenet recesszív (7). Csak az Adams—Stokes-szindróma gyakorisága és a hirtelen halálra való hajlam a közös vonás. A Romano—Ward-szindrómában ugyan nincs manifeszt hallászavar (más kérdés, hogy audiométerrel igen gyakran lehet latens hallászavarokat kimutatni) és az öröklődésmenet domináns, a fent említett szempontok alapján ugyancsak nem nehéz az elkülönítés (12, 13). A familiaris szívblokk, familiaris veleszületett szívblokk betegség, familiaris cardiomegalia elnevezések valószínűleg hasonló vagy azonos fogalmakat takarnak (6, 10).

Egyáltalán nem biztos, hogy a familiaris congestiv cardiomyopathia teljesen egységes kórkép, sőt valószínűbb az ellenkezője, ismereteink bővülésével további alcsoportok különíthetők majd el. Erre kitűnő példa lehet a familiaris endocardialis fibrosis, melyet Meyer írt le 1974-ben. A klinikai kép mindenben megfelel congestiv familiaris cardiomyopathiának, de már határozott szövettani képet rendel mellé, és ennek alapján nevezi el az általa ismertett család betegségét (9).

A prognózis változó, a betegek sorsát egyrészt az életet veszélyeztető ritmuszavarok, másrészt az esetek nagy részében kifejlődő, progrediáló szívelégtelenség pecsételhetik meg. Az általunk ismertett családban a ritmuszavar csaknem valamennyi esetben valószínűsíthető, kifejezett cardialis decompensatio négy esetben fordult elő (az első és második generációban), míg a harmadik generáció

20—30 év közötti tagjai még nem dekompenzáltak, de közülük kettőnek a szíve már lényegesen nagyobb a normálisnál. A negyedik generáció egyetlen tagja nem tűnik szívbetegnek, de kérdéses, hogy a későbbiekben mi lesz a sorsa, kialakul-e később a szívbetegség vagy nem örökölte a betegséget. Tehát úgy látszik, hogy a betegség a korról párhuzamosan fokozatosan progrediál. A szívbetegség súlyosabbnak tűnik a család férfi-tagjaiban, és a felnőtt kort megért két esetben súlyos fokú mentális retardatio is társult a szívbetegséghez (a harmadik esetben, aki csecsemőkorban halt meg, nem tudjuk, hogy milyen lett volna az értelmi képesség). Érdekes az enzimek viselkedése. Úgy látszik, hogy a betegség súlyosságával arányban van a szérumban bizonyos enzimek emelkedésének mértéke. Az egészséges családtagban a fenti értékek normálisak, csak szívbetegben csupán az LDH hőstabilis (szívizom eredetű) frakcióját találtuk emelkedettnek, míg a leg-súlyosabb — szellemileg is retardált — betegben a többi enzimérték is kóros volt (1. táblázat).

Összefoglalás. A szerzők bemutatnak egy családot, melynek több tagja szenved (vagy szenvedett) cardiomyopathiában és csak a családi anamnézis pontos megismerése után derült fény a valódi kórismére. Felhívják a figyelmet erre a relatíve ritkán diagnosztizált kórképre, röviden összefoglalják eddigi ismereteinket. Hangsúlyozzák a családvizsgálat jelentőségét.

IRODALOM: 1. Emanuel, R.: Postgrad. Med. J. 1972, 48, 742. — 2. Evans, W.: Brit. Heart J. 1949, 2, 68. — 3. Goodwin, J. F.: Lancet. 1970, 1, 731. — 3/a. Gottsegen Gy. és Török E.: Orv. Hetil. 1958, 99, 698. és Zschr. Inn. Med. 1959, 14, 255. — 4. Hamby, R. I., Raia, F.: Amer. Heart J. 1968, 76, 316. — 5. Hamby, R. I., Raia, F.: Amer. Heart J. 1968, 76, 304. — 6. Husson, G. S., Blackman, M. S., Rogers, M. C., Bharati, S., Lev, M.: Amer. J. Cardiology. 1973, 32, 365. — 7. Jervell, A.: Advances in Int. Med. 1971, 17, 425. — 8. Kariv, I., Kreisler, B., Sherf, L., Feldman, S., Rosenthal, T.: Amer. J. Cardiology. 1971, 28, 693. — 9. Meyer, H. G.: Med. Klin. 1974, 69, 1493. — 10. Morgans, C. M., Gray, K. E., Robb, G. H.: Brit. Heart J. 1974, 36, 693. — 11. Németh E., Méhes K., Simon Zs.: Orv. Hetil. 1974, 115, 2297. — 12. Romano, C., Gemme, G. Pongiglione, R.: Clinica Pediatrica (Bologna) 1963, 45, 656. — 13. Ward, O. C.: J. Irish Med. Ass. 1964, 54, 103.

ORAP

tabletta



ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 1, ill. 4 mg pimosisid-et tartalmaz.

JAVALLATOK

Olyan tartós hatású neurolepticum, amely előzetes neurolepticus kezelés után a korábban téveseszmékkel, hallucinációval, beteges fantáziával küzdő betegek fenntartó kezelésére alkalmas, anélkül, hogy hypnosedatív hatást okozna.

ELLENJAVALLATOK

Extrapiramidális kórképek, depressív állapotok minden formája.

ADAGOLÁS

Naponta egyszer, 1—8 mg, individuálisan, szakorvos utasítása szerint.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére idegbeteg-gondozó intézetek, ideggyógyászati szakrendelések szabadon rendelhetik, illetőleg csak a javaslatukra (fekvőbeteg-gyógyintézeti, elme-, idegosztály javaslatára) rendelhető. Elmebetegségekből, idegbetegségekből szakorvosi képesítéssel rendelkező körzeti, üzemi stb. orvosok is szabadon rendelhetik az ellátásukba tartozó betegek részére.

CSOMAGOLÁS

50 tabletta 1 mg 13,— Ft
20 tabletta 4 mg 15,60 Ft

**Kőbányai Gyógyszerárugyár
Budapest X.**



Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet,
Fertőzőosztály (főorvos: Hun Nándor dr.),
Neuropathológiai Laboratórium (vezető: Tariska István dr.)

Alzheimer-beteg hideg-agglutinin syndromája

(Elkülönítő kórismézési nehézségek
a geriatricus gyakorlatban)

Bódog Gyula dr.* és Hun Nándor dr.**

Közleményünk célja a *hideg-agglutinin* (továbbiakban: H. A.) és az *Alzheimer-kór* (továbbiakban: A.-k.) egyes klinikai és neuropathológiai sajátosságainak ismertetése mellett az, hogy a mindennapi gyakorlatban konkrét példával mutassuk be azokat az elkülönítő kórismézési nehézségeket, amelyeket az öregkorra jellemző polymorbiditás okoz (11).

Történelmileg visszatekintve kiderül, hogy 1873-ban már *Druit* (5) két olyan beteg kórtörténetét írta le, amely mai ismereteink szerint megfelel a H. A. betegségnek. 1902-ben *Klein* (14) és *Landsteiner* (15) kísérleti körülmények között reprodukálják ezt a jelenséget, amelyet autoagglutinációnak neveznek el. A kórkép első klinikai leírása *Clough* és *Richter* (4) érdeme 1918-ban. Ők már felismerik az intracapillaris agglutinatio veszélyét is. Később ezt *Iwai* és *Mei Sai* (12, 13) különböző hőmérsékleten *in vitro* is bizonyítják. Először ők észlelik a conjunctivákon a „sludge” jelenséget. Végül *Gordon* (9) mutatja ki 1953-ban, hogy a H. A. macromolekula. Azóta bizonyított az is, hogy a H. A. 62 °C körül részlegesen és 66 °C-on teljesen elroncsolódik.

Pathophysiologia. A serumban a H. A. igen csekély mennyiségben élettani körülmények között is jelen lehet. Azonban bizonyos vírusos, bakteriális és ezen belül főleg trópusi fertőző betegségeken acut, néha jelentős, titeremelkedések alakul-

Jelenlegi munkahely:

* Bp., XIII. Róbert Károly krt.-i Kórház, női elmeosztály.

** Fővárosi Kórház, Visegrád.

1. táblázat
B. M. 78 é. nőbeteg (Dg.: Hideg-agglutinin syndroma) adatai a haemolysis különböző intenzitású állapotában

Vizsgálatok	Kp. súlyos haemolysis	Súlyos haemolysis	Steroid-therapia alatt
máj	nagyobb	nagyobb	nagyobb
szobahőmérsékleten vvt-szám/mm ³	2,0 millió	1,8 millió	3,0 millió
vvt-sülly. (mm/ó)	80	100	25
37 °C-on vvt-szám/mm ³	3,2 millió	2,2 millió	3,5 millió
vvt-sülly. (mm/ó)	15	35	25
hgb (g%)	9,0	7,0	11,0
fvs.-szám/mm ³	10 000	12 000	8000
reticulocyta (%)	33—66	180	25
sternum	hyperregeneratio	hyperregeneratio	hyperregeneratio
serum bilirubin (mg%).....	1,3 indirect fokozott	1,8 indirect fokozott	0,6 indirect norm.
vizelet ubg.			
vvt. resist. kezdete	0,50	0,60	0,44
Coombs direkt indirekt	++ +	+++ ++	+ neg.
hideg-agglutinin titer	1:512	1:4096	1:64

hatnak ki, amelyek általában *klinikailag haemolytikus* kríziseket okoznak (17, 28, 34). Megjelenhet a H. A. syndroma subacut és chronikus lefolyású *malignus kórfolyamatokban* is, így lymphomában, reticulosisban, periarteritis nodosában, máj-luesben és máj-cirrrosisban. Általában minél elhúzódóbb az alapbetegség kórlefolyása, annál magasabb a H. A. titere és fokozottabb a hőamplitúdója. A legmagasabb titerértékek az ún. *chronikus hideg-agglutinációs betegségben* észlelhetők, amikor az 1 : 1 000 000-ós, sőt még ennél is magasabb, még mindig pozitív hígítások is előfordulnak. Így hazai szerzők közül 1968-ban *Ottó, Kellner* és *Budvári* (23) betegük 1 : 4 millió pozitív titerértékéről számoltak be.

Az *elkülönítő kórismében* rendszerint megkülönböztetik a *reactiv symptomás* polycloniás jellegű H. A. syndromát a *chronikus H. A. betegségtől*. Az utóbbiban egy ismeretlen mutagen hatású tényező váltaná ki az immunkompetens systemában a monoclonalis paraprotein, azaz a H. A. macromolekula termelését. Általában IgM típusú, 19 S (5—19 S) konstansú paraproteinről van szó, de észleltek IgA és IgG monoclonalis H. A.-t is. Az IgM típusú H. A. betegség bizonyos kapcsolatban lenne a Waldenström-betegséggel (27). Ennek részletezése meghaladja közleményünk célkitűzését.

A *tüneti kép* lényege a fokozott és ezáltal *kóros hidegérzékenység*. Hideg hatására az acrosok szederjes elszíneződése vagy éppen Raynaud-syndroma-szerű sápadtsága, sőt elhúzódó, erőteljes expositio esetén még végtag-gangraena is kialakulhat. A máj, ill. a máj és a lép együttes megnagyobodásához lymphadenopathia társulhat. Gyakori a haemolytikus szövődmény, a maga jellegzetes kli-

B. M., 78 é. nőbeteg (Dg.: Hideg-agglutinin syndroma) egyéb vizsgálati adatai a kóroktani, ill. a pathoplastikus tényezők tisztázása céljából

Vizsgálat	Eredmények
chromosoma	eltérés nélkül
rkyoglobulinok (Sia)	negatív
izombiopsia	szűk lumenű arteriolák
capillar-mikroszkópia	sludge-jelenség
immunfluorescentia	savó és szövet: negatív
immun-elfo (ultracentrifuga)	IgM 17 S macroglobulin

nikai és laboratóriumi tüneteivel. A valóságban a magas H. A. titer potenciálisan haemolytikus állapotot jelent (16), amelyben természetesen a complement systema is szerepel. Az utóbbi évek vizsgálatai kimutatták, hogy a haemolytikus krízis kialakulásához szükséges lenne egy bizonyos erythropoetikus faktor jelenléte is, ill. a vörösvérsejtek sensibilizálása a H. A.-nal szemben (6, 16).

A H. A. betegség prognosisa legtöbbször jó, de a tüneti H. A. szindrómák kórjóslata is inkább az alapbetegségtől függ. Mégis többen beszámoltak a H. A. termelésével párhuzamosan kialakuló súlyos máj- (18) és vesekárosodásokról, különösen nephrotikus tünetcsoportokról (10, 24), időszakosan fellépő angio-neurotikus oedemákról (25).

Esetismertetés

B. M., 76 éves nőbeteget 1966. IX. 29-én vettük fel subicterusa és nagyobb mája miatt „hepatitis” beutaló kórimnével osztályunkra, ahol 30 hónapon át, haláláig (1969. IV. 28.) állott megfigyelésünk alatt.

Anamnesisében kb. 4–5 éve kezdődő hypertonia, időnként cardialis decompensatio, 2 éve fokozódó demenciálódás, 3 hónappal azelőtt kialakult icterus aphasával, j. oldali felsővégtag-ügyetlenség szerepel. (Alpha-methyl-dopa kezelésben nem részesült, ami H. A.-t okozhat.) Bejövetele előtt beszéde romlott, zavart, nyugtalanná vált.

Vizsgálatkor subicterust, enyhe cardialis decompensatiót, hypertoniát (200/120 Hgmm), nagyobb májat találtunk, a *neurologiai* eltérések mellett (kevert típusú aphasia, alexia, agraphia, acalculia, apraxia, j. oldali enyhe faciobrachialis tünetcsoport és jelzett Babinski).

Az 1. táblázatban foglaltuk össze az észlelt és a haemolysissel összefüggésbe hozható fontosabb laboratóriumi vizsgálatok eredményeit *kp. súlyos, súlyos* és az autoimmun tüneteket csökkentő, ill. megszüntető *steroid* kezelés (Prednisolon) alatt.

A leglényegesebb az volt, hogy amíg a beteg citratos véré szobahőmérsékleten agglutinálódott és így rendkívül súlyos anaemiára (2 millió), igen gyorsult vvt.-süllyedésre (100 mm/ó) utaló eredményeket kaptunk, addig 37 °C-on a vvt.-szám elérte a 3,5 milliót és a We. csak 3 mm/ó volt. A fokozott haemolysist utalt az indirekt emelkedett serum bilirubin, a fokozott ubg. a vizeletben, a hyperregenerációs csontvelő, a reticulocyták-krízis, a csökkentett vvt.-resistentia. A H. A. szindrómát bizonyította az emelkedett H. A. titer (1 : 512), amely steroid-adagolás alatt 1 : 64-re csökkent és súlyos haemolytikus krízisben az 1 : 4096-os értéket is elérte. Ugyanakkor a direkt és az indirekt Coombs-test pozitív volt. Kryoglobulinokat, Waldenström-féle macroglobulinokat nem tudtunk kimutatni.

Igyekezünk tisztázni betegünk H. A. szindrómájának aetiologiáját, ill. a kórképben esetleg szerepet játszó pathoplastikus tényezőket. Ezek egy részét a 2. táblázatban foglaltuk össze.

Látható, hogy a capillarmikroszkópos vizsgálatkor „sludge jelenség” volt észlelhető. Az izom-biopsia (m. soleus, thenar) eredményeként fénymikroszkóppal az erekben is jelentős lumenszűkületet, az intima és a subendothelialis kötőszöveti rostok mérsékelt, ill. a media izomrétegének kifejezett proliferatívot mutatott. A peripheriás vérben készített lymphocytakultúrában chromosoma-eltározásokat; collagenosist, malignus tumort, a savóból és a biopsiás anyagból immunfluorescens módszerrel autoantitesteket, ill. antinuclearis faktort nem tudtunk kimutatni.

Az elfo.-val a serumban és a liquorban beta-globulin (18,3 és 14,7), ill. gamma-globulin (22,3 és 13,3) emelkedést észleltünk. Vizsgoltuk az immunelfo. és az ultracentrifugálás normális összefűrés mellett a beta-globulinokkal vándorló 17 S konstansú, IgM típusú macroglobulin felszaporodását mutatta ki.

A következőkben arra törekedtünk, hogy tisztázzuk a H. A. syndroma és a fennálló *organikus, idegrendszeri tünetcsoport* közötti esetleges összefüggéseket. Az EEG, a liquor- és az angiographiás vizsgálatok csak az átlagosnál kanyargósabb erekre és mindkét félteke, de főleg a bal hátsó regio art. cerebri post. területének érintettségére utaltak.

A beteg halálát (1969. IV. 28.) hyperacut haemolysis következményes cardialis elégtelenséggel, psychomotoros nyugtalanossággal, majd comával okozta (l. 1. táblázat).

Boncoláskor a csontvelőben a jelentős hyperplasiás vvs.-képzés mellett szigeteket alkotó nagyszámú lymphoblastot találtunk. Diffus, nem malignus *lymphoreticularis hyperplasia* mutatkozott a nyirokcsomókban, a májban, lépben és a vesékben is.

Az agy részletes neuropathologiai vizsgálatát Tariska István prof. volt szíves elvégezni, amikor is szembevetődött a kéregállomány asymmetriás atrophija, amely legpregnansabban b. oldalon, főleg a hátsó temporális területen jelentkezett. Nissl-festéssel láthatóvá vált, hogy az idegsejthiány helyébe nagy mennyiségű rostos *glia-többlét* helyezkedett el.

A megmaradt kérgi idegsejtekben sok volt a lipofuscin. Mind a törzsdúcumbeli magvakban, de magában az agytörzsben is argyrophil neurofibrillaris degeneratio mellett látszóttak a *senilis plaque*-ok is. A reaktiv gliosison túlmenően a kéregben, a temporális fehéralományban, az agytörzsben egészen a nyúltvelőig leterjedve igen kifejezett volt az *astrocyta proliferatio*.

Megbeszélés

Idős, 76 éves nőbetegünknek lympho-reticulis talaján H. A. szindrómája volt, amelyhez atypusos *Alzheimer-kór* társult. Az A.-k. szokatlan megjelenési formáját a folyamat késői megindulása, lassú progressiója, majd az ictus-szerűen kezdődő és fokozatosan tovább romló kevert aphasia, alexia, agraphia és apraxia jellemezte. Ezért a cerebralis tünetcsoportot a beteg életkora, a klinikai kép és az érelváltozásokat kimutató izom-biopsia alapján joggal vascularis folyamatnak tartottuk. A H. A. titer emelkedésekor ismételt fellépő zavartság, nyugtalanosság viszont felvetette az autoimmun kórkép (H. A. syndroma) és a cerebralis történések közötti ok és okozati kapcsolat lehetőségét. Vizsgálataink jelentős része éppen ennek tisztázását célozta.

Csak a neuropathologiai analysis mutatta ki az A.k.-t. Ez azonban nemcsak klinikailag, de morfológiailag is *atypusos* volt. Tudjuk, hogy az A.-k. típusos megjelenési formája a diffúz kéregatrophia. Azonban a variációs lehetőségek igen változatosak, mint ahogy Seitelberger és Jellinger (30), valamint Tariska (32) is hangsúlyozta. Ilyenek a systemás elváltozásokra emlékeztető körülírt ké-

reg-atrophia, a kéreg status spongiosusa, amit „parenchymás formának” is hívnak (32), a kéreg megkímélésével kialakuló praesenilis „subcorticalis argyrophyl dystrophia” (30—33).

Hasonlóan eltérhet esetenkénti A.-k.-ban az argentophyl fibrillaris degeneratio, a senilis plaque-ok vagy a gliareactio gyakorisága és mértéke (32).

A neuropathologiai vizsgálat esetünkben igazolta az A.-k. fennállását, amit a kéreg idegsejtjeinek kiesése és az argentophyl dystrophia bizonyított.

Mindaz azonban nem magyarázta meg a nagyarányú *astroglia-szaporulatot* és az intenzív, az agytörzsben is jelentős *neurofibrillaris degeneratiót*. Az elkülönítő kórismézéskor figyelembe vettük, hogy a szövettani kép nem felelt meg a *Neumann-féle* betegségnek, azaz a progressív subcorticalis gliosisnak (21, 22) éppen az astrocyták felszaporodása miatt, sem olyan más betegségeknek, amelyek cerebrális szövedményeket okozhatnak mint a lymphoreticulosis vagy a macroglobulinemia (*Waldenström-féle* betegség), mert ezeket viszont a perivascularis lymphocytá-plasmasejtes beszűrődés jellemzi, ugyancsak nem a ritkán előforduló tumoros microgliosisnak sem (1).

Így joggal feltételezhetjük, hogy az atypusos A.-k. mellett az agyi elváltozások egy része, és pedig az *astroglia-szaporulat*, valamint a *neurofibrillaris degeneratio* az autoimmun pathomechanizmuson alapuló H. A. idegrendszeri következménye lenne.

A H. A. szindrómában, ill. betegségben azonban általában csak peripheriás tünetekkel találkozunk. Alig fordul elő közlés az agyi tünetekről. *Cattan és mtsai* (3) H. A. szindrómában 1 esetben a súlyos haemolysissal párhuzamosan extrapyramidalis tüneteket, narcolepsiát, terminalis comát és neuropathologiailag mag-icterust észleltek. *Ranz és Borchers* (26) szintén H. A. szindrómás betegének a haemolysis psychomotoros nyugtalanságot, epilepsiás rohamokat okozott. A neurohistologiai vizsgálat a velőállományban jelentős és általában perivascularis glia- és a kéregben *astrocyta-felszaporodást* mutatott ki, mesenchymalis proliferációval.

Betegünknek szintén reticulosisa, macroglobulinaemiával járó H. A. szindrómája, ismétlődő haemolytikus krízisei voltak. Az utóbbi mindig cardialis elégtelenséggel és az erek permeabilitásának megváltozásával járt. Így az astrocyták felszaporodásával járó gliosis és a neurofibrillaris degeneratio végső fokon a H. A. syndroma cerebralis reakciójának tekinthető.

Végül esetünk közlését a *H. A. tünetcsoportban* eddig az irodalomban alig észlelt *sajátos neuropathologiai elváltozások* ismertetése mellett *általános geriatricai* szempontok is indokolják.

1. Idős korban az egy időben előforduló kórfolyamatok közötti összefüggések tisztázása a rendelkezésre álló összes lehetőségek felhasználásával is rendkívül nehéz. Jelen esetben az A.-k. és a H. A. syndroma tüneteinek értelmezésében merültek fel elkülönítő kórismézési problémák.

2. Az idős emberre jellemző polymorbiditas

sokszor nemcsak a szervezet egészére, hanem egyetlen szervre is vonatkozik. Ilyenkor a különböző kórfolyamatoknak nemcsak klinikai, de morfológiai tünete is egymással ötvöződnek. Betegünk cerebrumában az A.-k.-ral összefüggő corticalis idegsejtpusztulás és az argentophyl dystrophia, valamint a H. A. szindrómával összefüggésbe hozható astrocyta szaporodás, ill. neurofibrillaris degeneratio tünete jelentek meg egy időben.

Összefoglalás. A szerzők a hideg-agglutinin betegség rövid áttekintése után 78 éves nőbetegük kórtörténetét ismertetik, akin lymphoreticulosis talaján alakult ki a hideg-agglutinin syndroma, amelyhez atypusos Alzheimer-kór (corticalis idegsejtpusztulás és argentophyl dystrophia) is társult. Ezekon kívül a cerebrum neuropathologiai vizsgálatok igen kiterjedt astrocyta gliosis és neurofibrillaris degeneratiót találtak. Úgy gondolják, hogy a gliosis és a hideg-agglutinin syndroma közt ok és okozati összefüggés áll fenn. Hangsúlyozzák az idős korban előforduló polymorbiditas okozta elkülönítő kórismézési nehézségeket.

Ezúton köszönjük meg elsősorban *Tariska István dr.-nak* a neuropathologiai vizsgálatok elvégzését, valamint igen értékes szakmai tanácsait. Ugyancsak köszönjük *Beregi Edit dr.-nak* az immunfluorescens, *Schuler Dezső dr.-nak* a chromosoma-, *Kiss István dr.-nak* a kórbonctani és szövettani, *Majthényi Katalin dr.-nak* az izom-biopsiás, néhai *Backhausz Richárd dr.-nak* az immunelfo, *Okos Gizella dr.-nak* a capillaris mikroszkópos vizsgálatok szíves elvégzését.

IRODALOM: 1. Adams, J. H., Jackson, J. M.: J. Path. Bacter. 1966, 91, 369. — 2. Biró I.: Orv. Hetil. 1968, 109, 523. — 3. Cattan, R. és mtsai: Sem. Hôp. Paris. 1952, 28, 801. — 4. Clough, M. C., Richter, I. M.: Bull. J. Hopkins Hosp. 1918, 29, 86. — 5. Druitt, M.: Med. Times. 1873, 1, 408. — 6. Evans, R. S., Turner, E., Bingham, M.: J. Clin. Invest. 1967, 46, 1461. — 7. Erbschloch, F.: in Handbuch d. spez. Path. Anat. Henke—Lubarsch—Rössle. 1958. XIII. 2. B. S. 1492—1511. — 8. Fettermann, O. H., Moran, T. J., Hess, W. R.: U.S. Nav. Med. Bull. 1944, 43, 1128. — 9. Gordon, J.: J. Immunol. 1953, 71, 220. — 10. Heilmeyer, L., Schubotho, H.: Le Sang. 1948, 19, 473. — 11. Hun N.: Bevezetés a szociális gerontológiába. Medicina. Bp. 1972. — 12. — Iwai, S., Mei Sai, N.: Jap. med. World. 1925, 5, 119. — 13. Iwai, S., Mei Sai, N.: Jap. med. World. 1926, 6, 345. — 14. Klein, N.: Wien. med. Wschr. 1902, 16, ??? — 15. Landsteiner, K.: Münch. med. Wschr. 1903, 50, 1812. — 16. Lawkovicz, W.: Diff. diag. hämatol. Erkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart, 1965. — 17. Lewis, J. H.: J. Immunol. 1934, 26, 331. — 18. Lind, R., Mansa, B., Olesen, H.: Acta med. Scand. 1963, 173, 647. — 19. Logothetis, J., Silverstein, P., Coe, J.: Arch. Neurol. 1960, 3, 564. — 20. Marsall, R. J., Malone, R. G.: Brit. med. J. 1954, II, 279. — 21. Neumann, M. A.: J. Neuropath. Neurol. 1949, 8, 255. — 22. Neumann, M. A., Cohn, R.: Brain. 1967, 90, 255. — 23. Ottó Sz., Kellner, R., Budvári R.: Orv. Hetil. 1968, 109, 1881. — 24. Poth, J. L., Sharp, G. S., Schreier, S. L.: Rep. Biol. Med. 1962, 20, 236. — 25. Quattrin, N. és mtsai: Schweiz. med. Wschr. 1970, 100, 306. — 26. Ranz, H., Borchers, H.: Zbl. allg. Path. Anat. 1960, 101, 229. — 27. Ritzmann, S. E.: lásd Poth és mtsai (24). — 28. Rose, H. M.: Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1945, 58, 93. — 29. Rosenblum, W. J., Asofaky, R. M.: Arch. Neurol. 1968, 18, 151. — 30. Seitelberger, F., Jellinger, K.: Dtsch. Z. Nervenheilk. 1958, 178, 365. — 31. Seitelberger, F.: Verhandl. der Dtschen Gesellschaft f. Path. Würzburg 2—6. IV. 1968. Fischer Verlag, Stuttgart, 1968. — 32. Tariska I.: Acta med. Acad. Sci. Hung. 1965, 21, 483. — 33. Tariska I.: Ideggyógy. Szle. 1973, 26, 3. — 34. Visivanathan, R.: Lancet. 1945, I, 148.



CONTINUUM

CONTINUIN

tabletta

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 0,5 mg etinodioldiacetátot tartalmaz.

HATÁS: Folyamatos, megszakítás nélküli szedése az ovulációt általában nem gátolja. A fogamzásgátló hatás, amely a szedés megkezdése után 5—7 nap múlva kezdődik, főként azon alapul, hogy a cervicalis nyák fizikokémiai tulajdonságainak megváltozása miatt a spermiumok átjutása a nyakcsatornán akadályozott. A készítmény oestrogenet nem tartalmaz, így mentes azoktól a mellékhatásoktól, amelyek a kombinált sequentialis fogamzásgátlók adagolása esetén az oestrogen komponens jelenlétének tulajdoníthatók (thrombo-emboliás szövődmény,

mellfeszülés, émelygés, testsúlygyarapodás).

A Continuin szoptató nőknél nem csökkenti a tejelválasztást, így laktatio alatt is adagolható.

JAVALLAT: Oralis fogamzásgátlás

ELLENJAVALLATOK: Terhesség, pubertas, májműködési zavarok, Dubin—Johnson-szindróma, Rotor-szindróma, anamnesisben szereplő idiópathikus terhességi icterus.

ADAGOLÁS: Az első tablettát bevételenek időpontja a menstruációs cyclus első napja. A továbbiakban napi 1 tablettát kell szedni folyamatosan (menstruációk idején is) azo-

nos napszakban mindaddig, amíg a fogamzásgátlás biztosítása kívánatos.

MELLÉKHATÁSOK: A nők többségénél a Continuin szedése panaszt nem okoz. Egyeseknél mellékhatásként közti vérzések következhetnek be. Ezek többnyire csak átmeneti jellegűek és nem indokolják a kúra megszakítását.

MEGJEGYZÉS: Kizárólag orvosi utasításra és rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. Rendelhetőségét egészségügyi miniszteri utasítás szabályozza.

CSOMAGOLÁS:

42 tablettát 13,— Ft

GYÁRTJA: KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
																	
7	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3
																	

Fővárosi Tanács Heim Pál Gyermekkórháza
(igazgató: Sárkány Jenő dr.),
Bőrgyógyászati Osztály,
Orvostovábbképző Intézet
II. Gyermekgyógyászati Tanszéke
(tanszékvezető: Frank Kálmán dr.)

Idiotia xerodermica

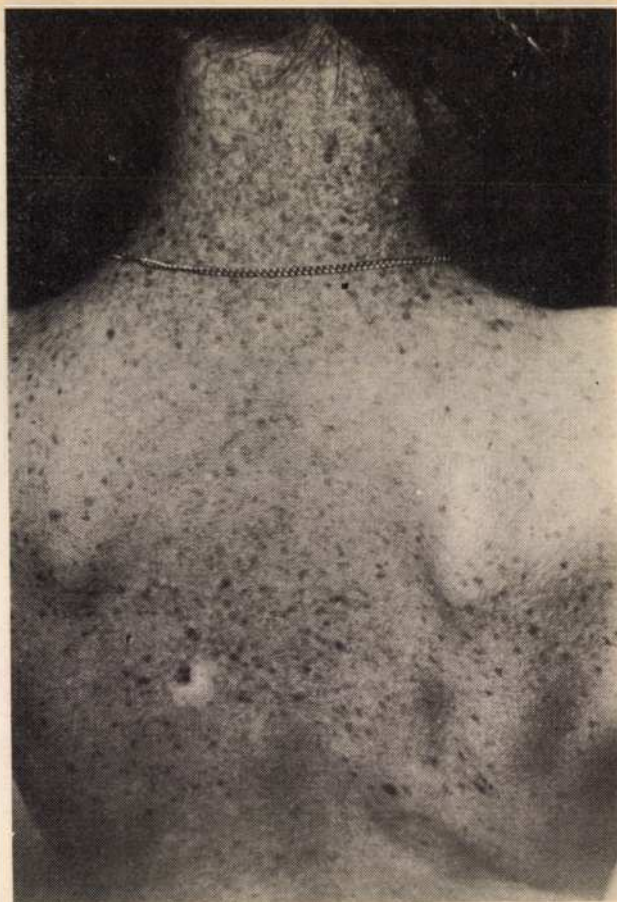
(DeSanctis—Cacchione-syndroma).

Török Éva dr. és Földes Gyula dr.

Több mint 100 éve, 1870-ben megjelent könyvében *Kaposi* (11) ismertette először a xeroderma pigmentosum (továbbiakban: XP) névvel jelölt bőrelváltozást. Azóta erről a súlyos következményekkel járó, öröklődő betegségről sok érdekes megfigyelés látott napvilágot, de csak az utolsó évtized megismerései fejtették meg — sok más betegséggel együtt — a kórfolyamatot létrehozó hiba rejtélyét.

Fokozott fényérzékenység létrejöhet, ha a) a bőr természetes sugárelnyelő anyaga, a melanin csökkent (albinismus), b) endogén vagy exogén sensibilisatio, fototoxikus, ill. fotoallergiás reakció, valamint c) az egyes sejtek csökkent fénytoleranciájának következtében (19). Az utóbbi áll fenn XP-ben is. *Cleaver* (1) 1968-ban ismerte fel először, hogy ebben a betegségben a sejtek csökkent ultraibolya (UI) toleranciája olyan enzimhiányon alapul, mely csak akkor jelentkezik, ha napfény sugárzás éri a beteget. XP-ben az intracellularis desoxyribonucleinsav (DNS) helyreállítás (repair) zavara áll fenn. Az öröklött biokémiai hibát molekulárbiológiailag is meg lehet határozni és így nem véletlen, hogy a betegség biokémikusok, sugárbiológusok és rákkutatók érdeklődésének és kutatásainak központjába került.

A XP következményei közül a legsúlyosabb a rosszindulatú daganatokra való fokozott hajlam: epitheliomák, melanoma, valamint mesodermális eredetű daganatok (angiosarcoma) is képződhetnek az ilyen betegeken. A bőrön kívül más szerveket is érint a betegség. *Petényi* (13) már négy évtizede felfigyelt a csontelváltozásokra, a rachitásra. Újabban *Dupuy és mtsai* (4) májkárosodással szövődött XP-os betegükről számoltak be. Egyidejűleg a cellularis immunitás károsodottságát is észlelték. Idegrendszeri tüneteket is megfigyeltek a XP-os betegek bizonyos hányadában, így spasticitást, ataxiát, agyidegi érintettséget, mentális retardációt. Eze-



1. ábra.

ket az eseteket első leírók után DeSanctis—Cacchione-syndromásoknak nevezik.

A következőkben egy XP-os, illetve DeSanctis—Cacchione-syndromában szenvedő, szemészeti tünetekkel, daganatképződéssel szövődött eset kórtörténetét kívánjuk bemutatni.

Esetismertetés

Cs. K., 11.553/74. 18 éves leány. Már az első megtekintésre szembetűnő a súlyos mentális, valamint a mozgásában is megmutatkozó károsodottság és a somatikus retardatio. Az anamnesis adatai szerint szülei egészségesek, 6 egyedüli gyermek. Családjában fejlődési rendellenességre, öröklött betegsége, fényérzékenységre, idegbetegségekre utaló adat nincs. Anyjának megelőzően egy halvaszülése volt; proposita második, zavartalan terhességből, időre, 3200 g-mal született. Kezdetben zavartalanul fejlődött, betegsége észrevétlenül, ártatlan napégés tüneteivel kezdődött néhány hetes korában. 7 hónapos volt, amikor feltűnt szüleinek, hogy fejlődése elmarad a hasonló korú csecsemőkétől. A jellegzetes bőrelváltozások azonban csak később váltak nyilvánvalóvá, így a diagnózisra is csak később derült fény. Az évek során többször volt intézeti megfigyelés alatt. Idegrendszeri tünetei akkor még nem voltak feltűnőek. 7 éve glaucoma secundaria miatt szemészeti ellátásban részesült.

Felvételét a felső ajak jobb oldalán levő mogyrónyi, 2 hónapja fennálló, utóbbi hetekben gyorsan növekvő, tömött tapintatú képlet eltávolítása indokolta. Vizsgálati adataiból megemlíthjük, hogy magassága 104 cm, testsúlya 14 kg. Fejkörfogata 45 cm. Bőre foltos jellegű. Testszerte számtalan lencsényi, fillérnyi pigmentfolt, depigmentált terület. Arcon, karokon, kézháton számos lencsényi hyperkeratotikus képlet,



2. ábra.

apró értágulatok (1. ábra). Bőre igen száraz, ráncolható, sorvadtt és hámló; leginkább a röntgensugár okozta idült bőrártalomhoz hasonlít. Arca öreges, madár-szerű, felső ajkon a már előbb említett tumoros elváltozás látszik. Szemei mélyen ülők, beesettek, szemhéjak sorvadtak, szembetűnő a kötőhártya és a cornea destrukciója (2/a, b ábra). Emlőbimbó jól fejlett, emlők mirigyállománya nem tapintható, hiányzik. Hónaljszőrzet nincs. Szájnyálkahártyán nincs kóros elváltozás, a fogak nagyfokú caries-képződés miatt csaknem teljesen elpusztultak.

Laboratóriumi vizsgálati eredmények közül a vérékép, vörösvérsejt-süllyedés, vizelet, vércukor, máj-funciós próbák, ionogramm, serum electrophoresis eltérést nem mutatott.

A kezekről készült röntgenfelvételen a kéztőcsontok fejlettsége korának megfelelő, a kéz csontjai fejlettségükben az előbbiektől elmaradtak, méasztartalmuk csökkent. Az agykoponya a beteg korához és az arckoponyához viszonyítva jelentékenyen kisebb. A boltozati csontok jelentősen megvastagodottak, parietalis és temporoparietalis elszórtan méasztentézisű foltok láthatók. A sella kontúrjai épek. Szemészeti vizsgálat: glaucoma sec., microcornea, keratitis et conjunctivitis o. u. Neurologiai vélemény: tetraparesis spastica, ataxia. Centralis cerebralis tünetek (pyramis jelek, cerebellaris tünetek, I. és VII. agyideg-functio érintettsége). Jelentékenyen csökkent mentális functio, IQ: 50 alatt. EEG vizsgálat eredménye nem értékelhető a beteg vizsgálatokor tapasztalt nagyfokú nyugtalanság miatt. Az audiologiai vizsgálat alapján gyakorlatilag süketnek tekintendő, csak hallásmaradványok észlelhetők. ERA (evoked-response audiometry) vizsgálatnál maximális hangerő mellett 500 Hz-nél van bizonytalan válasz. A gynaecologiai lelet szerint a külső nemi szervek részéről nincs eltérés. Az uterus infantililis, fejletlen. Hypoörogenismust feltételez. Karyogramja 46/XX. Bőrléccrajzolat: az ujjak és a tenyér bőrléccrajzolatának általában vizsgált paraméterei közül csupán az ún. atd szög (a tenyér a, t és d triradiusai által bezárt szög) értéke tekinthető „kóros”-nak. Az általános populációban ezen paraméter értéke nem haladja meg az 56°-ot. A betegben észlelt atd szög érték a korai magzati fejlődés zavarára utal. Nem specifikus a betegségre nézve, mivel különböző ártalmak okozta fejlődési rendellenességekben (chromosoma-aberratiók, értelmi fogyatékoság, congenitalis szívfejlődési anomaliák stb.) is gyakran észlelhető (Osztvics Magda dr. főorvos).

A vizelet és vér aminosav chromatographia eltérést nem mutat. A vizeletben porphyrin kóros mennyiségben nem található. A felső ajkon levő tumor kóroszöveti vizsgálata elszarusodó laphámrákot bizonyított.

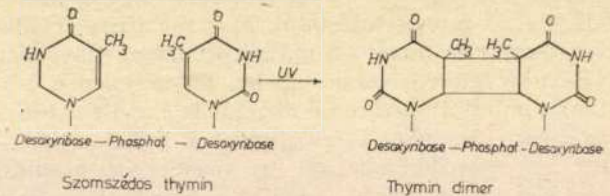
Kezelés: fényvédő emulsióval láttuk el és keratosisaira 5-fluorouracil kenőcsöt alkalmaztunk.

Az ismertetett beteg tehát valamennyi jelentős tünetében megfelel DeSanctis és Cacchione (3) által 1932-ben leírt xerodermiás idiotia eseteinek. Tudomásunk szerint Magyarországon hasonló megfigyelés még nem került közlésre.

Megbeszélés

Az eset leírásából kitűnik, hogy a XP a szervezet komplex károsodása. A molekulárbiológia ennek a betegségnek kapcsán a gyakorlat közeliségébe került, mert az évszázadokon át ismeretlen eredetű, vele született fényérzékenységek pontos molekuláris lokalizációját is megismertük, mely ez esetben olyan enzimhiányon alapul, mely csak akkor nyilvánul meg, ha UI sugárzás éri a sejteket. Rasmussen és Painter (15) kimutatta, hogy nemcsak baktériumok, hanem az emlős sejt is képes kiküszöbölni, eltávolítani az UI sugárzásra bekövetkező DNS károsodást, a képződő kóros thymin dimereket (3. ábra). Cleaver (1) 1968-ban fedezte fel, hogy a XP-os beteg fibroblastjai, hámsejtjei, lymphocytái és más sejtjei is ezt a kiküszöbölő tevékenységet a DNS-endonuclease enzim hiánya vagy csökkent működése miatt nem tudják megoldani. A fénykárosodás termékei 70%-ban (10) az azonos DNS-fonalon a szomszédosan elhelyezkedő pyrimidinekből képződő dimerek, melyek a 250—315 mμ hullámhosszú sugárzás hatására képződnek. Az endonuclease a DNS-fonalat a kóros helyen, a dimerek közelében vágja el (4. ábra). A kiküszöbölés és az új képzés — mint az ábrán is látható — többlépcsős, polyenzimatikus folyamat, mely fénybehatás után normális esetben azonnal megindul és néhány óra alatt lezajlik. A sematikus ábra is illusztrálja, milyen fontos a DNS kettős fonala. Az ép szál „emlékezőse” biztosítéka a hibás fonal pontos helyreállításának (7). Egészséges egyénekből nyert lymphocyták tenyésztésben az UI károsodást a DNS praecursor thymidin inkorporációjával állítják helyre. Hazai bőrgyógyászok (9) XP-os betegük lymphocytá-tenyésztésének fokozott UI érzékenységet és a sugárzást követően a jelzett thymidin beépülésének hiányát tapasztalták.

Miután a hibás enzimaktivitását, UI besugárzott sejt az életfontos DNS-t nem tudja helyreállítani, elpusztul, vagy kóros mutansok, esetleg dagasztos sejtek képződnek. Hogyan függ össze a DNS helyreállító működés zavara a carcinogenezissel? Fokozza-e a hiba a mutációs hajlamot, vagy elősegíti a carcinogen vírusok sejt-transformáló hatását? Ezekre a kérdésekre ma még nincs biztos válasz. Az már tudott ugyan, hogy a persistáló dimerek mutagének, valamint az is, hogy a chro-



3. ábra

mosoma-károsodás és a tumorképződés összefüggének. Ez utóbbira több betegség is példa.

A XP ritka betegség, 1 millió emberre esik 1–3 megbetegedés (10). A világ jelentős nagyságú területén, ahol erős a napsugárzás, ott a XP a gyermekkori carcinomák leggyakoribb előidézője (12). Sok ilyen beteg van, elsősorban Egyiptomban, Marokkóban, Észak-Afrika más országaiban. Az említett területeken megfigyelték, hogy fiatal egyének nyálkahártyárait is okozhatja.

A betegség kialakulásáért autosomalis receszív gén felelős. Kimutattak esetleges összefüggést az AB0 vércsoport gén locusaival is (5).

A hiba a XP-os beteg sejtjeiből már korán kimutatható, így lehetőség van a terhesség alatti diagnózisra. Ez az amnion-sejtek autoradiográfiás vizsgálatával, jelzett thymidin beépülésével megoldható, minthogy a XP-ban a beteg valamennyi sejtje, ill. azok szövettanyészete UI hatására a már említett defektust mutatja (17). Előbbi megfontolások alapján Ramsay és mtsai (14) egy, a terhességének 16. hetében levő grávida amniocentesis útján nyert sejtjeit vizsgálva a magzatban a XP diagnózisát bizonyították.

Nemcsak az amnialis sejtekben, fibroblastokban, hámsejtekben és a perifériás lymphocytákban hibás az endonuclease működés, hanem a hepato-

cytákban, az izomzat neuromuscularis synapsisai-ban és az idegrendszer neuronjaiban is. Valószínű az is, hogy nem egyedül a fénysugárzás idézheti elő a pyrimidin dimerek képződését. Lehetséges az is, hogy több kóros gén felelős a változatos klinikai megnyilvánulásokért. A XP Jung (10) szerint példája a genetikai heterogenitásnak. Heterozygota génhordozók, csekély bőrelváltozással rendelkezők, valamint súlyos bőr- és idegrendszeri károsodást mutató esetek változataival találkozhatunk, akik közül még olyan betegek is előfordulnak, akikben az intracelluláris DNS helyreállítás normális (2). Várhatóan még több „változat” fog adódni a későbbiekben megfigyelt és közölt esetek közül, minthogy a biokémiai hibát determináló gén (gének) hatásának expresszivitása változó.

A syndroma heterogenitásából következik az is, amit irodalmi adatok is alátámasztanak (18), hogy a XP-os betegek 15–20%-ának több-kevesebb idegrendszeri tünete is van. Ha *microcephalia*, *nanosomia*, *spasticus paresis*, *süketség*, *hypogonadismus* és *progreáló idiotia* tünetegyüttese áll fenn, akkor, mint esetünkben is, *DeSanctis—Cacchione*-syndromáról (3) beszélhetünk. Az utóbbi négy évtizedben több ilyen esetet is közöltek (16, 8, 6, 20).

Terápiás lehetőségünk a legszigorúbb fényvédelem ruházkodással, fényvédő emulsiókkal, kenőcsökkel és elsötétített szobával. A keratosisek, a többszörös epitheliomák 5-fluorouracil kenőcsös kezelése és a daganatok sebészi eltávolítása javasolt.

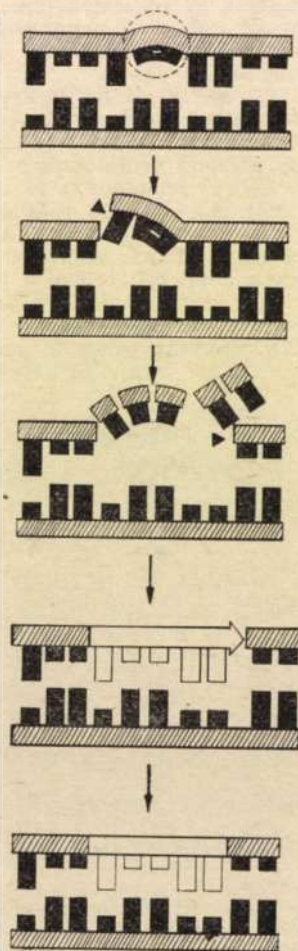
A xerodermás fényérzékenység, a következményes és kapcsolódó károsodások oka ma már világosan áll előttünk. Tudunk segítséget nyújtani, fényvédelmet, tumorellenes kezelést adni; mégis a xerodermás betegek sorsa megpecsételődött, életük útja visszafordíthatatlanul csak egy irányba, Hades birodalmába vezet.

E helyen is köszönetünket fejezzük ki Lipcsei Erzsébet osztályvezető főnővérnek önzetlen segítségéért.

Összefoglalás. Szerzők ismertetik *idiotia xerodermica*, *DeSanctis—Cacchione*-syndromában szenvedő betegük kórtörténetét.

IRODALOM: 1. Cleaver, J. E.: Nature. 1968, 218, 652. — 2. Cleaver, J. E.: J. invest. Derm. 1972, 58, 124. — 3. DeSanctis, C., Cacchione, A.: Riv. sper. Freniat. 1932, 56, 269. cit. Robbins és mtsai. — 4. Dupuy, J. M. és mtsai: Helv. paediat. Acta. 1974, 29, 213. — 5. El-Hafnawi, H. és mtsai: Ann. hum. Genet. 1965, 28, 273. — 6. Festoff, B. W., Kraemer, K. H.: Neurology. 1972, 22, 420. — 7. Hoagland, M. B.: Coding, information, transfer and protein synthesis. In: Stanbury, J. B. és mtsai: The Metabolic Basis of Inherited Disease. McGraw-Hill. New York, 1972. — 8. Hokkanen, E., Iivainen, M.: Deutsch. Z. Nervenheilk. 1969, 196, 206. — 9. Horkay I. és mtsai: Bőrgyógy. Vener. Szle. 1974, 50, 71. — 10. Jung, E. G.: Hautarzt. 1973, 24, 175. — 11. Kaposi M.: Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Urban und Schwarzenberg, Berlin, 1899. 733. — 12. Lancet. 1974, I, 792. (Editorial) — 13. Petényi G.: Z. Kinderheilk. 1934, 56, 197. — 14. Ramsay, C. A. és mtsai: Lancet. 1974, II, 1109. — 15. Rasmussen, R. E., Painter, R. B.: Nature. 1964, 203, 1360. — 16. Reed, W. B. és mtsai: Arch. Derm. 1965, 91, 224. — 17. Regan, J. D. és mtsai: Science. 1971, 174, 150. — 18. Robbins, J. H. és mtsai: Ann. Int. Med. 1974, 80, 221. — 19. Sönnichsen, N., Meffert, H.: Derm. Mschr. 1973, 159, 849. — 20. Szazonova, N. Sz., Szuworo, K. N.: Zs. Nevropath. i Pszihiatr. 1972, 72, 1379.

1. A DNS-molekulát deformálja az UV sugárzás okozta thymin dimer
2. Egy endonuclease az egyik fonalat megtöri a dimer közelében
3. A thymin dimert egy endonuclease eltávolítja
4. Új fonal szintézis: a megfelelő bázisok DNS polymerase-al beépülnek
5. A polynucleotide-ligase egyesíti a fonalvégeket, teljes a helyreállított molekula



4. ábra.
(ROBBINS, J. H. és mtsai után)

Pécsi Orvostudományi Egyetem,
 II. sz. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Hámori Artúr dr.),
 II. sz. Sebészeti Klinika (igazgató: Kiss Tibor dr.),
 Urológiai Klinika (igazgató: Balogh Ferenc dr.)
 és Kóronctani Intézet (igazgató: Romhányi György dr.)

Művese kezelés közben kialakult haemorrhagiás pericarditis és szív-tamponád

Tarján Jenő dr., Gofman Ljubov dr.,
 Boros György dr., Sámik József dr.,
 Márk Bertalan dr., Karátson András dr.
 és Schwartz János dr.

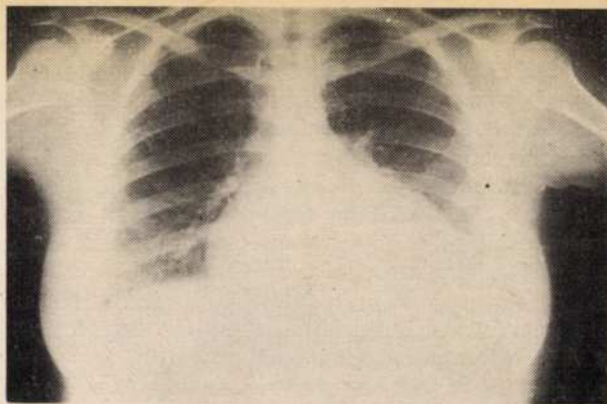
A művese kezelés és a vese-transplantatio előtti időben, ha chronikus vesebetegben pericarditis jelentkezett, az a közeledő véget jelentette (4). Az uraemiás pericarditisnek csak elméleti jelentősége volt.

Goodner és Brown (9) 1956-ban két eset között közölte az első uraemiás szív-tamponádot. A diagnosist boncolással állapították meg és rámutattak arra, hogy ez az elváltozás potenciálisan reversibilis. A korai felismerés és therapia életmentő lehet. Az első élőben felismert és pericardium punctióval sikeresen kezelt esetet Guild, Bray és Merrill (10) közölte 1957-ben. A korábban elméleti jelentőségű kérdés tehát gyakorlati értelmet nyert és az első leírások óta egyre több közlemény foglalkozik az uraemiás pericarditis terapiájával.

Klinikánkon 22 beteg részesült művese kezelésben, közülük három esetben haemorrhagiás pericarditis és szív-tamponád fejlődött ki. Két beteg meghalt. Egy esetben a partialis pericardiectomia elhárította a fatális kimenetelt. Ebben a munkában eseteinkkel kapcsolatban a pathogenesis, diagnosztikus problémákkal és a terapiás lehetőségekkel foglalkozunk. Hazánkban tudásunk szerint még nem közöltek sikeresen megoperált uraemiás szív-tamponádot.

Esetismertetés

1. eset. K. L.-né, 22 éves, chronicus glomerulonephritisben szenvedő nőt beteget fokozódó uraemiája miatt 1972. augusztus 17-én első alkalommal dialysáltuk, de a további folyamatos kezelést shunt-elégtelen-

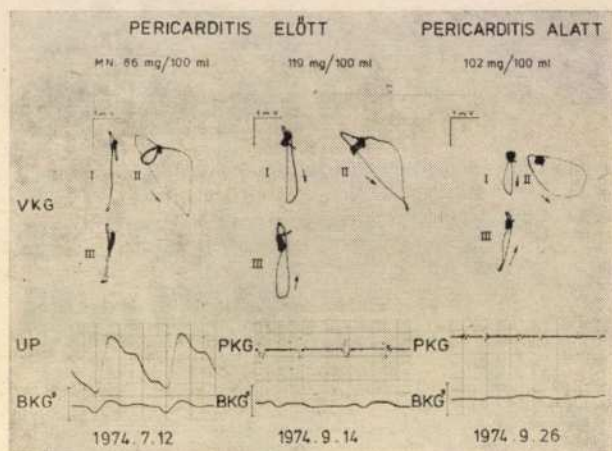


1. ábra.
 K. L.-né, 22 éves. A szív röntgenképe

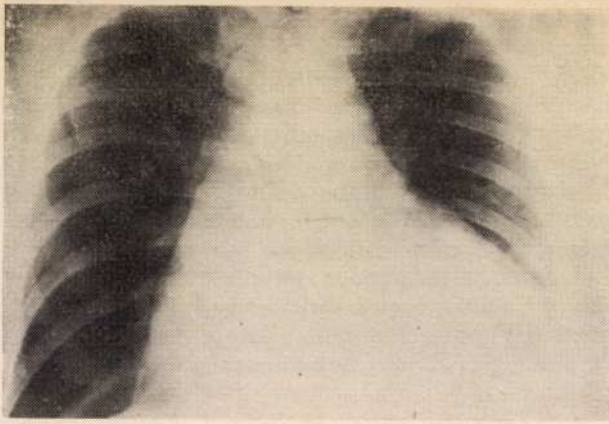
ség miatt nem tudtuk elvégezni. Egy hónappal később a beteg lázas lett, majd a lázat követő napon, szeptember 22-én pericardialis dörzszőreje jelentkezett. Ekkor a beteget újra dialysáltuk. Ezt követően a dörzszőrejek megszűntek és a szív-tompulat megnagyobbodott.

A szív röntgenárnyéka nem volt egészen tipusos (1. ábra). A vectorcardiogrammon jól látható a szívről elvezethető elektromos mennyiség csökkenése és a ballistocardiogrammon a mechanikus teljesítőképesség romlása (2. ábra). A klinikai kép a szív-tamponádnak minden szempontból megfelelt, ezért megkíséreltük a pericardium punctióját, de a beavatkozás ismételt eredménytelen maradt. A beteg néhány óra múlva meghalt. A sikertelen punctio magyarázatát a boncolás adta meg. A pattanásig feszülő és szívósan megvastagodott pericardium mint gumilabda tért ki a punctiótól elől.

2. eset. G. Z.-né, 46 éves nőbeteg. Diagnózis: chronicus glomerulonephritis. Uraemia. A beteget hónapok óta dialysáltuk. 1974. január első hetében nap mint nap erősödő nehézlégzésről panaszkodott. Pericardialis dörzszőreje jelentkezett és a szív-tompulat megnagyobbodott. Az elvégzett röntgenvizsgálat pericardialis folyadékra utalt (3. ábra). A pericardium punctiójához szintiszta vérnek megfelelő folyadékot kaptunk, melynek haematocrit értéke a periferiás vérével megegyezett, és ezzel a szívüreg-punctio látszatát keltette. A leszívott vér egy percen belül megalvadt és a fokozott alvadékonyság miatt a punctióstű többször elzáródott. A vér retractiósi képessége normális volt. Össze-



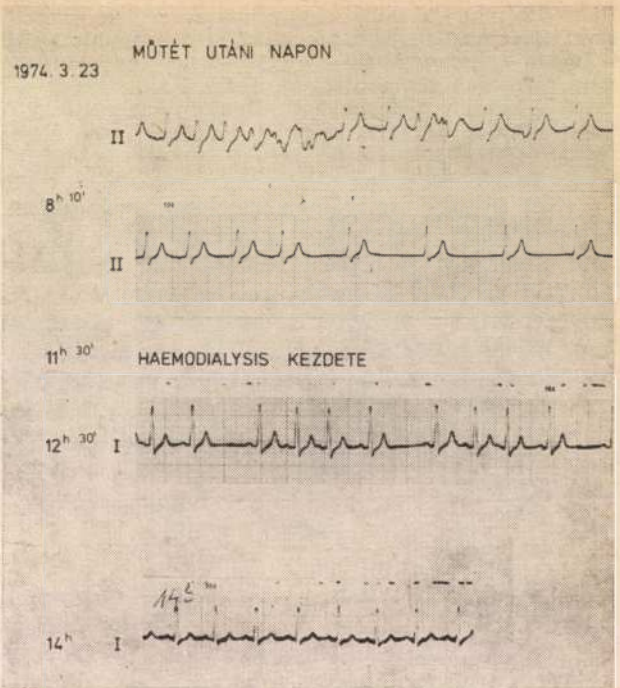
2. ábra.
 K. L.-né. Az Akulnicsev-féle vectorcardiogram és a Klensch-féle indirect elmozdulási ballistocardiogram változása uraemiás szív-tamponádban. A három sík QRS-hurok területe csökken a szív-tamponád idején. A ballistocardiogram pedig egy vonallá válik. Referens görbék. UP: ujj-pulzus görbe. PKG: phonocardiogram



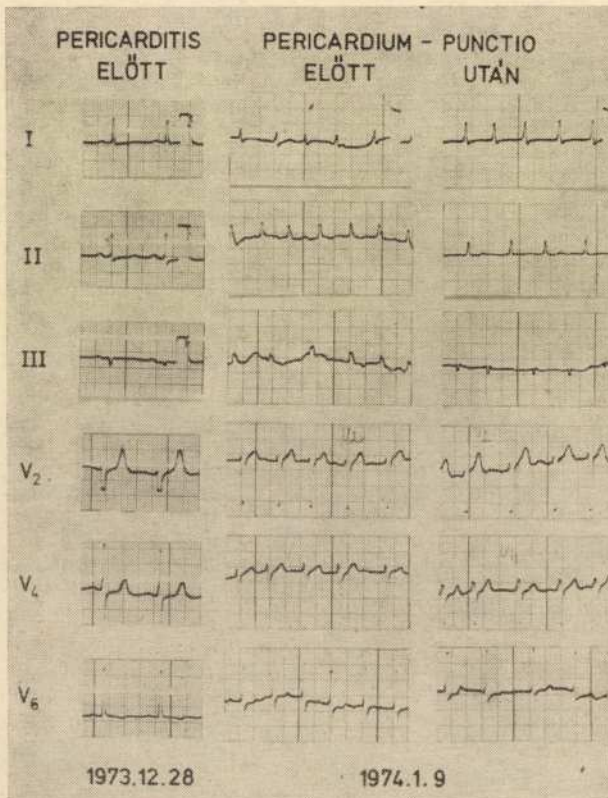
3. ábra.
G. Z.-né, 46 éves. A szív röntgenképe

sen 200 ml vért bocsátottunk le. A punctio után a szívről elvezetett elektromos feszültség kissé nőtt, de a pitvar-fibrillatio nem szűnt meg (4. ábra). Úgy határoztunk, hogy másnap partialis pericardiectomiát végzünk, azonban a beteg hajnalban meghalt. Boncolásakor még 200 ml véres folyadékot találtunk a pericardiumban súlyos pericarditis mellett.

3. eset. V. Gy., 24 éves férfibeteg chronicus glomerulonephritise miatt már több mint 120 haemodialysis kezelésben részesült. Általában otthonából járt be kezelésre. 1974. március 14-én megnősült. Az esküvőt követő napon fulladás és bokaduzzanat miatt felvettük klinikánkra. A következő három napban szíve fokozatosan megnagyobbodott, jól tapintható és hallható pericardialis dörzszőrej alakult ki. A dörzszőrejt a beteg maga is hallotta. A röntgenkép haemorrhagiás pericarditisre utalt, de ezzel ellentétben a vérnyomás tartósan 200/110 Hgmm maradt, a szívnagyobodással egy időben a pericardialis dörzszőrej nem

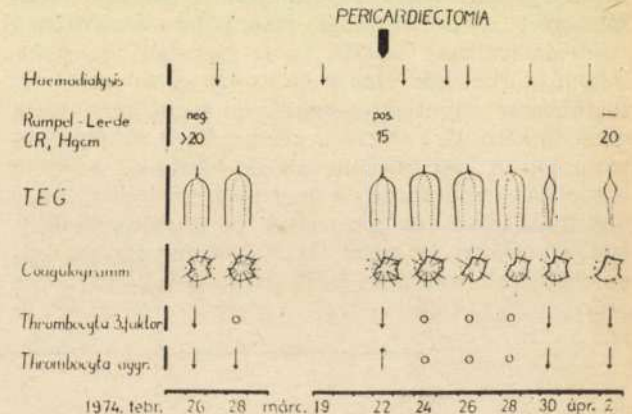


5. ábra.
V. Gy. Haemodialysis hatása a partialis pericardiectomia utáni napon kialakult rhythmus-zavarra.
8 óra 10 perc: supraventricularis és nodalis ectopiás ingerképzés, többgócú halmozott extrasystolék. 11 óra 30 perc: kezdődik a haemodialysis.
12 óra 30 perc: allorhythmia. Minden ötödik sinus-inger kimarad.
14 óra: sinustachycardia



4. ábra.
G. Z.-né. A pericarditis idején kialakult pitvar-fibrillatio a pericardium punctiója után nem szűnt meg

csökkent és a szívhangok sem lettek halkabbak. A tachycardia és dyspnoe fokozódott. 1974. március 22-én elvégeztük a pericardium punctióját és 400 ml véres izzadmányt szívtunk le. Azonnali partialis pericardiectomiát indikáltunk. (A műtétet Kiss Tibor prof. végezte.) Feltárást után még 300 ml véres folyadékot szívtunk le, majd eltávolítottuk a pericardium-zsák elülső falát. A K-Strophanthosid adagját az uraemiás állapotban szokásos egynolcad milligrammról egyegyed milligrammra emeltük és a következő 10 napos periódusban még négyszer megismételtük, majd visszavertünk az egynolcad milligrammos adagokra. A műtétet követő nap reggelén a beteg serumában a ka-



6. ábra.
V. Gy. Vérárvadási viszonyok uraemiás haemorrhagiás pericarditisben és a partialis pericardiectomia utáni állapotban.
Jelmagyarázat: TEG szaggatott vonal: normális viszonyok.
↑ fokozott, ↓ csökkent, ○ normális funkció

lium 8,2 maeq/l volt, rhythmus-zavar jelentkezett, ezért 11 óra 30 perckor megkezdtük a haemodialysist. A beteg a beavatkozást igen jól tűrte, rhythmus-zavara rövidesen rendeződött (5. ábra). Kezdetben gyakrabban, később a megszokott ütemben dialysáltuk. A beteg jelenleg a műtét után 12 hónappal is él. Vese-transplantatiót tervezünk.

Két utóbbi esetünkben részletesen elemeztük a vér-alvadási viszonyokat a dialysis után 18 óra múlva, amikor a heparin hatása már megszűnt. Mindkét esetben laboratóriumi tesztekkel uraemiás thrombopathiát és hypercoagulabilitást találtunk. Ezek az eltérések a haemorrhagiás pericarditis kialakulása előtt és után egyaránt megvoltak. A haemorrhagiás pericarditis idején a capillaris resistentia egyik esetben normális, a másik esetben csökkent volt. Az operált betegünk adatait a 6. ábrán tüntettük fel.

Megbeszélés

A pericarditis haemorrhagica, ill. szív-tamponád jelei anyagunkban többször ellentmondanak az általános diagnosztikai szabályoknak. Első esetünkben a röntgenfelvételen típusos configuratio nem látszott. A pericardium-punctio nem sikerült, pedig jelentős mennyiségű folyadék volt a pericardiumban. Második esetünkben a pericardiumból leszívott vér a periferiás vér haematocrit értékével megegyezett és ez a szívüregi punctio gyanúját keltette. Harmadik esetünkben 700 ml pericardialis folyadék jelenlétében sem tűnt el a dörzszörej, a szívhangok nem halkultak és a beteg vérnyomása nem csökkent. Következésképpen minden gyanús esetben meg kell kísérelni a pericardium punctióját.

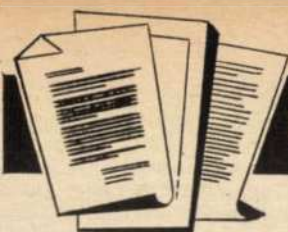
A haemorrhagiás pericarditis az uraemia egyik igen súlyos szövödménye. A fatális véget többféle úton igyekeztek elkerülni. Legtöbbször punctióval távolították el a pericardialis folyadékot és a dialysisek számát fokozták (2, 3, 5, 10, 13, 14). Mások azt tapasztalták, hogy haemorrhagiás pericarditisben a punctio nem elég, mert később constrictiv pericarditis alakulhat ki (11, 12, 15, 17). *Singh és mtsai* (16) öt esetük közül háromban a pericardium punctiójával hozzák kapcsolatba a betegek halálát, ezért a pericardium punctióját uraemiában contraindicálnak tartják és az azonnali pericardiotomiát ajánlják. *Hager* (11), *Alfrey és mtsai* (2) legtöbbször punctiót végeztek, de esetenként, ha a punctio nem járt sikerrel, pericardialis ablakot készítettek. A pericardialis ablak hátránya, hogy a tamponád ismétlődhet, a szív incarcerálódhat vagy strangulálódhat és constrictiv pericarditis alakulhat ki. *Comty és mtsai* (7) 20–60 mg/die prednisolont adtak uraemiás pericarditisben 1–12 héten

keresztül. Ez a kezelés az esetek felében volt eredményes. Jobb eredményt láttak *Buselmeier és mtsai* (6) a localis steroid therapiától. A kezelés hatásfokát növelte, ha nem felszívódó steroidot (triamcinolone hexacetonide) alkalmaztak. *Ghavamian és mtsai* (8) öt esetben, *Wray és mtsai* (18) 19 esetben, *Ali-Regiaba és mtsai* (1) 16 esetben partialis pericardiotomiát végeztek igen jó eredménnyel. A műtét az esetek többségében sikerült. Betegünk is meglepően jól tűrte a beavatkozást. Egy év alatt a pericarditis nem újult ki. A sikeres partialis pericardiotomia végleges megoldást ígér és a dialysissel járó heparinaemia többé már nem jelent veszélyt.

Összefoglalás. A szerzők 3 uraemiás haemorrhagiás pericarditist figyeltek meg művesekezelés közben. A jelenséget uraemiás toxicosissal, a dialysissel összefüggő cyclikus heparinaemiával, az időnként elégtelen thrombocytaműködéssel és a csökkent capillaris resistentiával magyarázzák.

Mind a három esetben diagnosztikus nehézségek adódtak. Két beteg meghalt, egy esetben partialis pericardiotomiát végeztek sikerrel.

IRODALOM: 1. *Ali-Regiaba, S., Gay, W. A., Sullivan, J. F., Tapia, L., David, D. S., White, R. P., Steuzel, K. H., Riggio, R. R., Cheigh, J. S., Rubin, A. L.:* Lancet. 1974, 2, 12. — 2. *Alfrey, A. C., Gross, J. E., Ogden, D. A., Vogel, J. H. K., Holmes, J. H.:* Amer. J. Med. 1968, 45, 391. — 3. *Bailey, G. L., Hampers, C. L., Hager, E. B., Merrill, J. P.:* Circulation. 1968, 38, 582. — 4. *Barach, A. L.:* Amer. J. Med. Sci. 1922, 163, 44. — 5. *Beaudry, C., Nakamoto, S., Kolff, W. J.:* Ann. intern. Med. 1966, 64, 990. — 6. *Buselmeier, T. J., Simons, R. L., Najarian, J. S., Hartitzsch, B., Dietzman, R. H., Kjellstrand, C. M.:* Dialysis transplantation nephrology. Proceedings of the Tenth Congress of the European Dialysis and Transplant Association, held in Vienna, Austria, 1973. J. F. Moorhead, Pitman Medical. 289–297. — 7. *Comty, C. M., Cohen, S. L., Shapiro, F. L.:* Ann. intern. Med. 1971, 75, 173. — 8. *Ghavamian, M., Gutch, C. F., Hughes, R. K., Kopp, K. F., Kolff, W. J.:* Arch. intern. Med. 1973, 131, 249. — 9. *Goodner, C. J., Brown, H.:* J. Amer. med. Ass. 1956, 162, 1459. — 10. *Guilid, W. R., Bray, G., Merrill, J. P.:* New Engl. J. Med. 1957, 257, 230. — 11. *Hager, E. B.:* New Engl. J. Med. 1965, 273, 304. — 12. *London, G., Joly, F., Joly, H., Valtj, J., Galey, N., Man, K., Zingraff, J., Vantelon, J.:* Presse med. 1971, 79, 341. — 13. *Merikas, G., Samartzis, M., Marketos, S.:* New Engl. J. Med. 1962, 266, 1089. — 14. *Skov, P. E., Hansen, H. E., Spencer, E. S.:* Acta med. scand. 1969, 186, 421. — 15. *Spaulding, P.:* Arch. int. Med. 1967, 119, 644. — 16. *Singh, S., Newmark, K., Ishikawa, I., Mitra, S., Berman, L. B.:* J. Amer. med. Ass. 1974, 228, 1132. — 17. *Zerefos, N., Chrysanthakopoulos, S., Lavender, C., Mountokalakis, Th., Pandos, P. G., Marketos, S., Merikas, G.:* Münch. med. Wschr. 1972, 114, 2199. — 18. *Wray, T. M., Humphreys, J., Perry, J. M., Stone, W. J., Bender, H. W.:* Circulation. 1974, 41–50, Suppl. II. 268.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Egyéves tanulmányutam az edinburghi Vértranszfúziós Központban.

Az 1974-es esztendőben John D. Cash igazgató meghívására az edinburghi-i Vértranszfúziós Központban dolgoztam tudományos főmunkatársi minőségben a Véralkadási Laboratórium vezetőjeként.

A meghívás előzményét az a tény képezte, hogy Skóciában, az edinburghi-i transzfúziós központ kereteiből kinöve épült fel a világ jelenleg legkorszerűbb, computer vezérelésű Vércsere Frakcionálási Központja, amely nemcsak Skócia, hanem részben Anglia igényeinek a kielégítésére is hivatott.

A különböző vérfelhígítési frakciók közül a „B” haemophiliasok kezelésében alkalmazott IX. faktor készítmények (melyek általában prothrombint, X. faktort és több-kevesebb VII. faktort is tartalmaznak) világszerte, de különösen az Egyesült Államokban komoly komplikációkat okoztak. A vérzékeny betegek kezelése során nemegyszer halálos kimenetelű thromboemboliás szövődményt észleltek. Noha a skót IX. faktor készítményekkel ilyen jellegű klinikai komplikáció mind e ideig egyszer sem fordult elő, John D. Cash kutyakísérletekben igazolta, hogy a skót Protein Fractionation Centre bizonyos (ún. „supernine”) típusú IX. faktor készítménye disseminált intravasculáris alvadás (DIC) létrehozására képes. Tekintettel a IX. faktor készítmény nagyszámú előállításának bevezetésére, fontosnak tartották a skót, illetve egyéb fehérjefrakcionáló központokból származó IX. faktor készítmények potenciális thrombogenitásának vizsgálatát, illetve összehasonlítását. A DIC-nal kapcsolatos tudományos munkásságom alapján Cash dr. igazgató választása rám esett, és első számú feladatuk tűzte ki az általa elkezdett, a IX. faktor készítményekkel végzett, részben in vitro, részben állatkísérletes és klinikai vizsgálatok folytatását.

Eredeti elképzelésünk az volt, hogy patkányokba infundálva vizsgáljuk a különböző IX. faktor készítmények hypercoagulációs hatását, mivel a nagyszámú szorozatvizsgálat kivitelezése kutyában eleve reménytelennek tűnt. Több hónapi munka után azonban kiderült, hogy egyrészt az idevágó irodalom pesszimizmusa nem alaptalan, másrészt, hogy a patkányokban még relatíve nagy thrombinadagok infúziójával sem lehet a DIC típusos laboratóriumi jeleket kiváltani, noha a legkülönbözőbb

és legérzékenyebb laboratóriumi módszerekkel törekedtünk ezek regisztrálására. Mivel a IX. faktor preparátumokban legalább két nagyságrenddel kisebb thrombinszennyeződéssel számolhatunk csak, mint amivel patkányban DIC-t egyáltalán ki tudunk váltani, végül is reménytelennek ítéltük a patkány modell használatát.

Több szerencsével jártak azonban in vitro kísérleteink. A IX. faktor készítményeket citráttal keverve hozzák forgalomba, a thrombinképződés meggátlása céljából. Munka-hypothesisünk az volt, hogy a vérben a citrát protektív szerepe megszűnik és feltételezhetően a IX. faktor készítményekből hosszabb-rövidebb idő alatt thrombin generálódik. Kiderült, hogy az egyes IX. faktor készítményekben optimális calcium-koncentráció mellett valóban thrombin képződik, az ehhez szükséges idő azonban igen különböző (de azonos készítményben reprodukálhatóan azonos). Így egyes IX. faktor készítmények egy-két perc alatt nagy mennyiségű thrombint generálnak, míg mások csupán félóra elteltével. Módunkban állt különböző központokból származó minták vizsgálatára. Azok a készítmények, melyeket valamely más „in vitro” vagy állatkísérletes modell (rendszerint a Wessler-technika) alapján thrombogénnek ítélték, percek alatt thrombint generálnak calcium jelenlétében. Egy halálos szövődményt okozó amerikai mintában 5 perc alatt jött létre a thrombin-képződés. A klinikai felhasználás során szövődménymentesen alkalmazott skót IX. faktor készítmények általában félóra után képeztek thrombint. Ez igen jó összhangban volt mások (Kingdon, Aronson) adataival, akik ugyancsak a saját in vitro, ill. állatkísérleteikben a skót készítményeket találták a legkevésbé thrombogén preparátumnak. Noha ez a recalcinációs-thrombingenerációs technika ígéretesnek látszik az egyes IX. faktor készítmények „in vitro” ellenőrzésére, további összehasonlító vizsgálatok szükségesek elsősorban a klinikailag „veszélyesnek” bizonyult készítményekkel. Faktor-hiányos szubstrát-plasmákkal végzett kísérleteink azt mutatták, hogy valószínűleg a IX. faktor készítményekben szennyeződésként előforduló kontaktaktivációs termék (XI_a faktor) áll a thrombinképződés hátterében.

Tekintettel arra, hogy egyes frakcionáló központok (például az amerikai Vöröskereszt) külön antithrombin III-at kevernek a IX.

faktor készítményekhez a thrombinhatás közömbösítésére, feladatunk vizsgálatát is e készítményekben. E kísérletek során egy véletlen megfigyelés igen érdekes és a IX. faktor preparátumokon messze túlmenő megfigyelést szült. Monospecifikus, antithrombin III. immunsavóval, crossed immunoelectrophoresis technikával kívántuk vizsgálni az egyes készítményekben előforduló antithrombint. Feltételezve a IX. faktor preparátumokban az electrophoresis során bekövetkező spontán thrombingenerációt, heparint kevertünk az agarosehoz, hogy meggátoljuk a zavaró folyamatot. Meglepetéssel tapasztaltuk, hogy normál plasmában is három különböző electrophoretikus mobilitású antithrombin III. molekula különíthető el: egy gyors és nagy mennyiségben jelenlevő és két lassúbb, alacsonyabb koncentrációkban előforduló komponens ismerhető fel. Serumában a gyors mobilitású komponens mennyisége csökkent, míg a két lassú komponens növekszik. A heparin nélküli agaroseban azonban a plasma és serum is egyforma, homogen és azonos electrophoretikus mobilitású precipitációs csíkot mutatott. Géliszűrési kísérletekkel valószínűsítettük, hogy a serumban megszorodó és heparinos fázisban lassúbb electrophoretikus mobilitást mutató antithrombin III. komponensnek az antithrombinnal thrombinnal, ill. a X_a-faktorral alkotott komplexei.

A heparinos crossed immunoelectrophoresis módszer alkalmazásával kimutattuk, hogy egyes IX. faktor készítményekben az antithrombin III. csupán a lassú komponensekkel van képviselve, vagyis thrombinnal, ill. egyéb aktivált alvadási faktor(ok)kal telített. Az említett halálos thromboemboliás szövődményt okozó IX. faktor preparátumban csupán „serum” antithrombin van, ami a gyakorlat szempontjából részben azt jelenti, hogy e készítményben a thrombingeneráció már végbement, másrészt pedig azt, hogy az antithrombin nem képes gátolni a további thrombinképződést.

A heparinos fázisban végzett electrophoresis segítségével közvetlenül is sikerült bizonyítani az előzőleg általunk leírt (Orv. Hetil. 1974, 115, 483.) antithrombin III. „Budapest” létezését. A thrombophilias betegünk (B. J.) plasmájában mintegy 5% mennyiségben fordul elő normális antithrombin és a 3 fizioológias „peak”-től eltérő helyen igen nagy mennyiségben találtuk a kóros antithrombin molekula precipitációs ívét. Heparin nélkül azonban a normális és a kóros antithrombin molekulák electrophoretikus mobilitása azonos. Géliszűrési vizsgálatokkal azt is sikerült bizonyítani, hogy az antithrombin III. „Budapest” molekulásúlya jelen-

tősen nagyobb a normális anti-thrombin molekulájánál.

E kérdések mellett a VIII. faktor készítmények AHG molekuláinak heterogén electrophoretikus mobilitását és ennek elméleti-gyakorlati következményeit vizsgáltam. Továbbá, egy essentialis, örökletes hypofibrinogenaemiás család 4 generációjában meghatároztuk a fibrinogen mennyiségi és minőségi viszonyait és ez igen ritka (az afibrinogenaemiánál is sokszorta ritkább) kórképben tisztáztuk az öröklésmenetet (autosomális domináns, változó penetranciával).

A munka jellegéből következően több más angliai intézettel is módomban volt megismerkedni és szá-

mos elismert haematológussal eszmecszerét folytatni. Az információgyűjtést nagymértékben elősegítette, hogy számos kongresszuson és symposiumon vettem részt. Így különösen gyümölcsöző és érdekes volt számomra az antithrombin III. „Budapest”-tel kapcsolatos víva, melyet U. Abildgaarddal és S. Wesslerrel folytattam, akiknek már módomban volt a kóros fehérjéről a módosított electrophoretikus módszerrel a közvetlen bizonyítékot is demonstrálni. Ugyancsak emlékezetes marad számomra az oxfordi Hemophilia Centre-ben töltött néhány nap, mely alatt E. Bidwell és C. R. Rizza vendégsze-

retetét élveztem.

Bízom benne, hogy a kint tapasztaltakat és tanultakat idehaza fel tudom használni, továbbá a tudományos kutatásban kialakult igen jó és gyümölcsöző kapcsolatot az edinburgh-i Vértranszfúziós Szolgálattal fenn tudjuk tartani.

John D. Cash igazgatónak nemcsak a meghívásért tartozom melegen köszönettel, hanem azért is, hogy az eltelt esztendő alatt minden támogatást maximálisan biztosított. Köszönettel tartozom továbbá mindazoknak a hazai szerveknek és személyeknek, akiknek hozzájárulása, illetve támogatása a tanulmányutamat lehetővé tette.

Sas Géza dr.

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

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

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

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

A ploidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosizok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritís 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 gynekológiai területen)





Anaesthesiologia

Az anaesthesiológusok környezeti mikroklimája. Szerkesztőségi közlemény: British Medical Journal 1975, 1, No. 5954, 353—354.

Az anaesthesiológusok hosszú órákon át, néha nappali világítás nélkül és rosszul szellőzött műtőkben dolgoznak, gyakran pihenésre és étkezésre is kevés idejük marad; feltehető, hogy emellett az állandó feszült figyelem is, melyre a súlyos állapotban levő betegeken végzett nagy műtétek során szükség van, növelheti mind az anaesthesiológusok, mind betegek morbiditását és mortalitását. Valójában azonban egy újabb felmérés szerint az anaesthesiológusok halálozási aránya alacsonyabb a várhatónál. Korábbi vizsgálatok adataival szemben nincs rá bizonyíték, hogy az anaesthesiológusok halálozási kockázata nagyobb volna coronaria-betegség, lymphoid és reticularis malignomák terén. Váratlanul nagy arányú rákos és más máj- és veseelégtelenség fordult azonban elő egy amerikai felmérés szerint, — bár az angol anaesthesiológusok között nem találtak gyakoribbnak a malignus betegségek előfordulását. A suicidium-arány a várhatónál nagyobb, második-harmadik helyen áll a hasonló képzettségűek csoportja között.

Mostanában aggodalmat kelt a narkózishoz használt gyógyszerek hatása az anaesthesiológusokra. A rosszul szellőzött műtőkben dolgozó szövegetekben az inhalációs anaestheticumok akkumulálódnak és lassan ürülnek ki. A levegőszennyeződés nemcsak a műtőben, hanem az ébredőszobában is észlelhető. Az ismételt halothan-expositio a máj microsomalis enzimrendszeireinek inductiójához vezet; emiatt feltehető, hogy a halothannal gyakran érintkező anaesthesiológusokban fokozott a halothan-lebon-tás és nő a bomlástermékek koncentrációja: trifluorecetsav, trifluor-acetil-etanol-amin, szabad klór és bróm. Az akkumulálódó, a vesén és a bőrön át lassan ürülő bróm ion gondolkodási zavarnak lehet az okozója.

A beteg szoros ellenőrzése során az anaesthesiológus hallási, látási, tapintási, sőt szaglási stimulusokra is támaszkodik. E jelek felismerésére, perceptiójára és integrálására, ítélet alkotására és a döntés kivitelezésére a sensoros és motoros funkcióknak épnek kell lenniük. Elégtelen pihenési periódusok, a műtői környezetben töltött hosszú órákkal párosulva ronthatják e funkciókat, és ez még hozzájárul a chronikus narkotikum-expositióhoz.

A műtőkben észlelhető koncentrációs dinitrogén-dioxid és halothan belégzése után kísérleti személyeken végzett psychometrikus tesztek eredménye romlott.

Klinikai koncentrációban, chronikus kísérletben, állatokon az inhalációs narkotikumok teratogének lehetnek, és zavarják az immunreakciókat. A dinitrogén-dioxid embernél csökkenti a fehérvérsejtszámot, patkányon fokozza az intrauterin magzatelhalás gyakoriságát. Szennyezett levegő műtőben való hosszas tartózkodás ilyen hatása nem ismert. 1967-ben azonban 303 szovjet anaesthesiológus orvosnő 31 graviditásából 18 végződött spontán vetéléssel (Vaisman), és ez hozta a kérdést az érdeklődés középpontjába. 1970-ben Dániában, 1972-ben Angliában végzett vizsgálatok is nagyobb találatok az anaesthesiológus orvosnők közt a spontán ab., fejlődési rendellenességek és nem kívánt infertilitás arányát, mint kontroll-csoportban. A műtőlevegő narkotikum-szennyezettségének vagy az általános munkakörülményeknek ebben való szerepe még tisztázásra vár. Addig is, míg ez megtörténik, a szennyeződést a gázoknak az altatókészülékben való tartásával (zárt rendszerű narkózis) vagy a műtőből való kiszellőztetéssel kell csökkenteni. Az aktív szén-abszorberek csak a magában alkalmazott halothan elnyelésére alkalmasak, a dinitrogén-dioxidot nem nyelik el.

A szerkesztőség üdvözlözi azt a kezdeményezést, hogy Nagy-Britannia és Írország Anaesthesiológusainak Társasága munkabizottságot hozott létre a kérdés megvizsgálására.

(Ref.: a szerkesztőség cikk néhány nemrégiben megjelent közleményt kommentál. Ezeket a kérdések aktualitása miatt a következőkben részletesebben ismertetjük.)

Giacinto Miklós dr.

A műtőkben dolgozók foglalkozási betegségei. Az Anaesthesiológusok Amerikai Szövetségének (ASA) Különbizottsága. (Különnyomat: Stanford University, 300 Pasteur Drive, Stanford California 94305.): Anesthesiology 1974, 14, 321—340.

Az utóbbi években egyre nagyobb számban jelentek meg közlemények, amelyek kis koncentrációban tartósan belégzett inhalációs anaestheticumok lehetséges veszélyeként vizsgálják az anaesthesiológusok, és általában a műtők személyzetének körében észlelt gestációs és teratogenetikai rendellenességek, malignus tumorok, máj- és

vesemegbetegedések átlagosnál gyakoribb előfordulását. A megfigyelések többsége csak kis népesség adatai alapján készült, így eredményeik nem általánosíthatók. Az ASA a kormány által megbízott Nemzeti Munkabiztonsági és Egészségügyi Intézet (NIOSH) segítségével 1972—1974 között országos felmérést készített a nyugtalanító kérdés tisztázására. (A vizsgálat előzetes közleményét az Orv. Hetil. referálta: 1974, 115, 943.)

A retrospektív felmérést kérdőíves módszerrel végezték. Kérdőívet küldtek három szövetség, az anaesthesiológusok (ASA), az anaesthesiológus asszisztensek (AANA) és műtősök—műtőtechnikusok (AORN/T) szövetsége minden tagjának (49 585 személy). Kontrollnak két szövetségnek — a gyermekgyógyászok (AAP) és nővérek (ANA) szövetségének — azokat a tagjait választották, akik nem dolgoztak műtőben (23 911 személy). Az összehasonlításokban az anaesthesiológusok adatait a gyermekgyógyászokéval, az asszisztensekéval és a műtősökéval a nővérek adataival vetették össze. A kérdések a munkakörülményekre, a felsorolt betegségcsoportokra és 10 év terhességi és szülészeti adataira vonatkoztak. Összesen 40 044 választ kaptak. Közöttük 13 242 terhesség adatait vizsgálhatták meg, az exponált férfiak feleségeinek terhességi történéseit pedig 10 946 eset kapcsán elemezték. A nyert adatokat gondosan szelektálták és megfelelő standardizálás után hasonlították össze. A felmérés eredménye a következő:

1. **Spontán abortus:** Az előző években és az első trimeszter idején is a műtőben dolgozó anaesthesiológus orvosnők, asszisztensnők és műtősnők körében szignifikánsan magasabb volt a spontán vetélések száma, mint a kontroll-csoportban. A gyakoriság a *kontrollokénak* 1,3—2,0-szerese. Az exponált férfiak felségei között a spontán vetélés előfordulása nem gyakoribb, mint a megfelelő kontroll-csoportban.

2. **Congenitalis anomáliák:** Az exponált csoportban egyértelműen magasabb a fejlődési rendellenességekkel született csecsemők aránya. A műtői környezet hatásainak kitett anaesthesiológus orvosnők gyermekein a fejlődési rendellenességek előfordulása a gyermekgyógyász orvosnők gyermekein találtak kétszerese. Az asszisztensnők körében az exponált csoportban 60%-kal gyakoribbak az anomáliák, mint azoknál, akik a terhesség első harmadában, és az előző években nem dolgoztak műtőben.

A fejlődési rendellenességek szer- vi localisatiójának összehasonlítása nem vezetett egyértelműen következtetésekhez. A többszörös rendellenességek összetevésekor azonban az exponált csoport veszélyeztetettsége kifejezettebb volt.

Az exponált férfi anaesthesiológusok gyermekein 25%-kal volt magasabb a fejlődési rendellenes-

segek aránya. (Az eltérés a szignifikancia határán van: az ASA-AAP esetében $P = 0,07$, az AANA-ANA viszonyának $P = 0,03$). Ez a várakozható igen komoly hatásokra enged következtetni, és további vizsgálatot érdemel!

3. **Rosszindulatú daganatok:** A rosszindulatú daganatok a műtői környezet által érintett nők csoportjában 1,3-tól csaknem kétszeresen nagyobb gyakorisággal mutatkoztak, mint a kontroll-csoportban. A malignoma típusát és localisatióját illetően, kivéve a lymphomák és a leukaemia előfordulását, amely az exponált csoportban háromszor gyakoribb, nem találtak szignifikáns különbséget a kontroll-csoporttal szemben.

A műtőben dolgozó férfiak körében nem találtak fokozottnak a kockázatot a rosszindulatú daganatokat illetően.

4. **Májbetegségek:** A májbetegségek (a serum hepatitist figyelmen kívül hagyva!) az exponált nők körében egyértelműen gyakrabban fordulnak elő, mint a műtőn kívül dolgozó nők esetében. A kockázat 1,3–2,2-szer mutatkozik nagyobb. Hasonlóan jelentős, szignifikáns a különbség a férfi anaesthesiológusok és a gyermekgyógyászok csoportja között is ($P = 0,01$).

5. **Vesebetegségek:** A fertőzések kórkepeket figyelmen kívül hagyták a renális kórkepek értékelésekor. Az előfordulás itt 1,2–1,4-szer gyakoribb. Kevésbé látszik egyértelműnek, bár az asszisztensnők és a műtősnők esetében a műtőn kívül dolgozókkal összehasonlítva a különbség közel szignifikáns ($P = 0,01$, ill. $0,05$). A férfi anaesthesiológusok között nem találtak gyakoribbnak a vesebetegségeket.

A bizottság tisztában van azzal, hogy a vizsgálat módszerében vannak vitatható tények, így pl. a vizsgálat retrospectív volta, a kérdőíves módszer, az összehasonlított csoportok kialakítása, stb. ezért csak feltételekkel lehet kijelenteni, hogy a műtőben dolgozók egészségkárosodását az anaestheticumok okozzák, bár a szaporodó állatkísérletes adatok és a klinikai megfigyelések is erre utalnak. (Rutin munkanap után az anaesthesiológusok kilégtették a műtőben a halothan 64, a methoxyfluran 29, a dinitrogenoxid 7 óráig mutatható ki. Methoxyfluran anaesthesiát követően az anaesthesiológusok serumának fluorid ion koncentrációja hat és fél órán át emelkedett). A vizsgálat szerint a műtőben dolgozók fokozott megbetegedési aránya tény, és ennek kapcsolata a levegőt szennyező anaestheticumokkal nagyon kézenfekvőnek látszik.

Ezután áttekintik a műtő-levegő anaestheticum szennyezettségének mai helyzetét, megszüntetésének technikai lehetőségeit, és ennek árát. A szellőztetett műtő levegőjében általában 10 ppm halothant és 600 ppm N_2O -t találtak. A legfontosabb a túlfogyó-szelepeken kiáramló gáz összegyűjtése és eltávo-

lítása. Ez legalább 90%-kal csökkentheti a levegő szennyeződését. Ilyen eszköz kifejlesztése folyamatban van. A maradék szennyeződés az altatókészülékek tömítetlenségéből származik, további csökkentése olyan légkondicionálással valósítható meg, amely cirkuláció nélkül óránként 15-szörös gázcsere-t biztosít.

Remélik, hogy a következő, második országos felmérés idejére, 1978-ra a műtők többsége rendelkezni fog a megfelelő levegőtisztító berendezésekkel, és az akkori vizsgálat nem talál majd a mostanihoz hasonló káros eltéréseket. (Ez egyben az anaestheticumok mellékhatásaival kapcsolatos feltételezés bizonyítéka is lenne.)

Barna Béla dr.

A műtő levegőjében levő anaestheticum hatásai. Szerkesztéségi közlemény: *Anesthesiology* 1974, 41, 317–318.

Az aether narkózis bevezetése óta, 128 éve, mindenki, akinek ép az olfactoria, észrevehette, hogy az aether nemcsak a beteg szervezetebe jut be, hanem a műtő levegőjébe is. Az aether felváltó inhalációs anaestheticumoknak ugyan kevésbé átható a szaga, de jelenlétük a műtő levegőjében az aetherhez hasonlóan nyilvánvaló. Gondolni kellett volna arra, hogy ismételt, hosszú időn át való belégzésüknek komoly hatásai lehetnek azokra is, akik alkalmazzák. Az észrevehető kellemetlenségeket nem vettük komolyan, legfeljebb tréfálkozott rajta a sebész és az anaesthesiológus is.

Ezt a derűs nyugalmat törte meg a szovjet Vaisman 1967-ben. Közleménye először számolt be a spontán abortusok számának emelkedéséről anaesthesiológiával foglalkozó nők körében, chronikus aether hatással összefüggésben. Azóta a világirodalomban több mint 30 közlemény foglalkozott a tartós kis koncentrációjú anaestheticumgáz inhalatio problémáival, a vele kapcsolatos állatkísérletekkel és klinikai megfigyelésekkel.

Az ASA különbizottságának vizsgálatairól közzétett beszámoló különös jelentőségű. Egyetlen megelőző vizsgálat sem volt ilyen széles körű. Óriási anyagot dolgoztak fel és tisztán bizonyították, hogy az anaesthesiológusok körében fokozott mértékben fordulnak elő bizonyos betegségek, gestációs és teratogenetikai rendellenességek. Az anaesthesia nemcsak a beteg számára kockázatot, hanem annak is, aki végzi.

Az egészségkárosodások létrejöttében az anaestheticumok szerepe kézenfekvőnek látszik, de nem bizonyított. Oki szerepe lehet az anaestheticumokon kívül az emocionális stressznek, feszültségnek, a műtőben töltött órák számának és sok más még ismeretlen faktornak.

Ezeket túl is számos megválaszolatlan kérdés maradt: Ha a veszély okai az anaestheticumok, mind egy-

formán veszélyes-e? Hogyan fejti ki káros hatásait? Az elszívó berendezésen kívül van-e más hatékony védekezés? Nem kell-e a műtői munkát rövid periódusokban műtőn kívüli munkával felváltani? Mennyi idő telik el a káros hatások megjelenéséig? A pálya veszélyességének milyen hatása van a szakma népszerűségére?

A kérdések megválaszolásához még sok információra van szükség. Az azonban nem kétséges, hogy az elszívó berendezések alkalmazására feltétlen szükség van. Hatékony elszívó rendszereket kell beszerezni, és következetesen használni kell azokat. Az elszívó berendezés hiányának a jövőben jogi következményének kell lennie.

(Ref.: Megfelelő védőberendezések kialakítása hazánkban is sürdős feladat!)

Barna Béla dr.

Fejlődési rendellenességek anaesthesiológus asszisztensnők gyermekei között. Corbett, T. H., Cornell, R. G. (Research Lab., USVA Hospital, Ann Arbor, Michigan): *Anesthesiology*, 1974, 41, 341–344.

Michigan államban kérdőívek alapján mérték fel az anaesthesiológus asszisztensnők gyermekein előforduló fejlődési rendellenességeket és rosszindulatú daganatok gyakoriságát. Eredményeiket az átlag népesség adataihoz hasonlították. Két csoportot képeztek aszerint, hogy az anyák terhességük alatt dolgoztak-e műtőben, vagy nem. 525 válaszadó közül 268-an szültek összesen 695 gyermeket. Ezek közül 86-on (12,4%) fordult elő egy vagy több (összesen 96) fejlődési rendellenesség. A terhesség alatt 434 esetben dolgozott az anya műtőben („dolgozó csoport”), 261 esetben nem („nem dolgozó csoport”). A dolgozó csoportban 16,4%, a nem dolgozó csoportban 5,4%-ban fordult elő valamilyen fejlődési rendellenesség. Az átlag populációban 8,4% a fejlődési rendellenességek incidenciája. A különbség a dolgozó és nem dolgozó csoport, valamint a dolgozó csoport és az átlag népesség között szignifikáns.

Szervrendszerekre lebontva, a bőr és a mozgásszervek fejlődési rendellenességeit tekintve kifejezett a különbség a dolgozó és nem dolgozó csoport, valamint a dolgozó és az átlag csoport között. Rosszindulatú daganat a dolgozó csoportban 3 (neuroblastoma, thyroidea tu. és parotis tu.), a nem dolgozó csoportban 1 (acut leukaemia) fordult elő. (A kis esetszám miatt statisztikai számítás nem végezhető.) A szerzők szerint a közlemény célja csak az, hogy felhívja a figyelmet az anaesthesiológus asszisztensnők fokozott veszélyeztetettségére.

Adorján Katalin dr.

A brit anaesthesiológusok foglalkozási betegségei. Spence, A. A., Knill-Jones, R. P., Newman, B. J. (Western Infirmary, Glasgow.): Proceedings of the Royal Society of Medicine. 1974, 67, 989—990.

Bevezetőben a szerzők áttekintik az anaesthesiológus orvosnők és asszisztensnők terhességének veszélyeztettségével foglalkozó legfontosabb cikkeket adatait.

Felmérést készítettek, amelyben az Egyesült Királyság valamennyi anaesthesiológus orvosnőjének kérdőívek útján nyert adatait, anaesthesiával nem foglalkozó orvosnők adataival hasonlították össze (összesen 1391 személy). Az anaesthesiával nem foglalkozó orvosnők és a terhesség idején nem dolgozó anaesthesiológus orvosnők spontán vetélési arányát hasonlították találták, 14% körül. A terhesség idején is dolgozó anaesthesiológus orvosnők esetében az arány 18,2% volt. A különbség szignifikáns.

A kontroll-csoporthoz viszonyítva az anaesthesiológus orvosnők infertilitása kétszeres volt. A fejlődési rendellenességgel született csecsemők aránya is nagyobb volt az exponált csoportban, de a rendellenesek típusait illetően nem találtak különbséget.

Kísért az a lehetőség, hogy az elváltozásokat összefüggésbe hozzuk az embryo fejlődési zavarával, amelyet az anaestheticumok indukálnak. Ez azonban nem ilyen egyszerű. A spontán vetélések esetében a magzat érettsége az exponált csoportban hasonló a kontrolléhoz. Nincs különbség a fejlődési rendelleneségek formáiban sem, nincs speciálisan érintett szervrendszer. A nem kívánatos infertilitásról beszámoló anaesthesiológus orvosnők 50%-ának később zavarmentes volt a terhessége, műtői munka ellenére is.

A férfi anaesthesiológusok feleségeinek terhességi adatait is vizsgálták ebben a felmérésben. Ezeknek és az általános morbiditási adatoknak a feldolgozása még folyik. Úgy látják, hogy az anaesthesiológusok feleségei esetében a spontán vetélések száma nem emelkedett, a fejlődési rendelleneségek aránya azonban nagyobb, mint a kontroll-csoportban.

Az általános morbiditásról nyert adatokból a következőket közlik: az anaesthesiológusok között gyakoribb az ulcus pepticum, a cardiovascularis rendszer betegsége, a hepatitis, a lumbalis discusok elváltozása, mint más kórházi, vagy nem kórházban dolgozó orvosok esetében. Ezzel szemben a malignus tumorokat nem találták gyakoribbnak

Barna Béla dr.

Az anaesthesiológusok mortalitásának prospektív vizsgálata 1967—1971 között. Bruce, D. L. és mtsai. (Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois.): Anesthesiology 1974, 41, 71—74.

A vizsgált öt évben Anaesthesiológusok Amerikai Szövetségének (ASA) az Egyesült Államokban és Kanadában élő aktív és nyugalmába vonult tagjai közül 211 halt meg. A halálokokat a WHO kódja szerint határozták meg és a Metropolitan Biztosító Társaság (MLIC) hasonló szocio-ökonomiai körülmények között élő biztosítottjainak, hasonlóan osztályozott adataival vetették össze.

Az anaesthesiológusok összesített és a halál okai szerint vizsgált mortalitása — a suicidiumok számát kivéve — alacsonyabb volt, mint a kontroll-csoporté. A halálokok között a coronaria halál vezet (45,5%). Malignus neoplasma 40 esetben (19%) volt a halál oka, suicidiumot 19-en követtek el (9%). A vizsgálat adatai lényegében megegyeznek az előző, 20 évet (1947—1966) vizsgáló retrospektíve készített felmérés eredményeivel, kivéve a chronikus nephritist és lymphoreticularis malignomák előfordulását, ezek aránya csökkent.

Úgy látszik, hogy a coronaria halál kockázata az anaesthesiológusok körében nem nagyobb, mint az átlag népességé. A lymphoreticularis kórképeket a MILC statisztikája nem tartalmazza külön. Az adatokat itt az USA fehér férfi lakosságának mortalitásához viszonyították, ami lényeges különbséget nem mutatott. Az alacsony esetszám miatt, a morbiditási adatok hiányában saját adataikat nem tartják alkalmasnak a betegség fokozott kockázatának biztos kizárására. Felhívják viszont a figyelmet a tüdőrák szaporodására az anaesthesiológusok körében, bár az előfordulási arány így sem magasabb, mint kontroll-csoportban.

A suicid mortalitás háromszorosa a biztosítottak közt észleltnek. (A 19 suicid esetből 14 személy 55 évesnél fiatalabb volt!) A szerzők nem vállalkoznak a jelenség magyarázatára.

Megjegyzéseik, más szerzőkre hivatkozva, hogy az orvosok és a fogorvosok suicid mortalitása háromszoros az egyéb szellemi foglalkozásúak mortalitásának, de hasonló, mint a fizikai munkásoké.

Barna Béla dr.

Az anaesthesiológus perspektívája. Smith, W. D. A. (University of Leeds.): Proceedings of the Royal Society of Medicine 1974, 67, 987—989.

Az anaesthesiológus munkája leginkább a repüléshez hasonló. A felszállás és a leszállás különleges ügyességet igényel. A repülés ideje monoton, az ellenőrzés elegendő, ha azonban az esetleges változásokra hozott cselekvés késik vagy inadequat, annak végzetes következménye lehet. Minden olyan hatás, amely kedvezőtlenül befolyásolja az anaesthesiológus figyelmét, ítélő és szakmai teljesítő képességét,

közvetve a betegek ellátását is befolyásolja.

Ugyanazok a tényezők, amelyek előidézhetik az anaesthesiológusok egészségkárosodását, szakmai teljesítő képességüket is befolyásolják! A potentialis veszély okát keresve egyetlen tényező vizsgálata nem elegendő. Oki tényező lehet a „foglalkozási stressz”, amely a bizonytalanság és a várakozás okozta chronikus szorongásból származik. Ezt tovább fokozza a munka rendszeretelensége, a fáradtság, esetenként a hiányos képzettség és gyakorlat. Oki tényezők lehetnek a műtői környezet hatásai: a röntgen-sugárzás, fertőző és toxikus hatások, amelyek közül egyik lehet az inhalációs anaestheticumok kis koncentrációjának tartós belégzése.

A káros környezeti hatások tisztázása azért fontos, mert az nemcsak az anaesthesiológus egészségére, munkavégző képességére van hatással, hanem a szakma népszerűségére, fejlődésére, az anaesthesiológiai ellátás kiterjedtségére és színvonalára. *Környezetünk hatásait nem hanyagolhatjuk el, de nem szabad rontanunk sem alaptalan riadalomkeltéssel.*

A műtők anaestheticum szennyezettségének megítélése nagyon nehéz. A szennyezettség mértéke függ a légtér nagyságától, az anaestheticum koncentrációjától, alkalmazásának módjától, és időtartamától. További nehézség, hogy az anaestheticumok toxikus hatása nincs összefüggésben az anaestheticum hatás erősségével, és nem hasonlítható össze más anyagok toxikus koncentrációjával. Az anaesthesiológusok egészségkárosodása és az anaestheticumok tartós belégzése közt oki összefüggés nincs bizonyítva, de amíg az ellenkezője, az anaestheticumok ártalmatlansága nem bizonyított, az egészségre veszélyesnek kell őket tekintenünk. Megfelelő védő berendezéseket kell kialakítani és alkalmazni. A legfontosabb követelmény ezekkel szemben, hogy legyenek a beteg szempontjából biztonságosak, alkalmazásuk céljának megfelelően hatékonyak, megbízhatóak, könnyen kezelhetők, gazdaságosak. Ilyen eszköz bizonyára nem lesz nagyon olcsó. Az anaesthesiológusok foglalkozási ártalmának lehetőségét azonban mindenképpen fontosabbnak kell értékelnünk. További vizsgálatot igényelnek azok a tényezők, amelyek még számításba vehetők a szakmai teljesítő képesség csökkenésének okaként.

Barna Béla dr.

Az inhalációs anaestheticumok mint xenobioticumok. Geddes, I. C. (Univ. of Liverpool, Elizabeth Str., PO Box 147, Liverpool, L69 3BX.): Proceedings of the Royal Society of Medicine 1974, 67, 990—992.

A párolgó anaestheticumok többsége a szervezetben bizonyos mértékben metabolizálódik. A bomlástermékek azonban alig ismertek,

eltekintve a methoxyflurantól és a trichloroethylentől. Még olyan anaestheticum esetében sem ismerjük pontosan a metabolitokat, mint a halothan.

A szervezetbe került *methoxyfluran* nagyon hosszú ideig benn is marad a szervezetben. Hatására nő a fluorid ion koncentrációja. A fluorid ion maximális koncentrációja és az általa okozott nephrotoxicitás mértéke között egyenes arányt találtak.

Az anaesthesia során alkalmazott *halothan* koncentrációja és a toxikus hatások között nem találtak összefüggést sem állatkísérletekben sem humán vizsgálatokban. Kimutatták azonban, hogy előzetes halothan expositio útján újabb halothan hatás következményeként megnő a szabad bromid ion koncentrációja. In vitro májmicrosoma preparátumokban bizonyítható, hogy a nagy mennyiségű bromid ion a ^{28}Br -rel jelzett halothan molekulából származott. A klinikumban halothan hatásnak előzetesen ki nem tett betegek és anaesthesiologusok vérmintáinak összehasonlítása szolgálat hasonló esetet. Ismételt halothan anaesthesia bromid ion szintre gyakorolt hatását is megvizsgálták. Minél hamarabb követte az első narkózist a következő expositio, annál jelentősebb és tartósabb volt a bromid ion koncentráció emelkedése, viszont csökkent, ha az expositiók közötti intervallum nőtt. Ennek okát a halothan úgynevezett enzim-indukciós hatásában látják. A fokozott enzimaktivitás hatására gyorsul az anaestheticum lebomlása és szaporodnak a metabolitok.

Ne felejtjük el, hogy ismeretlen vegyületeket juttatunk betegeink szervezetébe. Észre kell venni, hogy közülük némelyiknek káros hatásai vannak, és tudomásul kell venni, hogy ezek a hatások nemcsak a betegen, hanem az anaesthesiologuson is jelentkezhetnek. Mindent meg kell tenni, hogy csökkentsük az anaesthesiologusok szervezetébe kerülő idegen anyagok mennyiségét.

Barna Béla dr.

A műtőblokk dinitrogénoxid tartalma. Yanagida, H. és mtsai (Dept. Anaesthesiology, University of Tokyo, Hongo, Tokyo, Japán): *Anaesthesia and Analgesia* 1974, 53, 347—350.

Egyre több közlemény foglalkozik a műtő személyzetének egészségi állapotával. A dinitrogénoxid (N_2O) az anaestheticumok között a legkisebb toxicitással bír, mégis növekvő számban hívják fel a figyelmet a chronikus N_2O expositio potenciális veszélyeire.

1969-ben Linde és Bruce átlag 130 ppm. N_2O koncentrációt (max. 428 ppm.) mért a műtőben az altatógép mellett. Askrog és Peterson nyílt rendszerben végzett narkózis közben 7000 ppm. koncentrációt mért az anaesthesiologus mellett. A szerzők jelentős N_2O koncentrációt

találtak nemcsak a műtőben, hanem a folyosón, a műtő előterében, az ébredőszobában és az őrzőben is. Közlik a műtőblokk elhelyezkedését és a műtétek menetrendjét. 13 műtőből 7—8-ban 8.30 óras kezdéssel műtét folyik. A N_2O szintet szombatban mérték, amikor a műtétek 13 óráig befejeződtek. A narkózis-formát az anaesthesiologus választja meg, de extrém vagy alacsony áramlást nem használnak (a N_2O -ból 2—6, átlag 4 l/min). Minden műtőben működik légkondicionáló berendezés, ami a levegőt óránként 15-ször cseréli. A levegőmintát az ébredő szobában 150 cm-rel a padló felett, a helyiség közepén vették 13—16-szor. A műtőben óránként 6—8-szor a műtét kezdete után 1—2—3 órával három helyről: a mennyezet, ill. a padló közelében és az altatógép túlnyomós szelepétől mért 50 cm-es távolságból. A levegőmintát lassú mozdulattal egy tiszta, jól záró fecskendőbe vették és azonnal lezárták, majd gázkromatográffal vizsgálták. Azt találták, hogy a N_2O koncentráció a műtőben a narkózis kezdete után azonnal emelkedik, és maximumát (átlag 880 ppm.) 3 óra múlva éri el az altatógép közelében. Az ébredő szobában a N_2O koncentráció a műtétek kezdete előtt mérhetetlen volt. Fél órával a narkózis kezdete után — anélkül, hogy az őrzőbe altatott beteg, vagy a műtőbe bárki is bekerült volna — a N_2O koncentráció 10 ppm.-re emelkedett és 12 óra körül érte a maximumát (55 ppm.), majd fokozatosan csökkent. Az ébredő szoba 11 és 13 óra között rendszerint megtelt altatott betegekkal. Szignifikáns összefüggés mutatható ki a N_2O szint és az ébredőszoba, ill. az őrzőbe került betegek száma között.

A N_2O a legkevésbé ártalmas anaestheticum, nem is lehet nélkülözni használatát, de az anaesthesiologus nem tudja elkerülni a N_2O expositiót.

Eppen ezért állandóan felmerül a kérdés, hogy a műtőblokkban dolgozók egészségére ártalmas-e a chronikus N_2O expositio. Jelenleg még végleges véleményt mondani nem lehet, de tanácsos a lehető legalacsonyabb áramlással dolgozni, elengedhetetlen a jól működő légkondicionáló berendezés, és N_2O abszorber használata.

Hargitay Zoltán dr.

A műtő levegőjének szennyeződése anaestheticumokkal. A szennyeződés megelőzése. Lane, J. R. (St. James Hospital, Leeds, LS9 7TF): *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1974, 67, 992—994.

A Leeds-i Általános Kórház cystoscopes műtőjében, amelynek a szellőzést előzőleg megfelelőnek ítélték, megmérték a levegő halothan szennyezettségét. Minden műtét végén a műtő közepén a padló, a mennyezet szintjén és középmagas-

ságban vettek mintát. A mért értékeket arányosnak találták az előző műtét idején elpárologtatott halothan mennyiségével. A legmagasabb koncentrációt váratlanul a mennyezet szintjén mérték. Ez 20 ppm. volt. (Ref.: 1 ppm. = 0,0001 térf.-%). Ennek oka akkor tisztázódott, amikor elkészítették a műtő légáramlási modelljét. Kiderült, hogy a szellőztetőből beáramló levegő a mennyezet közelében levő exhaustor felé épp a beteg fejénél áramlik felfelé, magával emelve a narcoticum gőzöket.

A kórház monitorizált műtőjében, 18—20-szori légcserét biztosító légkondicionálás van, és az elszívók a padló szintjén vannak, a halothan koncentrációja a padló szintjén volt a legmagasabb, 5 ppm. körüli értékek találtak.

További mérések során egyértelműen bebizonyosodott, hogy a szennyezettség a friss gáz áramlás mértékével arányos, (500 ml/min áramlásnál: 5 ppm., 10 liter/minnél 20 ppm.). A friss gáz áramlás azonban nem csökkenthető minden esetben, azért feltétlenül szükséges a kifolyó gázok összegyűjtése. Megfelelő szelepet még nem sikerült kialakítani, és ez önmagában elégtelen is. A gázok levezetése a padló szintjére némileg csökkenti ugyan az anaesthesiologus veszélyeztetettségét, de a műtő-levegő általános szennyezettsége nem csökken. Az elnyelő szén használata nagyon drága, és nem oldja meg a dinitrogénoxid elnyelést. A túlfolyó gázok passzív kivezetése a műtőből sok technikai nehézséget és kényelmetlenséget jelent, és a hosszú tömlősor sérülékeny is.

A legtöbbet ígérő megoldásnak az aktív elszívó berendezés használata látszik. Végleges megoldása még ennek sincs kidolgozva. A gázgyűjtő szelepre helyezett bordástömlőből mint nyitott végű reservoirból való elszívás hatásos, de nem tökéletes. Növelni kell a reservoir terület és szeleppel, vagy szelepekkel biztosítani kell ennek egyenletes teltségi állapotát. Barna Béla dr.

Módszer az anaestheticumot elnyelő aktívált szén regenerálására. Capon, I. H. (Freedom Fields Hospital, Plymouth): *Anaesthesia* 1974, 29, 610—614.

Az anaestheticum elnyelése — amelyet az atherrel kapcsolatban Epstein már 1944-ben leírt — legfontosabb hátránya az, hogy az aktívált szén tartalmazó tartályok regenerálása nehézkes és lassú, az egyszerű használatos eszközök pedig túlságosan drágák.

Eddig a szén regenerálását 150 °C-on tartós hevítéssel végezték. A szerző ehelyett autoclavozza a narcoticum elnyelő tartályokat. A teljes regeneráláshoz kétszer 17 perces ciklus szükséges. Minden ciklusban a túlnyomást vacuumos szállítás követi. 210 ml aktívált szénrel megtöltött, (10 cm átmérőjű, 4 cm magas) elnyelő tartály, 4 liter/min.

friss gáz áramlás és 0,5–1,5 térf.-% halothan koncentráció alkalmazása esetén, másfél óráig használható. Ez alatt az idő alatt 25–30 gramm halothant nyel el. Az elnyelt halothan mennyisége 1–12 grammra csökkent, ha nem végeztek vacuumos szárítást. Csökkent az elnyelő készség akkor is, ha csak egy ciklust alkalmaztak. Ezt az elnyelő tartályt a benne levő szénnel 300-szor regenerálták, anélkül, hogy a szén absorbeáló készsége csökkent volna.

Barna Béla dr.

Iatrogen ártalmak

A sepsis veszélyéről intravénás táplálás alkalmával. Copeland, E. M. és mtsai (University of Texas, Houston Hospital and Tumor Institute): Surg. Gynecol. & Obstet. 1974, 138, 377–381.

Az intravénás hyperalimentatio számos betegségben, elsősorban leromlott daganatos betegeken válik szükségessé. E betegek a fertőzésekkel szemben rendkívül fogékonyak, ezért a septikus komplikációk veszélye igen nagy. Curry és Quie szerint az iv. hyperalimentatio során 20%-ban, Bernard szerint 40%-ban lép fel iatrogen sepsis, igen gyakran candida sepsis formájában. A sepsis súlyosságát fokozza az egyidejűleg alkalmazott immunosuppressív kezelés és a corticosteroidok adagolása.

A szerzők 93 daganatos betegen végeztek vizsgálatokat. A katétereket aseptikus körülmények között vezették be, s a sokszor hetekig tartó iv. aminosav terápiát a legnagyobb körültekintéssel végezték. A kezelés átlagos tartama 24,8 nap volt. Bacterialis contaminációt 7,3%-ban észleltek (a katétervég bakteriológiai vizsgálata alapján), azonban klinikailag manifest sepsist csak 2,2%-ban találtak. Candida sepsis 2 fordult elő anyagukban. Pozitív haemocultúrát 6 esetben észleltek, ezekből 3 ízben tenyésztett ki a kérdéses kórokozó a katéter végéről.

Megállapításuk szerint az iv. hyperalimentációval összefüggő sepsis anyagukban lényegesen alacsonyabb volt a mások adatai szerint közöltekénél. Ennek okát abban látják, hogy a katéter felhelyezés kapcsán műtői aseptist alkalmaztak és a tartós iv. kezeléseket minden esetben egyetlen, erre a célra kiképzett személy végezte. Hangsúlyozzák azt is, hogy a septikus komplikációk megelőzésében a katéter körüli bőrterület rendszeres, gondos kezelésének is nagy szerepe van.

Berkessy Sándor dr.

A katéter összetételének szerepe a thrombophlebitis kialakulásában. Welch, G. W. és mtsai (U. S. Army Inst. of Surg. Research, Fort Sam Houston): Surg. Gynecol. & Obstet. 1974, 138, 421–424.

A vénákba helyezett katéter két leggyakoribb veszélye a generalizált sepsis és a thrombophlebitis. Az utóbbiak gyakorisága 13–39% között mozog. Létrehozásában szerepet játszik az infusatum pH-ja, az infúziók időtartama, a kanül mérete, a vénás áramlási viszonyok, valamint a kanül behelyezésének technikája.

A szerzők kutyakísérletekben hasonlították össze a polyethylen és a teflon katéter veszélyeit. A vena jugularison felvezetett katétereken át infúziókat nem adtak. Különböző időtartamok után az állatokat leölték és a katéterezett vénát makroszkóposan és mikroszkóposan megvizsgálták. Már makroszkópos vizsgálattal feltűnt, hogy a polyethylen kanüellel kanülált vénákban a 10. napon kiterjedt thrombosis volt, míg a teflon katéter makroszkópos thrombosis nem okozott. A thrombusképződés már a második napon megindult, a 4. napon már fibroblastok is találhatóak voltak benne, a 8. napon rekanalizáció kezdődött. A thrombusokban minimális mennyiségben találtak bacteriumokat, azonban Collins adataival egyezően a polyethylen katéterek eseteiben a bacterialis contaminatio valamivel kifejezettebb volt.

Infúziók adása esetén a bacterialis contaminatio veszélye lényegesen megnövekszik. Vizsgálataik a thrombosisok veszélyét illetően egyértelműen a teflon katéterek előnyei mellett szólnak.

Berkessy Sándor dr.

Oralis anticoncipiens és thromboemboliás szövődmények. Szerk. közl. British Medical Journal 1974, 1, No. 5901, 213.

Az orális anticoncipiens melékhatásáról, elsősorban a thromboemboliás szövődményekről sok közlemény jelent meg, ez a téma vita tárgyát képezte már ebben a folyóiratban is. 1969-ben jelent meg a Brit. Med. J.-ben Vessey, M. P. és Doll, R. cikke, amelyben kifejtették, hogy az orális anticoncipiens és thrombosis között oki összefüggés mutatható ki. Más szerzők, mint pl. Drill, V. A. ezt cáfolják; feltételezik, hogy azok a nők, akik anticoncipiens szedése után thrombosis alakul ki, predisponáltak thrombosis kialakulására, tehát a gyógyszer nem kiváltó okként, hanem esetleg elősegítő tényezőként szerepel. Ezt az álláspontot képviselte Astedt, B. és mtsainak ebben a folyóiratban nemrég megjelent cikke is.

6 évvel ezelőtt a Brit. Med. J. szerkesztőségi közleményében azt az álláspontot képviselte, hogy oki összefüggés van az anticoncipiens szedése és thrombosis kialakulása között, de anticoncipiens szedése nélkül a több nemkívánt terhesség nagyobb mortalitást eredményez, ezért az anticoncipiens rendelését elfogadták mintegy átmeneti állapotként, amíg bizto-

sabb módszerek nem állnak rendelkezésre. Milyen változás történt azóta a módszerek tekintetében az elmúlt 6 év alatt? Az anticoncipiens thrombosis okozó hatása az oestrogeneknek tulajdonítható. A csak progestogent tartalmazó gyógyszerek azonban nem váltak be, mivel gyakran hatástalannak bizonyultak, másrészt gyakran rendszertelen vézést okoznak. Ezután olyan készítményeket állítottak elő, amelyekben az oestrogen tartalom minimális. Az angol piacon levő legtöbb jelenlegi anticoncipiens nem tartalmaz 50 μ g-nál több ethinyloestradiolt vagy mestranolt. Felmerül azonban az is, hogy nem az oestrogenek mennyiségével, hanem kémiai tulajdonságával van összefüggésben a nemkívánatos mellékhatás. Az anticoncipiensben levő oestrogenekben alkylált oldallánc van, ami a metabolizmusukat és inaktíválásukat igen lassúvá teszi. Lehetséges, hogy természetes oestrogen (oestradiol, oestron vagy oestriol) alkalmazásával a thrombosis problémát meg lehetne oldani.

Mód Anna dr.

Recidiváló vénás thrombosis és az oralis fogamzásgátlók. Badaracco, M. A., Vessey, M. P. (Department of Medicine, Radcliffe Infirmary, Oxford.): British Medical Journal 1974, 1, No. 5901, 215–217.

A szerzők 1969-ben közölt cikkükben 42 beteg esetét ismertették, akiket oralis fogamzásgátlók szedése után vénás thrombosis alakult ki. Kontrollként 42 olyan nőbeteg szerepelt, akiket fogamzásgátló szedése nélkül alakult ki vénás thrombosis. A szerzők ebben a közleményükben azt vizsgálták, hogy az azóta eltelt időszakban milyen arányban volt recidiva a két betegcsoportban. Gyakorlatilag egyforma számú terhesség és szülés volt azóta mindkét csoportban. A terhességi és gyermekágyi periódus alatt a két csoport között nem volt különbség. A nem terhességi-, ill. gyermekágyi időszakokra eső thrombosisok számának a vizsgálata azt mutatta, hogy az első thrombosis idején fogamzásgátlót nem szedők között az azóta eltelt idő alatt négyszer több volt a recidiva. Ezekhez az adatokhoz a szerzők a betegek kikérdezése útján jutottak, és mielőtt komolyabb következtetést vonnának le belőle, szükségesnek tartják megvizsgálni, hogy ez az információ gyűjtés értékelhető-e vagy sem. A kapott eredmények azonban azt mutatják, hogy azok a betegek, akiket fogamzásgátlók szedése után alakul ki thrombosis, kevésbé hajlamosak a recidivára, mint a fogamzásgátlót nem szedők.

Mód Anna dr.

D-vitamin-dependens rachitis hospitalizált, mentálisan retardált gyermekekben hosszú ideig tartó anticonvulsiv therapia esetén (Lifshitz, F., Maclaren, N. K. (North

Hosszú ideig tartó anticonvulsiv
therapiában részesülő betegekben
gyakori melléklet a calcium
anyagcsere eltérése, osteomalacia és
rachitis kialakulása. A szerzők ezt
az összefüggést olyan 15 éven aluli
gyermekben keresték, akiket el-
fekvő intézetben kezeltek. Az anti-
convulsiv terapiában részesültek
7%-ában találtak rachitist, mind-
egyikük súlyosan retardált volt és
gyakori recurrens infekciókban
szenvedtek.

A 288 vizsgált gyermek közül
129-et ambuláner észlelték. 134-en
részesültek hosszabb ideig anticon-
vulsiv kezelésben: 58 kizárólag phe-
nobarbital, 8 csak diphenylhidan-
toin, 38 e kettő kombinációját, to-
vábbi 30 egyéb, különböző módon
variált gyógyszert kapott (pri-
midon, succinimid stb.). Mindegyi-
küket minimálisan 1 évig kezelték
teljes dosissal. A kezelés kezdetétől
valamennyi betegnek a megfele-
lő vitamin (napi 80—1200 NE D₂-
vitamin) és kalória ellátását bizto-
sították.

A vizsgálat során a serum cal-
cium, phosphor, alkalikus phosphatase,
nátrium, kálium, magnézium
szintet ellenőrizték, míg a vizelet-
ből meghatározták a Ca, P, Mg,
kreatinin és aminonitrogén kon-
centrációt. 75 esetben készítették
csukló- és térdfelvételt.

Kiderült, hogy az anticonvulsiv
therapiában részesült betegek Ca-
és P-szintje alacsonyabb, míg alkali-
kus phosphatase szintje maga-
sabb, mint akiknél hasonló gyógy-
szeradagolás nem volt.

Az egyes gyógyszerek hatása is
különbözött: a) Phenobarbital ha-
tására a serum-Ca csökkent, de a P
és alk. phosphatase nem változott.
b) Diphenylhidantoin esetében a se-
phosphatase emelkedett, a Ca és P
nem változott. c) A kombinált
kezelés mindhárom értékben válto-
zást eredményezett.

Ez az eltérés a rgt-képeken is tükröz-
dő: 10 esetben radiológiailag is igazolható volt a rachitis, min-
den esetben 3—7 éve részesült a
gyermek kezelésben. 21 esetben os-
teoporosist találtak rachitis látható
jele nélkül. Ezek közül 20 hosszú
idő óta szedte a gyógyszert, közü-
lük 13 beteg kombinált kezelést
kapott.

Az ambuláns betegek serum-Ca
és P szintje magasabb volt, mint a
hospitalizáltaké. Felemelt D-vita-
min adaggal a rachitis minden
esetben gyógyítható volt.

A vizsgálatok eredménye illusztrá-
lja a D-vitamin dependens rachitis,
illetve osteomalacia és a hosz-
szabb ideje tartó anticonvulsiv the-
rapia, valamint a hospitalizáció
összefüggését. Kimutatták, hogy az
éveken át folytatott phenobarbital
adagolás hatására az emberi plaz-
mából a D₃-vitamin és a 25-OH-
cholecalciferol eltűnik. A metabo-
lizmus accelerálódását teszik fele-

lőssé ezekben az esetekben a rachitis-
tisért.

A calciferol metabolizálódik, mi-
előtt biológiailag aktív válna,
vagyis a májban 25-OH-cholecalciferol,
a vesében 1—25-dihydroxy-
cholecalciferol keletkezik. A vizs-
gáltak serumában a 25-OH-chole-
calciferol szintje csökkent. Mivel
ennek pótlásával a tünetek meg-
szüntethetők, feltehető, hogy az
anticonvulsiv terapia a májbeli
conversiót akadályozza. Ugyanakkor
ehhez a biokémiai folyamathoz
más tényezők is csatlakoznak: csak
azok a betegek voltak rachitisesek,
akiknél a motoros aktivitás és a
napfény hiánya is fennállt. Ismerte-
tes, hogy a krónikus infekciók is
szerepet játszanak a rachitis kiala-
kításában. Más defektusokat is le-
írtak a huzamos anticonvulsiv the-
rapia következményként, pl. fol-
sav-hiányt, microcyter anaemiát.

A szerzők arra figyelmeztetnek,
hogy ezen gyermekek esetében
emelt dosisú D-vitamin adagolás,
ill. a serum Ca és P értékek rend-
szeres ellenőrzése szükséges.

Erős Katalin dr.

**Fogamzásgátló tablettát szedő
nők vérnyomása.** Weir, R. J. és
mtsai (M. R. C. Blood Pressure
Unit, Western Infirmary, Glasgow
G11 6NT): Brit. Med. J., 1974, 1,
533—535.

5 különböző fogamzásgátló tablettát
szedő női csoport vérnyomását
vizsgálták 4 éven át prospektive,
kontrollként pedig mechanikus
contraceptiót alkalmazó nők csoportját
tanulmányozták. A klasszikus
típusú, vagyis ösztrogen-progeszteron
kombinációjú tabletták szedése után a
systoles és diastoles vérnyomás
értéké átlaga 14,2 és 8,5 Hgmm-rel
emelkedett. A legnagyobb
individuais emelkedések 36 Hgmm
és 20 Hgmm értékek voltak. A
tabletta okozta vérnyomás emel-
kedés az orális anticonceptio abba-
hagyása után 3 hónapon belül meg-
szűnt és a kiindulási értékre tért
vissza. Fontos felismerés, hogy a
vérnyomás emelkedés csak az ösz-
trogént tartalmazó tabletták szedése
után jelentkezett, a csak progeszteron
hatásúak esetében nem. A fogamzásgátló
tabletták tehát átmeneti és nem súlyos
vérnyomás emelkedést okozhatnak. Vizsont
közismert, hogy még a kisebb fokú
vérnyomás emelkedés is bizonyos be-
tegségek kialakulásának a kockázata-
t növeli.

Domány Zoltán dr.

Orr-, fül-, gégegyógyászat

Zene és hallás. Chadwick, D. L.
Proc. Roy. Soc. Med. 1973, 66,
1078—182.

A zenészeken gyakrabban léphet
fel fülmegettedés. A fül betegsége
a zenészt munkájában akadályozhatja.
A fúvós hangszerek megszólaltatásához
különböző mér-

tékű nyomásnövekedés szükséges
a szájüregben. Ez a fokozott nyomás
a fülkürtön keresztül a középfülbe
is bejut. Az önbefúvás következtében
fúvós hangszereken játszókon
gyakrabban jön létre középfülgyul-
ladás. Olyan esetekben, amikor a
középfül képleteinek elasticitása
csökken, a fúvással hirtelen létrejövő
nyomásemelkedés a hallócsontláncolat,
illetve a dobhártya megszakadását is
okozhatja.

A hivatásos zenészek a különböző
hangmagasságokat a szokottnál
jobban meg tudják különböztetni,
a hang diszkriminációjuk általában
jobb. Kérdés, hogy a magas hangbe-
hatás hogyan károsítja hallásukat.
Vajon a zenészek a zene következtében
foglalkozási betegségként nagyothallóvá
válnak-e?

A zene gyakran tartalmaz zajos
komponenseket, különösen a mag-
sabb frekvenciák területén. Ugyanakkor
az ipari zajban is időnként felfedezhetünk
zenei elemeket. Tartós nagy intenzitású
hangbehatások hatására halláskárosodás
léphet fel. A magasabb frekvenciájú
hangok jobban károsítanak, mint a
mély frekvenciák. Az impulzus jellegű
hangbehatások veszélyesebbek, mint a
folyamatos zaj. A zajérzékenység
egyénekenként változik. 95 dB (A)
hangnyomás felett a hang károsító hatása
csaknem biztosan bekövetkezik.

Húros hangszerekkel fortissimo
esetén a különböző frekvenciákban
maximálisan 70—90 dB produkálható.
A zongoristát azonban általában csak
60—70 dB-es hangintenzitás éri. Ezzel
szemben hegedűvel 100 dB-es hangerő is
létrehozható, a 60 Hz—10 000 Hz-es
frekvenciák között. A rézfúvós hangszere-
k között ennél hangosabb zeneszerszámok
is vannak. Különösen nagy hangerővel
hallják a trombitákat és kürtöket azok a
zenészek, akik kollegájuk előtt ülnek. A
felsoroltak miatt egyes hivatásos zenészek
már veszélyes hangintenzitásnak
vannak kitéve. A rézfúvósok, az
üstdobosok és egyéb ütő hangszereken
játszók, akár jazz, akár szimfonikus
zenekarban játszanak, előbb vagy
utóbb bizonyos mértékig halláskárosodást
szenvednek.

A hangversenytermekben, ha
nagy szimfonikus zenekar játszik,
az átlagos zajszint kevesebb, mint
70 dB. Nagyon ritkán, egyes hang-
csúcsok a mélyebb frekvenciákon
elérnek a 95 dB hangintenzitást.
Nagy szimfonikus zenekar típusos
koncertteremben még a fortissimo
alatt sem éri el a halláskárosító
erősségű zajszintet. Egészen más a
helyzet az újabb divatos pop és
rock zenével.

Az élő rock zene rendszerint 95
dB-nél hangosabb. A 125 és 200
Hz között a legmagasabb érték 119
dB. Ilyen magas hangintenzitás
már belfül károsodást okoz.

A különböző discotheque klub-
okban az átlagos zajszint 110 dB
(A), amely időnként elérheti a 122
dB-t is. Ez az érték messze fölülte

van a veszélyességi zónának. Az ilyen pop-muzsikát hallgatók szinte minden esetben átmeneti halláscsökkenést észlelnek, de gyakori ismétlés biztosan maradandó halláskárosodást okoz. Természetesen nem minden tánczene ilyen hangos. A tánczenészek nagy része hároméves zenélés után sem szenved észrevehető halláscsökkenést. A halláskárosodás kialakulása függ az egyéni érzékenységtől.

Az állatkísérletek azt bizonyítják, hogy a discotheque és a rock and roll zene a belsőfül szőrsejtjeinek károsodását okozza. Tengerimalacokat 58 napig összesen 88 órában keresztül magas intenzitású pop zenének tettek ki. A belsőfül érző sejtjein a vizsgálat befejezése után 20%-ban tapasztaltak irreversibilis károsodást.

A nagyothallás a hivatásos zenész számára súlyosabb ártalom, mint a zenével nem foglalkozó embereknek.

Befejezésül a cikk szerzője emlékeztet Beethovenre, aki szinte süketen írta utolsó gyönyörű műveit.

Ribári Ottó dr.

A helyi és általános érzéstelenítés aktuális kérdései, figyelembe véve az igazságügyi-orvosi szempontokat. I. Helyi érzéstelenítés. Haas E.: HNO 1974, 22, 97—102.

A német fül-orr-gége-, fej- és nyaksebészek 44. ülésén a címben megjelölt témáról tartottak kerekasztal-megbeszélést, a közleményben erről számol be a moderátor.

Először a különböző kórházakba 1972-ben kiküldött 2000 kérdőívet értékelték, melyekből az osztályok, illetve orvosok anaesthesiás munkájára, problémáira, szövődményeire stb. kértek válaszokat. Ezekből csak két adatot ragadnak ki: 1. Kérdés: áll-e a kórházban anaesthesiologus rendelkezésükre? Felelet: mindig 36%, szűkség szerint: 28%, soha: 36%. 2. Az anaesthesiologiai halálos szövődmények száma 0,003—0,004%. A felmérés még számos adatot és sok felvetett problémát tárgyal.

A megbeszélés első fő kérdése: Az atropin törvényszéki elengedhetetlen alkotórésze-e a fül-orr-gégészeti praemedicációnak? A kérdéshez hozzászóló fül-orr-gégész, anaesthesiologus és jogász véleményét összegezve leszögezték, hogy az atropin általában nélkülözhetetlen része a praemedicációnak. Vitatott és mérlegelendő az adása a szívbetegségek tachycard formáiban. Kontraindikált hyperthyreosisban, hyperpyrexiaiban (különösen gyermekeknél). Glaukómánál im. adása a szokásos adagban — több anaesthesiologus és szemész szerint — lehetséges. Igen fontos, hogy a felzívódásra megfelelő idő álljon rendelkezésre, ami im. alkalmazás esetén 1/2—1 óra. Iv. adásakor a hatás természetesen gyorsabb, de ez megmutatkozik hátrányaiban is. Tachycardia, tachyarrhythmia ese-

tén iv. alkalmazása tilos. Oralisan vagy rectalisan adva az adagot meg kell duplázni, mert a máj az atropin 35%-át lebontja. Célzerű a különböző életkori és súlycsoportokra megfelelő dosis-skálát kidolgozni.

A 2. kérdéscsoport: a) Tekintettel a rendelkezésünkre álló újabb localanaestheticumokra, megengedhető-e még a procain (Novocain) és tetracain (Pantocain) alkalmazása? b) Még ma is helyese-e localanaesthesiában vasoconstrictor hatású adalékokat alkalmazni?

A két alkérdést együttesen tárgyalva megállapították, hogy a procain relatív rövid hatástartama tette szükségessé a vasoconstrictorként ható adrenalin alkalmazását. Ez a műtési terület relatív vértelenségét okozhat, ami hasznos mellékhatása. Az adrenalin azonban komoly cardiovascularis szövődményeket is okozhat. Az új localanaestheticumok (Xylocain, Xylonest, Scandicain a procainnál gyorsabb és erősebb hatásúak, így az adrenalin feleslegessé teszik. Ezért a résztvevők szerint a procain és a tetracain alkalmazását ma már semmi sem idokolja.

Ha az újabb helyi érzéstelenítő szerek mellett fokozottabb vértelenség szükséges, a műtési területen 1:200 000-es adrenalin koncentrációt alkalmazunk, aminek nincs káros mellékhatása, de elég vértelenséget biztosít. Csekély cardiovascularis mellékhatása van az Octapressinnak és a POR 8-nak, hypertoniás, vegetatív- vagy labilis keringésű betegek esetében ezeket részesítsük előnyben.

Haas prof. végül az általános vagy helyi érzéstelenítés megválasztásának kérdéséről beszélt. Ahol jó együttműködés van az operateur és az anaesthesiologus között, ez nem jelent problémát. Ha anaesthesiologust hívunk, akkor ennek kell a műtőorvossal egyetértésben eldönteni az érzéstelenítés módját. Más a helyzet, ha a beteg és az operateur kezdettől fogva a helyi érzéstelenítést választja.

A megbeszélést Haas prof. egy idézettel zárta, amit a New York-i Presbiterianus Kórház műtőrésztlegének bejárata felett olvasott: „A good surgeon deserves a good anaesthesist, a bad surgeon needs one!” (A jó sebész megérdemli a jó anaesthesiologust, a rossznak szüksége van rá.) Tolnay Sándor dr.

A helyi és általános érzéstelenítés aktuális kérdései, figyelembe véve az igazságügyi-orvosi szempontokat. II. Általános anaesthesia. Haas, E.: HNO 1974, 22, 125—128.

A kerekasztal-konferencia egyik fő célja volt: megbeszélni, milyen feltételek között végezhet kombinált általános érzéstelenítést nem anaesthesiologus orvos.

A Pellnitz által ismertetett statisztikai adatok szerint a fül-orr-gégészeti műtétek csupán 50%-ában áll rendelkezésre anaesthesiologus.

Ezért bizonyos kompromisszumokat kell keresnünk. A résztvevő anaesthesiologussal egyetértésben a következő képzési formákat javasolják a későbbiekben:

1. A fül-orr-gégészeti szakképzés ideje alatt 3—6 hónapos anaesthesiologiai kiképzés anaesthesiologiai osztályon, ahol a fiatal orvos ezen idő alatt kontroll mellett, kizárólag anaesthesiologiai munkát végezne, reanimációs tudását is gyarapítva.

2. Olyan szakorvosok részére, akik addig is végeztek altatást a régebbi technikával, és szívesen átállnának a modern intubációs narcosisra, egyhónapos továbbképzésen ún. „intensiv program” („crash-course”) biztosítása.

A fenti képzési formák feljogosítanák az orvost — anaesthesiologus hiányában — narcosis végzésére. Szövődményes eseteket, kivéve az elsősegélyt, olyan intézetbe kell szállítani, ahol anaesthesiologus szakorvos van.

3. Minden altatást végző orvos 3—5 évenként továbbképzés céljából 1—2 hetet anaesthesiologiai osztályon dolgozzon.

Ha nem áll rendelkezésre anaesthesiologus, és nem szövődményes esetről van szó, a fül-orr-gégész is elvégezheti a narcosist, ha a megfelelő személyi és tárgyi feltételek rendelkezésre állnak. Szövődményes esetben a beteget olyan intézetbe kell szállítani, ahol anaesthesiologus szakorvos van, kivéve a sürgős eseteket, vagy elsősegélyt.

A következő kérdés: Rövid beavatkozásoknál felelősséggel végezheti-e el az operateur a narcosist?

A résztvevők megállapították, hogy jelenleg nincs különbség a rövid idejű narcosis (rausch) és egyéb narcosis között. Itt is elengedhetetlen a szabályszerű praemedicatio (atropin), a megfelelő tapasztalat és a szövődmények elhárításának lehetősége (reanimatio, infusio th., stb.).

Szövődményes esetben tehát a fül-orr-gégész is elvégezheti a rövid narcosist.

Az utolsó kérdés: A „nővér-narcosis” jelentheti-e az anaesthesiologus hiányából eredő problémák megoldását?

A résztvevők egyhangú véleménye alapján annak ellenére, hogy az anaesthesiologiai nővérek igen képzetek, pontosan és megbízhatóan végzik munkájukat, az altatás kizárólag orvosi feladat, éppúgy mint a műtét. A nővér az orvos segítségmeilyzete, saját felelősségére nem ténykedhet. Egyetlen kivétel az olyan elsősegély, ahol a beteg élete függ az azonnali beavatkozástól.

Tolnay Sándor dr.

Orrplasztika és az orr funkciója. Kastenbauer, E.: Münch. med. Wschr. 1974, 116, 399—406.

Minden orrplasztika feladata az, hogy normális külső valamint belső orrviszonyokat létesítsünk, állítsuk helyre az orr élettani funkció-

ját. Az orrkorrekcióra szoruló betegek 70%-ában egyúttal az orrlégzés is akadályozott. Különböző külső orr deformitásoknál kagyló elváltozásokat és orrsövény ferdléseket találhatunk. A balesetek szaporodását egyre több orrplasztikai beavatkozást kell végeznünk minden korcsoportban.

Gyermekek orrplasztikái során figyelembe kell venni a belső orr fejlődéstani sajátosságait. A belső orr végleges formáját kb. 8 éves korban éri el, ettől kezdve a felnőtthöz képest csak méretbeli különbségek vannak. Az orr teljes vagy részleges obstrukciója esetén már gyermekkorban fontos az orrlégzés helyreállítása. Orrsövény műtétet, különösen akkor, ha a ferdlést a sövény porcos része okozza, már a korai iskoláskorban is el lehet végezni. Amennyiben a vomer területén van a ferdlés, a műtétet a serdülőkorra ajánlatos halasztani. Légzési zavart okozhat az orr alapjának — a szápadnak — kóros formája. Ilyenkor állcsont-ortopédiai szabályozás jön szóba. A csontos orrpyramis és az orrsövény töréseinek eseteiben kortól függetlenül, minél előbb kell repositió beavatkozást elvégezni. Gyermekeken a röntgen-felvétel nem mindig mutatja a törést, a gondos belső vizsgálat sokkal értékesebb. A töréssel együtt járó kezeletlen septum-haematomák szervülhetnek, ill. tályoggá alakulhatnak. Ez utóbbi nyeregorrhhoz vezethet. Megakadályozására a tályog kiürülése után a sövénybe konzervált allogén porctranszplantatummal már 8 éves kortól kezdve korrigálható. A légzési zavart okozó ferde orrplasztikai műtétje akkor végezhető el, ha a ferdlés az orr porcos részén van. A vestibulumban levő kétoldali atresziát minél korábban kell operálni, az egyoldalt akkor, ha már a műtét terület nagyobb és a gyógyulási lehetőségek jobbakk. Általában gyermekkorban orrplasztikákat csak súlyosabb funkció zavarok eseteiben ajánlatos végezni, és néha meg kell elégednünk részeredményekkel is, amiket majd felnőttkorban lehet véglegesen korrigálni.

Felnőttkorban a funkció helyreállításán kívül esztétikai faktorok is szerepelnek. Ehhez ismerni kell az arc, ill. orr normál szögmereteit és arányait.

A tervezett orrplasztika során figyelembe kell venni az orr bőrnek minőségét is. A plasztikák legkényesebb területe az orrbemenet, ill. az orrszárnnyak, e terület deformitásai, a porcok gyengesége orrlégzési panaszokhoz vezethetnek. A különböző külső orrdeformitások közül leggyakrabban a ferde orrhoz társul funkció zavar, ilyenkor szükséges a belső orr helyreállítása is. Minden orrplasztika esetében a külső és a belső műtétet egyidejűleg ajánlatos elvégezni, így érhetjük el a legjobb plasztikai és funkcionális eredményeket.

Lábas Zoltán dr.

Fejlődési rendelleneségek

Russell—Silver-syndroma. McDo-
well, R. V., Sproles, E. T.: Amer. J.
Dis. Child. 1973, 126, 794—796.

Egy 4 éves kislányon törpeség, testfél-asymmetria, pseudohydrocephalus, görbe kisujjak és a szüléskor észlelt intrauterin dystrophia alapján Russel—Silver-syndromát diagnosztizáltak 1963-ban.

13 éves korában újraértékelték az esetet. Kiderült, hogy a gyermek csontkora az életkorral arányosan alakult, a hossz- és súlyadatok az átlag alatti 2 és 3 S. D. közé estek. 13 éves korában magassága 126 cm, súlya 30 kg. A végtagok asymmetriája csökkent, ez panaszokat nem okoz. A különböző intelligenciatesztek során a gyermek szellemi fejlődése korának megfelelőnek bizonyult. A secunder nemi vonások 10 éves korában kezdtek megjelenni, 11½ éves kora óta van szabályos, panaszmentes mensruatiója. A vizelettel ürített FSH-szint korának megfelelő volt.

A beteg klinikai képének alakulása arra enged következtetni, hogy a csecsemő- és kisgyermekkorban súlyos benyomást keltő Russel—Silver-syndromások a későbbiekben az alacsony termettől eltekintve kielégően fejlődhetnek.

Méhes Károly dr.

Congenitalis szívhibával társuló Russel—Silver-syndroma. Cole, R. B., Levin, S. E.: S. Afr. Med. J. 1973, 47, 989.

A Russel—Silver-syndroma nagy tünetei: dysmaturitas; törpeség; significans asymmetria; sexualis fejlődés variációi; csontfejlődési retardatio; cranio-facialis dysproportio (pseudohydrocephalus).

A szerzők szívkatéterezéssel és szelektív angiocardigraphiával bizonyított valvularis pulmonalis stenosis esetét ismertetik egy Russel—Silver-syndromás gyermekben. A gyermek terminusra született 2000 g súllyal. Az apa nyúlajakműtéten esett át, egyébként egészséges. Az egészséges anyának ezen a gyermekben kívül egy spontán vetélése volt, a terhesség alatt gyógyszereket nem kapott, infekcióról nem számolt be. Rövidesen a szülés után a gyermekek hangos systolés zörejt észleltek. Cephalofacialis dysproportio miatt PEG történt, amely kizárta a hydrocephalus lehetőségét. Csecsemőkori súlyfejlődése retardált, de psychomotoros fejlődése a normális határokon belül volt. Járni 15 hónapos korában kezdett, 16 hónapos korban beszélt. 20 hónapos korában súlya 7,2 kg, fejkörfogata 48,5 cm, a nagykutacs szélesen nyitott (4×2 cm). A nagy agykoponya mellett a mandibula hypoplastikus, az arc háromszögletű, a fülek alacsonyan

ülnek, kétoldali ptosis van, a százugok kissé lefelé hajlottak. Jobb oldalt a testhossz: 74,8 cm, bal oldalt: 72,4 cm. A jobb kar 20,5 cm, a bal 15,5 cm (az acromiontól a csuklóig mérve). A szív fizikális vizsgálata, az EKG, rtg és szívkatéteres vizsgálatok egybehangzóan igazolták a valvularis pulmonalis stenosis diagnózisát. Kromoszóma analysis: 46,XX. Vizelet gonadotropin ürítés: normális. Iv. pyelographia: negatív. A 20 hónapos gyermek csontkora 9 hónaposénak felelt meg.

Az eset minden tekintetben megfelel a Russel—Silver-syndromának. A többlet, amit a beteg észlelt, a congenitalis szívhibával való társulás, melynek jelenlétét szívkatéterezéssel, angiocardigraphiával bizonyították.

Tóth Péter dr.

Létezik-e varicella syndroma? J. C. Srabstein és mtsai (Dept. of Pediatrics and Pathology, McMaster University and St. Joseph's Hospital, Hamilton, Ont. Canada.): J. Pediat. 1974, 84, 239—243.

Harmincéves nő terhessége 14. hete körül varicellával fertőződött. A betegség a megszokott formában zajlott le. Gyermeke 2000 g súllyal dysmaturitás jeleivel született. Születésekor egyébként a következő tüneteket észlelték: mikrophthalmia, cataracta, mikrognathia, és az altest bőrén kiterjedt hegek, a bal alsó végtag atrophias, izületei contracturában. A húgyhólyag distendált, az anus hypotoniás. Az E. E. G. elektromos aktivitást sehol sem jelzett; a pneumoencephalographia kitágult agykamrák képét mutatta. A bal végtag izmainak 3—4 hónapos korban történt biopsiás és elektromyographiás vizsgálata nagyfokú izompusztulásra utalt. A gyermek számos váladékából végzett vírus izolálási kísérlet eredménytelen volt. Két nappal a szülés után az anya varicella-zoster vírus complement kötő ellenanyagának a titere: 1:128 volt, az újszülötté: 1:256, öt hónap múlva az anyáé 1:64, a gyermeké pedig 1:12. Az adatok alapján arra következtettek, hogy a placentán átkerült anyai eredetű ellenanyagot észleltek az újszülött vérében. A beteg végig apathikus, hyporeflexiás, hypotoniás volt. Hathónapos korában tüdőgyulladásban halt meg. A boncolási és szövettani vizsgálat necrotizáló encephalomyelitist, chorioretinitist állapított meg. Záróvagyvetést vagy vírust a hulla részekből sem sikerült kimutatni. A confluáló pneumonia helyenként meszes hegekkel — megfelel az eddigi hat közölt eset némelyikében leírt „varicella pneumonitis”-nek.

Vadász György dr.

Congenitalis egyoldalú vesehiány. B. Emanuel és mtsai (Children's Memorial Hospital and Columbus-



BISECURIN

BISECURIN

tabletta

ÖSSZETÉTEL: A tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot 0,05 mg aethynil oestradiolumot tartalmaz.

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

ELLENJAVALLATOK: Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegségek, chronicus colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlő-

carcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdeni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. A fogamzásgátló hatás rendszeres szedés esetén az egyhetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tabletta bevétele egy napon elmarad, lehető leghamarabb pótolni kell. 2 tabletta bevétele között 36 óránál hosszabb idő ne teljen el,

különben az ovulatiogátló hatás folyamatosága nem biztosított. Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség.

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

MEGJEGYZÉS: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

FORGALOMBA KERÜL:

21 tabletta 24,— Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
													
5	16	17	18	19	20	21	1	2	3	4	5	6	7
													

Cuneo Medical Center, Chicago):
Am. J. Dis. Child. 1974, 127, 17—19.

Tizenhét év alatt 74 egyoldalú veleszületett vese agenesiát észleltek egy intézetben 132 000 gyermek kivizsgálása során. Az esetek csaknem felét csecsemőkorban; 56-ot az első öt évben diagnosztizáltak. A kórházi felvételek oka a születés utáni közvetlen időben imperforált anus, persistens cloaca és egyéb járulékos (szív, csont és genitális) fejlődési rendellenesség volt; 1—6 hó között strictura ani valamint urogenitalis fertőzések. A további korszakokban a húgyúti fertőzések és congenitalis vitiumok valamint multiplex fejlődési rendellenességek miatt kórházba küldött betegekről derült ki főképpen, hogy egy vesével születtek. A betegek túlnyomó része egy vagy több fejlődési rendellenességgel rendelkezett, elsősorban az urogenitalis rendszerben, de csaknem minden egyéb szervben is. Különösképpen hangsúlyozni kell a soliter vese nagyszámú észlelt hydronephrosist és renalis refluxát. A 74 beteg közül 41-nek volt nagyobb vese szövődés (kő, functio zavar, sebészeti beavatkozás szükségese, hydronephrosis, számos húgyúti fertőzés stb.); de a többi 33 is gyakran szenvedett recurrál, de antibiotikus kezelésre jól reagáló urogenitalis fertőzésekben. A betegek közül 7 halt meg, közülük az öt újszülött mindegyike multiplex fejlődési rendellenességgel született. Két beteg részesült vese transplantációban.

Természetesen a legtöbb esetben az iv. urographia segítségével történt a diagnózis, kilenc alkalommal azonban congenitalis vitium miatt elvégzett angiographia véletlen „melléklete”-ként. A soliter vese nagyobb sebezhetősége miatt célszerű a beteg állandó megfigyelése, húgyúti fertőzések esetén pedig hosszas antibiotikus kezelés.

Vadász György dr.

Törpeség újszülöttkorban: nomenclatura, radiológiai jellegzetességek és genetikai jelentőség. B. J. Cremin, P. Beighton (Red Cross Children's and Groote Schuur Hospitals, University of Cape Town, South Africa): The British Journal of Radiology 1974, 47, 77—93.

Régebben a törpe újszülötteket, főként ha halva születtek vagy hamarosan meghaltak, többnyire achondroplasiának könyvelték el. Az elmúlt években azonban a csontrendszeri dysplasiákkal kapcsolatos ismeretek nagymértékben gyarapodtak, és számos kórképet sikerült elkülöníteni. Ennek nemcsak akadémiai jelentősége van, hiszen a helyes kórisme felismerése az egyes formák genetikai jellegének tisztázását teszi lehetővé, aminek nem kis szerepe van a családtervezésben, genetikai tanácsadásban. 1969-ben Párizsban kidolgozták a kérdésben szaktekintélynek számító

radiológusok az „intrinsic” csontbetegségek nomenclaturáját, hogy az e téren uralkodó zűrzavart megszűntessék. A szóba jövő kórformákat ismert és ismeretlen pathogenesisű csoportra osztották. Utóbbiak között vannak az osteochondrodysplasiák, melyek porc-csont fejlődés és növekedés rendellenességei, és a dysostosisok, melyek lényege egyes csontok malformatiója, valamint az idiopathiás osteolysisek és primer növekedéscsavarok.

Már újszülöttkorban jelenlevő és kimutatható kórformák az achondroplasia, thanatophor törpeség, achondrogenesis, asphyxiát okozó mellkas-dysplasia, chondro-ectodermalis dysplasia, spondyloepiphysealis dysplasia, diastrophikus és metatropikus törpeség, mesomelikus törpeség, chondrodysplasia punctata, cleido-cranialis dysplasia, camptomelikus törpeség. Ezek közül több halált okozó rendellenesség. A szerzők mindezen kórformák radiológiai jellemzőit ismertetik. Nem foglalkoznak az ismert kórokú deformitásokkal, mint pl. hypophosphatasia. Mivel fél év alatt anyagukban 8 ilyen ritkának tartott, törpeséget okozó csontrendszeri dysplasia fordult elő, valószínűnek tartják, hogy ezek nagyrésze nem kerül felismerésre már csak azért sem, mert a halvaszületett magzatokat nem vizsgálják meg. A helyes kórisme felállítása pedig a teljes csontrendszer röntgenvizsgálata nélkül lehetetlen. *Lacay András dr.*

Szív és keringési betegségek

A hypertrophiás obstructív cardiomyopathia prognosisa és mortalitása. Hardarson, T. és mtsai [Division of Cardiovascular Disease (Clinical Cardiology), Department of Medicine, Royal Postgraduate Medical School and Hammersmith Hospital, London W 12]: Lancet, 1973, II, 1462—1467.

1958—1973 között 119, hypertrophiás obstructív cardiomyopathiában (H. O. C. M.) szenvedő beteg sorsát követték. Az átlagos megfigyelési idő 4,6 év volt. A diagnózist 107 esetben haemodinamikai adatokkal igazolták, 12 betegen katéterezés nem történt, csak a jellegzetes klinikai kép és a vértelen vizsgálatok eredménye bizonyította a kórismét.

A leggyakoribb tünet a nehézlégzés volt; ez a betegek 63%-ában fordult elő. Angina pectorist 40%-ban észleltek. A betegek 33%-a panaszkodott szívdobogás-érzést. Úgy látszott, hogy azok a betegek, akiknek egyetlen panasza az anginás fájdalom, kevésbé súlyosak, mint azok, akiknek vezető tünete a dyspnoe: az utóbbi csoportnak szignifikánsan nagyobb a mortalitása is.

A betegség leggyakoribb szövődésének egy systemás vagy pulmonalis embolia volt (11 eset). Pitvari fibrillatiót 10 betegen észleltek. 5 betegnek volt hypertoniája, ebből há-

romnak hemiparesise is kialakult. Bacterialis endocarditis 3 esetben fordult elő. Az első vizsgálat alkalmával a betegek 95%-án systoles zöreje volt hallható. A zöreje intenzitása és a kiáramlási pálya obstrukciója között szoros correlációt találtak ($r = 0,43$). 33 betegen a zöreje intenzitása a megfigyelési időszak során csökkent, és csupán 6 esetben erősödött.

30 betegük halt meg; hirtelen halál 19 esetben történt. Az utóbbi gyakoribb volt a férfiak között, és főleg ott, ahol a betegség familiárisan fordult elő. Béta-receptor blockolók szedése — legalábbis kisebb adagban — nem csökkenti a hirtelen halál lehetőségét. A számított mortalitás 5 évre 15%, 10 évre 35%, 15 évre 56%. A haemodinamikailag sikeres műtét nem csökkenti a hirtelen halál esélyét.

Matos Lajos dr.

Coronaria ellátás diabetesez myocardialis infarctusok számára. Soller, N. G. és mtsai (General Hosp., Birmingham B4 6NH, England): Lancet, 1974, I, 475—477.

A „coronary care” fogalma a betegek intenzív figyelésén kívül a betegek ellátását (kezelés, ápolás) is magában foglalja. A birminghami intézet diabetológiában ismert munkatársai saját coronary-care unitjukban ellátott diabetesez infarctusos betegeik sorsáról számolnak be. 184 infarctusos beteget észleltek coronaria őrzőjükben hat és fél év alatt és vizsgálataikat igyekeztek egybehangolni az University Group Diabetes Program nagy feltűnést keltő eredményeivel. E tanulmány szerint a diabetesez cardiovascularis mortalitása szoros kapcsolatban van az alkalmazott terápiával, legmagasabb a tolbutamidot vagy phenformint szedők között.

A 120 férfiból és 64 nőből álló infarctusos beteganyagot átlagban 4 napig észleltek coronaria őrzőben a birminghami szerzők, s az esetek többségében a betegek ebben a periódusban insulint kaptak. A betegeket az intenzív megfigyelési szak után átszállították az általános belgyógyászati osztályra.

Tapasztalataik szerint a coronaria őrzőben és a belgyógyászati osztályon *egyformán 17% volt a halálozás, s ezért az esetek többségében balszívfél elégtelenség volt felelős.* A betegek átlagosan 30 napot töltöttek az intézetben.

Retrospective a 184 beteget az előzetes kezelés alapján csoportosították. Elettör és a felvételtör észlelt átlagos vércukor-szint tekintetében nem volt különbség. 27 beteg diétás kezelésben részesült átlagban 3 éven át, 90 beteg 7,4 éven át per os antidiabeticumot (többségükben chlorpropamidot) szedett, az átlagban 14,4 éve insulinozott betegek száma 67 volt.

A kezelés szerint csoportosított betegek mortalitásában jelentős különbséget találtak. Az előzetesen

diétával kezelték 15%-a halt meg az intézeti észlelés folyamán, a per os antidiabeticummal és insulinnal kezelték közül 40, ill. 37%. A coronaria őrzőben kamrai fibrillatiót a per os antidiabeticumokkal kezelték között észlelték legnagyobb számban (11 beteg a másik két csoport 2-2 betegével szemben). Összehasonlításként megnézték ugyanebben az időszakban 1804 nem diabeteses infarctusos beteg kamrai fibrillatio gyakoriságát a coronaria őrzőben, s ezt szignifikánsan alacsonyabbnak találták a per os antidiabeticumokkal kezelt kamrai fibrillatiójához viszonyítva. Adataik alátámasztani látszanak az U. G. D. P. tapasztalatait.

Iványi János dr.

Membranoxygenatorok alkalmazása prolongált extracorporalis keringés fenntartására. Schulte, H. D. (Sebészeti Klinika, Düsseldorf): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 508-513.

A nyitott szívű betegek biztosításához szükséges szív-tüdő pumpa készülékek az elmúlt évtizedben mind technikai konstrukciójukat, mind klinikai alkalmazásukat tekintve egyre tökéletesebbek lettek. A modern oxygenatorok és pumpaegységek előállításával, valamint az előnyösebb összetételű perfusatumok alkalmazásával sem sikerült azonban mind ez ideig megfelelően helyettesíteni az emberi cardiorespiratorikus rendszert.

Mivel a jelenleg használatos oxygenatorok komolyabb károsodást hoznak létre a perfusatumban, ezért sem a film, sem a buborékos oxygenatorok nem alkalmasak hosszú, több órás, illetve napos extracorporalis perfusio fenntartására.

Az emberi tüdő gázcserejét legjobban megközelítő ún. membran oxygenatorokkal kapcsolatos kísérletes és klinikai vizsgálatok már 1956-ban megkezdődtek. Ezekben az oxygenatorokban a gázcserehez szükséges membránként különböző vastagságú műanyagokat: polyethylent, teflont, siliconumit alkalmaznak, melyek közül jelenleg legmegfelelőbbnek a siliconumi bizonyult.

1956 óta a klinikai gyakorlatban számos membranoxygenator típust állítottak elő. A hosszú időtartamú extracorporalis keringés céljára ezek közül Bramson, a Landé és Edwards, valamint Kolobow által készített membran oxygenatorokat használják.

A szerző közleményében részletesen ismerteti az említett oxygenatorok működését és technikai felépítését, majd a prolongált extracorporalis keringés indicációjával foglalkozik.

Véleménye szerint ez indikált: 1. Szívinfarctus következtében tartósan fennálló cardiogen shockban. 2. Balszívfél elégtelenségben kialakult, más terápiára resistens tüdőoedemában. 3. Brady-, ill. tachycar-

diával járó rhythmuszavarokban, ill. szívűtétet követően létrejött súlyos low cardiac output syndromában. 4. Gyógyszeres kezeléssel dacoló víruspneumoniában. 5. Traumas shock-tüdő esetén. 6. Hyalinmembran megbetegedésben.

A prolongált asszisztált keringés megkezdését az ismertett indicatio alapján akkor látja szükségesnek, ha: a) 100%-os O₂-nel és magas endexpiratorikus nyomással végzett volumen-kontrollált lélegeztetés ellenére a PO₂ 40-35 Hgmm, b) a hypoxia következtében egyre fokozódó központi idegrendszeri zavarok léphetnek fel, c) a systolés vérnyomás 80 Hgmm alatti értéket mutat, d) oliguria vagy anuria alakul ki, e) tüdőoedema jelentkezik.

A továbbiakban a membran oxygenatorok alkalmazásához szükséges különböző kanulálási eljárásokat ismertet.

Szerinte a legelőnyösebb az a módszer, amikor a vena femoralison keresztül a jobb pitvarba vezetett kanulón nyert vért juttatjuk a membran oxygenatorba és az így oxygenisált vért pedig az art. femoralisba.

A közlemény végén különböző szerzőknek a módszerrel nyert eredményeit értékelik és összefoglalva hangsúlyozza, hogy a módszer még kísérleti stádiumban van s csak súlyos légzési elégtelenség kezelésében értek el viszonylagos sikereket. Több probléma megoldásra vár még ahhoz, hogy a membranoxygenatorok segítségével végzett prolongált extracorporalis perfusiót szélesebb körben és eredményesebben alkalmazhassák a klinikai gyakorlatban. Szabó Zoltán dr.

Allergológia

Immunitás és streptococcus allergia: klinikum és terapia. Gaudibert, R. (1, rue Barla, 06 300 Nice): Rev. franç. Allergol. 1974, 14, 9-15.

Általában a gyenge immunitású mikrobák okozzák a recidiváló légúti fertőzéseket és az ezen alapuló infect allergiás betegségeket. 360 allergiás és nemallergiás, visszatérő légúti infectióban szenvedő betegnek 2-5 évig 7-14 napos időközökben subcutan 8 streptococcus törzsből álló injectiókat adtak (A, B, C, E, F, G, K és L Lancefield beosztása szerint). 290 esetben a megfázások és következményeik, mint rhinopharyngitis és visszatérő bronchitis, teljesen megszűntek, illetve kifejezett regressiót mutattak. Akikben az allergiós streptococcus sensibilizáción alapuló, a kezelésre szintén kifejezetten javult. Streptococcus allergiában az immunoterápia részben hyposensibilizálásnak, részben immunizálásnak felelt meg. Kérdés, hogy tényleg specifikus immunitásról van-e szó, vagy nonspecifikus immunitásról másodrendű mikrobákkal szemben,

melyek saprophytákként vannak jelen a légúterekben. Akármilyen legyen is a válasz, a streptococcus injectiók bázistherápiának tekinthetők légúti allergiósokban, tehát aetiológiai szempontból nélkülözhetetlen adjuvánsok. Különösen gyermekkorban lényegesen megváltoztatják az asthma kialakulását. Az immunitás azonban csak néhány héttig tart, ezért ismételt, illetve megfelelő depot-kezelésre van szükség.

(Ref.: Az asthma bronchiale infectallergiás eredetét számos klinikai és laboratóriumi paraméter alapján sikerült bebizonyítani, és évtizedek óta hangoztatjuk, az ún. autovaccina kezelés létjogosultságát. A legújabb immunológiai kutatások szerint a microbiális sensibilizáción alapuló asthma részben humoralis, részben sejthez kötött allergiás pathomechanismus alapján zajlik le, a vaccinatherápia effektusa cutan- és provocatiós módszerrel mérhető le. A depot-vaccina kezelés biztosítaná legjobban a tartós védő hatást, ennek megfelelő készítményeket számos esetben kitűnő eredménnyel alkalmaztunk, sorozatos gyártásuk hamarosan megindul a Human Oltóanyagtermelő Intézetben). Hajós Mária dr.

Japánok atopiás allergiája: radioallergosorbent (RAST) teszt vizsgálata. Miyamoto, T. és mtsai (Univ. Tokyo és Blood Center, Univ. Hosp., Uppsala): J. Allergy Clin. Immunol. 1974, 53, 9-19.

A házipor elterjedt allergen Japánban, azonban jellemző antigenje a dermatophagoides farinae és nem a d. pteronyssinus, mint Európában és az Egyesült Államokban. A szerzők 65 válogatás nélküli asthmás választottak, akiket eddig háziporral nem kezelték. Amerikai és japán háziporantigent, valamint d. farinae kivonatot használtak, a vizsgálatokat Japánban és Svédországban végezték. Minden beteg megmérte az IgE szintet, inhalációs, kután és anti-IgE tesztelést, valamint RAST vizsgálatot alkalmaztak. Amikor a RAST háziporral vagy atkával pozitív volt, a provocatiós teszt is pozitívnak bizonyult, a negatív esetek is jó correlációt mutattak. Magasabb koncentrációban a bőrpróba pozitivitása megfelelt atka-antigennel a RAST alapján meghatározott IgE szintnek. Eltérést csak az anti-IgE bőrpróba és a serum IgE szintje közt találtak.

(Ref.: A RAST technika a legmodernebb és legegységesebb módja az allergen identifikálásának. A fenti kitűnően dokumentált és ellenőrzött vizsgálatok azonban azt mutatják, hogy megfelelő tapasztalattal mind a provocatiós, mind a hagyományos kutáztatást fel lehet használni megbízható allergen-analysissre.) Hajós Mária dr.

Abnormális autonom mechanizmusok asthmában. Reed, Ch. E. (Allergic Disease Center, Univ. Wis-

Az asthma bronchialét (a. br.) a légutak fokozott ingerlékenysége jellemzi. A histamin és cholinergiaszerek bronchusszűkítő hatását már 30 éve ismerik és felhasználják az a. br. differenciál diagnosztikájában. Szentiványi teoriája szerint a fokozott ingerlékenység közvetlen oka az asthmások csökkent reakciója béta-adrenergias stimulációra. Egészségesek nem reagálnak sem béta-blockolóokra (propranolol), sem adrenergias ingerre. A béta adrenergias választ más szervekben is vizsgálták és azt találták, hogy asthmásokban a vércukor és laktát emelkedése, illetve az eosinophil-szám csökkenése kisebb mértékben jelentkezik, mint egészségesekben. Béta adrenergias ingerre különböző biokémiai reakció indul meg, ezek egyik első láncszeme egy membránhoz kötött enzim, az adenyl cyclase aktiválása, melynek hatására az intracellularis ciklikus adenosinmonophosphat (cAMP) felszaporodik, egy része elhagyja a sejtet és ezért magasabb a vérben a cAMP szint. Normális körülmények között adrenalinra a cAMP vizeletben történő kiürülése a kétszeresére nő, ami asthmásokban nem észlelhető. A két típusú béta-receptor közül a béta 2 válaszok (síma izom relaxatio, glykogenolysis, mitosis gátlás, eosinopenia) nem kielégítőek a. br.-ban. Az abnormalitás a szerző bizonyítéka alapján a folyamatban részt vevő szövetek elváltozásában található meg, így csökken a leukocytá választ és a thrombocyták adrenalin-okozta aggregációja. Atopiás ekzémában a szerző vizsgálta az epidermist és azt találta, hogy csökken a katecholaminok részére hozzáférhető receptorok száma, ami a cAMP defectust megmagyarázza.

A cholinergias és adrenergias válaszok, valamint az alpha és béta adrenergias válaszok közt antagonizmus áll fenn, ami nemcsak az intakt organizmusban, hanem sejt-nívón is kifejezésre jut és valószínűleg eddig még ismeretlen biokémiai folyamatok magyarázzák az asthmaroham létrejöttét. Az egyes sejtek viszonylag kis defectusa egymásutáni folyamatokban erősödik: pl. először több histamin szabadul fel, fokozódik a receptorok ingerlékenysége, másodszor erősödik a bronchoconstrictiós jelzés, végül szerepet játszik a végső szerv, vagyis a hörgőizomzat és nyálmirigyek. Feltételezhető egy feed back mechanizmus is, vagyis a bronchusgörcs maga stimulálja az ingerlékenységi receptorokat. Ezen események láncolata komplex úton magyarázza az asthmás túlingerelhetőséget.

(Ref.: a logikusan felépített hypothesiseket részben egzakt vizsgálatokkal és kísérletekkel alá is lehetett támasztani, azonban a leírt eseményor csak egy tünetet magyaráz meg, amely bármilyen bronchoconstrictióval járó tüdőfolyamatban

létrejöhét és nem jellemző az allergias pathomechanizmusára. Amíg a béta adrenergias systema ismerete sok új tüneti szer, mint salbutamol, terbutalin és az isopropylnoradrenalin számos módosításai előállításához és therapiás felhasználásához vezetett, az oki kezelés és precíz allergenanalysis még távolról sincs ennyire megalapozva).

Hajós Mária dr.

További tanulmányok az IgE-anti IgE előidézte hízósejt degranulációra vonatkozóan; gyógyszerek gátló hatásának összefüggése a CAMP-al. Kimura, Y., Inoue, Y., Honda, H. (Department of Microbiology and Immunology, Nippon Medical School, Tokyo): Immunology 1974, 26, 983—988.

A szerzők IgE típusú antitest kimutatására korai típusú túlérzékenység esetén érzékeny, megbízható módszernek tartják a patkány hízósejt degranulációs módszert. Előző munkájukban bebizonyították, hogy ha a hízósejteket human IgE-vel és antihuman IgE serummal kezelik, a degranuláció jelensége előidézhető. A reakció humanizmus kétféleképpen képzelhető el. 1. Lehetséges, hogy az IgE direkte kötődik a hízósejt felületére, azután köti meg az anti IgE-t s eredményezi a degranulációt. 2. Elképzelhető az is, hogy a degranuláció az antigen + antitest komplex akciójának az eredménye.

Kísérleteikkel a reakció mechanizmusára vonatkozóan kívántak további adatokat szerezni. Úgy vélik, hogy a CAMP-nak szerepe van az IgE mediálta histamin-felszabadulásban. Korotzer és mtsai módszere szerint izolált patkány hízósejtekkel dolgoztak. Azon gyógyszerek gátló hatását tesztelték, amelyek a hízósejtben stimulálják vagy fenntartják a CAMP szintet. Megfigyelték, hogy ha a hízósejteket adenylcyclase stimuláló agenssel, vagy theophyllinnel kezelik, ami gátolja a CAMP enzimatisus degradációját, gátolja a hízósejt degranulációját is. Az eredmények azt mutatják, hogy a CAMP-nak központi szerepe van in vitro az IgE-anti IgE által előidézett hízósejt reakcióban.

Hamar Matild dr.

A bőr basalsejtjeivel reagáló keringő ellenanyagok gyógyszer allergiában. Van Joost, Th. (Department of Dermatology, University of Amsterdam, Amsterdam): Acta Dermatovener. 1974, 54, 183—188.

Az irodalom nagyon kevés gyógyszerindukálta bőrreaktív antitesttel foglalkozó közleményt tart számon. Leírtak Lyell-szindrómában pemphigus antitestszerű jelenséget és néhány penicillin kiváltotta morbilliform eruptio vizsgálatokat.

A szerzők különböző gyógyszerallergiákban vizsgálták immunfluorescentia segítségével a keringő ellenanyagokat. A gyógyszerallergiát

bőrpróbával vagy expositiós próbával verifikálták. 42 beteg serumával végezték el a vizsgálatot. Kontrollként 10 egészséges és 40 egyéb bőrbeteg serumát vizsgálták. Tengerimalac ajak és normál human bőr metszeteken dolgoztak.

A vizsgált 42 gyógyszerallergiás beteg serumá 7 reagált a substratum basalsejtjeivel. A basalsejt antitest IgG típusú volt. 2 esetben complement depositumot is találtak. 1 esetben a basalmembrán mentén IgA-t. Betegeikben immunoelektrophoresissal emelkedett IgG szintet találtak. Minden kontroll serum negatív volt.

Hangsúlyozzák, hogy csak néhány gyógyszer indukál bizonyos körülmények között basalsejt elleni ellenanyagot. A kérdés tisztázása további vizsgálatokat igényel.

Hamar Matild dr.

Hygiene

Az antiszeptikus szappanok iránt támasztott mikrobiológiai és dermatológiai követelmények. Kramer, A., Weuffen, W., Schwenke, W. (Hygiene-Institut, Lehrstuhl für Allg. u. Kommunale Hygiene; Klinik u. Poliklinik für Haut u. Geschlechtskrankheiten, Greifswald): Derm. Mschr. 1974, 159, 526—539.

A szerzők az antiszeptikus szappan használatával kapcsolatban a bőr biológiájával és anyagcseréjével foglalkoznak. E szappanok legfontosabb tulajdonsága a nagy hatású baktériumszám-csökkentés és szelektivitás. Ne legyen a bőrre ártalmas, hiányozzék a szenzibilizáló és a fényallergizáló képesség, szisztémás mellékhatása se legyen. Hosszantartó használatkor sem fejthet ki rákkeltő hatást.

Az antiszeptikus hatóanyag nem lehet gyógyszer, kemoterapiás szer, antimykotikum, antelmintikum, vagy deficiens: mikrobiosztatikus hatású legyen. A mosást aktiváló alkatrésze nem képezhet oldhatatlan kalcium- és magnézium-szappant, kímélnie kell a bőrvédő tompítóburkot, az epidermist csak kevés duzzassza. Bőrpótlószerként a bőr zsírveszteség pótlására ható és a bőr regenerációját támogató anyagot lehet a szappanba tenni.

A szelektív hatást illetően fontos, hogy főleg az „átmenő” flórára hason, az „állandó” flórát csak erősen redukálni kell. Legcélszerűbb mindkét principium egyesülése: a baktériumszám csökkentése a bőrön és a normális bőr flóra visszaállítása. Az antiszeptikus szappan alkalmazása a hospitalizmus profilaxisában — folyamatos antiszeptikus formájában — bőséges dolog, különösen a bőr pH-értékéhez hasonló „bőrbarát” antiszeptikum-tenzid-kombinációk használata.

A szerzők 100 (főleg ekcémás és ulcus cruriosus) beteget vizsgáltak. Hexaklorofén, nipagin, nipsal, tehát antiszeptikum és tartósítószerkeverék tartalmú folyékony „Epi-

san-tenzidszappan" ezek bőrét nem szenzibilizálta és fotoallergiát sem okozott. A hexaklorofén kifejezett egyoldalú hatása a Gram-pozitív baktériumokra teszi kívánatosá az antiszeptikumban való alkalmazását. A hexaklorofén neurotoxikus hatását — bizonyos kísérleti körülmények között — patkánykísérletben Amerikában fedezték fel. A későbbi, hosszantartó etetési kísérlet azonban a neurotoxicitásra semmiféle támpontot nem adott. A mutagenitási- és karcinogén-tesztelés is hasonlóan negatív volt.

Az antiszeptikum kiválasztása a szappan felhasználási céljától függ. A népesség fertőzés-megelőzésében az antiszeptikus szappan hatásának mindenekelőtt a pyoderma kórokozói ellen, a hygienés jelentőségű fertőző béléinfekciók kórokozói ellen, a dermatomykózisok kórokozói ellen és a helminthiázisok kórokozói ellen kell irányulnia. A műtét előtti kézmosás hatásspektrumának univerzálisnak kell lennie. Különösen az utóbbinak remans hatást is el kell érnie. A szappan okozta bőrártalom egyik tényezője a keletkező oldhatatlan kalcium-magnézium-szappan lerakódása a faggyú- és izzadságmirigyek kivezető kapillárisaiban. Különösen seborrheások és ekcémások viselik el rosszul. A tenzid-szappanok nem képeznek kalciumszappant. — A bőr további védőmechanizmusa a bőr pH-ja és a savköpeny. Ezt tempító-kapacitásnak is nevezik. Pontosan működő bőr esetén a közönséges napi terhelés csak rövid ideig tartó pH-eltolódást okoz és ez a bőrműködést csak alig észrevehetően befolyásolja.

A bőr átlagos pH-értékét az alkaliszappan 1,3, a tenzidek csak 0,48, a víz pedig 1,1 egységgel emelik alkalikus irányba. A pH-regeneráció alkaliszappannal való mosás után 2 óra múlva, tenzid-mosás után már 1 óra múlva befejeződik. A hivatásszerű alkali-expozíció esetén, pl. 15 percig tartó edénymosás után 1 óra alatt éri el a bőr a 7—8,5 pH-értéket. A pH-regeneráció 2—4,5 óráig tart. A szakaszos szappan-expozíciókor a pH-regenerációra 20 óra szükséges.

Az alkali-rezisztencia a szarurétegtől (barrier), a keratintól, az izzadási szekréciótól és a bőrfaggyútól függ. Háziasszonyok, mosónők, kórházi személyzet stb. számára, akiknek bőre erős alkalihatásnak van kitéve, ajánlatos a tempító-védőköpeny kímélésére kedvező, gyengén savi, vagy neutrális pH-értékű tenzidbázis szappan használata.

Sajnos, a felvetett kérdésekkel elszigetelten foglalkoznak, közelről és részleteiben a higiénikusok és a bőrgyógyászok előtt sem közismertek. Jelentőségük pedig sokoldalú. Legfontosabb a bőrvédelem, a mindennapi fertőzések elkerülése. A közönséges alkaliszappanok használata esetén a hatás fordított. Az alkalikus szappanok pH-ja a lúgos oldal felé tolódott, sőt sok szappan

erősen lúgos, a bőrt több oldalról károsítja: kiszárit, a bőr zsirtalanná válik és megkeményedik, könnyen berepedezik és puhaságát tartósan elveszti. A repedések különös alkalmat adnak a különféle mikroorganizmusoknak (pyoderma, bőrmycosisok okozói és mások) bőrebe való bejutására. A tenzid-szappanok vízben nem oldódó méz-magnézium-szappant nem képeznek, tehát ez az ártalom is megszűnik. A tenzid-szappanok különös jelentősége, hogy a zsírsav-fehérjekondenzátumok fehérjekomponensei a mosásuk — mint védőkolloidok — a mosószer támadása ellen védenek. Gondos kísérletek szerint megfelelő tenzid-szappan használatakor a bőrön tenzid-film képződik egyidejű utózsírosodással.

Vitéz István dr.

A gastroenterológiai szálóptikás endoszkopos fertőtlenítése. Axon, A. T. R. és mtsai (St. Thomas's Hospital and Medical School, London): Lancet 1974, 1, 656.

Világszerte egyre több, modern eszközökkel felszerelt gastroenterológiai központon létesül. Természetes, hogy az ezekben használatos 1—1 drága eszköz segítségével sok beteget vizsgálunk, ezért e „fiber-endoszkopokat” szokványosan fertőtlenítik, azonban, ennek hatásszerűségével a legtöbb helyen keveset törődnek. Nehézséget okoz, hogy ezeket a modern vizsgálóeszközöket sem autoclavos, sem főzéses fertőtlenítésnek nem lehet kitenni, valamint corrosiv hatású deszinficiáló eljárás sem ajánlható. A legtöbb helyen a tisztítás folyó vízzel és detergens alkalmazásával történik s ezután az eszközöket alkoholos kezeléssel vetik alá. Miután azonban ez utóbbi fertőtlenítő hatása kiterjedt vizsgálatokkal nem eléggé hatásos — a szerzők megfigyelése szerint pl. 5 pseudomonással fertőzött eszköz közül 4-ről e deszinficiációs eljárás után is ki lehetett mutatni e mikroorganizmusokat — két új eljárást próbáltak ki s mindkettő eredményesen bizonyult, miután ezek alkalmazásával minden műszert sikerült maradéktalanul fertőtleníteniük.

Az első folyadékos deszinfekció volt: 70%-os alkohol + 2,5%-os pufferezett glutaraldehid-oldat keveréke, melynek megbízhatósága mellett az alábbi előnye is volt: gyorsaság (15 percnél kevesebb idő) és olcsóság.

A második eljárás ugyancsak 100%-os eredménnyel járt, de többé került: nedves közegben 60 °C-on 26 percen keresztül aethylenoxyd-gázban történt a fertőtlenítés.

Igen nagy előnye mindkét eljárásnak, hogy a műszereket kíméli. Alkalmazásuk során mindössze egyetlen probléma marad fűgőben: a vizsgáló-eszközökkel esetlegesen átvihető vírus-hepatitis kérdése.

Major László dr.

Étterem és szállodahygiénés problémák. Brauss, F. W. (Hvg. Inst. d. Univ. Heidelberg.): Zbl. Bakter. I. Orig. Seria B. 1973, 157, 363—369.

A turizmus világszerte terjed, egyre több európai és tengerentúli állampolgár tölti szabadságát lakhelyétől távol, esetleg idegen országban. Az esetek bizonyos százalékában a turizmus különösebb anyagi nehézségekkel nem jár. Az NSZK polgárai is sokat utaznak külföldre, de nagy a száma azoknak is, akik belföldi turisták, valamint akik külföldről jönnek az országba. 1970-ben az országban mintegy 200 millió ún. szállóéjszakát töltöttek el, szállodákban, vendéghelyekben, penziókban s ún. idegenotthonokban.

A turistaforgalom és a szállóvendégek száma a jövőben emelkedni fog s ez az eddigiekkel együtt számos egészségügyi problémát hoz a felszínre; többek között tömegek mozgásakor a kórokozó mikrobák is keverednek. A szállóhygiéne szempontjából különöségeit kell tenni a rövid vagy hosszú használatú szálláshelyek között. Ez az árak szempontjából sem mindegy. Főleg a hosszas használatra szolgáló szálláshelyeket kell a zajtól mentesíteni (forgalmas utak, garázsok távolúsága). E célból kell a helyiségeket szőnyeggel (por!) és dupla ablakkal felszerelni.

Gyakori fertőzési forrást képeznek a WC-k, vízellék, mosdóhelyiségek, itt mindenképpen biztosítani kell a kézmosási, dezinficiálási lehetőségeket. Törülköző helyett jobb a meleg légszárító alkalmazása. A fürdőkád helyett érthető okokból alkalmasabb és tisztább a zuhanyfürdők kiépítése. (Lábrács!) A legtöbb konyhán korszerűsíteni kell az edények mosogatását, fertőtlenítését, a konyhákban a Staphylococcusok elszaporodását kell megakadályozni, az ételekbe bekerülésüket megakadályozni nehéz feladat. Törődni kell azzal, hogy a szállók és éttermek textíliái ne legyenek gyulékonyak.

A korszerűtlen létesítményeket mielőbb át kell alakítani, az új vendéglátóipari egységek tervezésénél tekintetbe kell venni az új követelményeket. Fontos az, hogy minden szobának meglegyen a kellő eu. berendezése (WC, fürdő).

Nikodemusz István dr.

A klinikus és a laboratórium

Az NBT-teszt diagnosztikus értéke lázas állapotokban. K. Gjerlöff Schmidt és mtsai: Scand. J. clin. Lab. Invest. 1974, 34, 83—90.

A nitro-blue tetrazolium (NBT) szintelen só, mely redukálva sötétkék színű lesz a vízben oldható formában keletkezése miatt. Ez a színváltozás különböző enzimvizsgálatokban felhasználható mint indikátor, pl. a leukocyták phago-

cytosis folyamán sok O_2 -t használnak fel és ezáltal a bennük levő festék redukálódik, kékre változtatja színét. Fokozott phagocytosissal járó folyamatokban, mint pl. bacterialis infekciók, sok leukocytán figyelhető meg a teszt pozitívítása. Ez a jelenség az NBT próba diagnosztikus használatának lehetőségét veti fel. A szerzők a sok ellentmondó irodalmi adat áttekintését adva, methodikai és kontrollvizsgálatos bírálatát nyújtják az NBT próbának.

Vírus infekcióban, bacterialis infekcióban szenvedőkön és egészséges egyéneken végezték el a párhuzamos vizsgálatokat. A vérvételtől kezdve a kiértékelésig pontos methodikai leírást adnak. Végül következtetésük, hogy a legpontosabb munka mellett is sok az átfedés, és éppen a felvetett kérdésre, hogy ti. bacterialisan stimuláltak-e a leukocyták vagy egyéb ekből, nem ad választ az NBT próba. Feltűnő a vírus infekciókban kapott pozitívítások nagy száma.

Az NBT próba értékelésénél a legnagyobb óvatosságra intenek.

Bobory Júlia dr.

Folyadék- és elektrolittherápia

Tartós glukóz, fruktóz és xylit infúzió hatása az anyagcserére. H. Förster, D. Zagel (Zentrum der Biologischen Chemie der Universität Frankfurt/Main): Deutsche med. Wschr. 1974, 99, 1300—1304.

A parenteralis táplálás során szervezetbe került fruktóz, szorbit és xylit a májban glukózzá alakul át, mégsem következik be említésre méltó vércukorszint emelkedés. Ennek oka csak részben ismert, az eddigi vizsgálatok ellentétes megállapításokhoz vezettek. A szerzők elképzelése szerint az említett anyagok tartós infúzióját követő periódus tanulmányozása a kérdés szempontjából lényeges új ismereteket nyújthat.

A fentiekből kiindulva egészséges fiatal egyéneknek négy órán keresztül adtak infúzióban külön-külön glukózt, fruktózt és xylit, valamint az utóbbinak egyenlő arányú keverékét glukózzal. Az infúziók előtt, alatt és után négy órán át több alkalommal meghatározták a vércukor, húgysav, laktát, szabad zsírsav, triglycerid és anorganikus foszfat szintet. Az infúzió alatti értékek a már ismert módon alakultak.

A glukóz infúzió alatt kialakult jelentős hyperglycaemiát átmeneti hypoglycaemia követte, majd a vércukorszint tartósan a kiindulási érték fölé emelkedett. A fruktóz és xylit adása alatt a vércukorszint enyhén növekedett, az infúzió befejezése után hypoglycaemia nem jelentkezett, a vércukorszint a későbbiekben a normális határok között maradt. A legfeltűnőbb és meglepőbb eltérést a vér szabad zsírsav szint alakulása szolgáltatta.

Valamennyi infúzió alatt jelentősen csökkent, de míg a glukóz után gyorsan emelkedve igen magas szintet ért el, a fruktóz és xylit, valamint az ezeket is tartalmazó glukóz infúzió után növekedése jelentéktelen volt.

A szerzők a vércukor és szabad zsírsav ilyen eltérő alakulását azal magyarázzák, hogy a glukóz adása alatt kialakult igen magas vércukorszint jelentős insulin mobilizációt okoz, az infúzió befejezése után emiatt hypoglycaemia keletkezik, s a szövetek energia igényét csak a szabad zsírsav szint növelésével tudja a szervezet biztosítani. A magas szabad zsírsav szint a továbbiakban gátolja a vérben nagy mennyiségben jelenlevő insulin hatását. A fruktóz és xylit infúzió alatt nincs olyan mértékű vércukorszint emelkedés, amely ezt — a szervezet számára előnytelen — reakciót kialakítaná, így alacsonyabb vércukorszint és kevesebb insulin jelenlétében is kedvezőbb a keletkezett glukóz értékesítése.

Számossá jel utal a fruktóz és xylit adása alatt a máj fokozott működésére, ez jelentős mértékben csökkentheti a vér szabad zsírsav tartalmát. Ezzel magyarázható az, hogy a glukóz-fruktóz és glukóz-xylit infúzió után nincs szabad zsírsav szint emelkedés.

Glukóz adását követően az insulin és a contrainsularis hatásoknak, a fruktóz és xylit bevitelét után a májban lejátszódó folyamatoknak tulajdonítanak döntő szerepet.

Megfigyeléseik és következtetések alapján a szerzők célszerűnek tartják a fruktóz és xylit adását olyan betegeknek, akiknek jelentős szabad zsírsav szint emelkedése és hyperglycaemiája van. Hangsúlyozzák, hogy megfigyeléseiket egészséges egyénekre végezték.

Brunscák András dr.

Hypertoniás nátriumoldatok az égési shock kezelésében. Monafó, W. W. és mtsai (Szent János kórház sebészeti osztálya, St. Louis Missouri.): Am. J. Surg. 1973, 126, 778—783.

Az égési shock therápiája nagy mennyiségű nátrium, víz és kolloid-oldat infúziójából áll. Ennek a széles körben alkalmazott eljárásnak azonban számos hátránya, veszélye van. A testsúly akár 20—30 százalékkal nőhet, tüdőoedema fenyeget, végül az égett szövetekben és környékükön növekszik az oedema. Az épen maradt vagy necrobiotikus szövetekben az interstitialis nyomás annyira megnő, hogy újabb szövet-részletek halnak el.

Elméleti megfontolások és kísérletes adatok alapján a szerzők 106 különböző korú égetten (közülük 25 gyermek) hypertoniás nátrium oldattal végezték a shocktalanítást. Az égési felszín kiterjedése átlagban 37—52% volt. A helyi ellátás 0,5%-os $AgNO_3$ oldatos borogatókötés fel-

helyezésével végződött. A folyadékbevitel ütemét aszerint választották, hogy a vizeletválasztás mértéke 30—40 ml/óra között mozogjon. Ilyen körülmények között egy kb. 70 kg-os sérült átlagban 200 ml/óra körüli (140—300 ml/óra) mennyiséget kapott. Az első 48 órára vonatkoztatva a beadott folyadék mennyisége 2 ml/kg/óra volt, ez 1,96 ml/kg/óra-nyi mennyiségnek felelt meg az első napon.

A 81 felnőttből 52 meghalt, a 22 gyermekből csak három. A felnőttek közül elhagyva a 60%-nál nagyobb kiterjedésű III. fokú égéseket, valamint a 80 éven felülieket, a túlélők aránya 70% és az első 3 napon 64 égett közül mindössze 6 halt meg.

Az első 48 óra során enyhe hypernatraemia és hyperosmolalitás következett be, kisebb mértékben, mint isotonias oldatok infúziója után.

Enyhe alkalosist is észleltek, ennek és a hypernatraemiának mértékét csökkenteni lehetett az infúziós oldat változtatásával. Legkedvezőbbnek a 250 maequ/l Na⁺, 150 maequ/l Cl⁻ és 100 maequ/l lactatot tartalmazó oldat bizonyult. A dilutióból eredő hypalbuminaemia az égési felszín nagyságával korrelált.

Az oedema mértéke lényegesen kisebb volt, mint az a hagyományos oldatok alkalmazása mellett szokásos.

Hypertoniás oldattal történő shocktalanítás során végül is 20—25%-kal kevesebb mennyiségre volt szükség, mint a szokásos formulák alkalmazása mellett, viszont kolloid nélkül! A szerzők szerint az égési sérülést követő napokban az intracelluláris nátrium mennyisége nő, s ezt az extracelluláris térbe bevitt hyperosmoláris oldatokkal lehet a legcélszerűbben pótolni. A vízbevitelből eredő testsúlycsökkenés ezáltal az Evans formuláknál mintegy 25%-kal kisebb. A két folyadékpótlási elv között tehát a víz mennyiségében és nem a beadott nátrium mennyiségében van eltérés, kolloidok alkalmazására pedig nincsen szükség.

Novák János dr.

Az infúzió okozta phlebitis megelőzése heparinnal. Daniell, H. W.: JAMA 1973, 226, 1317.

Az infúziós kezelés céljából vényesen bevezetett polyethylen kateter nélkülözhetetlen az intenzív betegellátásban. Tartós alkalmazása azonban gyakran okoz szövödményként tartós phlebitist, ill. phlebotrombosist. Emiatt a kateter ismételt, esetleg többszöri bevezetésére kényserül a kezelő orvos. Korábbi megfigyelések szerint heparin adagolása, akár igen kis dózisban is csökkenti a helyi elváltozások gyakoriságát. A szerzők kettős vak módszerrel vizsgálták, ill. bizonyították a megfigyelés helytálló voltát.

Összesen 151, intenzív coronariarészlegen kezelt és tartósan infun-

dált beteg vett részt a vizsgálatban. Egy részük olyan infúziót kapott, mely literenként 1000 IE heparint tartalmazott, egy másik csoport a szokott therapiás adagban kapott heparint napi 15–30 000 IE mennyiségben, egy harmadik csoport infúziós oldatába placebo tettek.

A l-ként 1000 IE heparint tartalmazó oldattal kezelt 34 beteget összesen 2243 óráig infundálták. Ezalatt 3 alkalommal kellett helyi reactio miatt a katetert újból bevezetni. A heparin nélkül kezelt 30 beteg 2659 óra tartalmú infúziós kezelése alatt 20 esetben vált kateter-áthelyezés szükségessé. A különbség a két csoport között egyértelműen szignifikáns.

A 9, therapiás dózisu heparinnal intermittáló formában kezelt beteg 4 ízben észlelték thromboplebitist. A 17 beteg közül, akik állandó cseppinfúzió formájában kapták a nagy adag heparint, egyen sem alakult ki venagyulladás, azonban mellékhatásként gyakran fordult elő vérzéses komplikáció. A kis dózisu kezelés ilyen szövödményt nem okozott.

A kis dózisu heparinnal végzett praeventio előnye, hogy nem igényel laboratóriumi (coagulatiós) kontroll-vizsgálatokat, eredményesége miatt a katetercsere, ill. a thromboplebitisek gyakorisága jelentősen csökkenthető.

Benedek Szabolcs dr.

Radiológia

A vele született polycystás vese röntgenológiai triasa. M. M. Kyaw (University of Utah Medical Center, Salt Lake City, Utah): The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine 1973, 119, 710–719.

A vele született polycystás vese lényegében dysplasia. A normális

veseszövet helyén különböző nagyságú cysták conglomeratuma helyezkedik el, a működőképes veseparenchyma teljesen hiányzik. Az elváltozás jellegzetesen egyoldali, de előfordul rendellenesség a másik vesében is, főként hydronephrosis. A dysplasiás oldalon az ureter csaknem mindig atresiás, különösen proximalis szakaszán. Klinikailag a polycystás vese a hasban tapintható terimeként jelentkezik. Urographiás képen a „néma” vese nehezen különíthető el az egyéb szóba jövő körképektől, mint congenitalis hydronephrosis, Wilms-tumor, vesevenathrombosis, vesearteria-elzáródás stb. Ezért az ilyen betegek gyakran tisztázatlan kórismével kerülnek műtetre exploratio céljából. Ennek kettős hátránya lehet. Egyrészt a polycystás vese nem feltétlen műtéti indicatio, tehát a beavatkozás az esetek nagy részében felesleges. Másrészt az explorativ műtétnél sokkal fontosabb lenne ilyenkor a másik, működőképes vese esetleges rendellenességének megoldása.

Lényeges tehát a helyes kórisme megállapítása műtét előtt. Az irodalmi adatok és 6 észlelt esete alapján a szerző a kórképre jellegzetesnek tartja ezt a röntgendiagnosztikai triast:

1. Kiválasztásos urographiánál, „néma” vese, nagy lágyrész-árnyék a megfelelő területen és az esetek mintegy negyedében tojáshéj-szerű kerek meszes árnyékok — meszesedés a cysták falában.

2. Retrograd pyelographia igazolja az ureter atresiáját.

3. Aortographia kimutatja a vesearteria hypoplasziáját vagy teljes hiányát. Collateralis keringés nincs, nephrographiás phasis nem látható.

Ezek a vizsgálatok nemcsak az érintett vese helyes megítélését teszik lehetővé, hanem tisztázzák a másik, működő vese esetleges elváltozását is. Ezzel az esetek mintegy 30%-ában kell számolni.

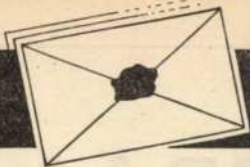
Lacza András dr.

A néma vese angiographiás vizsgálata. J. P. Petasnick, S. K. Patel (Rush-Presbyterian—St. Luke's Medical Center, Chicago, Illinois): The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine 1973, 119, 757–766.

Az urographia során nem ábrázolódó ún. „néma” vese gyakori lelet. Okát a kiegészítésként alkalmazott nephrotomographia és retrograd pyelographia sok esetben nem tudja tisztázni. Ilyenkor a renalis arteriographia és venographia megoldhatja a diagnosztikai problémát. A szerzők 30 olyan esetről számolnak be, melyekben a néma vese háttérében álló kórfolyamatot angiographiával tisztázni sikerült. Ebben az anyagban 9 arteria renalis elzáródás, 8 vese-agenesis, 5 tumor, 3 infectiós kórkép, 3 ureter-obstructio, 1 vesevenathrombosis és 1 renalis arteriovenosus sipoly fordult elő. 7 esetet részletesen ismertetnek, bemutatják jellegzetes röntgenfelvételeiket. Ezek a következők: billentyűhiba és pitvarfibrillatio mellett fellépett vesearteria embolisatio infarctussal, vesevenathrombosis, veseagenesis, tuberculosos következtében kialakult pyonephrosis, hypernephroma, epidermoid carcinoma, renalis arteriovenosus sipoly.

Néma vese vizsgálatára a szerzők a következő esetekben tartanak szükségesnek angiographiát: 1. Normális, sikertelen vagy nem értékelhető retrograd pyelographia. 2. Nephrotomographiával sem sikerül kimutatni a vese körvonalait. 3. Tisztázatlan okú hydronephrosis. 4. Vesetumor gyanúja. 5. Trauma. 6. Végül az angiographiától várható a vese érrendszerének, a megmaradt parenchyma esetleges functionalis kapacitásának értékelése.

Lacza András dr.



A fogorvosi karon végzettek elhelyezkedési problémáiról.

T. Szerkesztőség! Az elmúlt években egyre fokozódó problémát jelent a végző fogorvosok elhelyezkedése. A járóbetegellátásban az a kiáltó ellentét, mely a fogászat és egyéb szakok állásainak betölthetőségében, illetve az állásokra pályázók számában mutatkozik, készített arra, hogy a kérdést az Orvosi Hetilapban felvessem. Teszem ezt annál is inkább, mert 10 éven keresztül (1953—1963 között) az Egészségügyi Minisztérium II. főosztályán a fogorvosképzésért közvetlenül felelős főelőadó voltam, így a fogorvosi kar létrehozásában és fejlesztésében is aktívan működtem közre.

Érdekes módon már a képzés megindítása után rövid idővel, 1955-ben felmerült, hogy ha az általános orvosi karon végzettek fogszakorvosi vizsgát tehetnek, akkor a fogorvosi karon végzeteknek is biztosítsuk az általános orvosi diploma megszerzésének lehetőségét. Abban az időben — amikor a fogszakorvosok száma országosan alig haladta meg az 1000-et — ezt a javaslatot, mint nem aktuális témát, minden fórum elvetette, bár az egyetem oktatói körében is többen voltak, akik elvileg nem tartották megvalósíthatatlannak. A javaslat aktualitása most a bevezetőben elmondottak alapján mindenesetre megvan. Talán érdemes volna megvizsgálni feltevéleiket. Annyit hozzá tudok fűzni, hogy annak idején az elméleti tárgyak jelentős részét a fogorvosi kar együtt hallgatta az általános orvosi karral, s a klinikai tárgyakat, és a külön oktatott tárgyakat is az egyetem akkori második garnitúrája oktatta (kitűnő docensek és adjunktusok, akiknek jó része ma egyetemi tanár), mely annak idején jelentős energiát fektetett tárgya elméleti és gyakorlati képzésébe. Tudomásom szerint a helyzet azóta sem változott, és ezt is figyelembe lehet venni.

Ha ez az út nem járható, más lehetőség is volna az általános orvosok és a fogorvosok elhelyezkedési lehetősége közötti aránytalanságok csökkentésére. Éppen a jó általános elméleti alapok miatt is talán lennének olyan szakok, melyeket — esetleg egy évvel hosszabb gyakorlati idővel — a fogorvosok számára is meg lehetne nyitni. Ehhez először egy — véleményem szerint — hibás szemléletet is át kellene törni, mely a fogorvosi karon végzeteket eleve lényegesen alacsonyabb szintű képzettségűeknek tartja, elfelejtve, hogy a fogorvosi kar — az általános orvosi kartól eltekintve — a leg-hosszabb képzési idejű karok közé tartozik. Ezért nem is kívánok most javaslatot tenni, milyen szakvizsgát

engedélyezzenek fogorvosok számára — talán a Hetilap olvasótáborában ebben a kérdésben is tud segíteni —, csupán megemlítem, hogy a fővárosi egészségügyi intézmények laboratóriumaiiban vegyész, biológus, gyógyszerész mellett fogorvos is dolgozik ilyen állásokra nem pályázó általános orvosok helyett. Elég sok fogorvos dolgozik kerületi tanácsainkban is — ezek egy része egészségügyi-szervezési tanfolyamot is végzett — kerületi orvosként, sőt egészségügyi osztályvezetőként is. Mind a kerületi tanácsok, mind a főosztály megállapítása szerint munkájuk eredményes. Többen igen szívesen, jó érzékkel végzik ezt a munkát, szemben a — szinte évente távozó — általános orvos képzettségű kerületi orvosokkal, ami azt mutatja, hogy ehhez a munkához a képzettségen kívül a szervezői készség és érdeklődés is nagyon lényeges.

Lehet, hogy javaslatom a fenti formában nem valósítható meg, mégis nagyon szeretném, ha írásom segítene a fogorvos-kérdést több éves holtpontháról kimozdítani, és ezzel hozzájárulna, hogy a képzés jobban megközelítse a társadalmi igényeket.

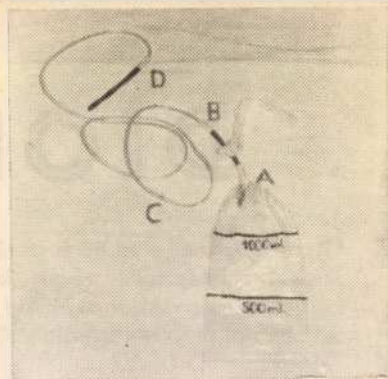
Kazár György dr.

Egyszerű vizeletgyűjtő szerelék

T. Szerkesztőség! Az intenzív betegellátásban nélkülözhetetlen a vizeletgyűjtő műanyag zsákok használata. A kereskedelemben ilyen egyszerű használatos szerelések sajnos nem mindig kaphatóak és aránylag még költségesek. Az alábbi módszerrel könnyen és főleg csekély anyagi befektetéssel készíthetünk jól használható vizeletgyűjtő felszerelést.

Alapanyagként elsősorban a Rico Kötésszerművek által gyártott, elhasznált infúziós szerelék, illetve annak nylon csomagolása szolgál. A nylon zsák nyílását egy kb. 10 cm-es vastagabb gumicsőre (strangulációs gumi) lencsénával való körültekerceléssel rögzíthetjük. A rögzítést chinoplasttal esztétikusan elfedhetjük (ábra A. pont). A gumi másik végének lumenjébe az elhasznált szerelék műanyag csövet csatlakoztatjuk, majd ezen a ponton is chinoplasttal fedhetünk (ábra B. pont). A polyaethylen csövet a szükségletnek megfelelően műanyag illesztő segítségével meghosszabbíthatjuk (ábra C. pont). (Utóbbi az infúziós szerelék vezetékének közepéből ollóval kiszabadítható.) Végül a vezeték másik vége újabb gumicsővel állandó katéter nyílásába vezethető (ábra D. pont).

A nylon zacskóra tus tintával az úrtartalmat bejelölhetjük. Kb. 1000 ml vizeletet a vékony zsák még jól tart. Az ily módon elkészített szere-



lékeket pergamen papírba csomagolhatjuk, majd több csomagolást Schimmelbusch dobozban gázban sterilizálhatunk. Az ismertetett módszert hosszabb ideje alkalmazzuk, a gyakorlatban jól bevált. Úgy véljük másutt is jól használható.

Udvardi György dr.

A társszerzőség kérdéséről.

T. Szerkesztőség! Murányi János dr. „A vese cholesteatomája” című közleményét (Orv. Hetil. 1974, 115, 1533.) olvasva, egy nem ritkán figyelmen kívül hagyott tudományos etikai kérdést szeretnék felvetni.

Az ismertetett esetben a közlést egyedül indokoltá tevő kórfolyamat lényegét a kórszövet-tani vizsgálat derítette ki („kórszövet-tani vizsgálat: cholesteatoma...”, „a ch. itt is postop. kórisme volt”), legalábbis a cikkben semmi sem utal arra, hogy az operátor is felállította volna a diagnózist a kórszövet-tani vizsgálat előtt. A kórszövet-tani vizsgálat jelentőségét bizonyítja az is, hogy a közlemény egyetlen illusztrációja egy mikrofelvételt. Az esetet tehát csak a kórboncnokkal kollaborációban lett volna szabad közölni, s legfeljebb azt lehetett volna megfontolás tárgyává tenni, hogy ki legyen az első szerző. Amennyiben a kórboncnok a közleményben nem kívánt szerepelni, akkor is fel kellett volna tüntetni a nevét, esetleg megköszönve a lelet és a mikrofelvétel rendelkezésre bocsátását. Ez utóbbi még olyan esetekben is illendő, ha a kórszövet-tani — vagy bármely egyéb szakmának köszönhető — vizsgálat eredménye nem érinti a közlemény lényegét. Megjegyzem, hogy a szerző régebben is közölt egy vese-cholesteatoma esetet (Magyar Sebészet 1963, 16, 201.), a diagnózist felállító kórboncnokról azonban abban a közleményben sem tett említést.

Ormos Jenő dr.

T. Szerkesztőség! Ormos dr. hozzászólásával egyetértek. Én is mulasztásnak érzem, hogy a kórboncnok kartársak nevét nem említettem a közleményben. Meg kellett volna ezt tennem annál is inkább, mivel ők nem kívántak társszerzőként részt venni a dolgozatok megírásában.

Murányi János dr.

DIOPTRIAMÉRŐ

Újszerű optikai elve és ésszerű mechanikai konstrukciós felépítése révén komoly segítséget nyújt felhasználójának, mind egyedi, mind kezetbe foglalt szemüveglencsék jellemző adatainak

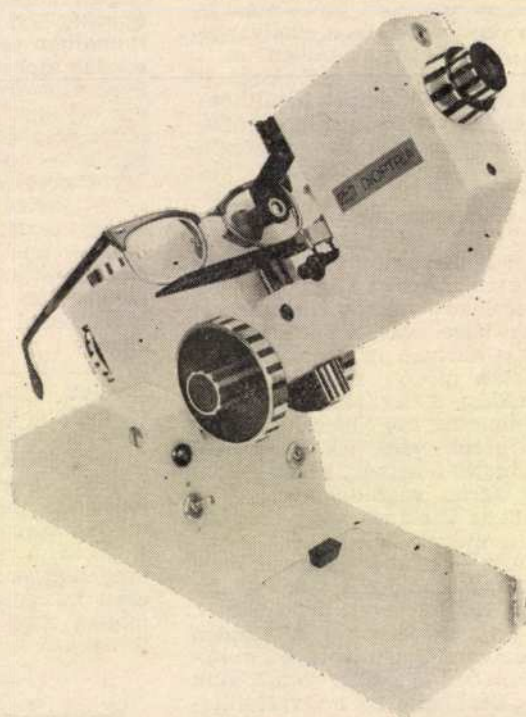
- 1 gyors,
- 2 kényelmes,
- 3 minden eddiginél pontosabb meghatározására.

A műszert sikerrel alkalmazhatják:

- 1 szemészeti intézmények,
- 2 kórházak,
- 3 látszerészek,
- 4 mindazon helyeken, ahol szemüveglencse mérése és minősítése történik.

Kialakítása és mérőrendszere olyan, hogy kezelése rövid idő alatt elsajátítható, még mérésben nem gyakorlottak részére is.

A műszer kielégíti azt a már általánossá vált igényt, hogy a mérés eredményét digitális formában lehet leolvasni, mind a dioptriamentéket, mind a fõmetszetek szõghelyzetét.



MŰSZAKI ADATOK:

Dioptria mérési tartománya	- 30 dpt - + 25 dpt
Leolvasható dioptriaérték	
1 közvetlen leolvasással	0,125 dpt
2 becsléssel	0,0125 dpt
Dioptria mérési pontosság	jobb mint 0,03 dpt
Prizmadioptria mérési tartománya	
1 közvetlenül	7 pr. dpt-ig
kisegítő ékkel	10 pr. dpt, ill. 12 pr. dpt
Műszer súlya:	4,25 kg.



MAGYAR OPTIKAI MŰVEK

H-1525 Budapest, Pf. 52. Tel.: 354-140.

Telex: MOMOS-H 22-4151



KÖNYVISMERTETÉS

Marvin H. Hack, Fatma M. Helmy: An Introduction to Comparative, Correlative Histochemical Principles. VEB Gustav Fischer Verlag Jena, 1974, 90 oldal, 46 ábra. Ára: 28 DM.

A histochemia lényegében mikroszkópos morfológiai célokra alkalmazott biochemia, és segítségével a sejtek, sejtorganellumok biochemiai reakcióinak pontos topográfiai tanulmányozása lehetséges. Így számos biológiai folyamat esetében a histochemia jelenti a legfontosabb, vagy egyetlen megközelítési lehetőséget. A biochemia rohamos fejlődése miatt, de a histológiai alkalmazás számos nehézsége és a nagyszámú hibaforrás miatt is szükséges időnként a módszerek újabb és újabb áttekintése. Ezt a célt szolgálja Marvin H. Hack és Fatma M. Helmy monográfiája. A szerzők nem törekedtek sem histochemiai kézikönyv igényességre, sem pedig receptkönyv teljességre. Azokat a módszereket tárgyalják — igen világos áttekintést nyújtva —, amelyeket eredményesen használtak eddigi munkájuk során, és amelyek kivételzéséről, az előforduló hibaforrásokról személyes tapasztalatokkal is rendelkeztek, és amelyek felölelik az általános gyakorlat legfontosabb módszereit.

A könyv rövid bevezető után a histochemiai módszereket a következő csoportosításban tárgyalja:

1. A cryostatoss metszetkészítés módszertani problémái, kiegészítve a fixálás enzimhistochemiában jelentős szerepének ismertetésével.

2. Enzyme, melyek között a legfontosabb oxidorektázok, hidrolázok, dehidrogenázok szerepelnek, kiegészítve a szolubilis enzyme mikromennyiségeinek kimutatására használatos mikro-elektrophoresis alkalmazási lehetőségeinek tárgyalásával.

3. Lipidek, külön választva a neutralis lipidek, phospholipidek és glycolipidek feltüntetésére alkalmas histochemiai módszereket, valamint az itt is hasznos szerepet betöltő mikro-elektrophoresis módszerét. Ezt követi a szénhidrátok, majd a nukleinsavak histochemiai kimutatására alkalmas eljárások rövid ismertetése. A 6. fejezet a histochemia egyik legproblematisabb területének a kvantitatív meghatározásokra alkalmas mikrospektrophotometriának histochemiai vonatkozásaival foglalkozik. A szerzők részletesen ismertetik az általuk használt mikrospektrophotometer elvi felépítését, és az egyes módszerek alkalmazásának esetleges hibaforrásait, nehézségeit. Végül a 7. fejezetben egyéb histochemiai érdekeségek mint a pigmentek histochemiája, sejtorganellumok izolálása és

a histochemia elektronmikroszkópos vonatkozásainak tárgyalására kerül sor.

A könyv 90 oldal terjedelmű, 46 fekete-fehér ábrát, 2 színes képet tartalmazó táblát, valamint 12 különböző kémiai és biokémiai folyamatokat magyarázó táblázatot tartalmaz. Szerencsés megoldás, hogy az egyes fejezetekben tárgyalta biochemiai módszereket, festék-kémiai vonatkozásokat képletekkel, elvi ábrázolásokat tartalmazó táblázatokkal illusztrálják, az egyes histochemiai eljárásnak a szerzők által optimálisnak vélt módszertani leírásával együtt. A színvonalas, szép kiállítású könyvet, a VEB Gustav Fischer Verlag, Jena adta ki. Az egyetlen zavaró szépséghibát a könyvben előforduló igen sok sajtóhiba jelenti, mely helyenként zavaró tipográfiával is társul.

Összességében tehát egy jó, modern, aktuális problémákkal foglalkozó histochemiai összeállítást kaptunk, amelyet mind a histochemiában járatosak, mind a módszerekkel most ismerkedők haszonnal tanulmányozhatnak.

Romhányi György dr.

Die chronische Niereninsuffizienz. Szerkesztette: Dutz, H., Mebel, M.: Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1973, 329 oldal, 66 ábra, 24 táblázat. Ára: 47 DM.

A monográfia alaphangját meghatározza az a tény, hogy szerzője, Prof. H. Dutz a berlini II. sz. Belklinika (Charité) igazgatója, míg társszerzője, Prof. M. Mebel az Urológiai Klinika, illetve a Friedrichshaini transplantációs centrum vezetője. A könyv összeállításában 21 — túlnyomórészt az említett két intézetben dolgozó — munkatárs, ezen szakma legkiválóbb képviselője vett részt.

A munka 11 fejezetben tárgyalja a chronikus veseelégtelenség elméleti és gyakorlati problémáit, melyek taglalása során mindig a betegség mellett, nap mint nap felmerülő kérdések és azok korszerű megoldása kerül előtérbe.

Az első fejezetben a veseelégtelenség pathophysiologiáját és epidemiológiáját ismertetik a szerzők. Külön táblázatban foglalják össze — az egyes országokban történt felmérések alapján — a chronikus veseelégtelenség gyakoriságát, mely a felállított kritériumoktól függően 28–75/1 millió lakos/évre tehető.

A második fejezet a veseelégtelenség laboratóriumi, bakteriológiai, szövettani, valamint radiológiai diagnosztikáját foglalja össze.

A harmadik fejezetben a vesebetegségek differenciáldiagnosztikájáról, terapiájáról kap modern,

szintetizáló képet az olvasó. Kiemelkedő és számunkra is rendkívül tanulságos része a fejezetnek a nephrológiai gondozó hálózat felépítésének és fokozatonkénti feladatkörének ismertetése. Talán első megközelítésre szokatlannak tűnik (IV. fejezet) azon urológiai körképeknek és urológiai sebészeti terapiás lehetőségeinek (pl. pyelon plasticák) ismertetése, mely révén elérhető, hogy a vese konzerválásával csökkenjen a chronikus uraemia stádiumba jutó betegek száma. Alapjaiban véve a szerzők felfogása helyes, és jól tükrözi a belgyógyász és urológus szoros kapcsolatát, ami elengedhetetlen feltétele a betegcsoport magasszintű ellátásának.

Az V. fejezet a veseelégtelenség komplex anyagcserezavarával, a cardio-pulmonalis eltérésekkel, az anaemia, vérárvadás, gastrointestinális és hepaticus rendellenességekkel foglalkozik.

A VI. fejezetben a gyógyszeres terapia speciális sajátosságairól (kiválasztás, kumuláció, dozirozás), mellékhatásáról kapunk összefoglaló képet.

A további fejezetek (VII., VIII., IX., X.) az uraemiás beteg dietetikáját, dialysis terapiáját, a vese-transplantatio kérdéseit, valamint a műtéli előkészítés, narcosis, műtét utáni szövödmények jellegzetességeit ismertetik.

Különösen értékes az uraemiás betegek kezelésével foglalkozók számára a „veszélyhelyzetek” (szív-elégtelenség, tüdő-agyödema, shock stb.) terapiás lehetőségeinek könyvnyen áttekinthető, táblázatszerű taglalása (XI. fejezet).

Az elmondottak összefoglalásaként megállapítható, hogy a monográfia tartalmazza mindazt, amit a chronikus veseelégtelenség diagnosztikájával, terapiájával kapcsolatban ismernünk, és a felvetődő problémák megoldásaként alkalmaznunk kell.

A mű értékét lényegében nem csökkenti, azonban meg kell említeni, hogy a vesebiopsiás anyag egy-egy értékelésére (szövettani stádium-beosztás, nomenklatura) nem kapunk javaslatot, melynek egységessége az eredmények összehasonlásának elengedhetetlen feltétele. Az egyes fejezetekben idézett szerzők egy része a témakörök tárgyalásának végén feltüntetett irodalomjegyzékben nem található meg.

E sorok írója számára különösen örvendetes az a tény, hogy Bálint professzor német nyelven is megjelent monográfiája (Normale und pathologische Physiologische der Niere, Berlin, 1969) a szerzők alapvető és több ízben is idézett forrásanyagául szolgál.

Végezetül a munka gondolatmenete, korszerű szemlélete biztosíték arra, hogy hasznos kézikönyv, vezérfonal legyen a chronikus uraemiás betegek kezelésében.

Karátson András dr.

Figyelmükbe ajánljuk a VARIMEX kiállítását a BNV A pavilonjában a 204b standon, ahol

ORVOSI KÉSZÜLÉKEK ÉS FELSZERELÉSEK

láthatók, s közöttük az

ULTRASONOKARDIOGRAPH, typ: UKG 3-10.

Katalógusszám: ED-17

**ultrahangos készülék kardiológiai
diagnosztákhoz**

A vizsgálati módszer az ultrahanghullámok különböző akusztikai impedanciájú szövethatároktól, s különösen a szívstruktúráról való reflexióján alapul. Az echokardiogram rögzítését A vagy TM prezentációs rendszerben lehet végezni. Egy vizsgálat elvégzése néhány percig tart. A kezelés nagyon egyszerű. A készülék 220 V-os 50 Hz-es hálózatról üzemel. Az ultrasonokardioszkóp diagnosztikai köre:

a mitrális szűkületben a kivezetés nagyságának meghatározása, elmeszesedések kimutatása a mitrális kivezetésben, a javulás értékelés az elvégzett mitrális komiszurotómia után, a bal oldali kivezetés



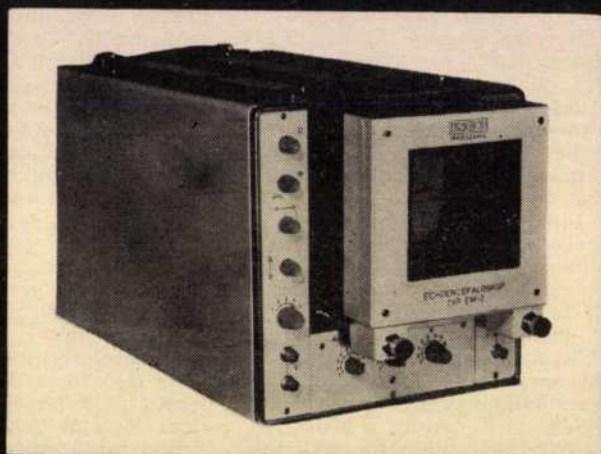
érszűkületében a mitrális visszahullám megállapítása, a mitrális záráshiány megállapítása, a hármashatású billentyű hibáinak feltárása, az aortális kimenet rögzítése, a billentyű alatti aortális szűkület kimutatása, a bal pitvar nyálasodásának felismerése, az üregek nagyságának közelítő értékelése, a kamrahatároló vastagságának meghatározása a bal oldali kamra szabad falára, a bal oldali kamra térfogatának és a kidobási frakciónak meghatározása, a folyadék jelenlétének meghatározása a szivburokban, a szivburok meszesedésének megállapítása, a beépített billentyű működésének értékelése, az elektromechanikai csatolás vizsgálata

ECHOENCEFALOSKOP, typ: EM 2.

Katalógusszám: ED-151

ultrahangos diagnosztikai készülék az agy vizsgálatára

Az EM 2 feltárja és lokalizálja az agykéregben kialakult kóros elváltozásokat. Az elemzést és a diagnosztikát az oszcilloszkóp ernyőjén megfigyelhető ultrahang-impulzusok lefutásának elemzése alapján lehet elvégezni. A vizsgálóimpulzusokat két vizsgáló vevőfej bocsátja ki, ill. veszi. Az üzemi frekvencia 1,5 MHz. A táplálás 220 V-os, 50 Hz-es hálózatról. Az EM 2 készüléket különleges fényképezőgépes adapterrel láttunk el, amivel az impulzusok összehasonlítási és dokumentációs célra lefényképezhetők.



1945
VARIMEX
1975

Kizárólagos exportőr:

VARIMEX

Lengyel Külkereskedelmi Társaság,

00-679 Warszawa,

ul. Wilcza 50/52. Lengyelország

Telex 814311.

**Az Egészségügyi Minisztérium
tájékoztatója a február havi járványügyi helyzetről**

Február közepén befejeződött a decemberben kezdődött influenzajárvány. Egy poliomyelitis és egy diphtheria megbetegedést jelentettek be a hónap folyamán.

Influenza. Az 1974 decemberének közepén kezdődött országos járvány február közepére megszűnt. 1 620 000 influenzás, ill. influenzaszervi megbetegedést regisztráltak, ez a lakosság 15,6%-át jelentette. A járvány során 207, az A/Port Chalmers/1/73. vírushoz közelálló antigén szerkezetű influenzavírus törzset izoláltak.

Salmonellosis. A balassagyarmati kórház csecsemőosztályán *S. saintpaul* okozta halmozódás alakult ki.

Dysentéria. A miskolci Semmelweis Kórház női és a balassagyarmati kórház férfi elmeosztályán *Sh. flexneri* fertőzések jelentkeztek halmozottan. A budapesti XVI. kerületi csecsemőotthonban, a törökszentmiklósi szociális otthonban és a komáromi gyermekváros óvodájában a hónap folyamán járvány alakult ki. Tatabányán óvodások és családtagjaik között zajlott le kontakt terjedésű járvány.

Dyspepsia coli. A Szegedi OTE gyermekklinikáján december—február folyamán szórványosan jelentkező esetekkel járvány zajlott le, *E. coli* 055 fertőzések következtében. Három megbetegedés lefolyása — alapbetegségek következtében — igen súlyos volt. A járvány összefüggésbe volt hozható a kiskunhalasi kórházban 1974 végén lezajlott dyspepsia coli járvánnyal.

Hepatitis infectiosa. A megbetegedések száma kisebb volt, mint januárban. A legtöbb megbetegedést Borsod és Szabolcs megyében észlelték.

Poliomyelitis. Egy 5 hónapos dorogi csecsemő be-

tegedett meg, jobb alsó végtagján petyhüdt bénulás alakult ki. Székletéből 3. típusú polio vírust izoláltak. Első tünetei előtt 17 nappal, fejlődési rendellenességével összefüggésben végzett műtete után 2 nappal, 3. típusú Sabin vakcinát kapott.

Diphtheria. A Pest megyei Nagykatán egy 23 éves férfi betegedett meg, aki alapbetegsége miatt védőoltásait a korábbiakban nem kaphatta meg. Torokváladékából toxintermelő *C. diphtheriae* törzset tenyésztettek ki.

A legtöbb *scarlatina* megbetegedést a hónap során Vas megyéből jelentették, ahol különösen Kőszegen, különböző gyermekkollektívákban halmozódtak az esetek. A kanyaró megbetegedések száma közel azonos volt a januárral, a tavaly februárinak 10%-át adta. A rubeola megbetegedések száma a járványos 1974. februárinak mintegy egygyede volt. A legtöbb megbetegedést Békés és Szolnok megyéből, valamint Budapestről jelentették. A *parotitis epidemica* esetek száma nőtt és mintegy 30%-kal nagyobb volt, mint egy évvel korábban. A megbetegedések egyharmadát Budapestről jelentették.

Staphylococcus. Az ózdi kórház szülészeti osztályáról kiindult mastitis járvány folytatódott februárban is. Január—február folyamán összesen 30 olyan esetet észleltek, amelyben emlő-abscessus is kialakult. Újszülöttkori staphyloodermről egy esetben érkezett bejelentés a kórház felvevő területéről.

Tularemia. A nyugat-dunántúli természeti göccsal összefüggő járvány folytatódott. Az elsősorban érintett Vas megyén kívül Zala, Győr-Sopron és Veszprém megyében is történtek megbetegedések.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1974. szeptember—1975. február hó +

Betegség	1974.				1975.	
	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.	Jan.	Febr.
Typhus abdominalis	6	78	33	14	2	3
Paratyphus	3	—	1	—	—	—
Salmonellosis	492	442	333	289	143	176
Dysentéria	1033	879	633	439	406	412
Dyspepsia coli	172	150	104	89	143	90
Hepatitis inf.	606	768	757	645	680	541
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	1
Diphtheria	—	—	2	4	—	1
Scarlatina	401	1024	1353	1278	974	1084
Morbilli	69	136	118	83	96	109
Rubeola	694	802	1349	1776	1717	2107
Parotitis epid.	785	2185	4100	3363	3332	3691
Pertussis	8	1	3	1	2	3
Meningitis epid.	7	9	5	6	5	5
Meningitis ser.	86	60	34	25	20	29
Encephalitis inf.	36	18	7	13	8	7
Mononuc. inf.	33	62	36	34	23	45
Keratoconj. epid.	5	7	5	2	3	1
Malaria	1*	—	1*	—	—	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcus	57	84	76	49	11	35
Tetanus	8	4	6	—	5	5
Anthrax	2	1	—	—	—	—
Brucellosis	12	8	12	18	5	10
Leptospirosis	11	7	10	3	2	1
Ornithosis	1	2	1	—	1	—
Tularemia	2	4	20	49	24	22
Lyssa-fertőzé- gyanús sérülés ...	123	109	106	90	144	152

+ Előzetes, részben tisztított adatok.
* Importált esetek.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1975. február hó

Betegség	Február hó			Január 1—Február 28.		
	1975*	1974*	Medián 9169—73	1975*	1974*	Medián 1969—73
Typhus abdominalis	3	7	13	5	14	31
Paratyphus	—	—	2	—	1	3
Salmonellosis	176	145	152	319	334	299
Dysentéria	412	450	545	818	925	1046
Dyspepsia coli	90	65	117	233	169	275
Hepatitis inf.	541	692	694	1221	1740	1627
Poliomyelitis	1	1	—	1	1	—
Diphtheria	1	—	—	1	1	—
Scarlatina	1084	1703	958	2058	3757	1970
Morbilli	109	10766	642	205	18318	1502
Rubeola	2107	9877	—	3824	16202	—
Parotitis ep.	3691	2263	—	7023	4550	—
Pertussis	3	3	4	5	6	9
Meningitis ep.	5	4	7	10	9	16
Meningitis ser	29	16	13	49	30	26
Encephalitis	7	3	4	15	9	9
Mononucleosis	45	38	30	68	78	61
Keratoconj. epid.	1	3	2	4	11	4
Malaria	—	—	—	—	—	1
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcus	35	12	39	46	30	69
Tetanus	5	3	2	10	4	6
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	10	6	10	15	8	20
Leptospirosis	1	3	3	3	4	4
Tularemia	22	—	1	46	2	2
Lyssa-fert. sérülés	152	151	165	296	250	309

* Előzetes, nagy részben tisztított adatok.

TAVEGYL®

INJEKCIÓ

antihistaminicum

antiallergicum



SPECIFIKUS ÉS SZELEKTIV HATÁSÚ HISTAMIN-ANTAGONISTA; EXSUDATIO- ÉS OEDEMA-GATLÓ.

JAVALLATOK

Acut és chronikus allergiás folyamatok, felső légúti allergiás megbetegedések. Asthma bronchialisban a kísérő tünetek enyhítésére adható. Allergiás bőrmegbetegedések, gyógyszer- és alimentaris exantemák, kontakt-dermatitis. Adjuvánsként acut és chronikus ekzémák kezelésekor.

Prophylaxis céljára, például pollen-immunotherapia, kontrasztanyag vizsgálatok előtt, az allergiás jelenségek kivédésére.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek az átlagos napi adag reggel és este 1 ampulla im. vagy sc. Maximális napi adag 3 ampulla (6 mg).

Prophylaxis céljára 1 ampulla közvetlenül a feltételezeten allergiás reakciót kiváltó beavatkozás (gyógyszer, röntgenkontrasztanyag) előtt.

Desensibilizáló kúra esetén prophylactikusan az allergéninjekcióval együtt célszerű adni.

MELLEKHATASOK

Fáradtság, somnolentia, fejfájás, vertigo, nausea, mérsékelt gyomorpanaszok, szájszárazság, obstipatio jelentkezhetnek.

FIGYELMEZTETÉS

Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért például járművezetőknek, magasban vagy veszélyes gépen dolgozóknak csak az egyéni érzékenységnek megfelelő adagban adható.

Tavegyl-kúra alatt az alkohol fogyasztása tilos!

Terhességben alkalmazása csak kivételesen, súlyos esetekben ajánlható.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

5 × 2 ml (2 mg clemastinum 2 ml propylenglycolos vizes oldatban) 36,80 Ft.

® = SANDOZ

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(887/c)

Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet igazgató-főorvosa (Budapest XI., Daróczy ut. 24.) pályázatot hirdet a donor osztályon megüresedett E 106 ksz. rendelőintézet **belgyógyász** szakorvosi állásra. A kinevezendő orvos feladata a donorok veradás előtti belgyógyászati kivizsgálása. A donorok vizsgálata részben intézetben kívüli elfoglaltsággal jár (üzemi kiszállások vérvételek). A kiszállásokkal kapcsolatban felmerült túlmunkaért külön díjazás jár. Illetmény ksz. szerint, valamint munkaköri pótlék. Az állás azonnal elfoglalható.

Hollán Zsuzsa dr.
egyetemi tanár
igazgató-főorvos

(945/b)

Nógrád megyei Tanács V. B. Balassagyarmati Járási Hivatala Eü. osztályának vezetője egyetértésben a Szügyi Községi Tanács elnökével pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett Szügyi **körzetorvosi** állásra. Csatolt község Csesztve. Illetmény a 18/1971. EüM—MüM sz. együttes utasítás szerint. Az álláshoz 3 szobás összkomfortos központi fűtésű ellátott modern lakás, garázs, kert tartozik.

Erdéklődni szóban v. írásban a Községi Közös Tanács elnökénél: 2699 Szügyi, Rákóczi út 28. Tanácsháza.

Rados József
tanácselnök

(946/b)

Mosonmagyaróvári Járási Hivatala Eü. Nagyközségi Közös Tanács V. B.-vel Osztyálynak vezetője Jánossomorja egyetértésben pályázatot hirdet Jánossomorja I. sz. **körzeti orvosi** állásra, mely elhálózás folytán üresedett meg. Illetmény a 18/1971. EüM—MüM sz. együttes utasítás előírásainak megfelelően, gyakorlati idő, esetleg szakképesítés figyelembevételével. Úgyeleti díj 500.— Ft. Fuvarátalány, saját gépkocsi használat esetén 2.— Ft/km, mely 7—800.— Ft összegben kerül megállapításra. Pályázó részére a községi tanács 3 szobás összkomfortos, garázsos, kertesszolgálati lakást biztosít mely az állás elvételével egyidejűleg beköltözhető. Hétfélig ügyeleti szolgálatot a két felöltött betegellátást végző orvos felváltva látja el. Kéthetenként szabadszombat biztosítva van. Gyermkek ellátását külön gyermekorvos végzi.

Községben körzeti fogászati, bőrcsodé, gyógyszerészati működik. Rendelő a lakástól külön közelműltban épült, korszerű 5 munkahelyes, jól felszerelt, EKG és kis laboratóriumi felszereléssel ellátott rendelőkben történik. Orvoselejes részére a tanács megfelelő foglalkoztatást tud biztosítani.

Vidéken első alkalommal körzeti orvosi munkát vállaló orvos részére 3—10 000.— Ft-ig terjedhető, vissza nem térítendő juttatás adunk. Pályázatot a Nagyközségi Tanácshoz, szolgálati úton kell benyújtani.

Kiss Károly dr.
tanácselnök

(951)

A Nógrád megyei Tanács II. Kórháza (Pásztói) igazgatója pályázatot hirdet 1 fő **belgyógyász segédorvosi** állásra. Illetménye 2200. Ft. lakást biztosítunk.

Kovács Bertalan dr.
kórházigazgató

(952)

Sarkad Nagyközségi Tanács elnöke (Sarkad, Kossuth u. 27. Telefon: 36) pályázatot hirdet ez évben szervezett járási **gyermekkörzeti orvosi** állásra Sarkad székhellyel. Az állás megegyezés szerinti időpontban tölthető be. Illetmény a 18/1971. EüM—MüM sz. együttes utasítás alapján. Szolgálati lakás a község központjában biztosított. Rendelés a közel-

műltban épített Központi Orvosi Rendelőben történik.

Szegedi Lajos
tanácselnök

(953)

Budapest Fővárosi Tanácsa V. B. Eü. Főosztály vezetője (1840 Budapest, Városház u. 9—11.) pályázatot hirdet a Weil Emil Területi Vezető Kórházban nyugdíjazás folytán megüresedett, függetlenül **főigazgató főorvosi** állásra az E 101/A ksz.-on.

Képesítés és bérezés a 18/1971 EüM—MüM sz. együttes utasításban foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 6/1970. EüM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Bartha Ferenc dr.
fővárosi vezető főorvosa

(954)

Karcag Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet áthelyezés folytán 1975. június 1-gyel megüresedett tiszaszentimrei kihelyezett **fogorvosi** állás betöltésére. A fogorvosnak napi 5 óra felnőtt fogászatot és 1 óra iskolafogászatot kell ellátnia. Bérezés a 18/1971. EüM—MüM sz. utasításnak megfelelően, a szolgálati időtől és szakképesítéstől függően, megegyezés alapján. Az álláshoz rendelőlével egybeépített háromszobás komfortos, garázsos ellátott szolgálati lakás biztosított.

Mikola Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(955)

A Karcag Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet Kisújszállás város területére 1 fő **gyermekgyógyász szakrendelői** állás betöltésére.

Az állás betöltéséhez gyermekgyógyászati szakorvosi képesítés szükséges.

Besorolás a 18/1971. EüM—MüM számú utasítás alapján, a gyakorlati időtől függően.

A gyermekgyógyász szakorvosnak a gyermekgyógyászati szakrendelésen kívül tanácsadói és bölcsőde orvosi feladatokat is el kell látnia.

Az álláshoz Kisújszállás város két szobás összkomfortos tanácsi kiutalású lakást tud biztosítani.

Az állás azonnal betölthető.

Mikola Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(956)

Karcag Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet Karcag város területéhez tartozó — ahhoz 8 km-re levő — gyógyvízzel nyilvánított Berekfürdő területén megüresedett **körzeti orvosi** állás betöltésére.

A körzeti orvosnak fürdő-orvosi feladatokat is el kell látnia.

Az álláshoz 3 szobás összkomfortos, központi fűtésű, szolgálati lakást biztosítunk.

Bérezés a 18/1971. EüM—MüM utasítás alapján a szolgálati időnek, illetve esetleges szakképesítésnek megfelelően.

Az állás betöltéséhez általános orvosi képesítés és fürdőorvosi gyakorlat szükséges.

Rheumatológiai szakképesítéssel rendelkező orvosok előnyben részesülnek. Az állás azonnal betölthető.

Mikola Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(957)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem AOK Dékánja pályázatot hirdet a II. sz. Gyermekklinika 5004 ksz. **egyetemi tanáregédi** állásra, 1 éves szerződéses időtartamra. Az illető feladata általános sebészeti osztályon anaesthesiológusi munkakör betöltése. Ezért a pályázat feltétele anaesthesiológusi szakképzettség vagy legalábbis gyakorlat.

Pályázatokat a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Személyzeti Osztályához kérjük címezni.

Pályázati határidő: megjelenéstől számított 15 nap.

(958)

A Heim Pál Gyermekkorház igazgató-főorvosa (VIII., Üllői út 86.) pályázatot hirdet a Szervezési Osztályán áthelyezés folytán megüresedett **gyermekszakorvosi** állásra. A pályázó feladatkörébe tartozik a fővárosi gyermekégségügy területén az egészségügyi-felvilágosító-

nevelő munka módszertani irányítása, az orvos továbbképzés szervezése.

Tudományos munka lehetősége biztosított, illetmény és besorolás szolgálati időtől függően. Szervezési gyakorlati rendelkezők előnyben részesülnek.

Sárkány Jenő dr.
egyetemi tanár
igazgató-főorvos

(959)

Fővárosi VIII. ker. Tanács V. B. Egyesített Szakorvosi Rendelőintézet mb. igazgató-főorvosa (Budapest VIII., Trefort u. 3.) pályázatot hirdet 1 fő E 106/2. ksz. **labor szakorvosi** állásra a Szántó Kovács János u.-i Rendelőintézetben. Illetmény ksz. szerint.

Szende István dr.
mb. igazgató-főorvos

(960)

Az Országos Közegészségügyi Intézet (1966 Budapest IX., Gyáli út 2—6. sz.) főigazgatója pályázatot hirdet a Víruskutató Osztályon 913 ksz. **tudományos munkatársi** állás betöltésére. Pályázni általános orvosi diplomával lehet. Feladat a gyakorlati orvosi virológia meghatározott területének kutatása. A pályázók közül előnyben részesülnek a laboratóriumi gyakorlatlall rendelkezők. A besorolás és illetmény megállapítása a 2/1974. (II. 17.) MüM sz. rendelet szerinti történik.

Habán György dr.
főigazgatóhelyettes

(962)

A Nógrád Megyei Tanács Pásztói Járási Hivatala Egészségügyi Osztályának vezetője egyetértésben a Bujáki Községi Tanács elnökével pályázatot hirdet a **bujáki körzeti orvosi** állásra. Illetmény kulcsszám szerint, lakás garázzsal biztosítva, csatolt község nincs.

Kovács Bertalan dr.
kórházigazgató
járásifőorvos

(963)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Dékánja pályázatot hirdet a Radiológiai Klinikán megüresedett 1 db 5004 kulcsszámú **egyetemi tanáregédi** állás betöltésére. Illetmény kulcsszám szerint és a szolgálati időtől függően, plusz 30%-os veszélyességi pótlék.

Előnyben részesülnek azok a 35 évnél nem idősebb pályázók, akik radiológiai szakképesítéssel, illetve legalább két két év szakmai gyakorlattal rendelkeznek és hajlamos éreznek az orvosi radiológia tárgykörében kutató munkára.

Pályázati határidő: a hirdetés megjelenésétől számított 15 nap.

(964)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot hirdet az Urológiai Klinikán áthelyezés folytán megüresedett 5004 ksz. állásra. Előnyben részesülnek azok a fiatal orvosok, akik műve állomáson szerzett gyakorlattal rendelkeznek.

A szabályosan felszerelt pályázatokat a megjelenéstől számított 15 napon belül az Egyetem Személyzeti Osztályára kell benyújtani (Bp. VIII., Üllői u. 26.)

(965)

Mátészalkai Városi Tanács Kórháza igazgató-főorvosa (4701 Mátészalka) pályázatot hirdet 1 fő **börgyógyász**, 1 fő **fül-orr-gégész** orvosi állásra. Illetmény ksz. szerint. Lakás, tanácsi bérlakással lehetséges.

Csiszár Gusztáv dr.
igazgató-főorvos

FELHÍVÁS

Felhívjuk kedves hirdető feleinket, hogy a pályázati hirdetményeket 2 példányban az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat Hirdetési Osztályára (1065 Bp., Révay u. 16.) szíveskedjenek küldeni.

Arthrofluor

kenőcs



Antirheumaticum

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

JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek – gyulladásos ízületi kórformák, posttraumás arthritisek –, valamint myalgiaák esetében terápiás 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

FENTANYL

injekció

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (10 ml) 0,5 mg fentanylumot tartalmaz 10 ml vizes oldatban.

JAVALLATOK: Műteti előkészítés, valamint különböző típusú narcosisok praemedicatiójaként Droperidol injekcióval kombinálva. A neuroleptanalgeszában műteti fájdalomcsillapításra: a hasi és mellkasi, az ideg- és érsebészetben, nőgyógyászati, orthopaedial stb. műtéteknél. A neuroleptanalgeszában Droperidol inj.-val együtt alkalmazható.

ELLENJAVALLAT: Sectio caesarea a magzati légzőközpont nagyfokú depressiója miatt.

ADAGOLÁS: Felőtteknek: Műteti előkészítésre: 0,05–0,1 mg (1–2 ml) Fentanyl 2,5–5 mg (1–2 ml) Droperidollal együtt adagolandó intravenásan 10–15 perccel, vagy intramuscularisan 15–45 perccel a műteti beavatkozás megkezdése előtt. Műteti érzéstelenítésre: 0,4–0,6 mg (8–12 ml) Fentanyl adagolandó intravenásan. Műteti érzéstelenítés fenntartására:

0,05–0,2 mg (1–4 ml) intravenásan. Ez az adag szükség esetén általában 20–30 percenként ismételtető.

Gyermekeknek: Műteti előkészítésre: testsúlykilogrammonként 0,002 mg Fentanyl testsúlykilogrammonként 0,1 mg Droperidollal együtt adagolandó, a műteti beavatkozás megkezdése előtt, intramuscularisan. Műteti érzéstelenítésre: testsúlykilogrammonként 0,010–0,015 mg Fentanyl adagolandó intravenásan vagy 0,015–0,025 mg intramuscularisan. Műteti érzéstelenítés fenntartására: testsúlykilogrammonként 0,001–0,002 mg adagolandó intravenásan vagy 0,002 mg intramuscularisan.

MELLEKHATÁSOK: Nagyobb dózisok alkalmazásakor kifejezett légzés-depressio alakul ki. A készítmény vagus-tonust fokozó hatásának következtében bradycardia jelentkezhet. Ritkán bronchospasmus, izom-rigiditas léphet fel. A mellékhatások nalorphinnal, atropinnal, illetve izomrelaxánsokkal és lélegeztetéssel megszüntethetők. Megfelelő anaesthesiológiai felkészültség hiányában a készítmény alkalmazása rendkívül kockázatos.

MEGJEGYZÉS: Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézetben felhasználás céljára. Lejáratú idő: 2 év.

CSOMAGOLÁS: 5 × 10 ml 48,80 Ft, 50 × 10 ml 470,— Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

Program:

1. **Havasi László dr., Bonyhádi Katalin dr.:** Verőérrendszeri megbetegedések gyakorisága 5 éves epidemiológiai vizsgálatok tükrében (15 perc).
2. **Bonyhádi Katalin dr., Havasi László dr.:** Gyűjtőérrendszeri megbetegedések gyakorisága 5 éves epidemiológiai vizsgálatok tükrében (15 perc).
3. **Illés Iván dr., Karlinger Tihamér dr., Somogyi Jenő dr.:** Külső compressio okozta art. coeliaca stenosis műtéti kezelése (15 perc).
4. **Szakolyi András dr.:** Érbetegségek ellátása a körzetorvos gyakorlatában (15 perc).

Az előadásokat Urai László dr. főtitkár címére kérjük küldeni, bejelenteni: 1450 Bp., Pf. 88., tel.: 130-832.

A Magyar Igazságügyi Orvosok Társasága 1975. május 16-án (péntek) 10 órakor, az Igazságügyi Orvostani Intézet tantermében (IX., Üllői u. 93.) — a budapesti Igazságügyi Orvosszakértői Iroda működésének 10. évfordulója alkalmából — **esetbemutató tudományos ülést** rendez.

Program:

1. **Szabó Árpád (IOI, Budapest):** Az Igazságügyi Orvosszakértői Iroda működésének 10 esztendeje.
2. **Bakonyi Ferenc (IOI, Budapest):** Tapasztalataink a közlekedési balesetet okozó gépjárművezetőik szakértői vizsgálata alapján.
3. **Morcz Mária, Boda Lívia, Varga Tibor, Bóna György (IOI, Budapest):** A koponya- agysérülések következményeinek komplex szakértői vizsgálata.
4. **Varga Tibor, Szabó Árpád (IOI, Budapest):** A heveny agygyomásfokozódással járó állapotban elhaltaknál észlelt szívelváltozások.
5. **Kalabay László (Állami Biztosító Központ főorvosa):** Műszívbilentyűvel és pacemaker-rel élő gyermek hirtelen halála áramzavar hatására.
6. **Kiss Lajos (IOI, Miskolc):** Septicusriminalis abortus halálesete.
7. **Szabó István (Igazságügyi Orvostani Intézet, Pécs):** Az idei influenza járvány két megtévesztő kórelőzményű szövődményes halál- esete.
8. **Szendrői Júlia (Igazságügyi Orvostani Intézet, Szeged):** Pajzsporc-törés önakasztáskor.
9. **Verzár Rezső, Lukács József (Igazságügyi Orvostani Intézet, Budapest):** Neurofibromatosis esetei.
10. **Krajcsovics Pál (BRFK Eü. Osztálya):** Megtévesztő lövési sérülés.
11. **Krámer Imre (BRFK Eü. Osztálya):** Fiatalkori öngyilkosságok ritkább esetei.
12. **Takács Gábor (OBVI, Budapest):** Halálos noveril mérgezés esete.

A Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság 1975. május 23-án, 14.30 órakor, az OTKI 3. sz. épület alagsori előadótermében (XIII. Szabolcs u. 33.)

Klinikai Endokrinológiai Napot tart.

Előadások:

1. **Katona Mária, Nagyhegyi Gy., Román Erzsébet, Szántó L.:** Hypophysis megbetegedések contraceptívumok alkalmazása során.
2. **Radó J., Marosi J., Szende L., Borbély L., Takó J., Fischer J., Nagy O., Kiss N.:** Fokozott vasopressin (DDAVP) bontás peroralis antidiuretikus gyógyszerekkel „nehezen befolyásolható” diabetes insipidusos betegekben.
3. **Péter M., Gláz E., Fodor Éva, Kiss R., Kiss E.:** Pseudo-Bartter-syndroma. Anorexia nervosa.
4. **Pálóssy B., Magyar Éva, Oó Mária:** Hypadrenia domináló hypaldosteronizmussal.
5. **Halmos T., Gergely Anna:** Alkohol okozta hypoglykaemia.
6. **Hermann Erzsébet:** Mellékvesekéreg-működés megítélésének egyszerű klinikai jele.
7. **Szita Mária:** Három ízben operált Cushing-kór súlyos esete.
8. **Piroska E., Földes J., Gesztesi E., Takács I.:** Hypophysis-pajzsmirigyrendszer vizsgálata diabetes mellitusban.
9. **Péter F., Szentistványi Zs., Ilyés I., Sári B.-né, Áprili Z.:** TSH-vizsgálatok jelentősége a gyermek-endokrinológiai körképekben.
10. **Garas Zsuzsa, Kertai A., Komor K.:** Anabolikus hatású anyag vizsgálata isotóp adsorptiós módszerekkel.
11. **Szentcsiki Mária, Brenner F.:** Turner-syndroma és korai coronariasclerosis.
12. **Szende L., Radó J., Végh L., Takó J., Cseh Gy., Szeberényi Sz., Korpássy I., Salamon F.:** Schwartz-Bartter-syndroma hypophysis-áttétellel járó bronchuscarcinomás betegekben.
13. **Péter F., Kovács I., Sári B.-né:** A növekedési hormonhiány kezelésével szerzett tapasztalatok.
14. **Policzer M., Konrády A., Szántó P., Sallai Gy.:** Lithiummal szerzett tapasztalataink a hyperthyreosis kezelésében.
15. **Boga Marianna, Rada A.:** Methyltestosteron kezeléssel előidézett remissio ovariumcarcinomás betegen.

A Magyar Gyermekorvos Társaság valamint a „**Korányi Frigyes**” **TBC- és Tüdőgyógyász Társaság Gyermekpulmonológiai Sectioja** — a Szabadsághegyi Állami Szanatórium jubileuma alkalmából — 1975. május 23-án, 9 órakor, Budapest XII., Eötvös u. 2. sz. alatt **tudományos ülést** rendez.

Program

(10 perces előadások)

A tudományos ülést megnyitja és bevezeti **Mosolygó Dénes dr.** főosztályvezető (Eü. Minisztérium).

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. május 19-én, du. 2 órára tüzte ki **Tassonyi Edömér dr.:** „Új klinikai vizsgáló eljárással nyert eredmények a pancuronium-bromid neuromusculáris hatásáról normális hőmérsékleten és spontán hypothermiában” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Jakab Tivadar dr.,** az orvostudományok kandidátusa, **Vizi E. Szilveszter dr.,** az orvostud. kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. május 20-án, du. 2 órára tüzte ki **Balogh Péter dr.:** „A coeruleoplasmín és tirozináz aktivitásának változása cytotaticumok hatására” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Eckhardt Sándor dr.,** az orvostudományok kandidátusa, **Csalay László dr.,** az orvostudományok kandidátusa.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1975. május 13-án (kedd), délután 17 órakor, a Szemészeti Klinika előadótermében **tudományos ülést** tart.

Üléselnök: **prof. Ormos Jenő.**

II. Belklinika előadásai

Haematológiai témakör

1. **Cserhádi István, Krizsa Ferenc, Lózsa Albert (II. Belklinika, Közegészségtani Int.):** A thrombocytopoiesis kísérletes vizsgálata.
2. **Pap Ilona, Varga Gyula, Mónus Zoltán, Krizsa Ferenc, Cserhádi István (II. Belklinika, Kórbonctani Int.):** Gaucher-kór képében jelentkező myeloproliferatív syndroma.
3. **Krizsa Ferenc, Varga Gyula, Vezendi Klára, Cserhádi István:** Lymphomák kezelésének újabb lehetőségei, az ún. COPP-terápiával szerzett tapasztalataink.
4. **Varga Gyula, Krizsa Ferenc:** Az akut leukaemiák differenciálásának lehetőségei cytokémiai módszerekkel.
5. **Arokszállásy Éva, Krizsa Ferenc:** GAPA vizsgálatok különböző haematológiai betegségekben.
6. **Soós István, Krizsa Ferenc:** Muramidase meghatározás és jelentősége a haematológiai betegségek kórismézésében.

A Magyar Angiológiai Társaság 1975. május 16-án péntek este 19 órakor, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szaküzervezete Weill-termében (V., Münnich Ferenc utca 32.)

tudományos ülést rendez.

Óry Imre dr. főosztályvezető (Eü. Minisztérium): A szanatóriumi ellátás helye a complex gyermekegészségügyi gondozás keretében.

Prof. Miskovits Gusztáv: A hör-gő obstructio nappal és éjszaka.

Prof. Sárkány Jenő: Hypoxia a perinatalis időszakban.

Erdős Zoltán dr.: A gyermekpulmonologia változása az utolsó negyedszázadban.

Andrásofszky Barna dr.: (Mosdós): A recidiváló légúti betegségek aetiológiája.

Kozma Dezső dr.: A Rifampicin máj-toxicitása.

Fekete Farkas Pál dr.: Acut cardiologiai diagnosztika az újszülöttkorban.

S z ü n e t

A Szabadsághegyi Állami Gyermekszanatórium orvosainak előadásai:

Dolozselek Gyula dr.: 25 év a gyermek-tuberkulózis elleni küzdelemben.

Szöke Gyula dr., Madách Ádám dr.: A serdülőkori tüdőgümőkör műtéti kezelésének mai állása.

Halász Stefánia dr.: Az elmúlt 25 év néhány érdekes esetének bemutatása.

Telegdi István dr., Kiss Tóth Erzsébet dr.: Adatok az asthma bronchiale diagnosztikájához és terápiájához.

Székely Edgár dr.: Érdekes bronchologiai esetek (filmvetítés).

S z ü n e t

Szócse Miklós dr., Parragi Klára dr.: Tüdőallergiás vizsgálatok asthmás gyermekeken.

Mátyás Géza dr., Szócse Miklós dr.: IgE, specifikus IgE vizsgálatok asthmás gyermekeken.

Tiborcz Gabriella dr., Nevihostényi György dr., Fábian Mária dr., Kunsági Katalin dr., Horvay Ilona dr.: A relatív ellenanyaghiány mint a krónikus légúti megbetegedés oka csecsemő- és kisdedkorban.

Bándi Tamás dr., Goldmann Mária dr.: Pulmonologiai kórformák, betegforgalom, változásaik, összefüggések.

Simon György dr., Szócse Miklós dr., Rumlper Jolán dr., Apor Péter dr., Miklós Márta dr. (Sportkórház): Spiroergometriás vizsgálatok gyermekkorai szív-műtétek után.

14 órakor ebéd, 15 órakor az intézet megtekintése.

A Magyar Immunológiai Társaság és a Vas Megyei Tanács Markuszovszky Kórháza 1975. május 15—16—17-én Szombathelyen, a Bartók Béla Zeneiskolában (Rákóczi F. u. 3.)

V. Vándorgyűlést rendez.

Tárgykör: Immundeficiencia. A klinikai és kísérletes immunológia aktuális kérdései.

1975. május 15.
Koncertterem

Üléselnökök: **Kesztyűs Loránd, Gergely János.**

Titkár: **Fadgyas Zsuzsa.**

9.00: **Kesztyűs Loránd** akadémikus, a MIT elnöke: **Megnyitó és üdvözlések.**

9.30: **Gergely János (OHVI):** Az immundeficienciájának jelentősége.

9.45: **Benczur Miklós (OHVI):** Az immundeficiencia pathomechanizmusa (ref.).

10.05: **Cholnoky Péter (Vas megyei Tanács Kórháza):** A primær immundeficiencia klinikuma (ref.).

10.25: **Patakfalvi Albert (I. Belklinika, Pécs):** A secunder immundeficiencia klinikuma (ref.).

S z ü n e t

11.00: **Puskás Éva (OHVI):** Az immundeficienciák laboratóriumi diagnosztikája: a celluláris immunitáshiány (ref.).

11.15: **Ambrus Mária (Baranya megyei Tanács Kórháza):** Az immundeficienciák laboratóriumi diagnosztikája: a humorális immunitáshiány (ref.).

11.30: **Fekete Béla (I. Belklinika, Debrecen):** Az immunsuppressio hatásfokának vizsgálata (ref.).

11.50: **Szegedi Gyula (III. Belklinika, Debrecen):** Immundeficiencia és autoimmunopathiák (ref.).

12.10: **István Lajos (Vas megyei Tanács Kórház):** Immundeficiencia és immunsuppressio (ref.).

12.30: **Karmazsin László (Gyermekklinika, Debrecen):** Az immundeficienciák terápiája (ref.).

S z ü n e t

14.30—17.30: **Fórum discussio:** Immundeficiencia.

Résztevők: **Ambrus Mária, Benczur Miklós, Cholnoky Péter, Fekete Béla, Gergely János, István Lajos, Karmazsin László, Puskás Éva, Patakfalvi Albert, Szegedi Gyula.**

S z ü n e t

17.45: A Magyar Immunológiai Társaság közgyűlése.

20.00: Társasvacsera a **Hotel Claudiusban.**

1975. május 16.

„A” sectio. III. em. Nagyterem

Üléselnök: **Hámori Arthur, Hankiss János.**

Titkár: **Dobos Jenő.**

9.00: **Osváth Pál (Gyermekklinika, Szeged):** Az immundeficiens állapotok korai diagnózisának jelentősége a gyermekgyógyászatban.

9.15: **Kassai Péter, Kiss P. (Apáthy Gyermekkórház), Puskás É., Gergely J. (OHVI):** Szűrővizsgálatok immundeficienciára gyanús gyermekeknél.

9.30: **Dénes László, Tóth I.-né, Fóris G. (Orsz. Gyógysz.):** Új módszer együttes alkalmazása immunsuppressív gyógyszerek vizsgálatára.

9.45: **Kubinyiné Ruby Mária, Keserű G. (Orsz. Gyógysz. I.):** Új módszer együttes alkalmazása immunsuppressív gyógyszerek vizsgálatára.

10.00: **Fekete Béla, Szegedi Gy., Gergely P., Szabó G., Petrányi Gy.**

(Kísérlet. Kutató Laboratórium, II. Belklinika, Bp. és I. Belklinika, Debrecen): Iatrogén immundeficienciájának vizsgálata.

10.15: **Csorba Sándor (Debreceni OTE):** Isolált ellenanyaghiány csecsemő és gyermekkorai kórállapotban.

10.30: **Németh Csilla (HUMAN, Bp.):** A humorális immunvédekezés részleges elégtelensége a gyermekgyógyászati gyakorlatban.

10.45: **Simán József, Sipos J., Gábor V., Szabó T., Tóth M. (Zalaegerszeg):** Két primær immunitáshiányos beteg észlelése anyagunkban.

S z ü n e t

Üléselnökök: **Karmazsin László, Cholnoky Péter.**

Titkár: **B. Egyed Ágnes.**

11.15: **Lajos Judith, Osváth P., Végh Gy., Ferkis I. (I. Szemklinik, Bp. és Budai Területi Gyermekkórház):** Az immunglobulinszint csökkenése és az idült légúti betegségek kialakulásának összefüggése gyermekkorban.

11.30: **Veres Judith, Varga M. (I. Szemklinik, Bp.):** Szemészeti körképek kapcsán felismert immundeficiens állapotok.

11.45: **W. Laub Margit, Szerdahelyi F., Szalóki P., Paksi A., Fesztbaum I. (Eger, Megyei Kórház):** Az immunglobulinok mennyiségi változásai chr. lymphoid leukaemiában.

12.00: **Borka István, Jármái A. (Bács-Kiskun Megyei Tanács Kórháza):** Immundeficienciák szövődésményeinek preventiója haematológiai gondozónk gyakorlatában.

12.15: **Jákó János, Szárics A., Nemesánszky E., Domán J. (OTKI, I. Belgy. Tnsz.):** Antitesthiányos szindróma és Hodgkin-kór együttes előfordulása.

12.30: **Nagy Béla (Debreceni OTE):** Tehéntejellenes ellenanyagok tanulmányozása csecsemők és gyermekek séréumában.

12.45: **Fejér J., Somogyi T., Timmer M., Józsa L. (III. Belklinika, Kállai Éva Kórház, Országos Traumatológiai Intézet, Bp.):** Humorális immunológiai vizsgálatok korai siphilises májkárosodásban.

E b é d

Üléselnökök: **Osváth Pál, Stenszky Ernőné.**

Titkár: **Weigl Miklós.**

14.30: **Lángh István, Fekete B., Nékám K., Kalmár L., Lévai J., Gergely P., Petrányi Gy. (II. Belklinika, Bp.):** Az antitestdependens lymphocytotoxicitási reakciói klinikai alkalmazása.

14.45: **Fedák László, Pulai T., Csömör S., Hunka R., Németh F., Czikmántory P. (I. Női Klin. Bp.):** A thymus eredetű lymphocyták számának alakulása cervix carcinomás betegekben.

15.00: **Krasznai Gábor, Szegedi Gy. (Kórbonctani Intézet és Tüdőklinika, Debrecen):** Autoimmun betegségben szenvedők nyirokcsomóiban megfigyelt T-sejt depletio.

15.15: *Petri Ildikó, Kaiser G., Turi S., Gál Gy., Virágh I.* (Vértranszfúziós Állomás, I. Sebészeti Klinika és Gyermekklinika, Szeged): Transfusio hatására keletkezett lymphocytá transformatio befolyásoló antitestek.

15.30: *Petrás Győző* (Orsz. Közegészségügyi Int.): A phagocytosis index változása Gram-negatív infectio alatt.

15.45: *Merétei Katalin, Böhm U., Gyenei L.* (Országos Rheuma és Fizikoterápiás Intézet): Spontán rosettaképző sejtek előfordulása vérben, tonsillában.

16.00: *Gergely Péter, Fekete B., Szegedi Gy., Pálóczy K., Szabó G., Petrányi Gy.* (II. Belklin., Bp. és I. Belklinika, Debrecen): Lymphocytá marker vizsgálatok secunder immundefectusokban.

16.15: *Nékám Kristóf, Kelemen G., Lávai J., Kalmár L., Fekete B., Gergely P., Petrányi Gy.* (II. Belklinika, Kísérleti Kutató Laboratórium és ELTE Biokémiai Intézet, Bp.): Adatok a transfer factor előállításához és terápiás felhasználásához.

Szünet

Üléselnökök: *Csaba Béla, Kneffel Pál.*

Titkár: *Masát Péter.*

16.45: *Jakab László, Pozsonyi T., Fehér J.* (II. Belklinika, Bp.): Serum glycoproteidek, immunglobulinok koncentrációjának változása autoimmun betegségekben.

17.00: *Balogh Tibor, Pejtsik B., Ambrus M., Bajtai G., Pálik K.* (Pécs Vértranszfúziós Állomás, Sz. Klinika): Az alpha-1 foetoprotein meghatározásának jelentősége az intrauterin diagnosztikában.

17.15: *Benczur Miklós* (OHVI): Sejtközvetítette immunreakció modellezése diffúziós kamra technikával.

17.30: *Ónody Klára, Varga M.* (OHVI): Humán lymphocyták mitogen és allogen stimulációjának genetikai összefüggései.

17.45: *Pácsa Sándor* (Mikrobiol. Int., Pécs): Herpesvírus (HSV. és cytomegalovírus) ellenanyagok előfordulása cervix tumoros betegeknél és egészséges egyéneknél.

1975. május 16.

„B” sectio: Kamaraterem

Üléselnökök: *Kassai Péter, Pár Alajos.*

Titkár: *Nagy Árpád.*

9.00: *Tury István, Richter P., Varró R.* (HUMÁN): Humán plazmából előállított transferrin immunkémiai vizsgálata.

9.15: *Varró Rudolf, Barna I.* (HUMÁN): Immunadsorptio ammóniumsulfát tartalmú oldatokból.

9.30: *Fóris Gabriella, György L.-né* (Orsz. Gyógysz. Int.): In vitro szenzibilizált tüdőből felszabadítható hisztamin mérésen alapuló módszer metodikai kérdései patkányokon.

9.45: *Kocsár László, Mann V., Merétey K., B. Spett B., Tanács B.,*

Márton J., (Orsz. Sugárbiológiai Kutató Intézet): Hazai előállítású prosztaglandin kit-ekkel szerzett tapasztalatok.

10.00: *Kutasi Vera, B. Spett B., Mann V., Kocsár I.* (Sugárbiológiai Kutató Intézet): Aggregált immunoszorbens előállítása és alkalmazása radioimmunoassay vizsgálatokban.

10.15: *Lada Györgyi, Gláz E., Fodor E., Kiss R., Pétery N., Sáska A.* (II. Belklin., Bp.): Aldosteron elleni immunszérum előállítása és specifikálása.

10.30: *Sólyom Ferenc, Batisz L.* (PHYLAXIA): A száj- és körömfájás vakcinák adjuváására felhasznált szaponinok néhány fontos biológiai tulajdonságainak vizsgálata.

10.45: *Czelleng Ferenc* (PHYLAXIA): A száj- és körömfájás vírus-antigén és immunszérum vizsgálata kvantitatív komplementkötési próbával.

Szünet

Üléselnökök: *Medgyesi György, Virágh Lajos.*

Titkár: *Sorocz Márta.*

11.15: *Györffy Gyula, Horváth Z.* (OHVI és Állatorvostudományi Egyetem, Bp.): Szarvasmarha leukozis immunológiai vizsgálata.

11.30: *Jókai István, Karczag E., Földes I.* (MTA Mikrobiológiai Kutató Csoport, Bp.): Heparin hatása a lymphoid szervek glucocorticoid érzékenységére.

11.45: *Tóth Flóra, Tálás M.* (Orsz. Korányi Tbc és Pulmonológiai Int. és MTA Mikrobiológiai Kutató Csoport, Bp.): Tilorone és ATS. kezelés hatása bőr allotransplantátumra és a perifériás vérképre.

12.00: *Naményi József, Mester E., Földes I., Tizsa S.* (Orsz. Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, II. Sebészeti Klinika, Bp. MTA Mikrobiológiai Kutató Csoport): Laser besugárzás és anti-thymocytá szérum kezelés hatása egér bőrtranszplantátum túlélésére.

12.15: *Keserü Tamás, Kaiser G., Petry I.* (Női Klinika és Vértranszfúziós Állomás, Szeged): HL-A antigének és lymphocytá in vitro reaktivitás molaterhesség után és choriocarcinoma esetekben.

12.30: *Gyódi K. Éva, Varga M.* (OHVI): Hazai populáció HL-A megoszlása vizsgálatának legújabb eredményei.

12.45: *Varga Miklós* (OHVI): Veseátültetésre váró haemodialyzisben részesülő betegek anti-HLA- immunizálásának vizsgálata.

Ebéd

Üléselnökök: *Jákó János, Puskás Éva.*

Titkár: *Marosfalvi Ferenc.*

14.30: *Erdei Anna, Füst Gy., Sármay G., Medgyesi Gy., Gergely J.* (ELTE Biológiai Állomás, Immunológiai és OHV Immunokémia): Lymphocyták felületén levő aktív CI szerepe és Fc receptor komplex- dependens gátlásában.

14.45: *Medgyesi György, Füst Gy.,*

Alföldy P., Gergely J. (OHVI): Patkány immunglobulinok funkcionális vizsgálata.

15.00: *Rajnavölgyi Éva, Bösze Zs., Wang A., Medgyesi Gy., Gergely J.* (ELTE Biológiai Állomás, Immunológia és OHVI): Polypeptid-láncok részvétele az ellenanyagok antigénkötő helyének kialakításában.

15.15: *Sármay Gabriella, Onody K., Erdei A., Liszka K., István L., Hindy I., Gergely J.* (ELTE Biológiai Állomás, Immunológia, OHVI, Vas megyei Tanács Markusovszky Kórház, Országos Onkológiai Intézet): Különböző anti-immunoglobulin specifikitását immunsavók hatása myeloma-sejtek in vitro aminosav felvételére.

15.30: *Füst György, Adám M.* (OHVI Immunkémiai Osztály és OKI, Bp.): A CI szerepe a Pseudomonas aeruginos endotoxin preparátumok és komplement rendszer kölcsönhatásában.

16.45: *Bertók Lóránd, Füst Gy.* (Orsz. Sugárbiológiai Kutató Intézet, OHVI, Bp.): A sugárral detoxifikált endotoxin preparátumok anti-komplementer hatásának vizsgálata.

Szünet

Üléselnökök: *Ambrus Mária, Bobory Júlia.*

Titkár: *Kozáry Judit.*

16.15: *Domán József, Riesz T., Blaskó Gy., Gyetvei Gy., Jákó J.* (OTKI I. Belgyógyászati Tanszék): Kvantitatív nyálfehérje vizsgálatok.

16.30: *Szabolcs Márton, Csorba S., Kávai M., Francia I.* (DOTE): A gliadin antigenitása és fizikokémiai tulajdonságai.

16.45: *Kávai Mária, Szabolcs M., Csorba S., Jezsernovszky J., Fésüs L.* (DOTE): A gliandinnal szemben termelődött ellenanyag vizsgálata.

17.00: *Ralovich Béla* (POTE Mikrobiológiai Intézet): Adatok a listeria immunitás problémájához.

17.15: *Elekes Erzsébet, Horst F., Herber H.* (Sugárbiológiai és Sugár-egészségügyi Kutató Intézet, Bp. és Institut für Hygiene und Mikrobiologi der Universität, Würzburg): Immunválasz és adjuváns hatás vizsgálata splektomizált egereknél.

17.30: *Szeri Ilona, Anderlik P., Bános Zs., Radnai B.* (SOTE Mikrobiológiai Intézet, Bp. István Kórház Kórbonctan-Kórszövettani Osztály, Bp.): Csíramentesen felnevelt egerek esetében észlelt csökkent celluláris immunválaszképesség.

17.45: *Endre László, Dobozi A.* (SZOTE Gyermekklinika és Bőrgyógyászati Klinika): A T lymphocyták arányának életkor szerinti alakulása.

18.00: Indulás Bükre, fürdés, vacsora.

22.00: Indulás vissza.

1975. május 17.

A sectio, III. em. Nagyterem

Üléselnökök: *Petrányi Gyula, István Lajos.*

Titkár: *Borka István.*

8.00: Szabolcsy Margit (Debreceni OTE): Chronikus gennyedés hatása az immunrendszer működésére.

8.15: Ottó Szabolcs, Gergely J., Mohay A., Kelner R. (OOI OHVI, Baja Városi Kórh.): Immunokémiai és ultrastrukturális vizsgálatok hidegagglutinin activ monoclonalis IgM gammopathiánál.

8.30: Szobathy Gábor, Kósa V. (Nyíregyháza): Testvérpáron fellépő intersticiális plasmasejtes pneumonia.

8.45: Pár Alajos, Gyódi É., Szücs Gy., Bajtai G., Balázs M., Patakfalvi A., Mislai Zs., Simon K. (I. Belklinika, OHVI, Baranya megyei KÓJÁL és Megyei Vértanszfúziós Állomás, Pécs): Összehasonlító immunológiai vizsgálatok HBAG-pozitív és HGAG-negatív krónikus aktív hepatitisben.

9.00: Szilvási I., Fehér J., Perkedő J., Nagylucskai S., Jakab E. (III. Belklinika, OKI, OHVI, Bp.): Polysystemas tünetek HBAG pozitív hepatitis chronica aggressivában.

9.15: Stenszky Ernőné, Szabolcsy M., Szegedi Gy., Szücs T., Berta M. (Vérellátó I. Belklinika, Debrecen): A W27 antigén szerepe psoriasis arthropathicában és Reiter syndromában.

9.30: Kovács Gabriella, Cholnoky P. (Megyei Tanács Kórház, Szombathely): Aldrich-Wiskott-szindróma esete.

9.35: Bátorfi István, Takács I. (Megyei Tanács Kórház, Szombathely): Tüdő mycosis remissióban levő leukaemiás gyermekben.

9.40: Andics Miklós, István L. (Megyei Kórház, Szombathely): Pneumococcus meningitis Banti-szindróma miatt végzett lépirtás után.

9.50: Szabó László (Megyei Kórház, Szombathely): Varicella-fer-tőzés immunosuppressio állapotban.

S z ü n e t

Üléselnökök: Szegedi Gyula, Zsámbéki Pál.

Titkár: Wenczl Miklós.

10.15: Szárits Árpád, Jelinek K., Kereszty M., Balogh I., Jákó J. (OTKI I. Belklinika): Progressiv septicus granulomatosis két eset kapcsán.

10.30: Balázs Cs., Szegedi Gy. (I. Belklinika, Debrecen): Cytogenetikai vizsgálatok systemás lupus erythematosusban.

10.45: Böhm Ute, Merétey K., Bálint G., Bozsóky S. (Országos Rheuma és Fizikoterápiás Intézet, OTKI Rheumatológiai és Fizikoterápiás Tanszék): A térdízületi folyadékgyülem vizsgálata rheumatoid arthritisben.

11.00: Gyeney L., Böhm U., Merétey K. (Országos Rheuma és Fizikoterápiás Intézet): Tonsillectomiára kerülő betegek immunállapotának vizsgálata.

11.15: Vajda Ákos, Böhm U. H., Merétey K. (Országos Rheuma és Fizikoterápiás Intézet): Kollagen-és sejtmag-specifikus ellenanyagok vizsgálata.

1975. május 17.

B sectio III. em. Kamaraterem

Üléselnökök: Bajtai Gábor, Illey György.

Titkár: ifj. Kneffel Pál.

8.00: Pulai Tamás, Csömör S. (I. Női Klinika, Bp.): In vitro kísérlet a terhesség komplex endocrinológiai és immunológiai jelenségeinek vizsgálatára.

8.15: Pulai Tamás, Csömör S., Esztergályos J., Hunka R., Németh F., Fedák L. (I. Női Klinika, Bp.): A carcinoembryonalis antigen vizsgálatának jelentősége az ovarium carcinoma kórlefolásának monitorizálásában.

9.30: Alföldy Pál (OHVI): Migrációgátlási vizsgálatok lépexplantátumból kivándorló sejteken.

8.45: Alföldy Pál (OHVI): Migrációgátlási vizsgálatok vesetransplantált betegekben.

9.00: Kaiser Gabriella, Petri I., Keserű T., Obál F.-né (Vértanszfúziós Állomás és Női Klinika, Szeged): Plasmafaktorok hatása az anyagi MLC reaktivitásra terhességben és a szülés idején.

9.15: Gallyas Alfréda, Antal S. (Orsz. Sugárbiológiai Kutató Intézet): PHA kezelés hatása sugársé- rült egerek rozettaszám változá- sára.

9.30: Kalmár László, Gergely P., Fekete B., Láng I., Nékám K., Lévai J., Petrányi Gy. (II. Belklinika és Kísérleti Kutató Laboratórium, Bp.): A lymphocyták intercellularis communicatiójának vizsgálata.

9.45: Mándi Barnabás, Glant T., Pálóczy K., Szegedi Gy. (Anatómiai Intézet, I. Belklinika, Tüdőklinika, Debrecen): Thymosinnal végzett vizsgálatok.

S z ü n e t

Üléselnökök: Patakfalvi Albert, Füst György.

Titkár: Marton Éva.

10.15: Szabó Gábor, Mándi B., Glant T., Sonkoly I., Szegedi Gy. (Tüdőklinika, Anatómia — Szövet-Fejlesztési Intézet, I. Belklinika, Debrecen): A thymosin biológiai aktivitásának vizsgálata in vitro rendszerekben.

10.30: Antal Sára, Gallyas A. (Orsz. Sugárbiológiai Kutató Intézet): Összehasonlító vizsgálatok egereken tisztított és nem tisztított PHA-val.

10.45: Erdei I., Fazekas S., Leövey A., Petrányi Gy. (Debreceni OTE): Manifest endocrin exophthalmussal és anélkül lezajló Basedow-Grawes kóros betegek humoralis immunstatusa.

11.00: Szegedi Gy., Leövey A., Fekete B., Gergely P., Sonkoly I., Szabó G., Szabolcs M., Szobor A., Pálóczi K., Petrányi Gy. (Debreceni OTE): Immunológiai paraméter változások ALG-vel kezelt myasthenia gravisos betegek vizsgálata kapcsán.

11.15: Keserű Gizella, Fóris G. (Orsz. Gyógysz. In.): Újabb adatok patkány ductus lymphocyták MIF termelésének endokrin regulációjáról.

1975. május 17.

C sectio

10.00: Az Oxford cég tudományos munkatársának előadása és bemutatója az immundiffúziós módszerekről.

A sectio: III. em. Nagyterem

12.00: Kesztyűs Lóránd, a MIT elnöke: Elnöki zárzó. Ebéd.

14.00: Indulás az Őrségbe. Vacsora Szentgotthárd Hármashatár Étterem.

Általános tudnivalók:

Információ: 1975. V. 14-ig Vérellátó Központ, Szombathely, Dimitrov krt. 38. — Fadgyas Zsuzsa. Telefon: 13-361.

1975. V. 15-16-án 8 óráig, 17-én 8 órától 12 óráig a vándorgyűlés titkárságán: Bartók Béla Zeneiskola, Szombathely, Rákóczi F. u. 3. Telefon: 12-645.

Részvételi díj: 150 Ft.

15-16-17-én ebéd az Isis Hotelben. 15-én társas vacsora a Hotel Claudiusban (jegyek a titkárságon).

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

POTESEPT® tableta



POTENCIÁLT HATÁSÚ
SZULFONAMID

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 szintézist. 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 rezisztencia fokozódás nem tapasztalható.

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 irtás.

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, gyógyszerexantema.

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.
Exantema 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.

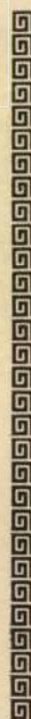
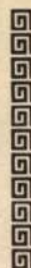
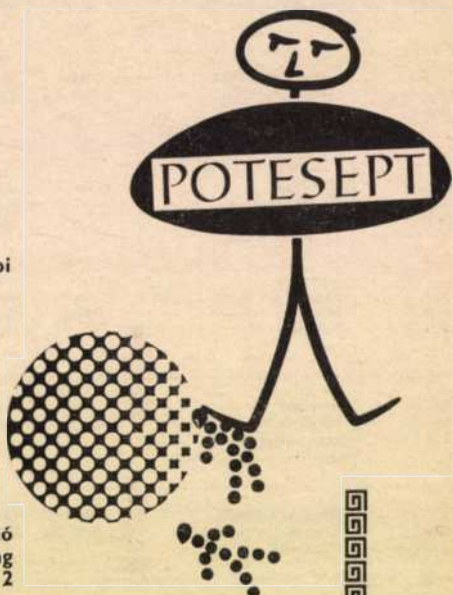
CSOMAGOLÁS:

20 tableta — 61,50 Ft

FORGALOMBA HOZZA:

ALKALOIDA

TISZAVASVÁRI



ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1975. máj. 14. szerda	Tata, Művelődési Ház, kiselőadóterme	du. 1,30 óra	Városi Kórház Tudományos köre	1. Varga József, Barna Ilona, Koruczka Antalné: LDH izoenzim vizsgálatok különböző daganatos betegségekben. 2. Varga József, Tökés Ibolya, Gajda József: Vizelet tenyésztés Uriculat tüptalajon. 3. Jordán Gyula, Kindler Miklós, Földvári Gyula: Pajzsmirigy sarcoma.
1975. máj. 15. csütörtök	Tétényi úti Kórház-Rendelőintézet KISZ Klub, XI. Tétényi u. 14–16.	du. 2,30 óra	Tétényi úti Kórház-Rendelőintézet KISZ Szervezet Fialat Orvosok Tudományos Köre	Ligeti János: A disseminált intravasalis coagulációról
1975. máj. 16. péntek	Szűzsebészeti Klinika, VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	A Szegedi Fogászati Klinika előadásai. 1. Prágai Géza: Recessus retromoralis protetikai kihasználhatóságának lehetőségei vizsgálataink alapján. 2. Prágai Géza, Mari Albert: Új típusú kapos a részleges kivethető fogpótlás elhorgonyzára. 3. Sonkody István: Cryotherapy a stomato-onkológiában
1975. máj. 16. péntek	Országos Közegészségügyi Intézet Fodor József terme, IX. Nagyvárud tér 2.	du. 2 óra	Magyar Anatómusok, Histológusok és Embryológusok Társasága Teratológus Sectója	Program: A nemi differenciálódás zavarai 1. Prof. László J. (ÓTKI, Nőgyógy., Tnsz.): A nemi differenciálódás genetikája. 2. Prof. Flerkó B. (Anatómiai Int., Pécs): A nemi differenciálódás endokrinológiája. 3. Keserű T. (Nőgyógy. Klin., Szeged): A terhesség alatti nemi hormonkezelés (pl. fogamzásgátló tabletták) hatása a nemi differenciálódásra
1975. máj. 16. péntek	Semmelweis OTE Gerontológiai Kutató csoport, VIII. Somogyi B. u. 33.	du. 2,30 óra	Magyar Gerontológiai Társaság	1. Ács Éva: Időskorú infarctusok korai mobilizációjának eredményei. 2. Holländer Erzsébet: Hypersmorális állapotok az öregkorban. 3. Harsányi Ádám: Resuscitációs túlélés idősokban. 4. Ács Éva, Harsányi Ádám, Mózer István, Sebesta Miklós: Pacemaker-kezelés eredményei idősokban
1975. máj. 17. szombat	Fővárosi Pszichoterápiás Módszertani Központ, II. Pa'atinus u. 1.	de. 10 óra	Fővárosi Pszichoterápiás Módszertani Központ	C. Molnár Emma: A női sexualitás semistrukturált explorációjáról. II. rész.
1975. máj. 19. hétfő	Pécsi OTE Közp. Épület II. sz. tanterme, Szigeti u. 12.	du. 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Velin Dóra: Yersinia enterocolitica vizsgálataink eredményei (10 perc). 2. Jobst Kázmér, Olmacht Róbert: Húgyúti kövek analízise infravörös spektroszkópiával (25 perc). 3. Váry László, Gimes Lajos, Köves Sándor, Jilling Ádám: Vesesebülést szenvedett betegekünk késői sorsa, 10 éves felmérés alapján (15 perc)
1975. máj. 20. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet nagyterem, IX. Gyáli u. 2–6., „A” ép.	du. 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	1. Schiefner Kálmán, Andrik Péter, Vukovich Ferenc, Kuncsik Katalin: Ismételt vízvizsgálatok a Mályi tavon. 2. Schiefner Kálmán: Szervezett tanulmányúton az NDK-ban
1975. máj. 21. szerda	Merényi Gusztáv Kórház-Rendelőintézet, IX. Gyáli u. 17.	du. 1,30 óra	IX. ker. Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre	1. Horváth Győző: A prostata hypertrophiája és carcinomája. 2. Tóth Béla: Eredményeink a differenciáltan alkalmazott Continuinál
1975. máj. 22. csütörtök	Róbert Károly körúti Kórház Orvosi Könyvtára, XIII. Róbert K. krt. 81.	du. 2 óra	Róbert Károly körúti Kórház Tudományos Bizottsága	1. Angyal János: Giardia (lambila) okozta cronicus urticária gyógyult esete (15 perc). 2. Bence Mariann, Papp Ilona, Kendrey Gábor, Gellért Mária: Fulminans lefolyású dermatomyositis (15 perc). 3. Winkler Valéria, Gedon Anna: Kettős paraprotein-anaemiákról (15 perc). 4. Papp Ilona, Máté Zsuzsa: Aneurysma disseicans esete (15 perc). 5. Abrányi István, Máté Zsuzsa: Prodictinnel szerzett tapasztalatok (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

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



75.1336 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

TRASICOR[®]

tableta

A Trasicor specifikusan gátolja a sympathicus béta-receptorokat. Mivel a cardialis sympathicus béta-receptorok stimuláló hatást gyakorolnak a szívre, a Trasicor gátló hatása következtében gyengül a szívizom ingerlékenysége és csökken annak oxigénszükséglete, különösen angina pectoris esetében.

A szívfrekvencia csökkenésével a különféle (sinus- és paroxysmalis supraventricularis) tachycardiák, valamint extrasystolék jól befolyásolhatók, illetve kifejlődésük megakadályozható. Pitvarlebegés vagy remegés esetén kialakult abszolút arhythmiaák frekvenciája ritkul, esetleg teljesen normalizálódik. A normalizálódás elsősorban paroxysmalis állapotokban, valamint pajzsmirigy-túlműködés következtében kialakult tachycardiákban és arhythmiaákban figyelhető meg.

OSSZETÉTEL: Tablettánként 20 mg Oxprenololum hydrochloricum (1-(o-Allyloxyphenoxy)-3-isopropylamino-2-propanolum-hydrochloricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Tachycardiák – az extracardiális eredetűek is (pl. thyreotoxicosis kapcsán) –, a paroxysmalis tachycardia minden fajtája, ventricularis és supraventricularis extrasystolék, a szív ritmusának zavara, valamint digitalis túladagolás és a sympathicus túlstimulálás által okozott szívpanaszok esetében (pl. szívdobogás, tachycardia, hyperkinetikus szív-syndroma). Angina pectoris.

ELLENJAVALLATOK: Asthma bronchiale, cor pulmonale, atrioventricularis block, kifejezett bradycardia, a szívelégtelenség bármilyen foka, de egészen könnyű esetekben megfelelő digitalis kezelés után megkísérélhető a csökkentett adagolás.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést igényel.

A szív ritmusának zavara esetében az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 2–3-szor 1–2 tableta (40–120 mg), de szükség esetén ez az adag napi 4-szer 2 tablettára (160 mg) is növelhető.

Későbbiek során, ha a kívánt hatást elértük, elégséges, ha az adagolást az egyénenként megállapított csökkentett, ún. fenntartó adagokkal folytatjuk.

A sympathicus túlstimulálása által okozott szívpanaszok könnyebb eseteiben a naponta 1–2-szer 1–2 tableta (20–40 mg) adagolása legtöbbször elegendőnek bizonyult.

Angina pectoris esetében az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 3-szor 1–2 tableta (60–120 mg), szükség esetén ez az adag napi 3-szor 3 tablettára (180 mg) növelhető, de adott esetben még nagyobb adagok is adhatók.

MELLEKHATÁSOK: Felléphet szívelégtelenség, bradycardia, bronchospasmus. Főleg a kezelés kezdetén nemkívánatos mellékhatások (fáradtság, szédülés, gyomor-bél panaszok, hasmenés, hányás) előfordulhatnak. Az utóbbiak általában átmenetiek és csak kivételesen okoznak olyan panaszokat, melyek az adag csökkentését vagy a kezelés abbahagyását szükségessé tennék.

FIGYELMEZTETÉS! A Trasicor csak gondos orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. A szívelégtelenség, vagy nagyfokú bradycardia tüneteinek megjelenésekor az adagolást azonnal megszüntetjük! Cukorbeteg antidiabeticum adagját adott esetben csökkenteni kell.

CSOMAGOLÁS: 40 db à 0,02 g tableta 72,- Ft
200 db à 0,02 g tableta 354,- Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosító terhére szakrendelések szabadon rendelhetik, körzeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik.

® = CIBA-GEIGY AG.-BASEL bejegyzett védjegye.



CHINOIN—BUDAPEST

(CIBA—GEIGY
AG.—BASEL licencia)

SUMETROLIM[®] szirup

chemotherapeuticum

**Összetétel: trimethoprimum 0,50 g, sulfamethoxazolum 2,50 g
100 ml szirupban.**

A készítmény kettős támadáspontú chemotherapeuticum: a bacteriumok folsavszintézisének két, egymást követő fázisát gátolja. A hatóanyagok között synergismus van: a kombinált készítménynek már olyan kis mennyisége is bactericid hatású, amilyen töménységben a komponensek külön-külön csak bacteriostatikus tulajdonságúak.

GYERMEKGYÓGYÁSZATI ALKALMAZÁSA!

JAVALLATOK

A felső és alsó légutak, a vese és húgyutak, a gyomor-bél rendszer, valamint a bőr fertőzései.

ELLENJAVALLATOK

Máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, sulfonamid-túlérzékenység.
Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

ADAGOLÁS

A készítményt acut infekció esetén legalább 5 napon át kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig. Adagja általában napi 6 mg trimethoprim és 30 mg sulfamethoxazol testsúlykilogrammonként, 2 egyenlő részre osztva. 1 adagolókanál (4 ml) szirup 20 mg trimethoprim és 100 mg sulfamethoxazol hatóanyagot tartalmaz.
6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó!

MELLÉKHATÁS

Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, émelygés, hányás, étvágytalanság, gyógyszer-exanthema. Utóbbi esetben a kezelés felfüggesztendő. Hosszan tartó adagolás alatt, vagy arra diszponált egyének kezelésekor legtöbbször reverzibilis haematologiai elváltozások (agranulocytosis, leukopenia) előfordulhatnak.

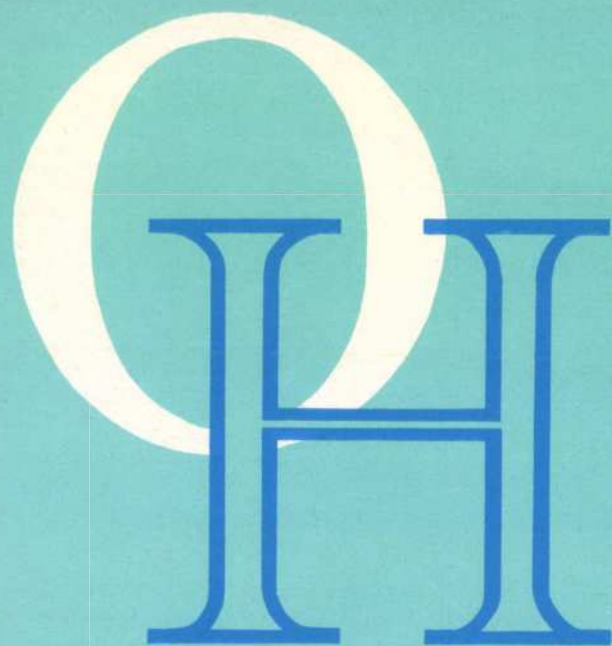
FIGYELMEZTETÉS

Hosszan tartó kezelés alatt a vérkép rendszeres ellenőrzése szükséges.
A kúra ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről gondoskodni kell.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére a tableta és szirup csak akkor rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – chemotherapeuticum megfelelően nem biztosítaná. A vényt 2 példányban, „másolat”-tal kell kiállítani. Szirup csak 12 éven aluli gyermekek részére rendelhető.
100 ml szirup 40,- Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

116. ÉVFOLYAM 20. SZÁM 1141—1200 OLDAL

BUDAPEST. 1975. MÁJUS 18.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

NO-SPA TABLETTA ÉS INJEKCIÓ

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként és ampullánként 0,04 g No-spa (6,7,3',4'-tetraethoxy-1-benzal-1,2,-3,4-tetrahydroisochinolin. hydrochlor.) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: A simaizomzat görcse által okozott működési zavarok és fájdalmak megszüntetése, illetve azok megelőzése.

Epe- és vesekökölikák, cholecystopathiával kapcsolatos görcsök, cholelithiasis, cholecystitis, nephrolithiasis, pyelitis, továbbá a műszeres vizsgáló eljárásokkal kapcsolatos simaizomgörcsök stb. A gyomor-bélhuzam görcsös állapotai: ulcus ventriculi és duodeni, cardia és pylorospasmus, obstipatio spastica, proctitis, tenesmus. Hypertoniások akut vérnyomásingadozásai – a szokásos egyéb vérnyomáscsökkentővel együtt adagolva. Angina pectoris, coronaria-görcs, továbbá dysmenorrhoea, a terhes méh ingerlékenységének csökkentése, szülés alatti méhszájgörcs, elhúzódtágulás, utófájások, fenyegető vetélés stb., valamint műtét utáni szélkólika esetében.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek naponta $3 \times 1-2$ tablettá, illetve naponta $1-3 \times 2-4$ ml subcután, intramusculárisan, vagy heveny kórohamok megszüntetésére $2-4$ ml szokásos módon lassan, intravénásan befecskendezve. Peripheriás érszűkület esetén intraarteriálisan is adható. Gyermek az életkornak és test-súlynak megfelelően arányosan kevesebb adagot kapnak.

Fekélybetegeknek célszerű atropinnal vagy atropin-hatású gyógyszerekkel együttesen adagolni.

CSOMAGOLÁS:

20 db à 0,04 g tablettá	5,60 Ft
100 db à 0,04 g tablettá	28,- Ft
5×2 ml à 0,04 g ampulla	6,80 Ft
50×2 ml à 0,04 g ampulla	68,- Ft



MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhetők.

CHINOÏN BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

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

*

116. ÉVFOLYAM

*

20. SZÁM

*

1975. MÁJUS 18.

TARTALOMJEGYZÉK

Weisenbach János dr., Kapcsányi Ignác dr.,
Klujber László dr., Várady Sándor dr.
és Szász Emese:

A mucopolysaccharidosis I., II., III., IV.
typusok klinikai, röntgenológiai
és biochemiai differenciál diagnosztikájáról I. 1143

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Pálóssy Béla dr. és Szabolcs István dr.:
Cerebrovascularis insultusok hatása
a szív elektromos történéseire 1148

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Czakó László dr. és László Ferenc dr.:
Diabetes insipidus kezelése
1-deamino-8-D-arginin-vasopressinnel 1153

KAZUISZTIKA

Bódis Lóránt dr.:
Cholinerg idegi hatások
electrocardiographiás és mechanographiás
jelei vagus-hypersensibilis betegen 1158

MÓDSZERTANI LEVÉL

A chloramphenicol tartalmú készítmények
gyermekgyógyászati alkalmazása 1164

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Orvostörténeti előadások
a Budapesti Királyi Orvosegyesületben 1165

Klug Nándor (1845—1909) 1167

Római kori orvosi emlékek Pannóniában ... 1168

Az MTA hírei 1171

Elhalálozások 1172

Folyóiratreferátumok 1175
Levelek a szerkesztőhöz 1191
Hírek 1192
Előadások, ülések 1200

COLUTOID Sublingualis tablettá

ÖSSZETÉTEL:

1 tablettá 15 mg aethisteronum-ot tartalmaz.

JAVALLAT:

Hypermenorrhoea, terhességi, gyermekágyi és climax időszakában jelentkező (ciklikusan fellépő, de erős, elhúzódó) vérzések. Habitualis és imminens abortus. Hyperplasia gland. cystica endometrii.

ADAGOLÁS:

Az esetek súlyossága szerint naponta 1—2—3—4 sublingualis tablettá kúraszerű adagolásban. Pl. habitualis vetelés esetén 2—3×1 tablettá naponta legalább négy hónapon át. A menstruációnak megfelelő időben több is. Glandular-cystikus hyperplasia esetén naponta 2—3 tablettá 6 napon át — a várható terminus előtti héten.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

20 tablettá 16,70 Ft.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
Budapest X.

A mucopolysaccharidosis I., II., III., IV. típusok klinikai, röntgenológiai és biochemiai differencial diagnosztikájáról I.

Klinikai és röntgenmorphológiai elkülönítés

Weisenbach János dr., Kapcsányi Ignác dr.,
Klujber László dr., Várady Sándor dr.
és Szász Emese

A mucopolysaccharidosisok (MPSD) olyan monogen öröklődésű kötőszöveti megbetegedések, amelyekben az enzimdefectus a mucopolysaccharidok lebontásának zavarát hozza létre. A lysosomalis enzimhiba következtében bizonyos vegyületek intracellularisan felhalmozódnak — az MPSD-ok rak-tározási lysosomalis megbetegedések.

A MPSD-ok nem tartoznak a gyakori betegségek közé, de a phenotypus megjelenése olyan súlyos, hogy az érintett a család és a társadalom számára nagy megterhelést jelent. A betegség gyógyításában vannak biztató próbálkozások, de jelenleg a legjobbnak tűnő megoldás a betegség megelőzése, amely genetikai tanácsadással és intrauterin diagnózissal oldható meg. Ehhez azonban feltétlen szükséges a propositus felismerése és correct diagnózisa.

A MPSD-oknak még többféle csoportosítása ismeretes (2, 4, 9, 16, 30, 36, 38), de McKusick (31) felosztása a legelterjedtebb. Ebben a csoportosításban az egyes típusok mind a klinikai, mind a radiológiai jelek és a biochemiai eltérések alapján jól elkülönülnek (31, 44, 47).

MPSD I. Hurler (1919) (14)

MPSD II. Hunter (1917) (13, 34)

MPSD III. Sanfilippo (1963) (37)

MPSD IV. Morquio (1929) (33)

MPSD V. Scheie (1927) (39)

MPSD VI. Maroteaux—Lamy (1965) (28)

A hazai irodalomban elsősorban egy-egy beteg bemutatásával foglalkozó közlemény található (1, 2, 9, 24, 25, 48, 16). Kivételt képez Szabó (49) és Józsa (15) összefoglaló munkája, melyekben összegezték és értékelték a kórképpel kapcsolatos tapasztalataikat.

Intézményeinkben az elmúlt 10 év folyamán 7 MPSD-ban szenvedő típusos képet hordozó gyermekeket észleltünk. A típusok klinikai és radiológiai jellegzetességeit egy-egy beteg leírásával demonstráljuk.

Betegismertetés

P. I., 6 éves fiú az anya II., zavartalan terhességéből született, 3300 g súllyal, normális időre. Testvére 4 éves korában meghalt gargoylismus következtében.

6—7 hónapos korában kezdett a beteg ülni és 16—18 hónapos korában kezdett járni. 6 hónapos korában vették észre, hogy nagyobb a feje a normálisnál, ekkor vált kifejezetté a mellkas deformitása is. Folyamatosan beszélni nem tud. Mozgékony, de hamar kifárad. Jobb fülével nehezen hall, látása gyenge.

Az arc groteszk, az orrgyök erősen besüppedt, az orr rövid és széles. A mellkas lapos. A szívhangok tiszták, a tüdők felett hurutos zörejek hallhatók. *A has elődomborodik, a máj alsó széle a köldökig ér, a lép nem tapintható. A könyök- és térdizületek flexiós contracturában vannak. Az ujjak karom állásúak (1/a ábra).*

A has jobb oldalán hüvelykujjni köldöksérv és ugyancsak jobb oldalon gyermekököljni heresérv látható. A reflexek nem válthatók ki, az izomzat erősen dystrophiás. A szemészeti szakvizsgálat *mindkét oldalon felhős corneát* állapított meg.

Röntgenvizsgálatok

Az agykoanyagot alkotó csontok mésztartalma fokozott. A *sella turcica lapos és hosszú*. A deformált gerincen a Th.—L. szakaszon kyphosis látható. A lumbalis csigolyatesteken kampószzerű deformitás észlelhető (2/a ábra). Az intervertebralis rések beszűkültek. A csípőlapát széles. Az ízületi vágak hypoplasiásak. A combcsontok feje deformált. A combnyakak valgus állásban vannak. A scapulák kicsik, a cavitás glenoidalisok keskenyek és laposak. Mindkét humerus feje varus állású. A hosszú csöves csontok diaphysise kiszélesedett. A metaphysisek szélesek, deformáltak (3/a ábra). A kéz és a láb metacarpusai, ill. metatarsusai szélesek, proximális végük elkeskenyedett. *A phalanxok distalis vége kihegyezett.*

A klinikai kép, a radiológiai és a biochemiai vizsgálatok eredményei alapján a betegséget típusos MPSD I.-nek tartottuk.

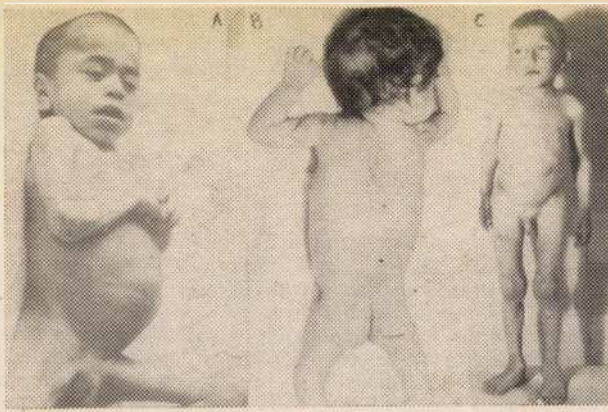
További három beteget észleltünk, akiket a klinikai, röntgenológiai kép alapján, valamint a biochemiai vizsgálatok eredménye szerint az MPSD I. csoportjába soroltuk. Ezek klinikai jellemzőit az 1. táblázatban foglaltuk össze. A 2. táblázatban található a röntgenvizsgálatokkal kimutatott elváltozások.

Bo. L. 2 éves fiúgyermek nevelőszülőknél él, a korábbi időszakra vonatkozó adatai nincsenek. Gyakran van hörgőhurutja és tüdőgyulladás.

Gyengén fejlett és gyengén táplált, chronicusan károsított súlyos beteg. A fejtető lapos, a homlok elődomborodó. *A nagykutacs kisujjbegynyi. Az orrgyök lapos, a nyelve nagy.* A mellkasa normális alakú, a has nagy és elődomborodó. *A máj három és fél ujjnyi, a lép két és fél ujjnyi.* Izomzata hypotoniás. Intelligenciafoka Bühler—Hetzter szerint 6 hónap és kilenc naposnak felel meg. Szemészeti vizsgálat: a corneákon homály nem észlelhető.

Röntgenvizsgálatok

A *sella turcica lapos*. A Th. és L. csigolyák deformáltak. A csípőlapát széles, a csípőizületekben kifejezett hypoplasia jelei figyelhetők meg. A hosszú csöves csontok poroticusak. A térd-, a csukló-, a csípő- és a vállizületekben az epiphysiseken és metaphysiseken deformitások, kiszélesedés látható (3/b és c ábra). A metacarpusokon és a phalanxokon „lövedék alakú” deformáltság figyelhető meg. A csukló röntgenképe



1. ábra.

alapján a csontkor fél éves életkornak felel meg (3/c ábra).

A fent leírt elváltozások, a cornea-homály hiánya és a biochemiai vizsgálatok alapján a megbetegedést a MPSD II. típusába soroltuk (a genetikai vizsgálatot elvégezni nem tudtuk).

K. Gy., 9 hónapos leánygyermek III. terhesség-ből született. Az anyának a terhesség III. hónapjában herpes zoostere volt. A beteg többször volt kórházban vitiuma és állandó felsőlégúti hurutjai miatt.

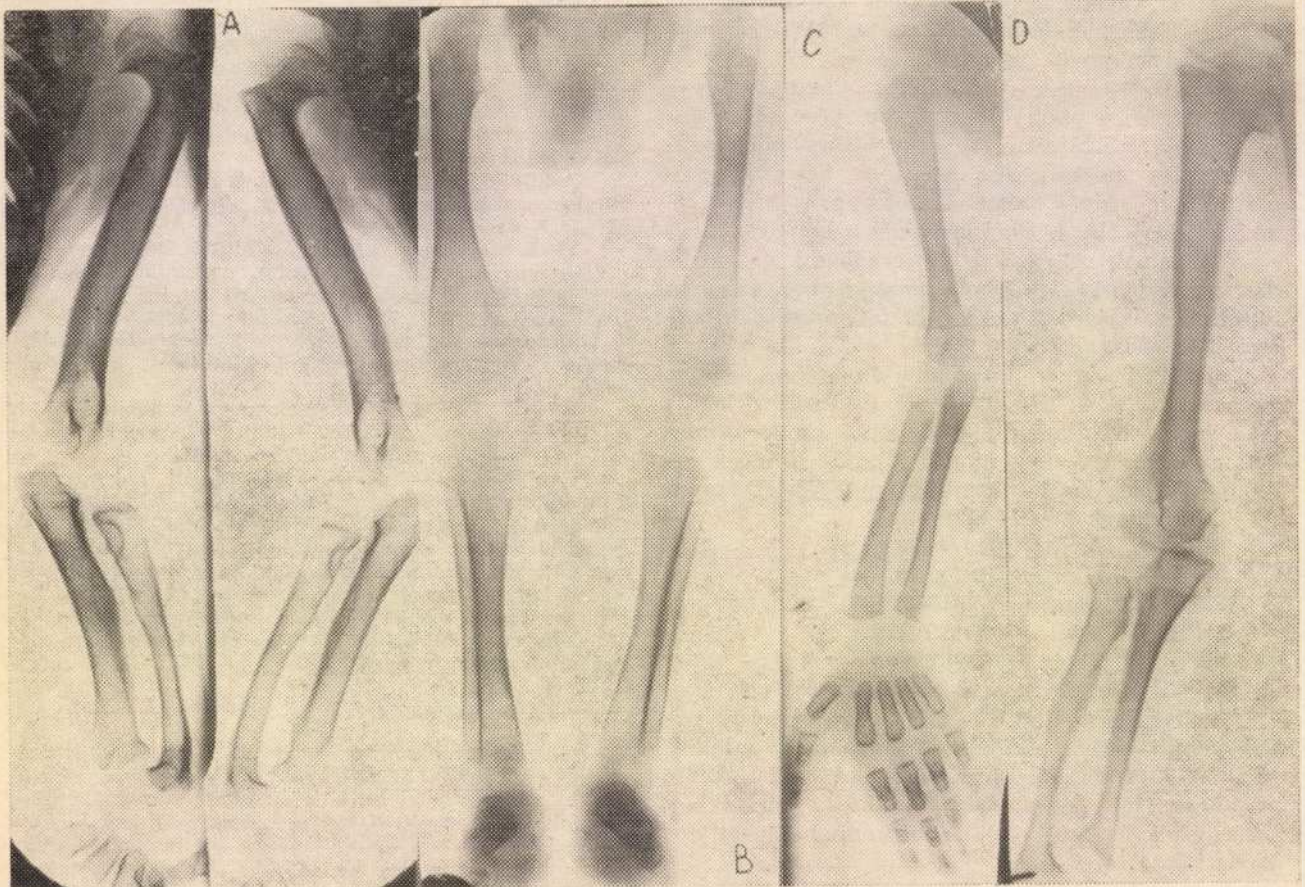
Sovány, dystrophiás csecsemő. Arc kifejezése bamba. A bal III. bordaközben fúvó systoles zöreje hallható. A máj kétujjnyi, a lép nem tapintható. Ujjbegynyi köldöksérve van. Szemészeti vizsgálattal a corneán elváltozást nem találtak. Idegrendszeri vizsgálattal súlyos mentális retardációt észleltek, az EEG vizsgálat hysparrhythmiára utaló jeleket mutatott.



2. ábra.

Röntgenvizsgálatok

Az os frontale fokozott mésztartalmú. A sella turcica normális. A gerinc Th.—L. szakaszán kyphosis látható, a csigolyatestek ovalis alakúak. A hosszú csőves csontok csökkent mésztartalmúak, alakhi eltérés nem észlelhető. A kulcsontok szélesek, a bordák a nyakuknál keskenyebbek (4. kép). A rövid csőves cson-

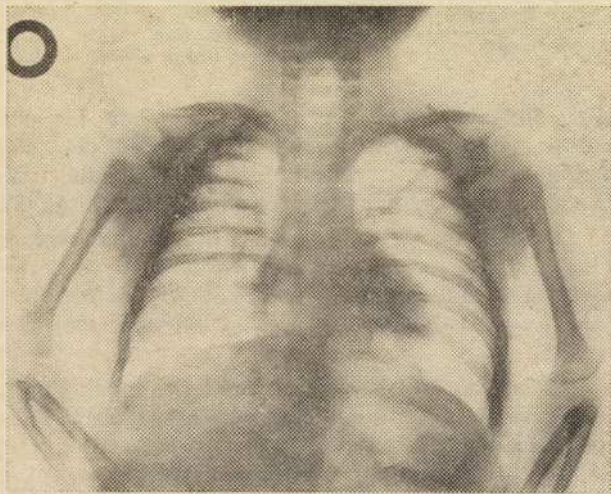


3. ábra.

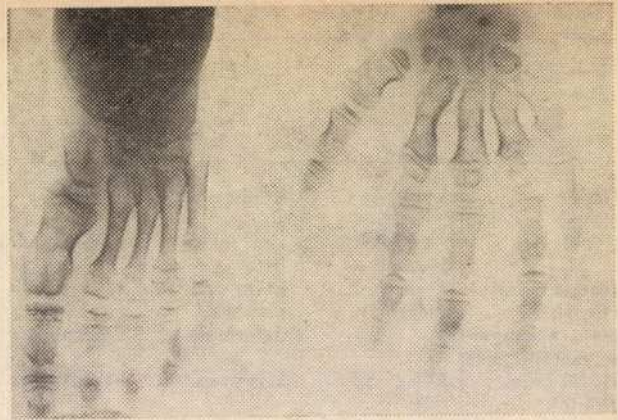
Betegek jelölése	P. L. 12 éves	K. A. 6 hónapos	Ba. L. 18 hónapos
Fej	elődomborodó homlok	alacsony homlok	hátral lelapult koponya
Arc	lapos orr	orrgyök lapos	nagy, lapos orrgyök
	széles ajkak	haja a homlokára lenőtt	
	a nyelv nagy, kilóg a szájából		
Mellkas	deformált, kicsi	normális	normális
Has	elődomborodó máj 3 cm-nyi	elődomborodó máj 2 cm-nyi	puffadt máj hat harántujjni
	lép normális	lép elérhető	lép két és fél harántujjni
		jobb o. inguinálisan mogyorónyi, bal o. inguinálisan kisalmányi sérv köldök mellett	
Izomzat	sorvadt	jobb o. tojásnyi scrotalis hermia	jobb o. tojásnyi scrotalis hermia
Idegrendszer	ülni, állni nem tud	sorvadt	sorvadt reflexei renyhén válthatók ki
		ingerekre reagál fejét nem tartja, nem ül	
Mentális fejlődés	kapcsolatot felvenni nem lehet vele		Bühler-Hetzer szerint 6 hónapos és kilenc naposnak megfelelő intelligencia
Érzékszervek	corneákon enyhe homály	corneán homályt kimutatni nem sikerült	hangokra reagál, mindkét corneán szabad szemmel látható homály
Egyéb	gyakori légúti fertőzések	különböző fertőzések miatt egész életében kórházban volt	állandó hörgőhurutok és tüdőgyulladás

tokon alaki eltérés nem látható. A kéztőcsontok száma és fejlettsége fél éves életkornak felel meg.

Az enyhe klinikai elváltozások és az enyhe radio-



4. ábra.



5. ábra.

lógiai kép, valamint a jellemző biochemiai leletek alapján a megbetegedést MPSD III.-nak tartjuk.

G. L., 5 éves fiú normális időre született. Féléves korában vették észre mellkasdeformitását.

Közepesen táplált, gyengén fejlett. A törzse aránytalanul rövid a viszonylag hosszú végtagokhoz képest. Mellkasa hordó alakú, fokozott háti kyphosis és lumbalis lordosis látható. A csuklók szélesek, az ujjak tömpék. A térdék, a könyökök szélesek, ujjnyi rectus diastasis észlelhető. A máj 3 cm-rel meghaladja a bordaívét, a lép nem tapintható. Szemészeti negatív. Szellemi fejlettsége életkorának megfelelő (1/c ábra).

Röntgenvizsgálatok

A koponya normális. A gerinc rövid, a csigolyatestek kifejezetten laposak. A csigolyatestek elülső felső és elülső alsó részének hypoplasiája miatt a középső rész előreugró (nyelv alakú). Az intervertebralis rések normális tágasságúak (2/b ábra). A mellkas deformált (pectus carinatus). Medence lapos. A csípőízület vápája hypoplasiás, a femur feje lelapult és a nyak varus állású. A hosszú csöves csontok diaphysisei a distalis részen keskenyek, a proximális részen szélesek (3/d ábra). A metaphysisek szögletes szegélyűek és deformáltak. A rövid csöves csontok szélesek és rövidek, az epiphysiseik szögletesen egyenetlenek (3/d ábra és 5. ábra).

A jellemző radiológiai, klinikai és biochemiai leletek alapján a megbetegedést MPSD IV. típusának tartottuk (2. táblázat).

Megbeszélés

Az I. típusra jellemző az arc grotesksége (52), templomi „vízköpő” figurához hasonlít. Hurler „majomszerű” arcnak nevezte (14). Az előreugró



6. ábra.

Betegek jelzése	P. J.	P. L.	K. A.	Ba. L.	Bo. L.	K. Gy.	G. L.
Typusuk	I.	I.	I.	I.	II.	III.	IV.
Gerinc	kyphosis Th-I	kyphoscoliosis	csak a L ₂	kyphosis	kyphosis Th-L	kyphosis	rövid
Csigolyák	nagyfokú hypopl.	nagyfokú def.	kampó alakú	L ₂ def.	átmenetben hypopl. cs.	ovális alakú	lapos, nyél alakú
Intervert. rések	keskenyek deformált	keskenyek szélesek, deformáltak	keskenyebb enyhén deformált	keskeny szélesek, deformáltak	keskeny szélesek, deformáltak	normális normális	normális szélesek, szögletesen deformáltak
Hosszú csöv. csont epiphysise, metaphysise							
Rövid csöv. csontok	kihegyeződött	kihegyezettek	kihegyezett	lövédék alakúak	kihegyezettek	normális	rövidék, szögletesen deformáltak
Koponya	lapos, sella	nagyfokú hyperostosis hypopl. orr-melléküreg	baisos és os frontalen hyperostosis	széles, lapos sella	lapos, hosszú sella	os frontalen hyperostosis	normális
Bordák	kifejezetten szélesek, nyakuk keskeny	szélesek, nyaki rész keskeny	szélesek, nyaki rész keskeny	szélesek	szélesek	nyaki rész keskenyebb	normálisak
Mellkas	tölsér deformált	deformált	enyhén hordó alakú	normális	normális	normális	hordó alakú
Medence	nagyfokú ízületi deform. femurfej deformált	hypopl. vápák valgus deformált	rövid femurnyak varus deformált	széles csípőlapát valgus deformált	széles csípőlapát hypopl. vápa	hypopl. vápák	széles cs. lapát, csípő-ízü. hypopl. varus def.
Osteoporosis	+	+++	+	++	++	++	++
Egyéb	kicsi scapula lapos, kicsi cav. glen.	-	-	-	-	-	-

homlok és mandibula miatt az arc profilja homorú (14). Az ajkak duzzadtak, a nyelv nagy, a gingiva hypertrophiás (35). A fogazat rendellenes (29, 49). Ezek a jelek mind a négy betegünkben változó mértékben megvoltak. A negyedik betegben észleltük a feltűnő szőrösödést (36, 49). A hátán, lumbalis tájékon nagy szőrzet alakult ki, a haja mélyen a homlokára lenőtt. Ezek a jelek 6–12 hónapos korában már jelentkeztek (1/b ábra).

A koponya deformált (43). Lehet microcephalia, dolichocephalia (4), a sella turcica legtöbb pacienseben „fekvő J” vagy ún. cipő alakú (5) (6. ábra). Három betegünkben észleltünk lapos, hosszú sella turcicát. A második betegünkben a calvariát alkotó csontok feltűnően hyperostoticusak voltak. Két betegünknek volt scleroticus, rövid koponya-alapja.

Jellegzetes az alkat, dysproportionalt kövér törpék (14). A nyak és a törzs rövid (36), a végtagok relatíve hosszúak és deformáltak (24). Korán jelentkezik a gibbus (9, 52), a lumbalis lordosis kifejezett. Ez utóbbi minden betegünkben észlelhető volt. Pectus excavatum lehet. A has minden esetben nagy, eldomborodó. Sérv lehetséges (36, 4, 9). Négy betegünk közül háromban észleltük.

Egyik legjellemzőbb röntgenjel a csigolyák elváltozása, ovális vagy kampó, ill. bakancs alakúak. A csigolyatest elülső felső egyharmada hiányzik (6, 10, 21, 43, 47). Ez az alsó Th. és L. csigolyákon a leggyakoribb. Az intervertebralis rések keskenyek. Minden betegünkben észleltük a jellegzetes elváltozásokat a lumbalis csigolyákon (2/a ábra).

Egyesek szerint az ízületek mozgása korláto-

2. táblázat

Az elváltozás lehetőségei

	I. típus	II. típus	III. típus	IV. típus
Alkati elváltozás				
Arc deformitás	Sulcus marialis	nyelvével	Engh	
Szaruhártya homály				
X-hez (nemhez) kötött öröklődés				
Mentális retardatio				
Biochemiai vizsg. vékony ürítés	DS+HS	HS+DS	HS	KS

DS = Dermatan-sulphat
 HS = Heparansulphat
 KS = Keratansulphat

□ nincs elváltozás ill. jeleg
 ▨ az elváltozás ill. jeleg megvan
 ▩ az elváltozás csak az esetek egy részében van meg

zott, ennek következménye a karomkéz (9, 43), mások ízületi hyperflexibilitásról írnak (24, 49). Betegeinkben mozgáskorlátozottságot találtunk. Coxa valga és genu valgum gyakori deformitás (3).

A medence dysplasiás, az acetabulum hypoplasiás (6), deformált (10, 47), esetenként varus deformitás alakul ki. Mi varus és valgus deformitást találtunk fele-fele arányban. A csípőlapát széles és kerek.

A hosszú csöves csontok mészszegények (3). A diaphysisek proximalis része vékony, a distalis része kiszélesedett, az epiphysisek dysplasiásak (10, 21, 43). Betegeinkben is a carpalis ízületben mind az ulna, mind a radius epiphysisének síkja befelé ferde volt. A phalanxok „süvegkor” alakúak. A

phalanxok distalis vége, a metacarpusok proximális vége kihegyesedő. A mellkas deformált, a manubrium sterni előreugró. Ez korán észlelhető. A bordák spatula alakúak (5, 43), a nyakuknál keskenyek (43).

A szív nagy (3), gyakori a vitium. Minden beteg hepatomegaliás (9, 40, 49).

A szaruhártyán homály észlelhető réslámpával vagy szabad szemmel (4). Ezt egyik betegünkben sem észleltük. A betegek nagy része süket, illetve nagyothall.

Mentalisan retardáltak, hydrocephalus fejlődhet ki esetenként.

A MPSD II. típusában minden klinikai és radiológiai jel minőségileg megegyezik az I. típusban ismertettekkel, csak enyhébb fokúak az elváltozások (4, 43).

Lényeges különbség, hogy *nincs cornealis homály*. Genetikailag abban különbözik, hogy az *X* kromosomával öröklődik.

A MPSD III.-ban a jelek minőségileg hasonlóak az I. és a II. típusban észlelhetőkhöz, de sok hiányzik közülük vagy egészen enyhék. Sokszor *külsőleg alig vagy egyáltalán nem lehet abnormalitást felfedezni*. Röntgenológiai ovoid csigolyákat, enyhe osteoporosist, csont-hypoplasiát lehet kimutatni a legtöbb esetben. A hepatosplenomegalia sincs mindig meg. Betegünkben megvolt. A mentális retardatio legtöbb szerző szerint súlyos, de észleltek több idegen nyelven beszélő beteget is. Saját betegünk súlyosan retardált volt.

A MPSD IV.-ben a fej relative nagy a törzhöz viszonyítva. Sokszor a parietalis és a homloki rész előemelkedik. A fogakban zománc-hypoplasiát találhatunk (33).

A mellkas deformált. *Gyakori a kyphosis a háti szakaszon*. Ezeket a jeleket betegünkben kifejezett mértékben megtaláltuk. Pes aequinvarus és pes planus deformitas is előfordul. Betegünkben nem volt. *A has elődomborodó, a máj és lép megnagyobbodott* (9, 40, 49).

Jellegzetesek a lapos csigolyák, *a csigolyatest középső része nyelv alakban elődomborodik*. Az *intervertebralis rések normális tágasságúak* (21). A femurfej, az acetabulum dysplasiás. A hosszú csöves csontok diaphysise megrövidült és torz, az epiphysis hypoplasiás (4, 9, 21). *A rövid csöves csontok megrövidültek, szélesek, epiphysiseik szögletesen deformáltak* (15) (5. ábra).

A könyökök, térdek szélesek.

Reflexek megtartottak, *az intelligencia normális*.

Összefoglalás. A szerzők összefoglalják a mucopolysaccharidosis I., II., III., IV. típusainak klinikai és radiológiai jeleit.

Hét típusos betegüket ismertetik, akik közül négy az I., egy a II., egy a III. és egy a IV. típusba sorolható.

Megállapítják, hogy a külső jelek alapján biz-

tosan elkülöníthető a IV. típus az összes többitől. Szemészeti és genetikai vizsgálattal szétválasztható az I. és II. típus egymástól. Radiológiai biztossan elkülöníthető a IV. típus, nagy valószínűséggel a III. típus a többitől.

IRODALOM: 1. Barta L., Gefferth K.: Gyermekgyógyászat. 1953, 4, 202. — 2. Buday S.: Bács-Kiskun megyei Kórház Évkönyve. 1967. — 3. Caffey, J.: Pediatric X-Ray Diagnosis, Yer Book Publishers, Chicago, 1957. — 4. Cocchi, M.: Fortschr. Röntgenstr. 1950, 72, 435. — 5. Dánes, B. Sh., Bearn, A.: Lancet. 1967, 2, 793. — 6. Ditrich, J. K., Teller, W.: Ann. Radiol. 1968, 11, 395. — 7. Dorfmann, A., Lőrinc A. F.: Proc. Nat. Acad. Sci. 1957, 43, 445. — 8. Dorfmann, A., Matalon, R.: Amer. J. Med. 1969, 47, 730. — 9. Fazekas A., Vígváry L., Nagy M.: Orv. Hetil. 1972, 113, 1921. — 10. Grudzinski, Z.: Fortschr. Röntgenstr. 1928, 38, 837. — 11. Groux, Jr., Kallay, O.: Les complications Oculaires des erreurs congenitales de metabolisme. Impr. Medic et Scient. Bruxelles, 1971. — 12. Hammer, B., Teller, W.: Fortsch. Röntgenstr. 1972, 116, 477. — 13. Hunter, C.: Proc. Roy. Soc. Med. 1917, 10, 104. — 14. Hurler, G.: Kinderheilk. 1919, 24, 220. — 15. Józsa L.: Orvosképzés. 1968, 43, 386. — 16. Józsa L., Szabó L.: Acta Ped. Acad. Sci. Hung. 1969, 10, 73. — 17. Jürgen, W., Spranger, J., Langer, O. L.: Radiology. 1970, 94, 313. — 18. Kenéz J., Farkas J.: Fortschr. Röntgenstr. 1970, 113, 589. — 19. Langer, L. O.: Ann. Radiol. 1964, 7, 315. — 20. Langer, L. O.: Min. Med. Bull. 1965, 36, 235. — 21. Langer, L. O.: Amer. J. Roentgenol. 1966, 97, 1. — 22. Loewi, G.: Ann. Rheum. Dis. 1959, 18, 239. — 23. Lundquist, A., Öckermann, P. A.: Acta Pediat. Scand. 1970, 59, 293. — 24. Matytyus A.: Orv. Hetil. 1955, 96, 190. — 25. Mattyas A., Jobst K.: MTA Közleményei. 1957, 8, 69. — 26. Maroteaux, P., Lamy, M.: Presse Méd. 1958, 67, 383. — 27. Maroteaux, P.: Presse Méd. 1963, 71, 209. — 28. Maroteaux, P., Lamy, M.: J. Pediat. 1965, 67, 312. — 29. Maroteaux, P., Lamy, M.: Lancet. 1967, 2, 510. — 30. Marquardt, W.: Fortschr. Röntgenstr. 1949, 71, 511. — 31. McKusick, V. A.: Heritable disorders of connective tissue C. V. Mosby, St. Louis, 1966. — 32. Meyer, H. F., Brennemann, J.: Amer. J. Dis. Child. 1932, 43, 123. — 33. Morquio, L.: Bull. Soc. Pediat. Paris. 1929, 27, 145. — 34. Pfaundler, M.: Kinderheilk. 1920, 92, 420. — 35. Romano, C., Sietti, C.: Lancet. 1967, 2, 210. — 36. Rajk A., Tóth É., Józsa L.: Orv. Hetil. 1970, 111, 3027. — 37. Sanfilippo, S. J.: J. Pediat. 1963, 63, 837. — 38. Schinz, H. R. und Mitarb.: Lehrbuch der Röntgendiagnostik. Springer Verl., Stuttgart, 1952. V. Bd. — 39. Scheie, H. G., Hambrich, G. W., Barness, L. A.: Amer. J. Ophthal. 1962, 53, 753. — 40. Schmidt, B. J. és mtsai: J. Pediat. 1963, 63, 106. — 41. Schmid, F., Weber, G.: Röntgendiagnostik im Kindesalter. J. F. Bergmann, München, 1955. — 42. Schuster, W., Spranger, J.: Pädiat. Prax. 1969, 8, 81. — 43. Spranger, J.: The Systematic Mucopolysaccharidoses. Springer Verl., Berlin, Heidelberg, New York. 1972. 166. — 44. Spranger, J.: Fortsch. Röntgenstr. 1971, 115, 283. — 45. Spranger, J., Wiedemann, H. R.: Z. Kinderheilk. 1968, 103, 285. — 46. Spranger, J., Wiedemann, H. R.: Lancet. 1967, 2, 443. — 47. Spranger, J., Schuster, W.: Ann. Radiol. 1969, 12, 365. — 48. Szabó L., Polgár J., Vass Z.: Lancet. 1967, 16, 1314. — 49. Szabó L.: Orv. Hetil. 1972, 113, 1095. — 50. Szegvári Gy., Bazsa G.: Borsodi Orvosi Szemle. 1966, 7, 27. — 51. Szerdahelyi F. és mtsai: Magyar Radiol. 1961, 168, 1. — 52. Szerdahelyi F., Karmazsin L.: Orv. Hetil. 1961, 102, 264. — 53. Teller, W. M. és mtsai: J. Lab. Clin. Med. 1962, 59, 95. — 54. Weisenbach, J. és mtsai: Kongr. Rad. Csehszlov. Brno. 1972. — 55. Wiedemann, H. R.: Mschr. Kinderheilk. 1954, 102, 136.

Orvostovábbképző Intézet, IV. Belgyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Mosonyi László dr.)

Cerebrovascularis insultusok hatása a szív elektromos történéseire

Pálóssy Béla dr. és Szabolcs István dr.

Több mint 30 éve ismeretes, hogy a különféle agyi vascularis károsodások (de gyulladásos vagy tumoros folyamatok is) az EKG-t módosítani képesek. Az eltérések sokszor annyira jellemzőek, hogy önmagukban már alkalmasak a kórisme eldöntésére, máskor azonban, főleg ha e lehetőségre nem gondolunk, komoly therapiás következményekkel járó diagnosztikus tévedések forrásai lehetnek. Az ötvenes évek második felétől az e kérdéssel foglalkozó irodalom egyre terebélyesedik s halmozódnak a hazai tapasztalatok is. Az utóbbi időben Romics és mtsai (30), Fiala és mtsai (14) és Zulik (34) foglalkoztak e kérdés klinikai jellemzőivel, míg kísérletes adatokat a magyar irodalomban elsősorban Kenedi és Csanda munkássága alapján olvashatunk (11, 21, 22, 23). A téma jelentősége vitathatatlan; ez indokolja vizsgálatainkat, melyekkel néhány újabb adatot kívánunk ismertetni.

Beteganyag és módszer

Retrospectív vizsgálatot végeztünk: tanszékünk hat és fél éves anyagát (1968—1974 között) elemeztük. Átvizsgáltuk a jelzett periódus alatt cerebrovascularis insultussal (vérzés, embolia, thrombosis, subarachnoidealis vagy subdurális vérzés, cerebrovascularis érspasmus) miatt kezelt betegek kórlapját, illetve, ha sectio történt, akkor a kórbonctani adatokat is. Az EKG görbét módosítani képes egyéb elváltozásokat (diabetes, coronariasclerosis, hypertonia, előzetes digitalizálás) is figyelembe vettük. Vizsgálatainkban az EKG görbét elemeztük (csak olyan eseteket vettünk figyelembe, ahol az elemzés céljára értékelhető 12 elvezetéses görbe állott rendelkezésünkre). Ha ez az adatok szerint a cerebrovascularis történés feltételezhető időpontjában értékelhető eltérést mutatott, mely a társuló egyéb kórformáktól függetlennek volt minősíthető, véleményeztük az oki összefüggést a cerebrovascularis insultussal. Ezekben az esetekben számbavettük a következő laboratóriumi paramétereket is: serum natrium és kalium, SGOT. Néhány esetünkben a huzamosabb észlelés során több EKG is készült, melyek a folyamat dinamikájára adhattak felvilágosítást.

Eredményeink

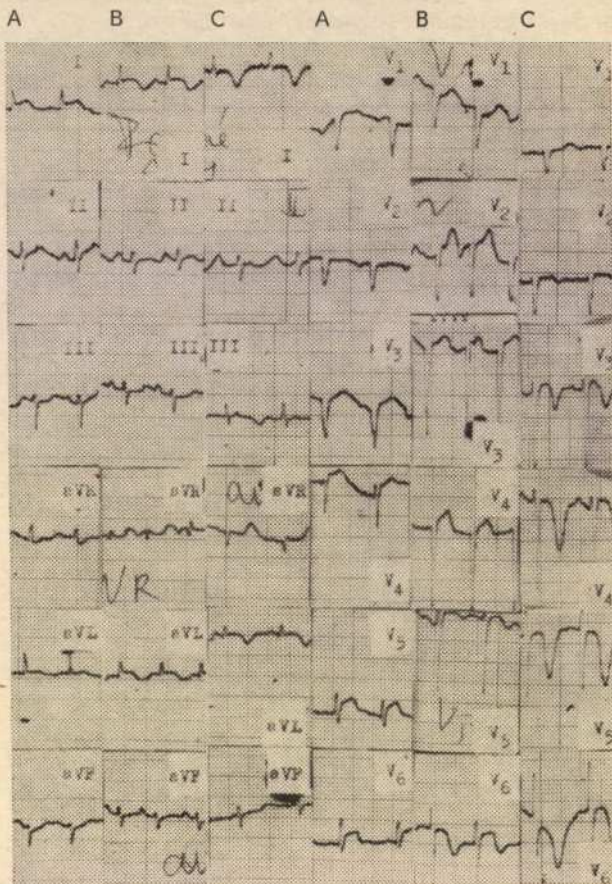
A vizsgált időszakban összesen 263 cerebrovascularis károsodást szenvedett beteget ápolunk. Az agyi történéssel összefüggésbe hozható (és a társuló kórformáktól függetlennek minősíthető) EKG eltérést 81 ízben (30%) észleltünk. Eseteink megoszlását a kórismék szerint és az egyes kórképekben kialakuló EKG eltérések gyakoriságát az 1. táblázatban állítottuk össze:

A 2. táblázatban összegeztük, hogy az észlelt EKG eltérés egyértelműen a cerebrovascularis történés következményének minősíthető-e vagy az elváltozás hátterében esetleg más kórkép is sejtethető. Egyértelműen az agyi károsodás következményének tekintettük az EKG eltérést, ha:

1. a beteg túlélte a károsodást és rendelkezésünkre állott (többnyire előző intézeti kezelése alatt készített) korábbi EKG (7 eset), ill. ha a vizsgálataink hypertoniát, cukorbetegséget, coronariasclerosist nem valószínűsítettek (16 beteg);

2. ha a sectio jelentős coronariasclerosist, régi myocardialis infarctust nem mutatott (36 beteg). A correlatio ezek figyelembevételével 9 életben maradt és 13 meghalt betegünkön nem egyértelmű.

A leggyakrabban észlelt elváltozás a mellkasi, ritkábban a végtagi elvezetésekben a nagy, mély, negatív T csipke, mely subendocardialis ischaemia lehetőségét veti fel. Ha az EKG eltérés cerebrális



1. ábra.
F. F.-né, 56 éves, dg.: haemorrhagia subarachnoidealis. A görbe a felvételtkor, B 12 órával később, a C görbe a halál előtt 2 órával készült

1. táblázat

	Kóros EKG	EKG eltérés nincs
Apoplexia	30 (40%)	45
Thrombosis	25 (25%)	75
Embólia	4 (16%)	21
Angiospasmus	11 (27,5%)	29
Subarachn. vérzés	11 (27,5%)	12
Összesen	81 (30,7%)	182

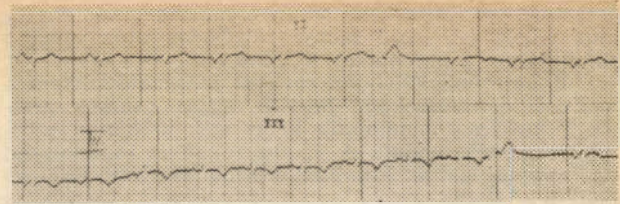
eredetének lehetőségét figyelmen kívül hagyva anticoagulans kezelést kezdünk, ez fatális vérzést eredményezhet. Anyagunkban csaknem az esetek felében észleltük (49,2%, 35 beteg). Leggyakrabban a maradványtünet nélkül gyógyuló vasospasmusokban láttuk, de csaknem ilyen gyakran kísérte a kép a cerebrális haemorrhagiákat és subarachnoideális vérzéseket is. Az utóbbi két kórkép lehetőségére a therápia megválasztásában feltétlenül gondolnunk kell (vasospasmusban az anticoagulans kezelés hatásos lehet). Az elváltozást már néhány órával a cerebrovascularis történés után láttuk. Az EKG-t 13 ízben volt módunk a betegség lefolyásában követnünk. 3—4 hetes észlelés után 6 betegen a T negativitás megszűnt; 4 esetben a beteg távozásakor (2—4 hetes ápolás után), illetve 3 ízben a beteg halála előtt a negatív T hullámok továbbra is észlelhetők voltak. Az életben maradt 4 betegünkön kérdéses, hogy az agyi történés nem okozott e subendocardialis károsodást; az elhalt 3 beteg esetében 1, ill. 2 napig tartott észlelésünk, így a kép kialakulását csak rövid ideig figyelhetjük meg.

Magas, pozitív T hullámot (főleg a mellkasi elvezetésekben) elsősorban subarachnoideális vérzésekben láttunk (az esetek közel egyötödében). Hasonló EKG eltérés mindössze 1—1 apoplexiát, illetve thrombosiszt kísért.

Az esetek egyötödében észleltük a QT távolság megnyúlását, illetve különböző gyakoriságú kamrai extrasystoliát. Ez utóbbit csak akkor hoztuk a cerebrális történéssel kapcsolatba, ha legalább két EKG felvételt elemezhettünk (a cerebrovascularis katasztrófa idejében, illetve néhány nappal később készült görbék) s a második felvételen az extrasystolék száma csökkent vagy az extrasystolia megszűnt. A QT távolság leggyakrabban agyvérzésben nyúlt meg. A kamrai (időnként salvékban jelentkező) extrasystolia közel azonos gyakoriságban kísérte az apoplexiát és subarachnoideális vérzéseket. Pitvari extrasystolét 1—1 apoplexiás és thrombosisos betegen láttunk.

2. táblázat

	Meghalt	Él
EKG elváltozás centrális eredettel	36	23
Az EKG eltérés eredete kétes ...	13	9
Összesen	49	32



2. ábra.

P. I., 64 éves, dg.: subarachnoideális vérzés. Az EKG-n coronaria sinus rhythmus és sinusingerképzés váltakozása

A következő leggyakrabban észlelt elváltozás az ST szakasz dislocációja (16%). E múló repolarizációs zavar elsősorban a T laesiókkal együtt fordult elő, 1 eset kivételével több elvezetésben észlelhető ST depressio formájában. Az ST szakasz „mozgása” anyagunkban leginkább a subarachnoideális vérzéseket kísérte. E kórformában észleltük a cerebrális történéssel összefüggésbe hozott Prinzmetal typusú anginát, ahol a laesio átmeneti, subepicardialis ischaemiára jellemző ST elevációval társult. E betegünkről a közelmúltban számoltunk be (30/a).

A cerebrális történéssel kapcsolatos tachyarhythmia (paroxysmalis pitvarfibrillatio, supra-ventricularis tachycardia) 12 esetünkben észleltünk. Coronaria sinus rhythmust 2 beteg EKG-ján láttunk (embolia, illetve subarachnoideális vérzés).

Ingerületvezetési zavart 10 alkalommal figyel-tünk meg. Intermittáló bal szárblockot idős, apoplexiás nőbetegünkön láttunk. Ez kifejezett frequentia dependentiát mutatott s carotis-nyomás a vezetési zavart megszüntette (23/a). A további 9 betegen első fokú a-v block, illetve változó gyakoriságú sinoauricularis block formájában jelentkezett a vezetési zavar. Wenckebach-periodicitás egy EKG-on látható.

Elsősorban a mellkasi elvezetésben a T hullámmal gyakran egybeolvadó, nagy, pozitív U hullámok kialakulását 10 esetben tapasztaltuk, leggyakrabban subarachnoideális vérzésben.

50/min alatti sinus bradycardiát 6 esetben, pitvari ingerképzés-vándorlást egy alkalommal láttunk.

Az elmondottakat néhány jellemző EKG görbével illusztráljuk:

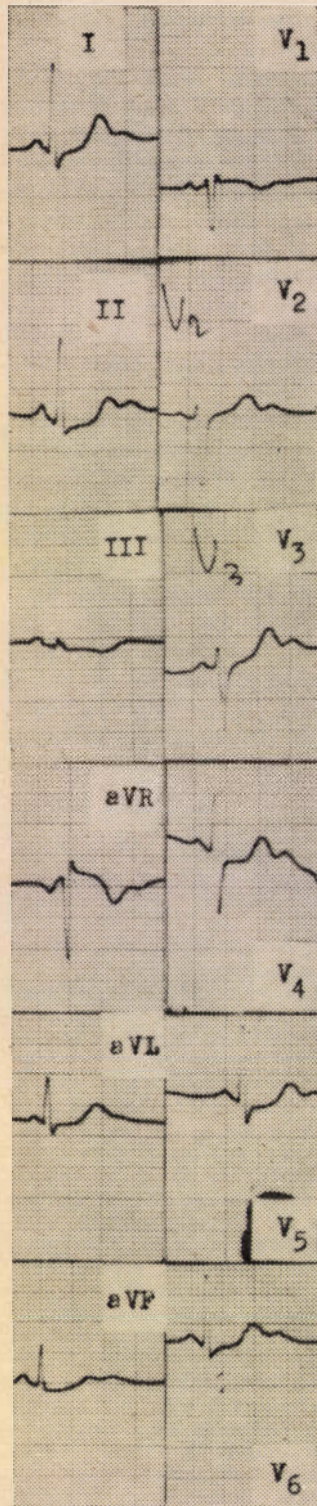
F. F.-né, 56 éves hypertoniás beteget eszméletlen állapotban hozta mentő tanszékünkre. Lumbalpunkció: egyenletesen véres, normális nyomással ürülő liquor. A serum natrium, kalium, SGOT érték kóros eltérést nem mutat. A felvételi EKG-on az I, aVL és V₅₋₆ elvezetésekben elevált ST szakasz észlelhető, mely anterolateralis infarctus lehetőségét veti fel. A 12 órával később készített felvételen ezekben az elvezetésekben negatív T csipke látható, az ST elevatio mérséklődése mellett. A halál előtt két órával (a beteg mindvégig eszméletlen) rögzített EKG-on a mellkasi elvezetésekben igen kifejezett, csúcsos, mély negatív T hullámok alakultak ki (melyek megfelelő cardialis anamnesis híján már önmagukban felvetik a cerebrális eredet lehetőségét). A boncolás súlyos, diffúz parenchymás degenerációt mutatott ugyan a myocardiumban, de az észlelt anterolateralis ischaemiáért felelős helyi elváltozás (necrosis) hiányzott. A boncolás megerősítette a subarachnoideális vérzés kórisméjét (1. ábra).

P. I., 64 éves hypertoniás betegünket bal oldali, hirtelen kialakult hemiplegia, beszédzavar, incontinentia miatt vettük fel. Lumbalpunkcióval egyenletesen véres liquort nyertünk. A bejveteli EKG-on az ingerképzés labilitását láttuk. A folyamatos regisztrálás során a II. és III. elvezetésben a sinus ingerképzést

a frequentia csökkenése során coronaria sinus rhythmus váltja fel, majd tachycardizálódás után újból a sinus-csomó a pacemaker (2. ábra).

E betegünk EKG-ján további jellegzetességként a mellkasi elvezetésekben látható magas, csúcsos, pozitív T hullámok emelhetők ki az igen kifejezett pozitív U csipkék mellett. A 2. ábrán észlelt ingerképzési rendellenességet az 1 nappal később készített EKG-on már nem láttuk.

Dr. K. A.-né, 52 éves betegünk eszméletlen állapotban került felvételre. Az ionogramm eltérést nem mutatott, a SGOT kissé emelkedett. Az EKG-on az igen kifejezett pozitív U csipkék érdemelnek figyelmet. A boncolás súlyos, roncsoló agyvérzést mutatott ki, egészen minimális coronariasclerosis mellett (3. ábra).



3. ábra. Dr. K. A.-né, 52 éves, dg.: apoplexia cerebri. Az EKG-on kifejezett U hullámok

Az anyagunkban és az előzőekben részletezett EKG eltéréseket a 3. táblázatban foglaltuk össze.

Egy vagy több alkalommal 46 beteg serum kálium tartalmát vizsgáltuk. 27 izben ez a fiziológiás határok között mozgott. Értékelhetően alacsony (3,8 maeq/l alatti) szintet 19 esetben észleltünk. Ez utóbbiak közül az EKG-on 14 alkalommal láttunk kóros elváltozást. Az SGOT aktivitást 33 esetben határoztuk meg, ez 2 apoplexiás, 3 thrombosisos, 1-1 emboliás és angiospasmusos betegen a normális határt felülmúlta, jóllehet a sectio (5 esetben) nem mutatott friss myocardialis elhalást.

Megbeszélés

A neocortex, a basalis ganglionok, a hypothalamus és mesencephalon egyes területeinek ingerlése jól reprodukálható EKG eltérések előidézésére alkalmas (4, 18, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 32). A neurochirurgiai tapasztalatok az állatkísérletek eredményeit igazolták. A központi idegrendszer különböző szintjein végzett kísérletes elektrostimu-

latiókkal a ritmus- és vezetési zavarok széles spectrumba váltható ki. Az így létrejövő EKG elváltozások, illetve a cerebrális történések során kialakuló eltérések keletkezésében 3 factor veendő számításba.

1. Az ionháztartás extracellularis zavara az esetek jelentős többségében nem bír érdembeli jelentőséggel. Saját tapasztalatunk is ezt támasztja alá: 3,8 maeq/l alatti serum kálium értékeket 19 betegen mért laboratóriumunk, ezek közül 14 EKG többé-kevésbé kóros; 27 betegen a kóros görbe normális kálium érték mellett észlelhető. Nem vehető el az intracellularis ion-egyensúly megváltozása a cerebrovascularis történés következtében, esetleg az agy területén (a sejtpusztulás következtében) létrejövő-localizált ionháztartási zavar. Az agyi keringésben létrehozott localizált hyperkalcaemia Solti és munkacsoportjának (31) kísérletes adatai szerint EKG eltérések előidézésére alkalmas, ugyanez feltételezhető a hypokalaemiáról is. Bizonyos corticalis vagy subcorticalis területek sérülése kihat a hypothalamikus területekre, e területek CRF elválasztására, mely az aldosteron (esetleg más, ismeretlen mineralocorticoid hatású anyag) secretiójának változtatását létrehozva befolyásolhatja az ionháztartást is (10, 12).

2. A kutatók jelentős többsége a vegetatív egyensúly megbomlásával magyarázza az EKG módosulását. A kamrai myocardium igen gazdagon ellátott adrenergiás rostokkal, újabb kísérletes vizsgálatok cholinergiás rostok jelenlétét is igazolták. A ganglion stellatum ingerlésével, illetve az ellenoldali átvágásával kísérletben QT megnyúlás, T inversio vagy magas, pozitív T csipkék keletkeznek (15). Hugenholtz (19, 20) malignus nyaki folyamat miatt végzett jobb oldali blockdissectio során emberen is igazolta e lehetőséget az EKG elváltozások genesisében.

A sympathicotonia életre hívhatja az irritabilis góccok autonómiáját, megteremtve az extrasystolék keletkezésének lehetőségét, de e góccok képesek a repolarisatio fiziológiás menetének megváltoztatására és paroxysmalis tachycardiák előidézésére is.

Az arrhythmiaiak, a vezetési zavarok genesisében a vagus tónus fokozódása is jelentős lehet. Kialakulásához a 13. area sérülése (a vagus kérgi reprezentációja), illetve a subcorticalis területek károsodása teremti meg az organikus alapot.

A vagotonia jelentősége subarachnoidealis vérzésben szenvedő betegünk Prinzmatal típusú anginának létrejöttében kétségtelen. Az eset közlése óta eltelt időben e beteg panaszmentessé vált. Ez feltételezésünket igazolta: a coronaria perfusio zavarát a cerebrovascularis károsodást kísérő vagotonia teremtette meg, organikus coronaria-károsodás nélkül. Az agyi laesio gyógyulásával a vagotoniás állapot rendeződött. Ez a hasonló esetek kezelésében is komoly megfontolást igényel.

3. A cerebrovascularis történések során észlelt EKG eltérések hátterében sokan mikroszkópos cardialis károsodást tudtak kimutatni (2, 6, 7, 24, 33). A kérdésnek a szívátültetés szempontjából is komoly jelentősége van, hiszen a legdurvább EKG eltéréseket éppen a fiatal egyének súlyos cerebro-

EKG eltérés	Apoplexia	Thrombosis	Embólia	Subarachnoid. vérzés	Vasospasmus	Összesen
Mély, neg. T.....	14 (18,6%)	9 (9%)	—	4 (17,1%)	8 (20%)	35 (43,2%)
Magas, pos. T.....	1 (1,3%)	1 (1%)	—	4 (17,1%)	—	6 (7,4%)
Coronaria sinus r.....	—	—	1 (4%)	1 (4,3%)	—	2 (2,4%)
Vezetési zavar.....	4 (5,3%)	4 (4%)	—	1 (4,3%)	1 (2,5%)	10 (12,3%)
Tachyarrhythmia.....	3 (4,0%)	4 (4%)	3 (12%)	1 (4,3%)	1 (2,5%)	12 (14,8%)
Megnyúlt QT.....	11 (14,6%)	6 (6%)	—	1 (4,3%)	2 (5%)	20 (24,6%)
Kifejezett Ü.....	2 (2,6%)	4 (4%)	—	3 (13%)	1 (2,5%)	10 (12,3%)
ST dislocatio.....	2 (2,6%)	5 (5%)	—	4 (17,1%)	2 (5,0%)	13 (16,0%)
Ictus alatti bradycardia.....	2 (2,6%)	3 (3%)	—	—	1 (2,5%)	6 (7,4%)
Kamrai ES.....	10 (13,3%)	4 (4%)	—	3 (13%)	3 (7,5%)	20 (24,6%)
Pitvari ES.....	1 (1,3%)	1 (1%)	—	—	—	2 (2,4%)
Pace-maker vándorlás...	1 (1,3%)	—	—	—	—	1 (1,2%)

vascularis insultusaiban észlelhetjük. Az agyi laesio organikus cardialis következményeit az idegsebészek tapasztalatai támasztják alá: látszólag ép szívű fiatal vagy középkorú betegek műtete során lényegesen gyakrabban észlelhető veszélyes arrhythmia, hirtelen halál, szívmegállás, mint egyéb területek operációiban. Az észlelt mikroszkópos elváltozások létrejöttében a vegetatív egyensúly megbomlásának kétségtelenül döntő szerepe van. A görcső alatt főleg a bal kamrára localizálódó focalis myocytolysis észlelhető.

A három jelenség együttes jelentőségére utal Cruickshank munkacsoportjának (10) újabb vizsgálatsorozata. E szerzők 40 subarachnoidealis vérzésben szenvedő betegen vizsgálták 2 héten át folyamatosan a metanephrin és normetanephrin ürítést, a plasma cortisol szintet, a serum kalium, illetve a szervezet cserélhető kalium mennyiségének alakulását. Azokban az esetekben, ahol az EKG kifejezetten kóros volt, illetve ahol az EKG a kórelfolyás során változott, a kétételes megfigyelési periódus alatt a vizelettel ürített catecholamin mennyisége, illetve a plasma cortisol szint emelkedett maradt, míg a szervezet cserélhető kalium mennyisége (normális serum kalium mellett) csökkent. A szerzők vizsgálataik alapján úgy vélik, hogy subarachnoidealis vérzésben (de feltételezhetően egyéb vascularis katasztrófában is) a hypothalamus és környező területek vérellátási zavara (a reflexes vasospasmus vagy direct roncsolás következtében) a szív fokozott sympathikus stimulációját eredményezi, részben közvetlenül, neuralis úton, részben a hypophysis—mellékvese tengely közrejtésével. Az utóbbi következtében fokozódik a catecholamin kiáramlás. A catecholaminok cardiotoxikus hatását a corticosteroidok fokozni képesek, feltételezhetően az intracellularis kaliumszint csökkentése révén. Így az említett három factor összefonódása felelős a kialakuló EKG eltérésekért.

A cerebrovascularis laesiókat kísérő EKG eltéréseknek bizonyos prognosztikai jelentőségük is van. Általában a súlyosabb, sok esetben halálos kimenetelű esetek velejárója. Ezt saját anyagunk adatai is alátámasztják: a 81 EKG eltéréssel bíró cerebrovascularis katasztrófa közül a kórelfolyás 49 alkalommal halálos volt, 11 ízben végleges maradványtünetekkel gyógyult a kórelfolyamat.

Vizsgálataink adataink megfelelnek az irodalomban találhatóaknak. A cerebrovascularis történést kísérő jellegzetes EKG görbe nem ismeretes. Eseteink túlnyomó többségében a subendocardialis ischaemiában megszokott negatív T hullámokat láttuk, sok esetben ST depressióval társulva. Pathológiás Q hullámot egyetlen esetünkben sem észleltünk. A myocardialis infarctustól való elkülönítésben Zulik (34) hangsúlyozza, hogy a cerebralis eredetű esetekben gyakori a QT távolság megnyúlása és a T csipke morfológiája is jellegzetes lehet (mély, nagy negatív T hullámok). Ha subendocardialis ischaemiára utaló EKG képet látunk, többé-kevésbé kifejezett sinus bradycardia mellett és az előzményi adatok cardialis történést nem valószínűsítene, úgy elsőként feltétlenül valamilyen cerebralis károsodásra kell gondolnunk (mely a vizsgált vascularis katasztrófa mellett lehet tumor vagy gyulladás is). Ezekben az esetekben a részletes neurológiai vizsgálat, a liquor vizsgálata elengedhetetlen; ezek segítségével elkerülhető a komoly therapiás következményekkel járó diagnosztikus tévedés.

Vizsgálataink adataink alapján az észlelt EKG eltérések háttérben értékelhető hypokalaemiát csak ritkán láttunk s nem minden hypokalaemiás cerebralis történést szövődményes kóros EKG-mal. Ezek alapján a centralis eredet mellett foglalkozhatunk állást, a vegetatív innervatio egyensúlyzavara formájában, melynek mindkét típusa, az ST elevációval, magas, pozitív T csipkével járó vagotonia és az ezzel ellentétes hatású sympathicotonia jeleit észleltük. Ez az egyensúlyzavar hosszabb időn át fennállhat s ekkor már tényleges coronaria perfusio zavar keletkezhet; e feltételezésünket támogatják a cerebrovascularis történések során észlelt mikroszkópos szívelváltozások is. Ha e lehetőség fennáll, úgy jogos az a törekvés, hogy a vegetatív innervatiós zavart, illetve annak cardialis következményeit igyekezzünk megelőzni. Ez annyit jelent, hogy a szokásos therapiás erőfeszítések mellett a cerebralis történést után készített EKG kép alapján sympatholyticumot vagy vagolyticumot is adjunk a betegeknek. Hogy ez a therapiás kísérlet milyen eredménnyel jár, arra célzott, összehasonlító vizsgálatok szükségesek, ahol lehetőség nyílik a szerek hatásának tanulmányozására is.

Összefoglalás. A szerzők hat és fél év alatt az osztályukon ápolta 263 cerebrovascularis károsodást szenvedett beteg EKG-ját elemzik. A görbe 81 ízben kóros volt. A leggyakrabban észlelt eltérések: mély, negatív T hullám; magas, pozitív T csipkék; QT távolság megnyúlása; kamrai extrasystolia; ST szakasz dislocatio; különféle ingerületvezetési zavarok (sinoauricularis block, első fokú a-v block); kifejezett U csipkék kialakulása. Az irodalom és saját adataik alapján a kóros EKG kialakulásában a centralis factor jelentőségét hangsúlyozzák (a vegetatív innervatio egyensúlyának megbomlása), mely tartós fennállás esetében organikus cardialis károsodást is eredményezhet.

IRODALOM: 1. *Abildskov, J. A. és mtsai:* Prog. Cardiovasc. Dis. 1970, 13, 210. — 2. *Anderson, G. J. és mtsai:* Amer. Heart J. 1973, 86, 395. — 3. *Barlotta, F., Grace, W. J.:* New York State of Med. 1966, 66, 513. — 4. *Bellet, S.:* Clinical disorders of the heart beat Lea and Febiger, Philadelphia. 1971. — 5. *Burch, G. E. és mtsai:* Ann. Int. Med. 1960, 52, 587. — 6. *Burch, G. E. és mtsai:* Amer. Heart J. 1970, 80, 574. — 7. *Connor, R.:* Brit. Med. J. 1968, 3, 29. — 8. *Connor, R.:* Amer. Heart J. 1969, 78, 145. — 9. *Cropp, G. J., Manning, G. W.:* Circulation. 1960, 22, 25. — 10. *Cruickshank, J. M. és mtsai:* Brit. Heart J. 1974, 36, 697. —

11. *Csanda E., Kenedi I.:* Ideggyógy. Szemle. 1957, 10, 87. — 12. *Editorial:* Circulation. 1970, 41, 371. — 13. *Effert, S. és mtsai:* Dtsch. Med. Wschr. 1961, 86, 1508. — 14. *Fiala, E. és mtsai:* Orv. Hetil. 1967, 108, 1507. — 15. *Greenhot, J. H., Mauck, H. P.:* Amer. Heart J. 1972, 83, 659. — 16. *Hansson, L., Larsson, O.:* Acta med. scand. 1974, 185, 45. — 17. *Hoffband, B. L., Morgan, B., D. G.:* Lancet. 1965, 1, 844. — 18. *Hsing, I. Chen és mtsai:* Amer. J. Cardiol. 1974, 33, 920. — 19. *Hugenholtz, P. G.:* Amer. Heart J. 1967, 74, 438. — 20. *Hugenholtz, P. G.:* Amer. Heart J. 1962, 62, 451. — 21. *Kenedi I., Csanda E.:* Ideggyógy. Szemle. 1957, 10, 87. — 22. *Kenedi I., Csanda E.:* Ideggyógy. Szemle. 1958, 11, 177. — 23. *Kenedi I.:* Magy. Belorv. Arch. 1959, 12, 30. — 23/a. *Kenedi P. és mtsai:* Magy. Belorv. Arch. 1972, 24, 97. — 24. *Korteweg, G. B. J.:* J. Neurophysiol. 1957, 20, 100. — 25. *Koskelo, P. és mtsai:* Brit. Med. J. 1964, 2, 1479. — 26. *Mauck, H. P. és mtsai:* Circulation. 1963, 28, 765. — 27. *Mauck, H. P. és mtsai:* Amer. Heart J. 1964, 68, 98. — 28. *Mauck, H. P., Hockman, Ch. H.:* Amer. Heart J. 1967, 74, 96. — 29. *Porter, R. W. és mtsai:* Amer. Heart J. 1962, 64, 815. — 30. *Romics, L. és mtsai:* Lancet. 1965, 1, 1076. — 30/a. *Széplaki S. és mtsai:* Orv. Hetil. 1973, 114, 444. — 31. *Solti F. és mtsai:* Magy. Belorv. Arch. 1960, 13, 54. — 32. *Weinberg, S. J., Fuster, J. M.:* Ann. Int. Med. 1960, 53, 332. — 33. *Ziegler, H. K., Schröder P.:* Dtsch. Z. Nervenheilk. 1970, 197, 323. — 34. *Zulik R.:* Magy. Belorv. Arch. 1968, 21, 23.

DIBIOMYCIN szemkenőcs **Antibioticum**

ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (3,0 g) 30 000 NE (30 mg) klórtetraciklinbázist tartalmaz szemkenőcs alapanyagban.

HATÁS: A Streptomyces aureofaciens által termelt antibiotikum spektruma megegyezik a tetraciklinekével.

A N,N'-dibenzil-etiléndiaminnal alkotott komplexből a hatóanyag fokozatosan szabadul fel, így a készítmény retardált hatású.

JAVALLATOK: Trachoma, tetraciklinekre érzékeny kórokozók által kiváltott conjunctivitis, blepharitis, keratitis, folliculitis palpebrarum. Ulcus corneae.

ADAGOLÁS: Akut gyulladás esetén naponta egyszer, egyébként másodnaponta egyszer borsónyi mennyiséget felkenünk a felső szemhéj alá, majd a csukott szemhéjat könnyedén masszírozva, egyenletesen eloszlatjuk. Trachomában a kezelés időtartama 2-5 hónap.

MELLÉKHATÁS: Igen ritkán dermatitis jelentkezhet. Tartós adagolás esetén allergiás conjunctivitis léphet fel.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (3,0 g) ára: 9,90 Ft.

Forgalomba hozza: GYÓGYÉRT.

EXPORTÁLJA: V/O „MEDEXPORT”, MOSZKVA

Információ: V/O „Medexport” Tudományos Ismertető Iroda
1055 Budapest, Balassi Bálint u. 25.



Szegedi Orvostudományi Egyetem,
I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Varró Vince dr.)

Diabetes insipidus kezelése 1-deamino-8-D- arginin-vasopressinnel

Czakó László dr. és László Ferenc dr.

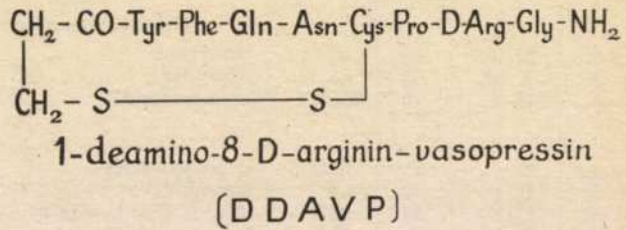
Az ADH-érzékeny diabetes insipidus kezelésére 1913 óta használnak hypophysis-hátsólebens kivonatokat (11, 20). Ezeknek aktív hatóanyagát, a 8-arginin-vasopressint 1954-ben *du Vigneaud* munkacsoportja izolálta és szintetizálta (21). A polypeptidet az emésztőnedvek lebontják, s így csak parenteralis alkalmazása lehetséges. Injekciós, valamint szippantópor formájában állnak rendelkezésünkre készítmények. Az esetek többségében azonban makacs rhinitis, az olajos injekciók után fertőzés, valamint subcutan granulomák alakulnak ki; nem ritkán fejfájás, hasi panaszok lépnek fel. E körülmények készítették arra a kutatókat, hogy újabb, hosszabb anti-diuretikus hatással, és kevesebb vasopressor-aktivitással rendelkező vegyületet szintetizáljanak. Az utóbbi években számos vasopressin analógot állítottak elő, melyek biológiai effektusa sok tekintetben eltér a természetes hormonétól. 1966-ban *Zaoral* és *Sorm* (23) szintetizálta az 1-deamino-8-D-arginin-vasopressint (DDAVP, 1. ábra). Az eddigi tapasztalatok szerint e vegyület anti-diuretikus hatása kifejezettebb és vasopressor aktivitása kismértékű (19, 24). Jelen vizsgálatainkban a DDAVP vízanyagcserére gyakorolt hatását tanulmányoztuk és hasonlítottuk össze lysin-vasopressinnel (LVP) diabetes insipidusos betegekben.

Beteganyag és módszer

Vizsgálatainkat 20 (12 nő és 8 férfi) 18–55 év közötti vasopressin-érzékeny, és két ADH-reszistens diabetes insipidusos betegben végeztük. Az eseteinkre vonatkozó legfontosabb adatokat az 1. táblázatban tüntettük fel. A diagnózist klinikánk endokrin osztályán alkalmazott, előző közleményeinkben részletesen leírt módszerek segítségével állapítottuk meg (8, 9, 14, 15). A betegek kimutatható szív- és májbetegségben nem szenvedtek.

A könnyű-vegyes diétát tartó betegek a gyógyszer adását közvetlenül megelőző időszakban semmilyen vasopressin készítményt nem kaptak. A vizsgálat napján a kellő diuresis elérésére fél óra alatt 20 ml/testsúlykg folyadékot fogyasztottak el, majd egy

órán át gyűjtötték vizeletüket. Ez képezte a kontroll periódust. Ezután történt a gyógyszer adása, intravénásan 2 µg, intramuscularisan 4 µg és nasalis oldat formájában 20 µg DDAVP-t kaptak a betegek. A vizsgálati periódus alatt vízfelvételüket nem korlátoztuk, de legalább annyi folyadékot fogyasztottak, mint az



1. ábra.

ürített vizelet mennyisége. A gyógyszer adása után kezdetben óránként (6 órán át), majd kétóránként, illetve az éjszaka folyamán 4 óránként lemértük az ürített vizelet mennyiségét. Minden vizeletfrakciónak meghatároztuk a fajsúlyát és osmolaritását. A vizsgálatokat addig végeztük, míg két vizeletfrakció fajsúlya el nem érte a kiindulási értéket. A kapott eredményeket azonos mennyiségű LVP hatásával hasonlítottuk össze. Az egyes készítmények adása között az anti-diuresis megszűnését követően egy nap szünetet tartottunk. A kísérleti periódus során betegeink vérnyomását, pulzusát többször ellenőriztük.

Az egyes vizeletfrakciók osmolaritását Knauer-féle oszmóterrel határoztuk meg.

A következő készítményeket alkalmaztuk:

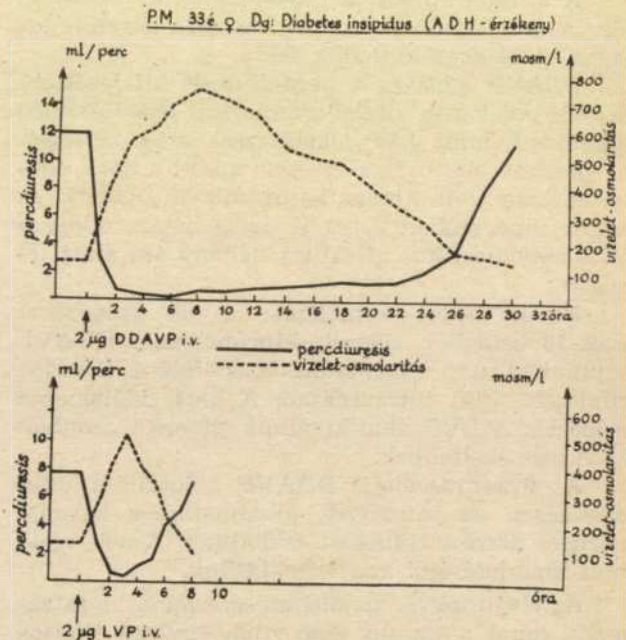
1. DDAVP (Desurin, Ferring). Intranasalisan a készítményhez mellékelt speciális plasztiksóvel adagoltuk a szert.

2. Szintetikus LVP (Sandoz).

Eredményeinket a Student-féle „t”-próbaival értékeltük.

Eredmények

A könnyebb áttekinthetőség kedvéért táblázatainkban csak a kezelés előtti, valamint a gyógyszerhatás maximumán mért perc-diuresist és vizelet-osmolaritást, illetve az effektus időtartamát tüntettük fel. Ez utóbbi alatt a gyógyszerbeadás



2. ábra.

Sorszám	Név	Kor (év)	Nem	Actiologia	Betegség időtartama (év)	Vizeletmennyiség kezelés előtt liter/24 óra	Kezelés
ADH-érzékeny diabetes insipidus							
1.	Sz. J.	36	nő	ismeretlen	33	8—9	Piton-szippantópor
2.	K. M.	45	nő	ismeretlen	42	4—6	Piton-szippantópor
3.	H. L.	40	férfi	koponyasérülés	6	20—25	Piton-szippantópor, Pitressin-tannate, Stazepine (Diabineset nem tolerálta)
4.	M. J.	55	férfi	koponyasérülés	23	6—8	Piton-szippantópor, Stazepine
5.	H. P.	42	nő	ismeretlen	12	4—6	Pitressin-tannate, Chlorurit
6.	N. F.	54	nő	lázás fertőző betegség	5	8—10	—
7.	H. J.	43	férfi	koponyasérülés	15	6—8	Stazepine, Pitressin-tannate
8.	Z. J.	44	férfi	koponyasérülés	17	12—14	Piton-szippantópor (nem tolerálta)
9.	S. M.	33	nő	lázás fertőző betegség	18	8—10	Pitressin-tannate (Piton-szippantóport, Mischleront, Diabineset, Stazepinet nem tolerálta)
10.	P. J.	20	férfi	koponyasérülés	17	12—14	Mischleron, Piton-szippantópor
11.	Sz. E.	25	nő	chromophob adenoma-műtét után	4	12—14	Piton-szippantópor
12.	L. I.	27	nő	ismeretlen	3	6—8	Chlorurit, Verospiron
13.	P. M.	33	nő	koponyasérülés	10	8—10	Piton-szippantópor, Mischleron
14.	N. Gy.	28	férfi	encephalitis	10	8—10	Vasopressin-szippantópor, Pitressin-tannate
15.	I. I.	18	férfi	elmeszesedett craniopharyngeoma	4	6—8	Piton-szippantópor
16.	F. M.	38	nő	lázás fertőző betegség	3	6—8	Diabinese, Pitressin-tannate
17.	B. S.	36	férfi	Hand-Schüller-Christian-kór	16	13—15	Piton-szippantópor, Stazepine
18.	S. V.	43	nő	ismeretlen	4	8—10	Stazepine, Pitressin-tannate
19.	K. I.	46	nő	ismeretlen	20	6—8	Stazepine
20.	M. A.	34	nő	ismeretlen	1	6—8	—
ADH-resistens diabetes insipidus							
21.	F. L.	15	férfi	ismeretlen	14	3—4	Chlorurit, Verospiron
22.	A. I.	34	férfi	ismeretlen	30	10—15	Chlorurit, Verospiron

utáni azon időszakot értjük, amíg a vizeletmennyiség és osmolaritás nem közelíti meg a kiindulási értéket.

A 2. táblázatban az intravénásan és nasalisán alkalmazott DDAVP és LVP hatására létrejött átlagos eltéréseket tüntettük fel.

DDAVP adására a perc-diuresis kifejezettebben csökkent és a vizelet-osmolaritás jelentősebben fokozódott, mint LVP alkalmazása után. A leglényegesebb különbség a két szer között a hatás időtartamában volt kimutatható; míg a DDAVP az esetek többségében közel 24 óráig hatott, addig a LVP antidiuretikus effektusa néhány óra alatt lezajlott.

Nasalis oldat formájában a két gyógyszert csak 13 betegben sikerült kipróbálnunk. DDAVP bejuttatása után az antidiuretikus effektus kevésbé kifejezett, mint intravénásan. A hatás időtartama is kisebb. A LVP által kiváltott eltérések azonban itt is mérsékeltebbek.

Az intramuscularis DDAVP bejuttatása után lényegében az intravénás alkalmazáshoz hasonló mértékű diuresis-változást észleltünk. Ennek részletes ismertetésétől ezert eltekintünk.

Az elváltozások szemléltetésére mind az intravénás, mind a nasalis csoportból egy-egy típusos esetet külön is ábrázoltunk.

A 2. ábrán az intravénásan adott DDAVP és LVP perc-diuresisre és a vizelet-osmolaritásra gyakorolt hatását tüntettük fel. Megállapítható, hogy DDAVP adására már az első órában jelentősen csökken a perc-diuresis, amely a 2. órára eléri maximumát, és kb. 22 óráig ezen az alacsony szinten marad. Ezt követően fokozatosan emelkedik, és a hatás 28—30 óráig tart. A vizelet-osmolaritás fokozódása kissé lassabban követi e változásokat. A maximális értékeket 6 és 10 órával a szer beadása után kaptuk. LVP intravénás bejuttatására a perc-diuresis a 2. óra végére 1 ml alá csökken, 8 óra múlva azonban már eléri a kiindulási értéket. A vizelet-osmolaritás növekedése is kisebb fokú.

A 3. ábrán a nasalis oldat formájában alkalmazott DDAVP és LVP adására létrejött eltéréseket demonstráltuk. Jól látható, hogy DDAVP adására az antidiuresis kevésbé kifejezett és rövidebb ideig tart, a hatás időtartama azonban nasalis formában is meghaladja a LVP effektusának kétszeresét.

A 3. táblázatban az ADH-resistens diabetes insipidusos eseteink értékeit szemléltetjük. Mindkét szer adására mind a perc-diuresisben, mind a vizelet-osmolarításban csak kiscsökkenések jöttek létre, amelyek gyorsan megszűntek.

	DDAVP					LVP				
	Kezelés előtt		Kezelés alatt			Kezelés előtt		Kezelés alatt		
	Percdiuresis ml/min	Vizelet osmolaritás mosm/l	Minimális percdiuresis ml/min	Maximális vizeletosmolaritás mosm/l	Hatástartam, óra	Percdiuresis ml/min	Vizelet osmolaritás mosm/l	Minimális percdiuresis ml/min.	Maximális vizeletosmolaritás mosm/l	Hatástartam, óra
intravénás alkalmazás										
Átlag	10,4	137,4	0,6	743,4	22,9	10,6	120,4	1,4	427,1	4,0
Középérték szórása	±0,63	±5,40	±0,09	±27,06	±1,51	±0,68	±6,38	±0,30	±27,30	±0,22
p*			< 0,001 (t=15,26)	< 0,001 (t=21,96)				< 0,001 (t=12,24)	< 0,001 (t=10,93)	
p**								< 0,05 (t=2,45)	< 0,001 (t=8,22)	< 0,001 (t=12,34)
nasalis alkalmazás										
Átlag	9,1	120,1	1,5	585,3	11,1	10,7	126,9	2,4	356,3	3,5
Középérték szórása	±0,92	±4,89	±0,30	±54,44	±1,16	±0,75	±7,52	±0,44	±42,56	±0,34
p*			< 0,001 (t=7,80)	< 0,001 (t=6,62)				< 0,001 (t=9,64)	< 0,001 (t=5,30)	
p**								< 0,05 (t=1,54)	< 0,05 (t=2,61)	< 0,05 (t=2,82)

p* egymintás „t” próba a kiindulási értékhez viszonyítva.

p** kétmintás „t” próba a két szer hatásának összehasonlítása alapján.

Megbeszélés

Az ADH-érzékeny diabetes insipidus kezelésére 1913 óta használnak hypophysis-hátsólebeny kivonatokat szippantópor, valamint olajos, elhúzó hatású injekciós készítmények formájában (11, 20). A szippantópor hatása azonban rövid ideig tart, és hosszú ideig alkalmazva, makacs orrnyálkahártya-gyulladást okoz. Az injekciós készítmény fokozza a belek és hólyag tónusát, ezáltal hasi fájdalmat, székelési ingert, máskor hasmenést vált ki. A beadás helyén gyakran subcutan csomók, granulomák, tályogok képződéséhez vezethet.

Előrehaladást jelentett az ADH-érzékeny diabetes insipidus kezelésében a szintetikus vasopressin származékok (arginin- és lysin-vasopressin) elő-

állítás. E szerek kevesebb mellékhatással rendelkeznek, alkalmazásuk után allergiás reakciók ritkábbak (6, 13, 16). Hatástartamuk azonban rövid, napi 3–4-szeri adagolás szükséges, a polyuria és polydipsia ritkán normalizálódik, sőt az esetek egynegyed részében a szerek hatástalanok (19).

Az utóbbi időben több orálisan adható szerrel derült ki, hogy vasopressinszerű hatással rendelkeznek és mérsékli ADH-érzékeny diabetes insipidusos egyének polyuriáját (3, 5, 7, 12). Számos kellemetlen mellékhatásuk miatt (vízhajtók esetében hypokalaemia, chlorpropamid adásakor hypoglykaemia) azonban alkalmazási körük korlátozott. E problémák megoldása céljából a kutatók arra törekedtek, hogy olyan vasopressin származékokat állítsanak elő, amelyek lényeges mellékhatással nem rendelke-

3. táblázat

Eset-szám	Perc-diuresis (ml/p)						Vizelet-osmolaritas (mosm/l)									
	DDAVP adása után			LVP adása után			DDAVP adása után			LVP adása után						
	Kezelés előtt	1 óra	2 óra	3 óra	Kezelés előtt	1 óra	2 óra	3 óra	Kezelés előtt	1 óra	2 óra	3 óra	Kezelés előtt	1 óra	2 óra	3 óra
Intravénás alkalmazás																
21.	9,2	6,2	7,6	9,4	11,6	9,8	10,6	12,1	118,5	166,5	128,1	105,5	110,0	146,4	128,1	114,3
22.	13,3	9,0	12,0	13,6	15,8	14,0	16,0	15,8	138,1	188,6	160,8	111,1	125,0	161,3	135,1	117,0
Nasalis alkalmazás																
21.	9,2	7,2	8,0	9,0	10,1	9,0	10,4	13,1	117,6	172,5	134,2	123,6	110,0	153,4	133,3	121,4
22.	12,3	10,6	11,1	14,0	12,6	11,2	12,4	13,2	127,4	166,5	146,7	115,4	127,8	156,6	150,0	135,1

nek, alkalmazási módjuk a betegek számára nem kellemetlen, és hatástartamuk az eddig használt készítményekénél hosszabb.

1966-ban *Zaoral* és *Sorm* szintetizált egy új vasopressin analógot, az 1-deamino-8-D-arginin-vasopressint (23). Ez abban különbözik a természetes hormontól, hogy az N-terminális hemicystinről hiányzik az aminocsoport és a hemicystin β -mercapto-propionsav helyettesíti. A 8-as helyzetű L-arginin helyett D-arginin van a molekulában. *Zaoral* és *mtsai* (24) szerint a szabad aminocsoport hiánya magyarázza a hosszabb hatástartamot, a kifejezettebb antidiuretikus effektust, mivel a molekula a szövetekben így ellenállóbb az aminopeptidaseval szemben. *Edwards* és *mtsai* (10) megerősítették e feltételezést. Kimutatták ugyanis, hogy a ^{125}J -dal jelzett DDAVP az előrehaladott terheségi szérummal szemben sokkal ellenállóbb az arginin-vasopressinhez képest. A kisebb pressorikus aktivitásért a 8. helyen levő D-arginin lehet a felelős (24). E funkcionális változások magyarázzák azt, hogy a természetes arginin és lysin-vasopressin 1 körüli antidiuretikus-pressorikus hányadossal ellentétben, az alacsony dosisú DDAVP alkalmazásakor ez a szám 79-re, nagyobb dosisok esetében 2500–4500-ra nőtt (19).

A DDAVP-t először *Vávra* és *mtsai* (19) próbálták ki. A készítménnyel szerzett jó tapasztalataikat később más szerzők is megerősítették (2, 4, 10, 17, 22).

Jelen vizsgálatainkban azt találtuk, hogy mind a DDAVP, mind a LVP beadása után közel azonos mértékben, jelentősen csökken a perc-diuresis, fo-

kozódik a vizelet-osmolaritás. A hatás maximuma már egy órával az intravénás és intramuscularis beadás után jelentkezik, valamivel későbbben nasalis alkalmazás esetén. A két szer hatástartama között azonban jelentős különbség van. A DDAVP effektusa mindhárom alkalmazás esetén kb. háromszor hosszabb ideig tart, mint a LVP-é. Megjegyezzük, hogy az LVP injekció beadását követően betegeink általában néhány percig tartó fejfájásról, émelygésről, hányingerről, szédülésről, szapora szív működésről panaszkodtak. DDAVP adásakor a betegek semmiféle mellékhatásról sem számoltak be. Nem észleltünk eltérést a pulusszámban és vérnyomásukban sem. Mivel a DDAVP a simaizmok munkáját alig befolyásolja, ureterotonikus hatása nincs, így terheességben is alkalmazható (18).

ADH-resistens diabetes insipidusos betegeinkben mindkét szer hatástalan volt.

A DDAVP kifejezett antidiuretikus hatásánál fogva a víz-intoxicatio veszélyével fokozottabb mértékben kell számolnunk (4, 17). Könnyen elkerülhetjük ezt, ha a kezelést kis dosisokkal kezdjük.

Az ornyálkahártyáról való felszívódás mértékét nehéz megbecsülni, ezt kb. 10–20%-ra teszik (2). Így a hatásos napi fenntartó dosis a nasalis oldatból 10–20 μg . Abban az esetben, ha az intranasalis alkalmazás valamilyen okból nem lehetséges (nátha vagy egyéb eredetű rhinitis), napi egy injekció (2–4 μg) adásával ADH-érzékeny diabetes insipidusos egyének polyuriáját normalizálni tudjuk.

A DDAVP-vel való tartós kezeléssel tapasztalataink még nincsenek, mivel e készítmény Magyarországon még nincs forgalomban. *Andersson* és *Arner* (1), valamint *Aronson* és *mtsai* (4) ismeretnek eseteket, akik már több hónapja használnak DDAVP nasalis oldatot minden általános és helyi mellékhatás nélkül.

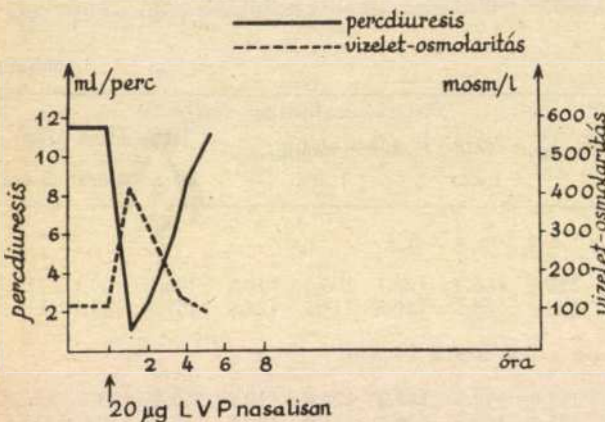
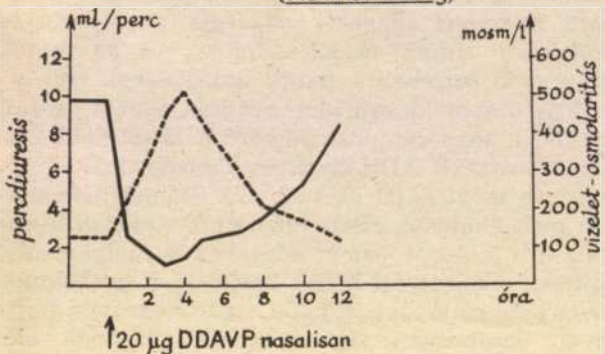
Összefoglalás. A szerzők húsz vasopressin-érzékeny és két ADH-resistens diabetes insipidusos egyénben tanulmányozták és hasonlították össze a DDAVP és LVP vízyangcserét gyakorlati hatását. Megállapították, hogy a DDAVP kifejezettebben és sokkal tartósabban csökkentette valamenyny ADH-érzékeny diabetes insipidusos egyén perc-diuresisét, fokozta a vizelet-osmolaritást, mint az LVP. ADH-resistens diabetes insipidusos betegekben mindkét szer hatástalan volt. A DDAVP alkalmazása mellékhatással nem járt.

Vizsgálataik szerint a DDAVP eredményesen alkalmazható ADH-érzékeny diabetes insipidus kezelésében.

Köszönetnyilvánítás. Hálásan köszönjük *J. Mulder dr.* tudományos igazgató (Ferring, A. B., Malmö) segítségét, aki a DDAVP-t rendelkezésünkre bocsátotta. Az osmolaritás vizsgálatokat az egyetem központi kutató laboratóriuma végezte, amelyért köszönetet mondunk.

IRODALOM: 1. *Andersson, K. E., Arner, B.:* Brit. med. J. 1971, 3, 111. — 2. *Andersson, K. E., Arner, B.:* Acta med. scand. 1972, 192, 21. — 3. *Arduino, F., Ferraz, F. P. J., Rodrigues, J.:* J. clin. Endocr. 1966, 26, 1325. — 4. *Aronson, A. S., Andersson, K. E., Berg-*

M.A. 34é. ♀ Dg: Diabetes insipidus
(ADH-érzékeny)



3. ábra.

strand, C. G., Mulder, J. L.: Acta paediat. scand. 1973, 62, 133. — 5. Braunhofer, J., Zicha, L.: Med. Welt. 1966, 17, 1875. — 6. Bronstein, S. B., de Felice, E. A., Long, D.: J. Amer. med. Ass. 1969, 208, 1481. — 7. Crawford, J. D., Kennedy, G. C.: Nature (Lond.) 1959, 183, 891. — 8. Czako L., László F.: Orv. Hetil. 1972, 113, 2216. — 9. Czako L., László F.: Magy. Belorv. Arch. 1974, 27, 67. — 10. Edwards, C. R. W., Kitau, M. J., Chard, T., Besser, G. M.: Brit. med. J. 1973, 3, 375. — 11. Farmi, F.: Wien. klin. Wschr. 1913, 26, 1867. 12. de Gennes, J. L., Bertrand, C., Bigorie, B., Trufert, J.: Ann. Endocr. (Paris) 1970, 31, 300. — 13. Labhart, A.: Klinik der inneren Sekretion. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York. 1971, 57. — 14. László F., Czako L., Sziij I., Kovács K.: Magy. Belorv.

Arch. 1969, 22, 203. — 15. László F., Czako L.: Orv. Hetil. 1971, 112, 3001. — 16. Mimica, N., Weglenka, L. C., Forsham, P. H.: J. Amer. med. Ass. 1968, 203, 286. — 17. Némethová, V., Lichardus, B.: Endokrinologie. 1974, 63, 137. — 18. Oravec, D., Lichardus B.: Brit. med. J. 1972, 4, 114. — 19. Vávra, J., Machová, A., Holecek, V., Cort, J. H., Zaoral, M., Sorm, F.: Lancet. 1968, 1, 948. — 20. von der Velden, R.: Berlin klin. Wschr. 1913, 50, 2083. — 21. Vigneaud, V. du, Gish, D. T., Katsoyannis, P. G.: J. Amer. chem. Soc. 1954, 76, 475. — 22. Ward, M. K., Fraser, T. R.: Brit. med. J. 1974, 3, 86. — 23. Zaoral, M., Sorm, F.: Coll. Czechoslov. Chem. Commun. 1966, 31, 310. — 24. Zaoral, M., Kolc, J., Sorm, F.: Coll. Czechoslov. Chem. Commun. 1967, 32, 1250.

Sandosten^R-Calcium

pezsgőtabletta
antihistaminicum, antiallergicum



HATÁS:

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

ÖSSZETÉTEL:

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

JAVALLATOK:

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

ADAGOLÁS:

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

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

MELLÉKHATÁSOK:

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

FIGYELMEZTETÉS:

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

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére kizárólag 3 éven aluli gyermekek részére rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

10 db pezsgőtablettát — 28,60 Ft



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

Cholinerg idegi hatások elektrokardiographiás és mechanographiás jelei vagus-hypersensibilis betegen

Bódis Lóránt dr.

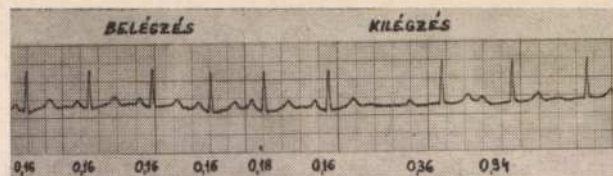
A szív működés vegetatív idegrendszeri szabályozásának zavara mind heveny, mind idült szívartalmak kísérőjeként megfigyelhető. Az acut szívizom-elhalást követő vérnyomáscsökkenés és bradyarrhythmia azonban éppúgy parasympathicus tónus-fokozódás jele lehet, mint az ép szívű, de gastro-intestinalis betegségben szenvedők rhythmus-zavara (1, 2, 3, 4, 5). Carruthers (6) televíziós műsorral provokált vagotoniára jellemző elváltozásokról számolt be, amelyek a vizsgált személyek EKG-ján és serum-állandóiban mutatkoztak, de tisztázatlan „vegetatív krízisek” is ismeretesek mint bizonytalan eredetű cardiovascularis syndromák (7). A rhythmus-zavarok többségében a gyógyszeres kezelés helyes kiválasztásához sem nélkülözhető az autonóm idegrendszer sympathicus vagy parasympathicus dominantájának a felismerése (8). Betegünk esetében klinikai vizsgálati módszerekkel elkülöníthettük a parasympathicus cholinerg idegi hatások electrocardiographiás és mechanographiás megnyilvánulásait.

Betegismertetés

K. K., 19 éves nő. 1973. III. hónapban kereste fel klinikánkat rendetlen szívdobbanások, rövid, szapora szívűgta, gyengeség, ájulásérzet panaszaival. Ezek többnyire fizikai megterheléstől függetlenül, étkezés után vagy testhelyzet változtatását követően léptek fel. Gyakori bélkorgásról és rohamszerű nehéz lélegzéstől számolt még be, amely kizárólag egyik rokonának lakásán jelentkezett. Physicalis status: normális fejlettségű és tápláltságú nő. A bőr és a látható nyálkahártyák halványak. A tüdő feletti kopogtatási és hallgatózási lelet ép viszonyokra utal. A szív működés szabályos extra hang, zöreje nem hallható. RR.: 120/80 Hgmm, P.: 68/min. A hasi szervek, pajzsmirigy, nyi-

rokcsomók, idegrendszer kórjelző eltérését nem észleljük. Mellkas és szív röntgenvizsgálat (felvétel): éles contourú rekeszek, szabad sinusok. Tiszta tüdőmezők és csúcsok. A tüdőréken kóros nem látszik. Cor nem nagyobb, nem configurált. EKG: sinus rhythmus. Légzési arrhythmia: 62/min—86/min közötti szaporaság. P—Q idő: 0,16 sec. A T vektor balra tér el. A V₁-ben rSr' complexusok.

A beteg vizsgálata során rhythmuszavart nem észleltünk. Több mozgást, sportolást javasoltunk, gyógyszeres kezelést nem tartottunk szükségesnek. 1973. V. hónapban jelentkezett ismét változatlan panaszokkal. Physicalis vizsgálattal ekkor sem tudtunk kórjelet felfedezni, azonban EKG-ján igen kifejezett légzési arrhythmia látszott 0,16 sec-től 0,36 sec-ig terjedő P—Q idővel (1. ábra).



1. ábra.
Standard II. elvezetésű EKG. Felszólításra történő be- és kilégzés alatti frequentia-változás és P—Q idő megnyúlás. A számok a pitvar-kamrai vezetési idejét jelzik sec-ban

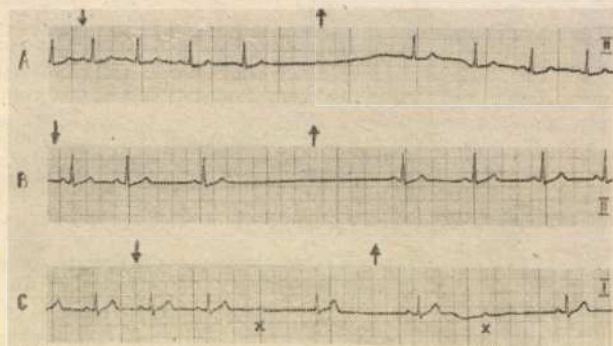
A jelenség Valsalva-kísérletnek megfelelő eljárással ismételtén kiválthatónak bizonyult.

Naponta 4 × 1 tabl. Atropin sulf. szedését javasoltuk. Két hét múlva a nyugalmi szív-frequencia enyhén növekedését figyelhettük meg (78/min). A beteg szubjektív panaszai enyhültek, de spontán légzési arrhythmiaja és Valsalva-kísérlettel provokált pitvar-kamrai vezetési zavara változatlan maradt. Folyamatos Atropin kezelés után 1973 szeptemberében a beteg ismét fokozódó gyengeségről számolt be. Ekkor újabb vagusprovokációs vizsgálatokat végeztünk, amelyek parasympathicus hypersensibilitást igazoltak:

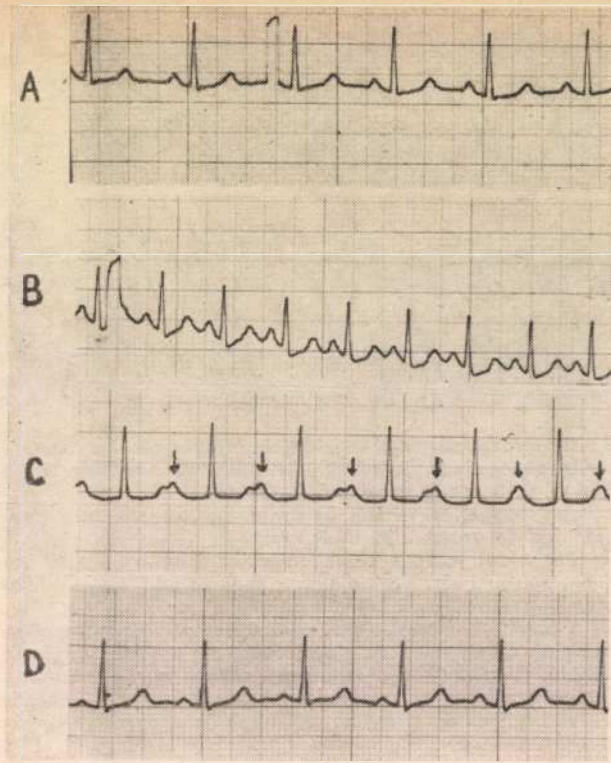
a) A fekvő testhelyzetű betegen mindkét bulbus oculi compressiója csökkenő sinus frequentia, majd 2,6 sec tartamú asystoliát eredményezett (2. ábra, A).

b) Azonos körülmények között végzett jobb oldali carotis sinus tájék compressio 3,0 sec tartamú asystoliát okozott (2. ábra, B).

c) A bal carotis sinusot comprimálva fokozatosan megnyúló P—Q távolság, majd blokkolt P hullám és pót extrasystole lépett fel az electrocardiogrammon (2. ábra, C).



2. ábra.
A: oculocardialis reflex okozta asystolia a standard II. elvezetésű EKG-n.
B: jobb oldali carotis sinus compressio utáni asystolia a standard II. elvezetésű EKG-n.
C: bal oldali carotis sinus compressio effectusa a standard I. elvezetésű EKG-n.
A nyílak a compressio időtartamát, az „X”-ek a blokkolt P hullámokat jelzik



3. ábra.

- A: standard II. elvezetésű EKG a Master-féle terhelés előtt.
 B: közvetlenül a terhelés utáni görbe.
 C: 3 perccel később készített EKG. (A nyilak a P hullámokat jelzik.)
 D: 6 perccel a terhelés utáni görbe

A beteg részletes klinikai vizsgálata során (1973. X—XI.) congenitalis vagy szerzett vitiumot, rheumas aktivitást, gastrointestinalis, pajzsmirigy-functiós, neurologicali vagy nőgyógyászati megbetegedést kizárhatunk. A serum ionogramm, a fehérje és a lipoid fractiók normális értékűek voltak, a máj-functiós próbák, vércukor értékek sem mutattak eltérést a normális értékektől. Vvt.: 3 100 000, se. Fe: 24 γ %, hgb.: 10,2 g%. A tonsillák góctívitásának lehetőségét kizáró, roboráló kezelés és antibioticus védelem után tonsillectomiát végeztettünk. 1974. I. hónaptól naponként 4 \times 2 Drg. Ferroplex, 4 \times 1 tabl. Atropin és hetente 1,2 M E Inj. Beacillin medicatio mellett a beteget havonta ellenőrző vizsgálatra hívtuk be. Vashiányos anaemiája

rendeződött (vvt.: 4 200 000, hgb.: 14,2 g%). OAST: 180 We.: 8/óra.

A továbbiakban összesen nyolc alkalommal vizsgálatakat végeztünk a n. vagus provokálására, amelyek minden esetben pozitívítást mutattak.

1974 szeptemberében ún. terheléssel (Master-féle lépcsőpróba) EKG-t is készítettünk. Ekkor a terhelés után közvetlenül regisztrált görbén a kiindulási 88/min frequentiához képest jelentősen gyorsult — 146/min — szív működést és a kezdeti 0,16 sec-os P—Q időhöz képest annak tetemes megrövidülését (0,12 sec) állapítottuk meg (3. ábra A és B). 3 perccig tartó pihenés után a szív működés szaporasága valamelyest csökkent — 100/min —, a pitvar-kamrai átvezetési idő azonban paradox megnyúlást mutatott: 0,28 sec (3. ábra, C). Változatlan regisztrálási körülmények között újabb 3 perc elteltével az EKG normalizálódott, ekkor a kiindulással azonos szaporaságú és vezetési idejű szívakciók képe látszott (3. ábra, D).

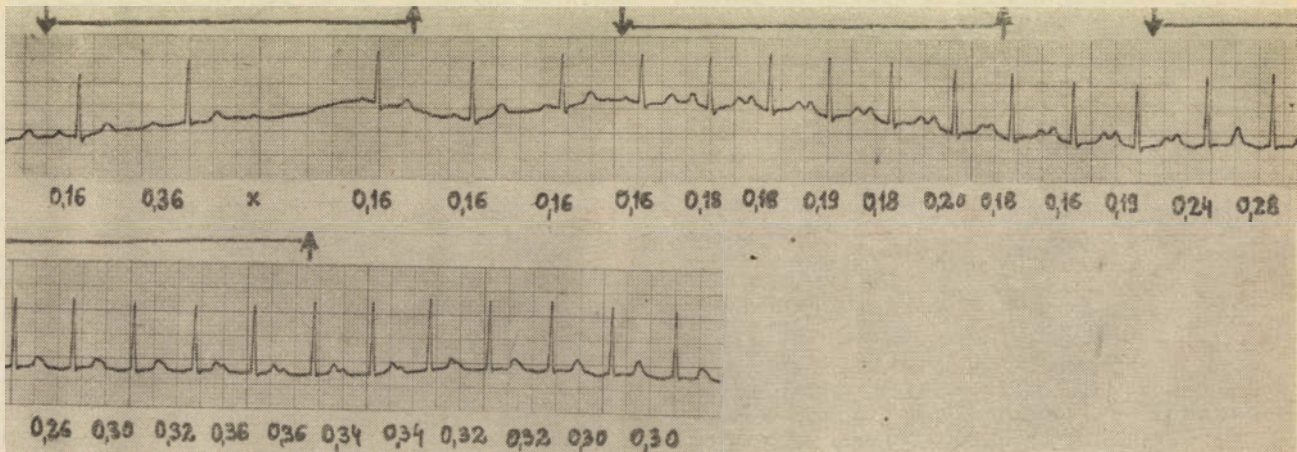
30 perccel később a bal oldali carotis sinus halmozott ingerlésével (három, egyenként 3 sec-ig tartó compressio) azonos jellegű, de még kifejezettebb atrio-ventricularis vezetési gátlást lehetett létrehozni (4. ábra).

Szükségesnek tartottuk a vagus-sensibilitás haemodynamical következményeinek vizsgálatát is, ezért elektrokymogramot készítettünk a bal oldali carotis sinus compressio hatása alatti szívpulzációról. A bal kamrai kontúrmozgásokat tükröző görbét idő szerinti első deriváltjával synchron, illetve II. elvezetésű EKG-mal egyidejűleg rögzítettük. [A módszer technikai feltevéseit Heckmann (9), hazánkban Bohenszky és mtsai (10) részletesen ismertették.]

Megállapíthatjuk, hogy a szív bal kamrájának systolés és diastolés mozgásai az akcióhoz tartozó P—Q időtől független nagyságú és meredekségű, uniformis görbét eredményeznek (5. ábra, A). Az elektrokymogramm és annak deriváltja vagus-hatás nélküli periódusban azonos amplitúdójú systolés görbeszakaszokat mutat (5. ábra, B). A bal oldali carotis sinus tájék compressiójával előidézett vagus-hatás meglepő effectusának bizonyult; a bradycardizálódás fellépésekor szív-alternans figyelhető meg a bal kamra kontúrmozgásain (5. ábra, C). Az ingerlés befejezése után, szabályos rhythmus alatt az alternantia tovább persistált (5. ábra, D).

Miután nyilvánvalóvá vált, hogy az orálsan alkalmazott Atropin hatása elégtelen, a kívánt parasympathicus blokádot iv. adott Atropinnal hoztuk létre, egyben annak igazolását is várva, hogy a leírt jelenségek parasympathicus hatásokat tükröznek.

A 200 ml Ringer-oldatban levő Atropinból 5 perc alatt 0,5 mg-ot infundáltunk a bal cubitalis vénába, összesen 2,0 mg-os mennyiségben. A fél milligrammos dosisok után — a cseppszám átmeneti csökkentése



4. ábra.

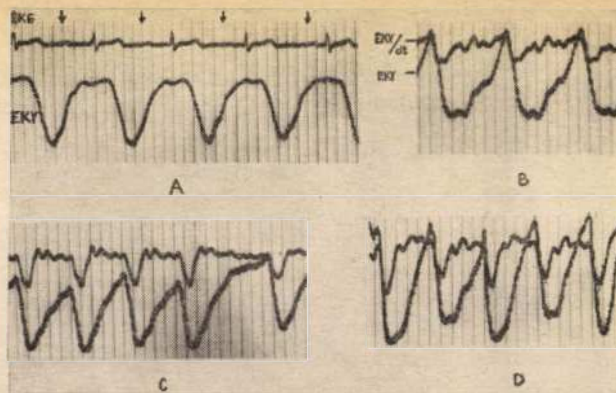
Halmozott vagus-provokáció hatása a standard II. elvezetésű EKG-n. A nyilakkal határolt szakaszok a bal carotis sinus tájék compressiójának tartamát, a számértékek az egyes szívakciókhoz tartozó P—Q időket jelzik sec-ban. (Folyamatos registratum!)

alatt — kontroll EKG-t, majd a vagus-provokációs tesztek elektrokardiogramját rögzítettük. A 0,5–1,0–1,5–2,0 mg Atropin beadását követő jobb majd bal oldali carotis sinus compressio, valamint a Valsalva manuever-re fellépő változásokat táblázaton foglaltuk össze. Ugyanitt tüntettük fel az Atropin-infusio előtti viszonyokat, valamint a 2,0 mg összmennyiségű Atropin beadása után 30 és 60 perccel megismételt testek eredményeit (1. táblázat).

A kvantitatív viszonyok felmérése érdekében minden esetben azonos időtartamú ingerléseket végeztünk. A carotikus és a szemgolyó nyomása 5–5 sec-ig, a Valsalva kísérlet mély belégzés utáni kilégzési fázisa 7 sec-ig tartott. Ezen vizsgálati feltételek engedik meg, hogy az atropin-infusio alatt észlelhető, fokozatos parasympathicus blokk kialakulását mint az atropin adagtól függő effectusát értékeljük. A beteg számára hatékonynak látszó orális Atropin dosis — legutóbbi tapasztalataink alapján — tartósan nem volt alkalmazható az ismert kellemetlen mellékhatások miatt.

Megbeszélés

Betegünkkel kapcsolatban a „vagotonia” kifejezést szándékosan kerüljük. Bár az előtérben álló cardialis tünetek mellett a bronchospasmus és a gastrointestinalis rendszer hypermotilitása egyaránt általános vagus-túlműködésre utalt az anamnesisben, ezek a jelenségek viszonylag ritkán, rövid ideig tartó, spontán szűnő állapotok formájában léptek fel. Nem beszélhetünk állandó „vagotoniás” EKG-ről sem, hisz másfél év során — gyógyszerhatástól mentes — igen változó frequentiájú szív működést és 0,12 sec-től 0,38 sec-ig változó P—Q időt egyaránt megfigyelhettünk. Fiatal, ép szívű egyének és atléták vagotoniásnak tartott P—Q idő megnyúlása ritka, nem állandó, és a frequentiatól független jelenség (11). Betegünkön a gyorsan változó idegi hatások illusztrálására a Master-féle terhelésre fellépő EKG jelek látszanak legalkalmasabbnak. Ha sympathicus effectusnak tartjuk a terhelés utáni tachycardiát és P—Q rövidülést, akkor a már nyugalomban jelentkező pitvar-kamrai vezetési gátlást a parasympathicus túlcompensációjaként kell értékelnünk. Az autonóm idegrendszer ellentétes, de egyidejű hatására utal viszont a még jelentős tachycardia — 100/perc — alatti, 0,28 sec-os P—Q idő. A 4. ábrán látható halmazott vagus-provocatio is hasonló paradoxont mutat: a második és harmadik ingerlésre a sympathicus tachycardia és a parasympathicus jellegű



5. ábra.

A: II. elvezetésű EKG, egyidejűleg registrált bal kamrai elektrokymogramm. A nyilak a P hullámok kezdetét jelzik. 0,26-től 0,18 sec-ig csökkenő P—Q idő

B: vagus-ingerlés nélküli kamratevékenység elektrokymogramja és annak első deriváltja.

C: bal oldali carotis sinus compressiójával kiváltott frequentia-csökkenés, egyidejűleg a bal kamrai elektrokymogrammon szabályos alternantia.

D: a carotis compressio megszüntetése után az alternantia persistál, amely mind az alapgörbén, mind a deriválton jól látható. A szív működés szabályos, 60/min szaporaságú.

(Az elektrokymogramm görbéjének lefelé irányuló szakasza a systolés, felfelé irányuló szakasza a diastolés kamramozgást tükrözi)

P—Q megnyúlás egyidejűleg lép fel. Landman (12), Hollander (13) Valsalva-maneuver során figyelt meg átmeneti kamrai rhythmus-zavart, de pitvari paroxysmalis lebegés és remegés esetei is ismeretesek, amelyek carotis sinus compressióra léptek fel és Atropinnal kivédhetőek voltak (14).

Emlős állaton a n. vagus közvetett vagy közvetlen ingerlése, valamint acetylcholin localis szívhatása kivédhető atropinnal, vagus-denervációval vagy hűtéssel (15, 16, 17). Az idegi structura és annak kémiai mediátora ezekben a kísérletekben pontosan ismert, de a létrehozott electrophysiologicalai és haemodynamical hatásokat nem specificusak. Keitaro (18) az a. coronariába adott acetylcholin vagy epinephrinnel azonos EKG elváltozásokat idézett elő, ha a kísérleti állat septalis arteriába külön-külön végezte a befecskendezést. Blumenthal (19) acetylcholin iv. adásával bal kamrai contractilitás-fokozódást ért el, amit cholinerg hatásra fellépő másodlagos catecholamin felszabadulással magyarázott.

Táblázat

	Freq.	P-Q idő	C S C	B O C	Valsalva
Atropin adása előtt	74/min.	0,16"	A—V blokk 2,6 sec asyst.	Sinus asyst. 3,2 sec	PQ: 0,32 sec
Atropin i. v. 0,5 mg	76/min	0,16"	A—V blokk 2,8 sec asyst.	Sinus asyst. 2,8 sec	PQ: 0,28 sec
1,0 mg	100/min	0,14"	Sinus asyst. 1,6 sec	Sinus asyst. 1,2 sec	PQ: 0,20 sec
1,5 mg	106/min	0,12"	PQ: 0,18 sec	PQ: 0,20 sec	PQ: 0,18 sec
2,0 mg	110/min	0,12"	változatlan EKG	változatlan EKG	változatlan EKG
30 perc múlva	86/min	0,14"	PQ: 0,36 sec	változatlan EKG	PQ: 0,16 sec
60 perc múlva	76/min	0,16"	A—V blokk 2,4 sec asyst.	Sinus asyst. 3,0 sec	PQ: 0,30 sec

I. v. Atropin hatása az EKG-ra 0,5–1,0 mg után még pitvar-kamrai blokk, illetve sinus asystolia lép fel. 1,5 mg után már csak P—Q idő megnyúlás jelzi a csökkenő vagus-hatást. 2,0 mg után a vagus-provokációs tesztek nem okoznak értékelhető változást az EKG-n. Az Atropin-kezelés után 60 perc múlva a tesztek ismét pozitívak.

Robébi



gyógytápszer

500g

A ROBÉBI „A” tápszer az anyatej teljes hiánya esetén annak pótlására, illetve csökkent tejválasztás esetén az anyatej kiegészítésére adható az első 3 élet-hónapban, illetve a 4,5 kg (maximum 5 kg) testsúly elérésig.

A tápszer jellemzője a fiatal csecsemő fehérjeszükségletének megfelelő fehérjekoncentráció, amely — 150 ml/kg ROBÉBI „A” tápszeroldat-fogyasztást feltételezve — 3 g/kg fehérjeellátást biztosít.

Kalóriaértéke lényegileg azonos az anyatejével. (71 kalória/100 ml).

Társadalombiztosítás terhére történő rendelhetősége tekintetében a gyógytápszerekre vonatkozó általános rendelkezések az irányadók.

ÁRA: 30,90 FT

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR
BUDAPEST**



Robébi



gyógytápszer

500g

A ROBÉBI „B” tápszer a mesterségesen táplált, 4,5—5 kilogrammnál nagyobb testsúlyú csecsemők tartós táplálására alkalmas tejporkészítmény. Fehérjeteralma (100 ml tápszeroldat 1,70 g-ot tartalmaz) kisebb, mint a ROBÉBI „A”-nak, mivel az idősebb csecsemő fehérjeszüksége már csekélyebb, ezzel szemben a ROBÉBI „B” nagyobb zsírtartalma megfelel az idősebb csecsemők zsírigényének (kalóriaértéke 74,6/100 ml).

Társadalombiztosítás terhére történő rendelhetősége tekintetében a gyógytápszerekre vonatkozó általános rendelkezések az irányadók.

ÁRA: 33,— FT,

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYSZETI GYÁR
BUDAPEST**



Úgy tűnik, az emberi szív működésében egyidejűleg vagy pillanatoson érvényesülő sympathicus és parasympathicus hatások izolálása klinikai eszközökkel aligha oldható meg, de bármilyen complex ingerképzési és vezetési zavart is eredményezett, a kiváltó primum movens cholinerg jellege atropin segítségével meghatározható. A következőkényes cardiovascularis jelenségeket már az autonóm idegrendszer interakciói fogják módosítani.

A beteg electrokymographiás vizsgálatának eredménye meglepő. A szív működés dynamicus alternantiája általában organicus szívartalomhoz szokott csatlakozni (20), de ismeretes ép cardiovascularis állapotban is (21). Esetünkben a bal kamra contractiói független dynamicájúak a pitvar-kamrai átvezetés actualis gátoltságától (5. ábra, A), tehát a „jó átvezetésű” pitvar-systole nem okoz „erősebb” kamra-systolét. A kamraműködés szaporasága sem meghatározó, hisz szabályos, optimalis diastolés telődést biztosító 60/min frequentia esetén is minden második systole „gyengébb”, amelyet a derivált görbe amplitúdó-váltakozása mutat (5. ábra, D). Ha feltételezzük a n. vagus provokációjának oki szerepét, a pitvaritól független esetleges — indirekt — kamrai hatásra kell gondolnunk. Vagus-ingerlésre fellépő electrokymographiás alternansról irodalmi adatot nem találtunk.

Összefoglalás. 19 éves nő esetét ismertetik, akin a szokásos vagus-provokációs klinikai próbák

ingerképzési és ingervezetési zavarokat eredményeztek. A beteg részletes klinikai vizsgálatai és tartós ellenőrzése során sem észlelték organicus szervi megbetegedés tüneteit. Az electrocardiogrammon látott eltérések, valamint a provokációs tesztek effectusai csak iv. alkalmazott 2,0 mg Atropinnal voltak kivédhetők. N. vagus ingerlésre electrokymographiás alternanszt észleltek.

IRODALOM: 1. Webb, S. W., Adgey, A. A. J., Pantridge, J. F.: Brit. Med. J. 1972, 3, 89. — 2. Eckberg, D. L., Drabinsky, M., Braunwald, E.: N. Engl. J. Med. 1971, 285, 877. — 3. Adgey, A. A. J. és mtsai: Lancet. 1968, 2, 1097. — 4. Braunwald, E.: N. Engl. J. Med. 1974, 290, 1124. — 5. Mann, D.: Ber. Ges. Inn. Med. 1970, 7, 86. — 6. Carruthers, M., Taggart, P.: Brit. Med. J. 1973, 3, 384. — 7. Polzer, K.: Wien. Klin. Wschr. 1966, 78, 556. — 8. Szekeres L.: Orv. Hetil. 1970, 111, 723. — 9. Heckmann, K.: Electrokymographie. Springer Verlag, Berlin, 1959. — 10. Bohenszky Gy., Bokor Zs.: Orvos és Technika. 1971, 9, 15. — 11. Andersen, M.: Acta Med. Scand. 1969, 186, 523. — 12. Landman, M. E., Ehrenfeld, I., Passaic, N. J.: Am. Heart J. 1952, 43, 791. — 13. Hollander, W., Entwisle, G.: Am. Heart J. 1956, 52, 799. — 14. El-Sherif, N.: Brit. Heart J. 1972, 34, 1024. — 15. Wildenthal, K. és mtsai: Am. J. Physiol. 1969, 216, 577. — 16. Cohen, M. V.: Am. Heart J. 1972, 84, 681. — 17. Levy, M. N., Ng, M., Lipman, R. I., Zieske, H.: Circul. Res. 1966, 18, 101. — 18. Hashimoto, K., Hashimoto, K.: Am. Heart J. 1972, 83, 197. — 19. Blumenthal, M. R. és mtsai: Am. J. Physiol. 1968, 214, 1280. — 20. Bódis L., Simon K., Szabó M.: Orv. Hetil. 1973, 114, 1179. — 21. Siegel, M.: Z. Kreislaufforsch. 1965, 54, 1005.

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 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.

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

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így 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)



A chloramphenicol-tartalmú készítmények gyermekgyógyászati alkalmazása

A Chloramphenicol (Chlorocid, Chlorocid—S, Chlorocidetta stb.) a penicillin és a tetracyclinek mellett Magyarországon a korlátozó rendelkezések és óvatosságra intő közlemények ellenére is (3, 4, 18, 23, 29, 31, 32, 35) az egyik leggyakrabban alkalmazott antibiotikum.

Bár az utóbbi két évtized alatt számos új antibiotikummal bővült gyógyszerkincünk, a chloramphenicol gondosan körülhatárolt javallat és adagolás esetén hasznos, nemegyszer életmentő (7, 12, 24). Előnye a széles hatásspektrum, a folyadékterekbe, ill. testüregekbe történő igen jó áthatolás és hogy a bacterium-rezisztencia chloramphenicolal szemben viszonylag lassabban alakul ki.

Egészségügyi kormányzatunk, figyelembe véve a chloramphenicol kétségtelen előnye mellett alkalmazásának veszélyeit is, a többi országhoz hasonlóan (23, 35) szigorításokat vezetett be: 1961 óta a gyógyszerári felsorolásban nem az egykeresztes (+), hanem a kétkeresztes (++) szerek között szerepel.

1971-ben megjelent Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelkezésre VI. kiadás az indikációk területét szűkítette és a kontraindikációk számát bővítette (19, 32).

A szigorítás bevezetése ellenére azonban a chloramphenicol mellékhatások száma és veszélye növekedni látszik (4, 18, 23, 29, 35). Különösen nagy a myelotoxikus, haemodyscrasiás hatás veszélye (2, 5, 6, 14, 17, 20, 22, 27). A csontvelő-depressio már 6 napnál rövidebb kezelés után is felléphet, mely irreverzibilis aplastikus anaemiát, panmyelophthisist okozhat. A chloramphenicol kezelésnek chromosoma-károsító, immunosuppressív és leukaemiára praedisponáló súlyos mellékhatása is van (11, 13, 21, 23, 26, 33, 34). Nem kizárt, hogy ezek a veszélyes mellékhatások dosis-independensek és genetikai praedispozíció miatt, pharmacogenetikai okból, tehát a szervezet congenitálisan eltérő enzimrendszere miatt manifestálódnak az arra disponált csecsemőkben és gyermekekben (30). A többi, régóta ismert mellékhatásokon (Herxheimer-reakció, staphylococcosis, mycosis, allergiás tünetek) és a legsúlyosabb, előbb említett csontvelő-depressió mellékhatáson kívül idegrendszeri károsodással: polyneuropathia, neuritis optica stb. (8, 15, 25) és a máj gyógyszermetabolizáló enzimjeinek inhibíciójával összefüggő, nem kívánt, váratlan gyógyszer-interakciókkal is számolni kell: fokozott vérzékenységgel: Chlorocid—Syncumar, elhúzódó aluszékonysággal: Chlorocid + barbiturát, hypoglycaemiával: Chlorocid—Oterben, csökkent antiepileptikus hatással: Chlorocid + Diphedan együttes alkalmazásakor (1, 9, 16).

Ugyancsak kevésbé ismert, de súlyos veszélyekkel jár a Chlorocid alkalmazása haemoglobinopathiákban és bizonyos pharmacogenetikai enzimopathiákban is: glucose-6-phosphat dehydrogenase deficiencia, glucoronyl transferase deficiencia esetében.

Hazánkban nemrég három, Chlorocid kezelést követő lethális panmyelophthisis fordult elő (28). Emelkedően van a Chlorocidnak a körzeti gyermekorvosok által a területen, kellő javallat és óvatosság nélküli rendelése.

E tények együtt indokolják, hogy a Chlorocid gyermekgyógyászati alkalmazása a jövőben az eddigénél lényegesen nagyobb körültekintéssel és felelősséggel történjen.

1. A Chlorocid kezelés javallata: a) typhus abd., b) systemás salmonellosis, c) penicillinrezisztens gonorrhoea, d) H. influenzae okozta meningitis, e) egyéb, más antibiotikumra in vitro rezisztens bacterialis fertőzés legyen.

2. A napi adag ne haladja meg az 50 mg/kg-ot, a kezelés tartama a 14 napot.

3. A Chlorocidot ne alkalmazzák profilacticus céllal.

4. Chlorocidot 1 éven belül ismételtlen csak rendkívül indokolt esetben, haematologiai ellenőrzés után lehet rendelni.

5. Abszolút Chlorocid-ellenjavallatok: a) Chlorocid-allergia; b) terhesség; c) a postnatalis első 60 nap (grey syndrome veszély); d) glucose-6-phosphat dehydrogenase, glucoronyltransferase és methaemoglobin reductase deficiencia; e) bármilyen eredetű icterus; f) haemoglobinopathiák.

Relatív ellenjavallatok: a) egyidejű Diphedan, Oterben és Syncumar kezelés; b) allergiás diathesis esetében külsőleg sem adható! (10); c) Bucarban, Oradian, Sulfonamid kezelés.

A módszertani levél megfogalmazásáért az Országos Csecsemő és Gyermekégszségügyi Intézet köszönetet mond Szórády István dr. igazgató főorvosnak.

IRODALOM: 1. Adams, H. R.: J. Amer. Veter. Med. Ass. 1970, 157, 1908. — 2. Beutler, E.: Feder. Proc. 1972, 31, 141. — 3. Boda D.: Gyermekgyógy. 1968, 19, 330. — 4. Böttliger, L. E. et al.: J. clin. pharmacol. 1974, 14, 401. — 5. Böttliger, L. E. et al.: Acta Med. Scand. 1972, 192, 315. — 6. Böttliger L. E. et al.: Acta Med. Scand. 1972, 197, 319. — 7. Cloramfenicolo: 20 anni di esperienza. Anno XLII. Numero speciale. Suppl. fasc. 1—2. 1971. — 8. Cocke, J. G. jr.: Amer. J. Dis. Child. 1967, 114, 424. — 9. Eipe, J.: Med. Clin. N. Amer. 1972, 56, 255. — 10. Forck, G.: Dtsch. med. Wschr. 1971, 96, 161. — 11. Gardner, H. et al.: Mschr. Kinderheilk. 1973, 121, 590. — 12. Gláz E., Gyimesi J.: Az újabb chemoterapiás gyógyszerek. Medicina, Bp. 1966. — 13. Goh, K.: Sth. med. J. 1971, 64, 815. — 14. Hill, C. G.: Canad. med. Ass. J. 1972, 106, 147. — 15. Huang, N. N. et al.: J. Pediat. 1966, 68, 32. — 16. Kabins, S. A.: JAMA. 1972, 219, 206. — 17. Keiser, G. et al.: Helv. Med. Acta. 1973, 37, 265. — 18. Kimbel, K. H.: Lancet. 1974, 1, 623. — 19. Kósa L.: A chloramphenicol therapia mai helyzete (Referátum). Kézirat. Bp., sine anno. — 20. Liaudet, J. et al.: La nouvelle Press. Méd. 1974, 3, 1886. — 21. Mitus, W. J., Coleman, N.: Blood. 1970, 35, 689. — 22. Meyer, J. S.: Cancer. 1973, 32, 712. — 23. Meyler, L., Herxheimer, A. (Eds.): Side effects of drugs. Vol. VII. Excerpta Med., Amsterdam, 1972. P. 363. — 24. Mössner, G.: Med. Klinik. 1971, 66, 1507. — 25. Neundörfer, B.: Med. Welt. 1973, 24, 676. — 26. Pisciotto, A. V.: Clin. Pharm. Therap. 1971, 12, 13. — 27. Polak, B. C. et al.: Acta Med. Scand. 1972, 192, 409. — 28. Schuler, D.: Személyes közlés. — 29. Szórády I.: Gyermekgyógy. 1972, 23, 210. — 30. Szórády I.: Pharmacogenetics: principles and pediatric aspects. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1973. — 31. Szórády I.: A korszerű antibiózis és chemoterapia néhány gyermekgyógyászati problémája. Közlés alatt. — 32. Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelkezésre. VI. kiadás. Az Országos Gyógyszerészeti Intézet kiadványa. Medicina, Budapest, 1971. — 33. Vogel, F. et al.: Naturwiss. 1971, 58, 131. — 34. Weinberger, A. S.: JAMA. 1969, 209, 97. — 35. WHO Közlemények: Gyógyszereink. 1971, 21, 474.



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI
DOKUMENTÁCIÓS
SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója
10. szám

Orvostörténeti előadások a Budapesti Királyi Orvosegyesületben

Az orvostörténelem ápolásának gondolata már a megalakulás első éveiben is fontos kérdésként jelentkezett a Budapesti Királyi Orvosegyesületben. Az egyesület első elnöke, *Szuhányi Márton* (1792—1841) székfoglaló előadását is éppen az orvostudomány történetéről tartotta. Az 1837. december 6-án elhangzott előadásról sajnos igen szűkszavúan számolt be az ülésről készült jegyzőkönyv, csupán gondolatmenetét rögzítette. *Szuhányi* közel egyórás előadásában — latin és görög forrásokra hivatkozva — az orvosi gondolkodás átformálódását vázolta fel, majd kiemelte, hogy a gyakorló orvos ismereteinek szerves részét kell képeznie az orvostudomány múltjában való jártasságnak, hiszen „szaktudományunk fejlődésével sokszor feledésbe merültek és merülnek olyan dolgok és tények, amelyek nélkül bizonyos kérdések nem világíthatók meg teljességükben”. Az orvostörténelem tanulságai között elsőnek az orvosi rend összetartásának fontosságát emelte ki, mivel ennek hiánya csakis a gyógyító munkát hátráltatja.

A következő másfél évtizedben külön orvostörténeti tárgyú előadás nem hangzott el, de szinte nem volt olyan előadó, aki ismertetett témáját nem vizsgálta volna meg a régi szerzők munkáinak tükrében, vagy nem említett volna hasonlólt az orvostörténelemből. A szabadságharc bukása után, mint egyetlen legális körülmények között működő orvosi társaság, nagy vonzerőt gyakorolt a pesti és budai orvosokra, hiszen rendszeres találkozóra és tudományos vitára nyújtott lehetőséget. 1853. április 3-án *Kovács Sebestény Endre* az egyesület rendes tudományos ülésén egy a római korból származó koponyát mutatott be, amelyen jól látható volt a kard által okozott sérülés és a seb gyógyulásának folyamata. Az ülés jegyzőkönyve megemlíti, hogy „gyakran szükség volna ilyen orvostörténelmi vonatkozású előadásra, hiszen ebből a gyakorló orvosok sokat okulhatnak saját praxisuk hasznára”.

A kiegyezéskor és az azt követő évtizedben az Orvosegyesület elsősorban a magyar egészségügy átszervezését célzó témákkal foglalkozott, így nem

hangzott el orvostörténeti előadás. Az viszont már hagyománynak számított, hogy az egyesület történetét és emlékeit a mindenkori titkár ápolta; gyűjtötte az erre vonatkozó dokumentumokat. Az orvosegyesületi múlttal foglalkozó titkárok közül kiemelkedik *Réczey Imre*, aki 1880. október 14-én előadást tartott az Orvosegyesület 1837—1880 közötti történetéről. Előadását később az egyesület évkönyvében is közölték, amit *Réczey* kiegészített az alapokmányok fordításával, valamint az élő és elhunyt tagok jegyzékével.

A századforduló évtizedeiben már rendszeresen jelentkeztek előadók orvostörténeti témával. 1897-ben *Tihanyi Mór* (1868—1918) — 1896-ban magyarosította nevét *Tiegermannról* — az ókori orvostudomány történetéből előadássorozat megtartására kért engedélyt. Első előadása 1897. október 30-án hangzott el „Az ókori görögök gyógyászati ismeretei, az orvosi tudomány és rend fejlődése Hippokratész előtt” címmel. A jegyzőkönyv szerint: „*Tihanyi Mór dr. az előadás bevezetésében az orvosi tudomány történelmének fontosságát és jelentőségét fejtegeti, a mely tudománynak tanulmányozását az orvostan rohamos haladása következtében az utolsó évtizedben nagyon elhanyagolják. Kifejti, hogy az orvosi tudomány történelme, a mely az emberi kultúra historiájának fontos részét képezi, nemcsak theoretikus értékű, hanem kiváló gyakorlati jelentőséggel is bír, amennyiben igazán önálló orvosi gyakorlatra csak az képes, a ki nemcsak a mai tudomány elméleteket, hanem ezeknek fejlődési múltját is ismeri...*”. A bevezető után *Tihanyi Mór* áttekintette a görög kultúra előzményeinek — Egyiptom, Mezopotámia és India — orvosi ismereteit, majd a *Hippokratészt* megelőző görög filozófiai iskolák orvosi tudását elemezte.

Az előadáshoz *Donáth Gyula*, *Verebélyi László* és *Jendrassik Ernő* fűzött gondolatokat, amelyekben *Tihanyi* figyelmét néhány — az előadásban nem említett — könyvre és kéziratra hívták fel.

Az ókori orvostudománnyal foglalkozó előadássorozat második részeként *Tihanyi Hippokratész* életével és munkásságával foglalkozott (1898. február 13.), majd „*Platón és Arisztotelész hatása az orvosi tudományra*” címmel (1899. május 28.) tartott előadást. A témakör utolsó előadása *Galenoszról* és kora orvosi ismereteiről szólt (1900. január 19.), amelyet — hasonlóan az előzőkhöz — nyomatásban is megjelentetett. Sajnos *Tihanyi* rendőrorvosi munkája mind kevesebb időt engedett orvostörténeti kutatásainak, így a századforduló egyik tehetséges orvostörténeti kutatója már csak egyszer tartott ilyen témájú előadást (1905. május 5-én a vérkeringés felfedezéséről) az Orvosegyesületben. *Tihanyi Mór* előadásai népszerűségnek örvendtek és a hozzászólók között találjuk *Högyes Endrét*, *Korányi Frigyes*t, *Fodor Józsefet*, *Jendrassik Ernőt* és *Györy Tibort*.

Már a *Tihanyi-féle* előadások időszakában hangzott el — 1898. november 12-én — *Temesváry Rezső* „Előítéletek, népszokások és babonák Magyarországon a terhesség, a szülés és a gyermekágy körül” című előadása, amely számos orvostörténeti

vonatkozással rendelkezett. Ugyancsak ebben az időben jelentkezett első orvostörténeti előadásával *Győry Tibor* (1899. szeptember 28.), amely „*Morbus hungaricus*” címmel hangzott el. Különben e téma részletes kidolgozásáért *Győry* 1902-ben magántanári képesítést nyert el. A következő évtizedekben alig volt olyan esztendő, hogy *Győry* ne jelentkezett volna orvostörténeti témájú előadásával: 1900. március 14-én „Adatok a magyar orvostörténelemhez” című előadásában már *Semmelweis* korát tárgyalta, külön kiemelte a pesti orvosi iskola szerepét. Ilyen előzmények után nem volt alaptalan, hogy az Orvosegyesület 1904 őszén életre hívta az orvostörténeti múzeumi bizottságot, amit 1905. január 16-án szakbizottsággá formált át. Ennek munkájába bevonták azokat, akik érdeklődtek között — *Győry Tibort*, *Tihanyi Mórt* és *Temesváry Rezsőt*.

vagy művelték az orvostörténelmet, így — többek Részben a kialakuló orvostörténelmi múzeum gyűjteményével, részben pedig *Győry* kutatási területével kapcsolatos az 1905. április 8-án elhangzott előadás (*Győry Tibor*: Történeti igazság a Czermak—Türck-féle gégetükrőrharcban), amelyben *Győry* levéltári adatokkal bizonyította *Czermak* elsőségét a gégetükrözés területén. Hasonló jelentőséggel rendelkezett a következő előadás (1906. február 4.) is, amikor *Semmelweis* családjával foglalkozott és bebizonyította — *Schürer von Waldheim* állításával szemben — *Semmelweis* magyarságát és azt, hogy a *Semmelweis* család már 1692-től Magyarországon élt.

Győry Tibor gyakran a szokásos betegbemutató alkalmával is kisebb témákkal jelentkezett, amikor érdekes orvostörténeti kéziratokat és könyveket mutatott be az egyesületi múzeum új szerzeményeiből, vagy — mint 1908. május 21-én — az akkor Aquincumban feltárt római fürdő mozaikjainak orvosi vonatkozásairól szolt. Kétségen kívül a századforduló első évtizedének legjelentősebb orvostörténeti eseménye az Orvosegyesület Orvostörténeti Múzeumának megnyitása volt. Sajnos az első világháború éveit alatt az Orvosegyesület orvostörténeti életében is törés következett be, hiszen az előadások számának csökkentésével az orvostörténelemnek már nem jutott előadási lehetőség.

A világháború után az első orvostörténeti előadás tartása *Magyary-Kossa Gyula* nevéhez fűződik: 1920. október 30-án „Orvosi gyakorlat a régi Magyarországon” című előadásában a 16. és 17. század magyar orvosi kultúráját ismertette, elsősorban a nem orvosdoktori oklevéllel működő sebészekről, bábákról és gyógyszerészekről szolt. Előadása ismét felhívta a figyelmet az egyesületen belül az orvostörténelem művelésére, sőt az 1921. évi negyedik igazgatósági ülésen (1921. február 11.) külön foglalkoztak *Magyary-Kossa Gyula* kéziratában már kidolgozott orvostörténeti munkáival. A jegyzőkönyv szerint: „... *Pákozdy Károly* azt ajánlja, hogy szólítsuk fel *Magyary-Kossa* tagtársat, hogy közölje valahol azokat a jegyzeteit és munkáit, amely az orvosi rend történetére vonatkoznak. *Flesch*, *Dollinger*, *Hutyra* és *Székely* hozzászólása után az ig. tanács úgy határoz, hogy *Magyary Kossa* munkáit az orvosi könyvkiadó társulat figyel-

mébe ajánlja, s addig is felkéri *Hutyra* tagtársat, hogy ebben az ügyben lépjen összeköttetésbe *Magyary Kossával*...”. *Magyary-Kossa* munkája — Magyar Orvosi Emlékek — végül csak 1929-ben jelent meg nyomtatásban, de addig az Orvosegyesület többször is eljárta az Orvosi Könyvkiadó Társulatnál a négykötetes munka kiadásának ügyében, sőt a kiadás pénzügyi terheiből is vállalt volna magára.

A két világháború közötti időszak kiemelkedő orvostörténeti eseménye ismét *Győry Tibor* nevéhez fűződik, amikor is 1923 őszén előadásorozatot tartott. A négy részből álló előadásorozatban az orvostudomány történetét tekintette át és a téma fontosságát hangsúlyozta, hogy ezeken az üléseken *Győry* előadásán kívül más nem hangzott el. Az első részben (1923. szeptember 22.) az időszámítás előtti évszázadok (Visszapillantás és előretekintés, az orvostörténet az i. e. 5. századig), a másodikban (1923. szeptember 29.) a görög orvostudománnyal, a harmadikban (1923. október 6.) az alexandriai iskolával és *Galenosszal*, míg a negyedikben (1923. október 13.) a középkor orvostörténetével foglalkozott. Ehhez az előadásorozathoz fűződik az első orvostörténeti munkásságért odaítélt magyar pályadíj is: az Orvosegyesület 1924-ben *Győryt* *Tauszk Ferenc*-díjban részesítette, amit minden évben a legsikeresebb előadásért ítéltek meg.

A következő évtizedben *Győry* több kisebb előadást tartott a magyar orvosképzés történetéből, ismertette az orvosi kar történetére vonatkozó kutatásainak eredményét. Általános orvostörténeti munkásságát ismerte el az Orvosegyesület, amikor 1931-ben *Győry Tibornak* ítélte oda a Balassa-érmet, az egyesület legmagasabb díját. *Győry Tibor* Balassa-émlékelőadását a nagyszombati egyetem orvosi karának első éveiről és felállításának körülményeiről tartotta (A nagyszombati egyetem orvosi fakultásának első éveit: van *Swieten* emlékezete) 1931. október 27-én. A téma folytatását képezte — igaz, csak 1934. október 13-án — *Győry* „A confirmatur elvének keresztülvitele a Nagyszombatban felállított orvosi fakultásban” című előadása, amelyben főleg a dékánválasztás kérdését tárgyalta, de kitért azon törekvések bemutatására is, amelyek a magyar egyetem egyenjogúsítását célozták a bécsi egyetemen.

Az Orvosegyesület két világháború közötti orvostörténeti munkásságát nemcsak *Győry* előadásai jelentették: 1922-ben *Vajda Károly* hosszabb előadásban tárgyalta *Schopenhauer* életének orvosi vonatkozásait, majd 1926. február 6-án *Shakespeare* orvosi ismereteiről szolt. Ez utóbbi előadás — főleg angol szerzők munkái nyomán — középpontjába a *Shakespeare*-drámák olyan jeleneteit állította, amelyekben a nagy angol drámaíró méregtani, gyógyszeres és botanikai ismereteit lehet lemérni. *Vajda Károly* előadásában felhívta a figyelmet arra, hogy *Shakespeare* egyes vonatkozásokban korát megelőző orvosi ismeretekkel rendelkezett. Hasonló témájú előadásban foglalkozott 1931. december 3-án *Homérosszal*; amikor az *Iliász* és az *Odisszea* orvosi ismereteit tekintette át, elsősorban saját kutatásait ismertette. Sajnos *Vajda Károly* ezután — hasonlóan a századfordulón *Ti-*

hanyi Mórhoz — nem tartott több orvostörténeti előadást, pedig beszámolóit nagy figyelem kísérte.

Ugyanebben az időszakban jelentkezett orvostörténeti kutatásaival *Herczeg Árpád* is, aki 1927. június 11-én *Manardus* életével és magyarországi tevékenységével foglalkozott, elsősorban az általa végzett levéltári kutatások tükrében tárgyalta a kérdést. Később *Herczeg Árpád* az Orvosi Könyvkiadó Társulatnál közbenjárt *Szumowski* orvostörténeti munkájának magyar fordításban (*Herczeg Árpád* fordítása és a magyar vonatkozású jegyzetek elkészítése) való megjelentetése ügyében, ami az egyesület életében már a második ilyen orvostörténeti témájú könyv kiadásának támogatása volt. A második világháború előtti évek utolsó orvostörténeti vonatkozású eseménye a Widder Ignác-alapítványból megítélt pályadíj átadása volt 1937-ben, amikor is *Héja Pál* „A tábori egészségügy Buda visszafoglalása korában” című könyvét ismerte el az Orvosegyesület.

*

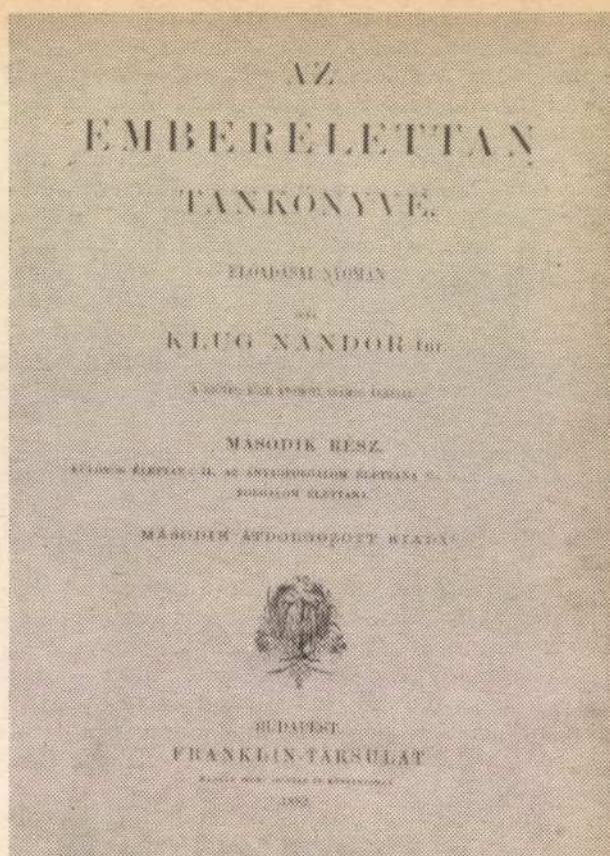
Az Orvosegyesület működése egész időszakában fontos feladatának tekintette az orvostörténelem művelését, amit lényegében 1905-től kezdve a múzeum, könyvtár és levéltár szervezésének irányításával együtt az orvostörténészekből álló szakbizottság szolgálta. Így méltán vetődik fel a kérdés, hogy a Magyar Orvostörténelmi Társaság történelmi elődjével joggal azonosíthatja magát és abban szervezett előfutárát is tisztelheti.

Kapronczay Károly dr.

Klug Nándor 1845—1909

A honi szerző írta első magyar nyelvű élettan könyv: *Rácz Sámuel* „A physiologiának rövid somája” (1789) és a második: *Balogh Kálmán* „Az ember-élettan” (1862) között még hetvenhárom esztendő telhetett el, míg a másodiktól *Klug Nándor* „Az emberélettan tankönyve” 1888-as megjelenéséig már „csak” huszonhat. Később egyre kevesebb, manapság a nyomdaátfutási idő és az újrairási szükség szinte keresztezi egymást. A *Rácz Sámuel* alapvető kezdeményezés, *Balogh Kálmán* könyve imponáló erő kifejtés eredménye. Az önálló magyar tudomány megszállottjaként *Bugát* túlhajtott szóújító bővületében úgyszólván megteremtette a kétkötetes fiziológiát, amelynek bugáti nyelve hamarabb avult el baloghi tartalmánál. *Klug* élettanán már érezhető, hogy szerzője módszeres experimentátori múlttal bíró fiziológus, aki az olvasmányos szövegbe szőtt szakirodalmi utalásait a saját kísérleteivel is zeszesíti. Vagyis nem fordítás helyetti jobb híján tankönyvet pótol, hanem a szükséglethez ír korszerű fiziológiát.

Klug Nándor születési helye a Lőcse közelében levő Kötterbach (Ötösbánya). Szepességi cipster családból került előbb a bécsi, majd a pesti orvoskarra, ahol 1870-ben avatták orvos-sebész doktornak és szülésmesterré. A kínálkozó gyógyi-



tási gyakorlat helyett kezdettől jobban vonzotta a laboratórium légköre. Végzése esztendejében vetődött fel az orvos-fizikai tanszék felállításának gondolata, oktatását a kar egyelőre az élettan keretein belül a biofizikus szemléletű *Jendrassik Jenő*re bízta. Az autodidakta fizikus-matematikus *Klug* hamar utat talált az egzaktágot annyira respektáló *Jendrassik*hoz.

1871-ben az orvosi fizika (akkori nevén orvostermészettan), 1873-tól „A bőr hővezető képességéről” c. dolgozatának megjelenése után az élettan tanársegéde lett, 1874-ben az orvostermészettan tárgyköréből magántanárrá habilitálták. Saját szerkesztésű periméterrel vizsgálta a perifériás színérzést, a nagy tekintélyű *Brücke* elméletével szemben állította, hogy az infravörös sugarakat a szem fénytörő közege nem nyeli el. Ekkor a még külön nem vált, de már meghirdetett orvostermészettani tanszéket egyedül *Klug* pályázta meg. Az aspiráló eddigi képzettségét azonban a kar elégtelennek ítélte, ezért 1876-ban féléves ösztöndíjjal Lipcsébe küldte.

A száz választófejedelem székvárosa ebben az időben az orvosi élettan Mekkája volt. *K. Ludwig* 1869-ben felavatott új intézetében a szövettani és a kémiai mellett már volt külön orvos-fizikai osztály, ahol *Klug*nak feladata lett volna tanszékvarományossá fejlődnie. Ő azonban végképp a fiziológia mellett maradt. *Ludwig*nál megfordult még: *Genersich*, *Ajtai*, *Mihálkovic*s, *Tan*gl és *Udránszky*, de a legtöbb ország tudna hasonló névsort összeállítani. *Klug* az „Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig” XI. évfolyamában közölte a „Zur Physiologie des Temperatursinnes” c. dolgo-

zatát. Hazatérése után 1877-ben az élettan nyilvános, rendkívüli tanára lett, 1878-ban megpályázta és megkapta a kolozsvári fiziológia tanszéket. Az orvosi fizika oktatását a bölcsészkarai illetékes, Eötvös Loránd vette át.

A Kolozsvári Orvos-Természettudományi Társulat és az Erdélyi Múzeum-Egylet Természettudományi Szakosztálya 1865-ben alakult, évi kiadványa az „Orvos-Természettudományi Értesítő”, amelynek orvos-szerkesztője az 1883-ban Budapestre távozott *Högyes Endre* helyett *Klug Nándor* lett. Szerény felszerelésű intézete foglalkozott a muscarinnak a szívre és a véredényekre kifejtett hatásával. Szép dolgozatot közöltek a kardiogramról. A béka bőrének a széndioxid-kiválasztó szerepét vizsgálva *Klug* újítása volt a Spallanzani-féle kísérlettel eltérően, hogy a békátüdő kivágása helyett a vaguszidegeket metszette át. A baritvívvel megkötött szénsavat térfogatossá elemzésel mérte.

Kétkötetes élettan könyvét a kolozsvári előadásai alapján 1887-ben állította össze. Szívesen tért vissza a neológ némenklatúráról az internacionális görög–latin szakkifejezésekre, mert — szerinte — az egyéni szájzettel alkotott és még teljesen el nem fogadott műszavak megnehezítik a tanulást. A tankönyvíró stílusához legközelebb a *Lenhossék Mihályé* áll.

Klug Nándor az 1889/90-es tanév rektora volt. Ekkor került sor az intézet felújítására, de a következő évben már elhagyta Erdély centrumát. Ugyanis 1891-ben meghalt *Jendrassik Jenő*, nem sokára követte őt az első munkatársa, utódjelöltje, pár hónapja az állatorvosi akadémia kinevezett élettan tanára: *Regéczi Nagy Imre*. Az 1890-ben akadémiai levelező tagságot nyert *Klug* (székkfogaló előadása „Az enyv emésztődéséről”) 1891-ben a pesti tanszéket már versenytárs nélkül kapta meg. Kolozsvári utóda *Udránszky László* lett. Tankönyve 1892-ben átdolgozva és kibővítve újra megjelent, kiadta az „Észlelő könyv” c. élettani gyakorlatát.

A jobb intézeti felszereltség birtokában kutatási területe is kiszélesedett. *Olsavszky Viktor* munkatársával vizsgálta az izommunka befolyását a foszforsav kiválasztására, amit kutyakísérleteikben tejsav adagolásával is fokozhatónak találtak. 1894-ben lett az Akadémia rendes tagja. Főleg *Boas* és *Brücke* nyomán post mortem gyomorból nyerve vizsgálta a pylorus mirigysejtek pepszin-, a fundus-sejtek savtermelő képességét. A kísérleti állatgyomrok pepszinjei közül a kutyáét találta a legerősebbnek, amelynek hatása a hőmérséklet emelésével fokozható. Élettani vizsgálatokat végzett a VIII. Nemzetközi Közegészségügyi és Demográfiai Kongresszus távevező versenyén, eredményeit a Magyar Orvosi Archivum 1895. évfolyamában közölte. Nagyon érdekelte a pankréaszemésztés. Átlag 200 cm³ thymolos hasnyálmirigy kivonathoz külön-külön glicerint, főtt fibrint, főtt keményítőt, olajat vagy stearint adott, és mérte az keményítőt, olajat vagy stearint adott, és mérte adott időegységben a termelődő széndioxid mennyiségét. Megfigyelte a tízfuszban elhaltak hasnyálmirigyének tripszinhányát. A fehérjeemésztést a

biuret reakció adta elszíneződésből spektrofotometriás eljárással elemezte, közel negyven oldalas, áttekinthető táblázatokkal teletűzdelt dolgozata a Matematikai és Természettudományi Értesítő 1902-es évkönyvében olvasható.

Klug tanítványai voltak: *Genersich Gusztáv*, *Preysz Kornél*, *Beck Soma*, *Högyes Ferenc*, *Hirschler Ágoston*, *Kőrösy Kornél*, *Benedikt Henrik* és egyetlen fia, legfőbb reménysége, ifj. *Klug Nándor*. Ha az 1898—1908 közötti Orvosi Hetilapokat lapozzuk, főleg az emésztésről és a vérkeringésről írott dolgozataikkal mennyiségben és minőségben egymással szinte versengve idős és ifj. *Klug* képviselik az élettant.

Még kolozsvári évében járt Itáliában, az olasz egyetemekről a Hetilapban számolt be. A firenzei Academia Medico-fisica Florentina tagja volt. *Ludwig* tanárral annak 1895-ben bekövetkezett haláláig kapcsolatban maradt. *Klug* tagja volt a lipcsei élettani társaságnak, *Ludwig* a magyar akadémiának.

Ereje teljében érte a legnagyobb tragédia, egyetlen fiának elvesztése. Munkakedve többé nem tudott visszatérni, 1909. május 14-én, *Tanl Ferenc* nekrológiájából idézve: „szélhűdés vetett hirtelen, gyötrelmenlküli véget életének”.

A fiziológiában ritkán jelenik meg egy-egy *Claude Bernard*, *Ludwig*, *Sherrington* vagy *Pavlov*, akik a művészettörténettől kölcsönzött kifejezéssel „stílust teremtő mesterek”. Alapvető munkájuk mögé szélesítenek iskolát a tudományt szóban és írásban közvetítő, a kutatáshoz kedvet teremtő fiziológus kismesterek. Ilyen volt *Klug Nándor* tanár közel három évtizeden keresztül.

Szállási Árpád

Római kori orvosi emlékek Pannóniában

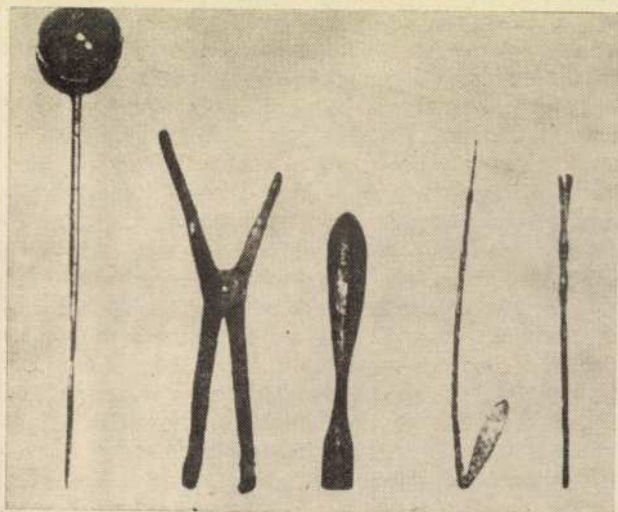
Pannónia, amely az őslakó pannon törzsektől kapta nevét, ma három ország területén fekszik: a nagyobbik rész Magyarországhoz tartozik, Jugoszláviához a Dráva—Száva köze, míg északnyugati csücske Ausztriához. E terület római meghódítására csak jóval Gallia leigázása után előbb az Alpokon túli terület, majd a Száva—Dráva-völgye megszállása után került sor. Az i. e. I. század második felében Pannónia területén már nem volt olyan politikai erő, amely Rómával szembeállhatott volna. A pannon—dalmata lázadás kitörése mégis meggyorsította Pannónia megszállását, amelyet *Tiberius*, a későbbi császár, i. sz. 6—9-ig, háromévi harc után tudott csak befejezni. A Száva-völgye biztosította az összekötő kapcsot Itália és a keleti tartományok között. Ez a szempont évszázadokra meghatározta Pannónia szerepét és fontosságát a római birodalom számára. Ezért i. sz. 8-tól Pannóniának már külön helytartója és megszálló hadserege volt. Az ún. császári tartományok közé tartozott, amelyeket katonai fontosságára tekintettel a császár közvetlen felügyelete alá utaltak, míg



A II. századból származó szike (Aqincum)

a kevésbé veszélyeztetett tartományok felett a szenátus rendelkezett. A helytartót a császár nevezte ki a legmagasabb rangú, consulságot viselt szenátorok közül. Bár a katonai megszállás súlypontja az i. sz. első század eleji tartomány délnyugati részén volt, a dunai határvonal (limes) biztosítására már ekkor több-kevesebb katonaság állomásozott a Duna mentén is. Az i. sz. I. század végére és a II. század elejére, *Traianus*, *Hadrianus* császárok korára, kiépült az egész dunai erődrendszer, de a későbbi évszázadokban a határvédelem jelentősége még inkább fokozódott.

Pannónia romanizálásának fejlődése szempont-



Római kori orvosi műszerek

jából fontos az is, hogy a II—III. század császárainak egy része a tartományokból származott, vagy császárságát megelőzően itt volt helytartó. A II. század 60-as, 70-es éveiben a quad—markomann háborúk alatt a városok nagy része elpusztult, rombadőlt, de a III. században, a béke éveiben újraépülnek, elkészítik a kanalizációt, biztosítják a jó vízellátást is. Az utcákat kövezték, fürdőket, vásárcsarnokokat, amfiteátrumot építettek. Ez az állapot maradt fenn Pannónia területén is a IV. század közepéig, amikor a császárság hatalmának hanyatlása és az állandó barbár betörések veszélye véget vetett a virágzásnak. Érdemes itt megemlíteni még, hogy a pannóniai *útépítés* is mindig első gondja volt a császároknak. Az utak katonai és kereskedelmi jelentőségükön kívül kezdettől fogva fontos szerepet tölthettek be a romanizáció terjesztésében, egész a római uralom megszűntéig. A római úthálózat Pannóniában mindig számolt a földrajzi, gazdasági és településtörténeti szempontokkal is, ezért átöröklődött még a magyar honfoglalás korára is, sőt középkori utaink is még sokáig a római utak nyomán haladtak.

A pannóniai orvosi emlékek gyűjtésében egyike a legjelentősebbeknek *Korbuly György* munkája (1934), amelyet azóta számos hazai szerző értékes munkája követett. Sajnálattal kell azonban megállapítanunk, hogy az utóbbi évtizedek régészeti kutatásai kevés új orvosi emléket hoztak felszínre, így kevés kivételtől eltekintve, a régebben feltárt eredmények alapján kell áttekintenünk ennek a római kornak jelentősebb orvosi vonatkozásait is. Ahhoz, hogy az akkori orvosi kultúra kialakítását és jellegét értékelhessük, ismernünk kell azokat a befolyásokat is, amelyek a római birodalom Duna menti provinciáiban orvosi téren is érvényesültek.

A pannóniai orvoslást vizsgálva megállapíthatjuk, hogy kialakulása sokrétű volt. Katonai provincia lévén, a tartomány déli és nyugati részét kivéve, fejlődésében elsősorban a katonaság játszott döntő szerepet. Míg Nyugat-Pannónia inkább Itália hatása alatt állott, addig Kelet-Pannóniában idegen eredetű, nemegyszer keleti származású csapatok fordultak meg. Ha pedig Pannónia lakosságát tekintjük, a II. századtól mind színesebb képet mutat. Külön kis szigeteket találunk már a keleti népségből is. Így pl. Intercisa (Dunapentele) is szinte keleti várossá lett, mivel megszálló csapata Szíriából származott. A római katonák fennmaradt sírkövein — ha idegen származásúak voltak is — a katonákat mind római viseletben látjuk: a hosszú szolgálat (legalább 25 év), a szigorú fegyelemben és bajtársi közösségben eltöltött sok év a helyben sorozott bennszülöttekből éppen olyan római polgárokat faragott, mint akiket messze földről vezényeltek ide. A katonák asszonyai azonban a környékbeli falvakból, vagy a tábor melletti településekből kerültek ki. Az asszonyok szokásaira, viseletére a katona élettárs szolgálata alig hatott. Sírköveikről népiesen öltözött parasztasszonyok tekintenek ránk, fátyollal borított magas fejfedővel, nyakukban kelta eredetű bronz nyakpercecet viseltek, felső ruhájukat a két váll felett nagy áttört díszítésű kapcsoló tűk (fibulák) fogták össze.

Az egyes csapatok és népcsoportok hazai szokásaikkal együtt elhozták orvoslási eljárásaikat és eszközeiket is. Így a pannóniai orvoslásra sok tényező nyomta rá bélyegét. Az itáliai hatást nemcsak a népesség, hanem a tárgyi emlékeanyag is bizonyítja. A keleti hatásra orvosi eszközeiken kívül több Pannóniából ismert orvos görög neve is utal. Ma még nem tudjuk teljes bizonyossággal, hogy a rómaiak mit vettek át a bennszülött vagy a betelepített lakosság orvosi gyakorlatából, de fel kell tételeznünk, hogy ha a helyi gyógyvizeket is igénybevétték, akkor egyéb vonatkozásokban is éltek a helyi orvoslás eszközeivel.

A pannóniai orvosi emlékek vizsgálatakor ismerni kell az itáliai orvoslás fejlődését, amely provinciális viszonylatban a helyi lakosság összetétele szerint is változott. Ahol a római eredetű megszálló katonaság nagyobb tömbökben élt, ott inkább az itáliai jelleg dominált. Amikor azonban a második század végétől kezdve a keletről érkezett katonaság száma megszorodott, az orvoslás is inkább keleti befolyás alatt fejlődött tovább. Ebben a korban elsősorban az egyiptomi és a görög orvosi iskolák hatása érvényesült.

Pannóniában a római megszálló katonaság számának emelkedésével az orvosok száma is emelkedett. A légiók orvosai sokáig csak római polgárok lehettek. Különböző megjelöléssel említik őket: miles, medicus, medicus legionis, medicus clinicus, medicus ordinarius, medicus castrorum stb. A provinciális orvoslás vizsgálatakor a tárgyi anyagokon kívül a *feliratos emlékek*, a feltárt *valetudináriumok* és a *Traianus oszlopáról fennmaradt domborműves ábrázolás* adhat némi útbaigazítást.

Aquincumnak aránylag elég sok orvosa volt: két polgári és hat katonatorvos, akik közül kettő már keleti származású. Ezenkívül még Pannónia más területeiről is maradtak orvosi emlékek: Sirmium Siscia (Jugoszláviában), Carnuntum (Alsó-Ausztriában), Környe, Flavia Solva. Az utóbbi helyen talált sírkövön a halott köpölyözött tart kezében. A köpölyözés a korabeli orvoslásban fontos szerepet játszott, amelyet egy nagyon elterjedt gyógyeljárásuknál, az érvágásnál használtak. Aquincum nagy katonai jelentőségét tekintve az itteni katonakórház (*valetudinarium*), amely több mint kétszáz beteg befogadására volt alkalmas, különösen a háborús időszakokban a megismétlődő barbár betörések idején fellángolt harcok miatt jutott komoly szerephez. A legutóbbi ásatások révén kerültek napfényre a következő valetudináriumok: Vindonissa, Carnuntum, Novaesium és Aquincum (a két utóbbi kb. egy időben, az I. század végén létesült).

Az aquincumi valetudináriumból származó emlékeink:

1. *Titus Venusius Aper* által Aesculapius Hygiea (gyógyító istenek) tiszteletére állított fogadalmi tábla (*T. V. Aper* a II. század első felében a kórház gondnoka, *optio valetudinarii* volt);

2. *Timartius castrensis medicus* fogadalmi oltárköve, aki minden valószínűség szerint a katonakórház orvosa volt;

3. a kórház géniusának (*genio valetudinarii*)

állított fogadalmi tábla (most a Magyar Nemzeti Múzeumban);

4. vasbélyegzővel beégetett fahordók, amelyekben a katonakórház részére szállított élelmiszer, így megjelölve, nem esett vám alá.

A katonakórház betegei és ápoló személyzete felett a *praefectus castrorum* rendelkezett. A betegek étellemezése, ruházása és elhelyezése az *optio valetudinarii* feladata volt. Az itteni személyzetből név szerint ismerjük az előbb említett *Titus Venusius Aper* optiót és az orvosok közül közül *Timartius*. Az ápoló személyzethez tartoztak a capsariustok, akik nevüket táskájuktól (capsa) nyerték, amelyben kötözőanyagot, síneket tartottak. *Aquincumi capsarius* nem ismerünk, de *Intercisán* és *Ulcisia Castrában* (Szentendre) sírköveik maradtak fenn. *Intercisában Aelius Munatius capsarius* síremléke maradt meg, aki az itt állomásozó szíriai csapat tagja volt. A Szentendrén talált fogadalmi oltárkö *Bauleus capsarius* névvel szintén keleti származású és *Ulcisia Castra* megszálló helyőrségéhez tartozott.

A római települések helyén végzett ásatások gyakran hoztak felszínre *orvosi műszereket* egész Pannónia területén. A múzeumainkban levő orvosi műszerek rendszeres részletezését és ismertetését *Bíróné Sey Katalin* végezte el. A műszerek főleg fémből — bronz, vas, ezüst, acél — kis részben csontból készültek. Az orvosi műszerek elsősorban műtéti beavatkozásokhoz használt sebészi eszközök, amelyek nagyjából sírokból, orvosi célt szolgáló épületekből (katonakórház, raktár) vagy elszórt leletekből kerültek elő. Gyakran gyógyszer- és kenőcskanalak, fülkanál (*specillum oricularium*), csipesz (*vulsella*), köpöly (*cucurbitula*), sebészi tű (*acus*), kanalas szonda (*cyathis-comela*) vagy ennek lapoccal való kombinációja. A sebészi tű (*acus*), használata szerint a különböző műtétekhez különböző nagyságban készült. Érdekes a szőnyi ásatásoknál előkerült két bronz műszertok a benne talált kanalas szondával. Az ilyen műszertokban célszerűen lehetett különböző orvosi műszereket hordani. A bronzból készült köpölynek (*cucurbitula*) egyik oldala nyitott volt és felmelegítve helyezték a bőrön előzetesen késsel ejtett sebre. Pannóniában a kisköszegi lelet eszközeinek minden darabját vasból készítették. Ezüsből ritkán készítenek ilyen eszközöket, csontból inkább kanalakat, amelyeknél nem szükséges a nagy anyagszilárdság. Érdekes leletek még a *votiv tárgyak*. Ezeket a beteg testrészeket ábrázoló tárgyakat a gyógyult betegek ajándékozták a szentélyeknek. Ilyenek: üvegszem, uterus (szőnyi lelet), végtagok, mellkas, gerincferdülések stb. Anyaguk többnyire márvány, mészkő vagy terrakotta volt.

A már említett keleti befolyás erősödése következtében megváltozik a temetkezés módja is (kb. a II. század végén, amikor felhagynak a halottégetéssel s annak helyébe az eltemetés lép). Így érkezhettek el Pannóniába a mumifikálás divatja is vagy egyenesen Egyiptomból, vagy közvetítő államok útján.

A mumifikálást, balsamozást nálunk elsősorban keletről bevándorolt orvosok végezheték. Az

aquincumi táborhegyi múmia konzerválását tekintve *Nagy Lajos* (1935) megállapítja, hogy a késő római korban Egyiptomban szokásos felületes konzerválást alkalmaztak. A halottat bizonyos ideig konyhasós fürdőben áztatták (*Hérodotosz* szerint 30 napig). Az aquincumi múmiaszövetekben és a testmaradványokban a só biztosan kimutatható volt. A halottat meztelenül először gyantába áztatott finomabb vászonba négy-nyolc rétegbe göngyölték és így ez több milliméter vastag kemény masszát képezve a talajbehatás, nedvesség ellen konzerválta a halottat. Ez szorosan hozzátapadt a testhez és még a bőr ráncosodását is felvette. Ezután erre még több réteg szövetszövetpólyát alkalmaztak, amely néhol öt-tizenhatszoros volt a gyantás szövetréteg felett és így sima felületű pólyázott múmiaformát nyertek. A gyanta és fenyőszurok (pix) alkalmazása e célra általános használatú volt.

Ez a mumifikálási eljárás megegyezik az egyiptomi késő római korban szokásos eljárással. Ez a szokás jöhetett át Pannóniába, ahol a III. és a IV. század a legerősebb a keleti hatások felvételében (vallás, kultúra, művészet) és ez jelentkezik a halotti kultuszban is. Az aquincumi táborhegyi sír minden bizonnyal a III–IV. századból származik. A legújabban (1962) feltárt aquincumi Jablonkai úti múmiasír leletei közül az abban elhelyezett halotti papucskok, valamint gyümölcs- és virágmellékletek az Isis-kultusz körére is mutathatnak.

Sajnos a Pannóniában talált múmiasírokban a konzerválási eljárás nem volt egészen kifogástalan, illetőleg a mi éghajlatunk nedvesebb időjárása lényegesen hatásosabb módszereket igényelt volna a tartós konzerválás eléréséhez.

Az aquincumi múmiasírok azonban szórva-nyos leletek, a villáik közelében eltemetett halottaktól származnak. Amint már említettük, itt keleti egyiptomi temetkezési szokások átvételével állunk szemben, ami feltehetően egy keleti vallásos szektához tartozó és rítus szerint végzett mumifikálással magyarázható. A sírokból származó mellékletek leginkább a IV. századra keltezhetőek. Múmiasírokat eddig csak a nagyobb, limes menti táborhelyeken találtak Pannóniában: Carnuntumban, Aquincumban, Intercisában.

A római uralom alatt Aquincum fejlett fürdő-kultúra színhelye volt. Az ásatások több fürdő maradványait hozták felszínre mind a katonai táborból, mind pedig a polgári település területeiről. E fürdőket nagyrészt a mai római fürdő langyos termál forrásainak vizével táplálták, amelyet a római települést kettészelő aquae-ductus magas pillérekön futó vízvezető csatornája juttatott el rendeltetési helyére.

Érdekes viszont, hogy sem az északi (Császár fürdő), sem a déli fürdőcentrumok (Rudas, Imre, Rác, Gellért) hőforrásainak közvetlen közeléből római fürdőmaradványokat mind ez ideig nem sikerült feltárnunk. Így fel kell tételeznünk, hogy a rómaiak a mai legjelentékenyebb hőforrásaink gyógyító erejét nem ismerték, és így nem is használhatták fel gyógyítás céljaira.

Balatonfüred szénsavas ásványvíz forrását azonban már a rómaiak is ismerték és használták.

A rómaiak nagyrabecsülték a Balatont, partjai mellett kb. 80 római telepről van tudomásunk, ahol kisebb helyeken számos freskódíszes, mozaikpadlós, központifűtéses villájuk állott. Az általuk „Lacus Pelsó”-nak nevezett Balatonon rendszeres hajózást tartottak fenn, amiről Neptunusnak szentelt oltárkövek is tanúskodnak.

Ha most már össze akarjuk foglalni a római Pannónia orvosi vonatkozású emlékeiről való ismereteinket, megállapíthatjuk, hogy bár az egészségügy fejlettsége természetesen nem érte el azt a színvonalat, amelyen a nagy hagyományú görög és keleti területek vagy a Birodalom központja: Róma város és Itália állottak, de bizonyos, hogy Pannónia e tekintetben sem maradt el más, hozzá hasonló provinciáktól. Az orvoslás központjai itt is a légiós táborok voltak, az orvosok többsége katonai volt. A ránk maradt eszközelemek gazdagsága, a fürdőkultúra sokoldalúsága, a városok higiénés viszonyai (ivóvíz, csatornázás) azonban azt mutatják, hogy a tartományban állomásozó hadsereg és a helyi lakosság nem nélkülözte az ókori orvostudomány legfontosabb ágainak segítségét, a votív tárgyak és a gyógyító isteneknek szentelt vallási feliratok pedig arról tanúskodnak, hogy az orvoslásról kialakult vallásos képzetek Pannóniában is éppoly elevenen éltek, mint a Birodalom bármely más területén.

Pitrolffy-Szabó Béla dr.

A MTA hírei

Az országos távlati tudományos kutatási terv országos és tárcaszintű főirányában elért kutatási eredmények jutalmazására a Magyar Tudományos Akadémia minden évben pályázatot ír ki. 1974-ben — többek között — az alábbi pályaművek részesültek 3000 forinttól 30 000 forintig terjedő jutalomban.

*Országos szintű kutatási főirányok
Az életfolyamatok szabályozásának mechanizmusa
témakörben*

Juhász-Nagy Sándor „A koszorúerek adaptációs zavarainak vizsgálata állatkísérletes modelleken”;

Ormai Sándor, Palkovits Miklós „A tartalék lymphocyták vérbeáramlásának vizsgálata”;

Schlamadinger József „Az *Escherichia coli* lac operon transzkripciójára ható néhány tényező vizsgálata”;

Nikolics Károly, Seprődi János „Radioaktív izotópokkal jelzett alfa melanotropin szintézise. A hormon szerkezete és biológiai hatása közti összefüggés vizsgálata”;

Szabó György, Magyar Zsuzsa, Vándor Ervin, Réffy Antal, Anda Erzsébet „A celluláris enzimek lymphatikus transzportja”;

Mészáros István, Bányai Éva, Osmanné Sági Judit, Fischer János „A hipnózis hatása az emlékezet egyes tényezőire. I. Verbális tanulás; II. A felidézés; III. Figyelem”;

Szűcs Béla, Monos Emil, Szutrély Judit „Az aorta dinamikus modelljének meghatározása”;

Faredin Imre, Tóth István „Androgénaktív steroidok biotranszformációja az egészséges emberi bőrben”;

Orosz László „A heparin és az insulin kölcsönhatásának vizsgálata az atherogenesis szemléletében”;

Banczerowski Januszné, Pusztai János „Feltételes kiváltott potenciálok vizsgálata neuronálisan izolált agykéregszeleten és agyféltekén macskában”.

Biológiailag aktív vegyületek kutatása témakörben

Gábor Miklós „Pathophysiology and Pharmacology of Capillary Resistance”;

Rétsági György, Schwarzmán Éva „Az azidomorfin és az azidomorfin-rymazolium kombináció klinikai farmakológiája”;

Tanács Béla, Kling Ferenc, Jécsay György, Kutyánszky Zoltán „Prostaglandin—E₂-5, 6-³H és prekursorának, az 5,6-dehidro-arachidonsavnak az előállítás”;;

Verzárné Petri Gizella „Alkaloidok képződése és lokalizációja növényi szövetekben”;

Hermecz István, Bogdár Ferenc, Horváth Ágnes, Pongorné Csákvári Mariann, Simonné Párkányi Piroska, Vasváriné Debreczy Lelle „Akvarilsavészter származékok előállítása és ciklizációinak tanulmányozása gyógyszerkutatási célkitűzésekkel”.

Tárcaszintű kutatási főirányok

A lakosság védelme

a természetes és mesterséges környezet (bioszféra) káros hatásaitól témakörben

Lázár György „A reticuloendothelialis rendszer szerepe a fémek metabolizmusában, különös tekintettel a ritka földfémekre és cadmiumra”.

Perinatalis mortalitás csökkentésére irányuló kutatás témakörben

Jakobovits Antal „A foeto-placentaris egység működésének és a lepény histomorphológiájának vizsgálata”;

Sulyok Endre „Az újszülött hőszabályozásának direkt kalorimetriás vizsgálata”.

Transzplantációs munkálatokat előkészítő kutatás témakörben

Hernády Tibor, Martonffy Katalin „Veseátültetés kapcsán végzett izotópvizsgálatok diagnosztikai értéke”;

Kakuk György, Worum Imre, Lócsey Lajos, Kurta Gyula „Adatok a vesebetegek szervezett gondozásához és a haemodialysis-transzplantációs program klinikai vonatkozásaihoz”.

Tömegesen elterjedt betegségek epidemiológiájának kutatása témakörben

Szita József, Svidró Anna „Yersinia enterocolica fertőzések előfordulása Magyarországon 1969—1973-ig”;

Balázs Károly „Városi egészségügyi szolgálat tevékenysége a tömegesen elterjedt betegségek elleni küzdelemben. (Alkalmazott társadalomrostudományi kutatások Hajdúszoboszlón)”;

Streibel Vilma Hutás Imre, Strohmayer Klára, Csór Judit, Fábán Margit, Kecskés László, Kerülő József, Lakatos Tamara „Komplex lakosságjárás jelentősége a korszerű egészségvédelemben”.

Daganatok aethiopathogenesise és terapiája témakörben

Kiss Sándor „Egyszerű módszer vírus specifikus nukleinsav izolálására leukémiás szövetből”;

Simon László, Figus I. Albert, Bajtai Attila „Chronic Gastritis Following Resection of the Stomach”;

Figus I. Albert, Simon László „The Results of Screening for Gastric Cancer by a New Method”.

Genetikai kutatások témakörben

Schuler Dezső, Dobos Matild, Fekete György „A human chromosoma mutabilitás vizsgálata és jelentősége a rosszindulatú daganatok és leukémiák keletkezésében”.

A népesség fizikai erőnlétének fejlesztése és fenntartása a testkultúra eszközeivel témakörben

Farmosi István „15—21 éves férfiak és férfi sportolók antropometriai és motorikus vizsgálata”;

Zaránd László, Pótzyné Keresztesi Katalin „Az

általános és középiskolai tanulók fizikai erőnlétének fejlesztése és fenntartása a testnevelési tanterv atlétika mozgásanyagának felhasználásával”.

Az ember természeti környezetének védelme témakörben

Klincsek Pál „A DCM porszenyező hatásának vizsgálata Vác és környéke kultúrterületein. A porhullás mértékének tesztelése fás növényeken”;

Csongor Éva „Mérések a légkör radiokripton tartalmának növekedésére vonatkozóan”.

Elhalálozások

Bagossi László dr. (szül. 1924) körzeti orvos Kadar-kúton 1974. december 18-án;

Balogh Lajos dr. (szül. 1933) körzeti orvos Vésén 1974. december 4-én;

Berky József dr. (szül. 1938) a Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház szülész alorvosa 1974. október 14-én;

Blum Paula dr. (szül. 1891) nyugdíjas orvos Budapest 1974. december 29-én;

Boda István dr. (szül. 1902) nyugdíjas orvos Győrött 1974. október 11-én;

Dérer István dr. (szül. 1897) nyugdíjas körzeti orvos Bócsán 1974. augusztus 23-án;

Dörflinger János dr. (szül. 1890) nyugdíjas orvos, a Fővárosi XXII. ker. Rendelőintézet sebész szakorvosa 1974. november 16-án;

Erényi László dr. (szül. 1939) a tatal edzőtábor szakorvosa 1974. november 4-én;

Galambos József dr. (szül. 1891) nyugdíjas városi főorvos Balassagyarmaton 1974. decemberben;

Gidró László dr. (szül. 1903) nyugdíjas körzeti orvos Budapest 1974. december 27-én;

Gönczi Aladár dr. (szül. 1897) nyugdíjas orvos, a Fővárosi VIII. ker. Rendelőintézet gégeész szakorvosa 1974. november 22-én;

Hirschler Erzsébet dr. (szül. 1895) nyugdíjas orvos, a Fővárosi IX. ker. Rendelőintézet szemész főorvosa 1974. decemberben;

Hollóházy Lajos dr. (szül. 1911) nyugdíjas orvos, kórházi gégeész főorvos Kisvárdán 1974. december 21-én;

Horváth Kálmán dr. (szül. 1902) nyugdíjas orvos, rendelőintézeti reuma szakorvos Kaposváron 1974. október 29-én;

Huszár Endre dr. (szül. 1892) nyugdíjas orvos, a Fővárosi I. ker. Rendelőintézet reuma orvosa 1974. november 17-én;

Illényi Sándor dr. (szül. 1900) nyugdíjas orvos, a Fővárosi XVII. ker. Rendelőintézet fogász szakfőorvosa 1974. novemberben;

Jancsek István dr. (szül. 1899) nyugdíjas orvos, a Fővárosi IX. ker. Rendelőintézet gégeész szakorvosa 1974. december 7-én;

Kazár Margit dr. (szül. 1900) nyugdíjas iskola fogszakorvos Budapest 1974. december 22-én;

Kiss Ede dr. (szül. 1890) nyugdíjas orvos, a budapesti MÁV Kórház laboratóriumi szakorvosa 1974. decemberben;

Kolosy Béla dr. (szül. 1906) a Fővárosi XX. ker. Rendelőintézet sebész szakorvosa 1974. október 16-án;

Kosztelny János dr. (szül. 1898) nyugdíjas körzeti orvos Iszkaszentgyörgyön 1974. december 26-án;

Kovács Ferenc dr. (szül. 1890) nyug. egyet. tanár, a Fővárosi VII. ker. (Madách téri) Rendelőintézet nőgyógyász szakorvosa 1974. szeptember 1-én;

Lóránt Imre dr. (szül. 1909) nyugdíjas orvos, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Gyermecklinikájának docense 1974. november 2-án;

Magyary Markscheis Aranka dr. (szül. 1895) nyugdíjas orvos, a Fővárosi VII. ker. (Madách téri) Rendelőintézet sebész szakorvosa 1974. december 26-án;

Nádor Henrik dr. (szül. 1884) nyugdíjas orvos, a Fővárosi VI. ker. Rendelőintézet belgyógyász szakorvosa 1974. november 25-én;

Ohler Erzsébet dr. (szül. 1940) a szekszárdi Megyei Kórház laboratóriumi alorvosa 1974. augusztus 20-án;

Pétsch Guido dr. (szül. 1902) nyugdíjas orvos, a Fővárosi IX. ker. Tbc Gondozóintézet szakfőorvosa 1974. decemberben;

Rayda Frigyes dr. (szül. 1906) nyugdíjas orvos, a MUCSÓ sebész szakorvosa Budapesten 1974. november 14-én;

Siklósi György dr. (szül. 1900) nyugdíjas rendelőintézeti felülvizsgáló orvos Szolnokon 1974. október 16-án;

Steiger Kazal Dezső dr. (szül. 1889) nyugdíjas orvos, a Fővárosi VI. ker. Bőr és Nemigondozó szakorvosa 1974. december 5-én;

Szalay László dr. (szül. 1932) a Fővárosi XVII. ker. Rendelőintézet nőgyógyász szakorvosa 1974. október 14-én;

Szappanos Mihály dr. (szül. 1901) nyugdíjas orvos, a Fővárosi VI. ker. Rendelőintézet ortopédiai szakfőorvosa 1974. december 28-án;

Száva Lajos dr. (szül. 1915) a szegedi Megyei Rendelőintézet felülvizsgáló főorvosa 1974. augusztus 1-én;

Szilágyi Sándor dr. (szül. 1906) nyugdíjas körzeti orvos Törökszentmiklóson 1974. október 5-én;

Szűcs Ernő dr. (szül. 1929) a mátészalkai Járási Kórház laboratóriumi alorvosa 1974. november 14-én;

Tokaji Ida dr. (szül. 1940) a debreceni Megyei Kórház szemészeti osztályának alorvosa 1974. október 30-án;

Tóth János dr. (szül. 1900) nyugdíjas orvos, a Fővárosi XIX. ker. Rendelőintézet sebész szakfőorvosa 1974. október 16-án;

Tóth Mariann dr. (szül. 1945) a hódmezővásárhelyi KÖJÁL laboratóriumi orvosa 1974. október 8-án;

Treer István dr. (szül. 1892) nyugdíjas orvos, a Fővárosi XXI. ker. Rendelőintézet felülvizsgáló főorvosa 1974. november 14-én;

Tunyogi Csapó Miklós dr. (szül. 1900) nyugdíjas orvos, a zalaegerszegi Megyei Kórház elmeosztályának főorvosa 1974. október 23-án;

Ungár Borbála dr. (szül. 1940) a parádfürdői Állami Gyógyfürdőkórház belgyógyász főorvosa 1974. december 8-án és

Vincz András dr. (szül. 1892) nyugdíjas körzeti orvos Székesfehérvárott 1974. július 30-án elhunyt.

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, posztraumás arthritisek –, valamint myalgiaák esetében therapiás kiegészítésként.

ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (ízület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni.
A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: †† Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft

Biogal

PH
1173

Ami az Ön laboratóriumából sem hiányozhat:

SEROTROL—N

(klinikai laboratóriumi standard)

A SEROTROL—N liofilezett emberi szérumkeverék, melyben a komponensek mennyiségei a felnőtt ember szérumának normál értékhatárai közé esnek.

A SEROTROL—N referenciaként és kontrollként is használható. A készítmény az alábbi komponensekre nézve standard:

NÁTRIUM	KLORID	KREATININ
KÁLIUM	FOSZFOR (anorg.)	KARBAMID—N
KÁLCIUM	GLUCOSE	MARADÉK—N
VAS	HÜGYSAV	ÖSSZ—N

Összfehérje, valamint a fehérjefrakciók az összfehérje százalékában elektroforézissel: albumin, alfa₁-globulin, alfa₂-globulin, beta-globulin, gamma-globulin.

A SEROTROL—N használata a készülékek, reagensek és a laboratóriumi dolgozók munkájának az ellenőrzését egyszerűsíti és megbízhatóvá teszi.

CSOMAGOLÁS: 4 × 5 ml liofilezett szérum.

TÁROLÁS: 2 és 10 C-fok közötti hőmérsékleten korlátlan ideig tárolható.



Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet

2101 Gödöllő, Tácsics Mihály u. 82.

KÖZVETLEN A HUMAN INTÉZETTŐL SZEREZHETŐ BE!



A suicidium

Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Brooke, E. M.: Public Health Papers No. 58., 1—127.; WHO Geneva 1974.

Az öngyilkosság az ismertén gyakori halálokok egyike, s mint ilyen, komoly egészségügyi probléma. Az utóbbi 10 évben Európa, Észak-Amerika és Océánia számos országának 15—44 éves lakosságának körében az első 5 leggyakoribb halálók között szerepel. Természetesen az egyes országok között — s azokon belül is — az öngyilkosságok gyakorisága jelentős különbségeket, változásokat mutat a társadalmi, gazdasági, kulturális, vallási stb. tényezők függvényeként. A számbavétel azonban erősen befolyásolja az a tény is, hogy nagyon bonyolult annak megállapítása, vajon a halál valóban öngyilkossági cselekmény következménye-e vagy sem.

Elsősorban ennek a kérdésnek tisztázásához kívánt a WHO hozzájárulni, egy 5 kontinens összesen 24 országában elvégzett vizsgálat adataival. A vizsgálat a cselekmény minősítését súlyozta 3 fő szempont kiemelésével: a) kellő mértékű bizonyosság ahhoz, hogy a halál öngyilkosságnak legyen minősíthető; b) statisztikai célokra alkalmazott osztályozási módszerek nem-természetes halál esetén, ha annak oka bizonytalan vagy ismeretlen; c) a minősítés eldöntéséért felelős személyek képesítettsége.

A kérdőíves vizsgálat során kiderült, hogy a országok gyakorlata a 3 szempontot illetően sem egységes. Ez a jellemző hiányosság a halálnak öngyilkossággá minősítésénél, a minősítésért felelős személyeknél — képzettséget, gyakorlottságot, alkalmaztatási jellegét (fő- vagy részfoglalkozású) és ellenőrzöttséget is beleértve — egyaránt fennáll. Megfigyelték — a bizonyítottságra kidolgozott pontrendszer segítségével —, hogy ahol a minősítést orvosok végzik, ott magasabb az öngyilkosságok minősített halálók száma, mint ahol nem orvosok minősítenek. Az országok a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának vonatkozó tételeit nem értelmezik egységesen.

Az első és legfontosabb lépés volna az öngyilkosság standard meghatározása és a definíció egységes használata. Ez, s még jó néhány kérdés rendezése nélkül nem képzelhető el megbízható és összehasonlítható öngyilkossági statisztika. Utóbbi híján pedig a suicidiumra vonatkozó szociodemográfiai, epidemiológiai elgondolások jó része csak többé-kevésbé „hazard elmélet”-nek tekinthető.

Tudjuk azonban, hogy az öngyilkosság és annak kísérlete, nem kizárólagos reprezentánsai az auto-destruktív magatartás-formáknak. Kívülük fokozódó gondot jelent a gyakran „lassú öngyilkosság”-nak is nevezett alkohol és drog (kábitószer, gyógyszer) abususok: vagy akár az életveszély iránt közömbös, alkoholos befolyás alatt járművet vezetőket okozta közlekedési baleseti halálozás.

Hivatalos statisztikák szerint nyugtalanítóan magas (és sok országban növekszik!) az összes öngyilkosságokon belül a fiatalok részesedési aránya. A WHO 1969. évi adatai szerint például, nemek szerint bontva, a 100 000 lakosra eső öngyilkosságok száma a 15—24 éves korcsoportban, az első öt legmagasabb gyakoriságú országot (csökkenő sorrendben) alapul véve a következő:

Férfiak: 1. Magyarország: 28,9; 2. Csehszlovákia: 27,3; 3. Finnország: 22,1; 4. Ausztria: 18,3; 5. Német Szövetségi Köztársaság: 17,9.

Nők: 1. Csehszlovákia: 11,9; 2. Magyarország: 8,2; 3. Német Szövetségi Köztársaság: 6,9; 4. Finnország: 6,7; Ausztria: 6,3.

A fiatalok öngyilkossági-helyzetét és az ezzel kapcsolatos kérdéseket a WHO Európai Regionális Irodájának munkacsoportja, az 1974. október 1—4 között Zágrábban rendezett értekezleten vitatta meg. Az országok összehasonlított adatai egyértelműen megmutatták azt is, hogy egyrészt az öngyilkossági cselekmények egyre inkább érintik a gyermekkor (14 éves és ennél fiatalabbak); másrészt pedig, hogy a cselekmények — elsősorban a kísérletek — gyakoriságának emelkedési üteme igen gyors a serdülő és ifjúkorúaknál. A gyakorlat és a további kutatások szempontjából fontos elvi kérdéseket foglaltak meg:

1. Öngyilkossági kísérletet elkövetők ellátása szakkórházban vagy általános kórházban történjék?

2. Az ellátás egyes szakaszai külön szakszemélyzetet igényelnek, vagy minden ellátási szakasz (resuscitáció, pszichiatrai kezelés majd utókezelés) teendőit ugyanazon szakemberek végzik?

3. A rendőrség szerepe.

4. A kezelés és utókezelés terjedelme a közösségben.

5. Öngyilkossági szándék ok lehet-e pszichiatrai intézetbe utalásra, s ha igen, mikor? Más szóval: az öngyilkosságot megkísérelni akarók vagy azt megkísérelő — pszichiatrai beteget „csinálhatunk-e”?

6. A megelőző szolgálatok tevékenysége.

7. A különböző formájú szolgálatok tevékenységének értékelése.

Cselkó László dr.

Öngyilkosság-veszélyeztetettség és öngyilkosság-megelőzés. Achtté, K. A.: Münchener Medizinische Wochenschrift; 1975, 117, 189—192.

Számos vizsgálat bizonyítja, hogy az öngyilkosságot elhatározó egyén — még ha élni akarása erősen csökkent is —, a megmentésébe vetett reményének maradékával, orvoshoz fordul az „utolsó lépés” előtt. A később öngyilkossági cselekményt elkövetőknek általában fele, valamilyen indoklással felkeresi az orvost (az elkövetést megelőző egy hónapon belül 40—50%-uk; egy héten belül pedig 20—25%-uk); ezek bizonyított tények. Azt is tudjuk emellett, hogy minden öt depresszió közül négyet nem ilyennek kórisméznek. Ezek együttesen hűzák alá annak fontosságát, hogy már a gyakorló orvos is fel kellene ismerje az öngyilkosság-veszélyeztetett depressziós syndromát. A depressziós betegek öngyilkosság-veszélyeztetettsége felismerésének megkönnyítésére a különleges veszélyeztető faktorokról összeállítás (Pöldinger, 1968.) is készült:

A) **Öngyilkossági tematika és — utalások:**

1. Saját — korábbi — öngyilkossági kísérletek és — utalások.

2. Öngyilkosság előfordulása a családban és környezetben.

3. Direkt vagy indirekt fenyegetés öngyilkossággal.

4. Kijelentések a cselekmény konkrét elképzeléséről, végrehajtásáról vagy előkészítéséről.

5. Öngyilkosság-tematikát és nyugtalanságot követő „ijesztő nyugalom”.

6. Önelpusztítási-, lezuhanási, s katasztrófa-álmok.

B) **Különleges tünetek és tünetegyüttesek:**

1. Szorongó-izgatottság jelei.

2. Hosszantartó alvászavarok.

3. Indulati és agressziós feszültségek.

4. Depressziós fázisok, kevert állapotok kezdete vagy lezajlása.

5. Biológiai krízisek (pubertas, graviditas, puerperium, klimakterium).

6. Súlyos vétkesség és elégedetlenségi érzések.

7. Gyógyíthatatlan betegségek és betegségi rögeszmék.

8. Alkoholizmus és toxicomania.

C) **Környezeti viszonyok:**

1. A család széthullása gyermekkorban („broken home”).

2. Interperszonális kapcsolatok hiánya vagy elvesztése (elmagányosodás, talajtalanság, szerelmi csalódás).

3. Foglalkozásbeli és anyagi nehézségek.

4. Életpéld és feladatkor hiánya.

5. Vallási kötöttségek hiánya vagy elvesztése.

Öngyilkosságtól veszélyeztetett depressziósoknál feltétlenül indokolt az átgondolt, rendszeres és folyamatos kezelés, hiszen eléggé ismert, hogy az öngyilkosságra gondoló ilyen emberek többsége nem akar valóban meghalni. Katamnesztikus vizsgálatok (Minz, 1968)

azt mutatták, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövetettek közül a cselekmény utáni 2 év alatt csupán 2%-uk hajtott végre újabb cselekményt, s húsz év múlva e csoportból 5–20% halt meg öngyilkosság következtében.

Az adequat psychotherapiát gyógyszeres kezeléssel kell kiegészíteni (antidepresszívumok, neurolepticumok mindig egyidejű szedéssel). Történjék gondoskodás az előidéző okok megszüntetéséről.

Cselkó László dr.

Öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek a nagyvárosban. Böcker, F.: Samml. psychiatr. u. neurol. E. darst.; Thieme, Stuttgart, 1973, 1–95.

Kölnben az öngyilkossági cselekmények elkövetőit — néhány igen ritkán adódó különleges eset kivételével — évtizedek óta, közvetlenül az egyetemi Ideggyógyászati Klinikára szállítják be. Ez a gyakorlat lehetővé tette az 1950. I. 1. és 1967. XI. 30. között önmaga ellen fordult 8934 személy, ismétlések következtében 9553 cselekményének elemző feldolgozását számítógép segítségével.

A különböző megoszlásokat az I. részben találjuk. A nemek szerinti megoszlás arányai öngyilkosságoknál férfiak és nők között kerekén 2:1, míg öngyilkossági kísérleteknél 1:2. Korcsoportonként nézve, az összes cselekmények értékei legmagasabbak a 16–25 évesek csoportjában, észrevehető női túlsúllyal. A következő korcsoporttól kezdve a cselekmény-gyakorítás nagyjából egyenletesen csökken, s csak a 75 éves és ennél idősebbeknél emelkedik ismét úgy, hogy a két cselekményféleség aránya egymáshoz közelebb került a nőknél, a férfiaknál pedig megfordult. *Családi állapot* tekintetében az értékek kiemelkedően magasak az elváltaknál és különváltan élőknel, akik mögött alig valamivel maradtak el az özvegyek. *Foglalkozás* szerinti megoszlás férfiaknál a fizikai dolgozók, nőknél háztartásbeliek és alkalmazottak körében mutat csúcserőket. Az elkövetés *módja* nagyjából ismert képet ad. Öngyilkosságokat a férfiak többsége aktív, brutálisabb módon, főleg önakasztással, míg a nők sokkal inkább passzívan, elsősorban mérgezéssel követik el; öngyilkossági kísérletekben mindkét nem a mérgezést preferálja (döntő többségben altatószerekkel). Kiváltó okok között a két nem összes cselekményeiben a vizályok állnak az első helyen (az okok 44,7%-a), míg a második gyakorisági helyet az anyagi-exisztenciális problémák foglalják el. A betegségek szerepe a vártnál csekélyebb jelentőségű (psychiatriai anamnesissel kb. ¼ rendelkezik); alkohol a cselekmények mintegy ¼ részében játszott szerepet. *Vallás* szerint az elkövetőknek több mint 50%-át római katolikus, őket az evangélikusok kö-

vetik. A cselekményt *ismétlők* csoportjában az ismétlés bekövetkezésének időpontjai: 1 héten belül 3,6%; 1 hónapon belül 4,2%; 3 hónapon belül 9,5%; 6 hónapon belül 11,0%; 1 éven belül 13,5%; 2 éven belül 20,8%, 5 éven belül 22,5%; 10 éven belül 12,1%; 10 éven túl 2,8%; a nők rövidebb időn belül és gyakrabban ismételnék.

A II. részben az összefüggés-vizsgálatok statisztikai elemzése szerepelnek többdimenziós táblákon. A nagyszámú érdekes felvetés közül is kimelekednek a vizályok, az elembebetegségek és a szenvedélybetegségek rendkívül sokoldalú összefüggés-analízisei.

Befejezésként a suicidium-megelőzés kritikai értékelése kerül ismertetésre. Ezen belül célszerűnek tűnik a profilaktikus intézményi hálózat jövőbeni kiépítése, egyrészt a cselekményt már elkövetett egyének sürgős, intenzív ellátására; másrészt a veszélyeztetettek kiszűrésére és helyes irányba terelésére.

Cselkó László dr.

Öngyilkosságok a nagyvárosban. Walter, T., Marcinkowski, I., Marcinkowski, T.: *Zdrowie Publiczne*; 1974, 11, 955–962.

Az öngyilkosság nem lehet csak orvosok, pszichológusok, szociológusok érdeklődésének tárgya; egyre nagyobb figyelmet fordít rá az Egészségügyi Világszervezet is. Jelentőségére való tekintettel 1972-ben Lublinban kerekasztal-konferenciát rendeztek a kérdés társadalom-orvostani vonatkozásairól.

Egy meghatározott populáció körében az öngyilkossági arányszámok korántsem tekinthetők állandóknak vagy alig változóknak; ezt a jelen vizsgálat eredményei is bizonyítják. A vizsgálat egy nagyváros — Poznan — halálos kimenetelű öngyilkossági eseteit dolgozta fel; összehasonlítva az 1962–1963-as évek és az 1971–1972-es évek adatait (2 éves átlagokban).

Tíz év elteltével a cselekmények arányszáma 14,0-ról 13,0 százezre lére csökkent; nyugtalanítóan emelkedett viszont a fiatal (10–19 éves) korcsoport és főleg a nők részesedési aránya.

Az *elkövetési módok* között nem változott az első helyen álló önakasztások magas gyakorisága; e tekintetben a második helyet a világitógáz mérgezések foglalják el, melyek gyakorisága azonban jelentősen emelkedett. Kisebbségi gyakorisággal a harmadik és negyedik helyen a mélybeugrásokat és az egyéb mérgezéseket találjuk; mindkét elkövetési mód nyílt csökkenést mutat. Az ezután következő önsértések, önlövéses és elgázoltatások eléggé alacsony gyakorisága nem változott, s végül igen jelentősen csökkentek a vízbeugrások.

Szezonális tekintetében a februári, júniusi, júliusi csúcserőkeket átvetődtek március, május és november hónapokra; a napi csúcok

részben változtak, a csütörtöki kiugrás megmaradt, de vasárnap helyére a hétfő került.

A valószínű kiváltó okok között lényegesen nem változott a pszichikai zavarok (az összes esetnek közel ¼-ét adják) és a szerelmi csalódások gyakorisága; észrevehetően csökkent a szomatikus betegségek, az alkoholizmus és a felelősségrevonástól való félelem; jelentősen emelkedett a különböző vizályok és sikerélmények hiányának aránya. Ugyancsak emelkedést mutat a nem tisztázható okú cselekmények arányszáma is.

A részletes elemzések során kiderült, hogy a cselekmény hátterében álló alkohol, akár — és főleg — mint idült szenvedélybetegség, akár mint esetleges heveny részség, megkönnyíti az emberek önmaguk ellen fordulását.

Cselkó László dr.

Psychotikus öngyilkossági cselekmények. Berner, P., Sonneck, G.: *Münchener Medizinische Wochenschrift*; 1975, 117, 193–196.

A psychosisoknak (akár endogen, akár exogen) az öngyilkossági cselekményekbeni részesedésére vonatkozó irodalmi adatok meglehetősen eltérők. Ennek okai eléggé sokfélék; egyrészt adódnak a körismérés problémáiból, s különösen abból, hogy a sikeres öngyilkosságok elkövetői túlnyomó többségben nem estek át psychiatriai vizsgálaton a cselekmény előtt (náluk tehát a diagnózis alapja többnyire csak az ún. „psychologiai autopsia” lehet). Becslések szerint az endogen psychosisok részesedése az öngyilkosságokban mintegy egyharmadnyi, az öngyilkossági kísérletekben 15% körüli; s az exogen psychosisokénál is magasabb az arány, az összlakosságéhoz viszonyítva. Ha az átlaglakosságban az öngyilkossági részarány 0,02%, s az öngyilkossági kísérleteké 0,4% (ez 20-szoros tapasztalati aránynak felel meg, de erre vonatkozóan igen széles ingadozásokat mutatnak az irodalom adatai), akkor az endogen psychosisoknál az öngyilkosság-kockázat mintegy 30-szorosan nagyobb.

Az endogen psychosisok közül elsősorban az endogen depressziók és a schizoprenia jelentenek rizikót; exogen psychosisok közül pedig leginkább a cerebrális érlemezéses és az epilepsia (természetesen egyebek között).

A tipikus, mély endogen depresszióban (melancholia) ugyan sokszor igen erős a halál kívánása („legszívesebben meghalnék”, „engem meg kellene ölni”), de a kifejezett gátlások következtében a cselekmény mégsem realizálódik. Sokkal veszélyesebbek a könnyebb endogen depressziók; az öngyilkosságveszély ilyenkor a depressziós fázis kezdetén és végén a legnagyobb. A schizoprenia suicidium-rizikóját hosszú ideig kissé alábecsülték. Bár a schizopreniások öngyilkosság-gyakorisága nem éri el az en-

dogen depressziók 3–10% közötti gyakoriságát, a schizopreniások mintegy 2%-os gyakorisága is tetemes számnak tűnik. Az exogen psychosisos körében sok öngyilkossági cselekmény indítékát időskori, organikus leépülési folyamatok adják.

Az alkohol ezen betegség-körökben (de az egyéb öngyilkossági cselekményekben is) jelentős szerepet játszhat. A könnyebb endogen depressziós betegek gyakran hajlanak afelé, hogy gátlásaikat alkoholfogyasztással csökkenték, s így „egyentetik az utat az öngyilkosság felé”. Az exogen depressziók között különösen veszélyeztetettek az alkohol- vagy kábítószer-psychosiban szenvedő betegek. Az alkohol igen komoly „ellenfél”, hiszen a bécsi Ideg-Elmeklinika anyagának elemzése azt mutatta, hogy az öngyilkossági cselekmények 70 (hetven!) százalékában, valamilyen szerepet játszott az alkohol.

Cselkó László dr.

Öngyilkossági cselekmények és szenvedélybetegségek. Feurlein, W.: Münchener Medizinische Wochenschrift; 1975, 117, 197–200.

Statisztikailag bizonyított, hogy szenvedélybeteg körében az öngyilkossági cselekmények gyakorisága — az összlakossághoz viszonyítva — lényegesen magasabb; ez a megfigyelés különösen az alkoholistákra érvényes. Egyes vizsgálatok szerint (Rushing, 1968) alkoholistáknál az öngyilkossági kísérletek aránya 13% és 46% között mozog; becslések szerint az alkoholisták 7–21%-a öngyilkossággal végzi életét. Más statisztikák (Wieser) azt mutatják, hogy az öngyilkossági cselekmények gyakorisága krónikus alkoholistáknál 12–75-szöröse az összlakosságénak. Alkoholisták esetében, májcirrhosis után az öngyilkosság a második leggyakoribb halál. Igen magas azonban az öngyilkosságok részaránya szenvedélybetegeknél. Összehasonlító vizsgálatok (Battagay, 1965.) adataiból kiderült, hogy az alkoholisták 21%-a, míg a toxicomaniások 50%-a követett el öngyilkossági cselekményt; utóbbi csoportban a cselekmények ismétlése is gyakoribb, s családjaik öngyilkossági cselekményekkel való „teltsége” nagyobb, mint az alkoholistáknál. A vonatkozó irodalom sajnos, viszonylag gyéresebb, talán azért is, mert gyakran igen nehéz elkülöníteni a toxikus drogok túladagolásának véletlenségét vagy szándékosságát.

Statisztikai korrelációk, az öngyilkosok és a szenvedélybetegek két csoportja közötti összefüggésekre utalnak. Ezekről számos hipotézis keletkezett, melyekből az alábbiak szűrhetők le (Rushing):

1. A szenvedélybetegség a saját specifikus problematikájával vezet öngyilkossági cselekményekhez (ellevetésként felhozható viszont, hogy nem minden szenvedélybeteg követ el öngyilkossági cselekményt).

2. A szenvedélybetegség és az öngyilkossági cselekmény okai lehetnek: közös alapul szolgáló tényezők (mint például szociális izolálódás, vagy ennek fordítottja a szociális kényszerintegrálódás); vagy továbbá abnormis személyiségjegyek; vagy végül a civilizáció következményei (urbanizáció, stb.).

A szerzők többsége a 2. ponttal azonosítja magát. Van, aki szerint (Menninger, 1938) a szenvedélybetegség — különösen az alkoholizmus — nem más, mint protrahált öngyilkosság. Mindkétben rendkívül erősek az autoagressív tendenciák; közös vonásuk, hogy mindkétben kimutatható a praesuicidális syndromával kapcsolat (Ringel). Ezt három faktor jellemzi: 1. menekülés az irrealitásba, 2. emocionális beszűkülés, 3. az agresszió önmaga ellen fordulása.

Azokat az öngyilkossági cselekményeket, melyek szenvedélybetegséget okozó szerekekkel (alkohol, drogok stb.) állanak összefüggésben, klinikailag a következő csoportba sorolhatjuk: a) Öngyilkossági cselekmények, melyeket a szenvedélybetegek az alkohol vagy kábítószer akut hatása alatt követtek el; b) Öngyilkossági cselekmények, melyek elkövetése idején a szenvedélybetegek nem állottak alkohol vagy kábítószer befolyása alatt; c) Öngyilkossági cselekmények, amelyeket nem-szenvedélybetegek alkohol vagy kábítószer akut befolyása alatt követtek el.

Kétségtelen, hogy az alkoholizmus ez idő szerint a legsúlyosabb járulékos öngyilkossági rizikófaktor; különösen fokozódik az öngyilkossági hajlam, ha az alkoholizmus már kezdeti stádiumában psychosociális vagy szocioökonomiai konfliktusokkal szövődik. Ilyen esetben különösen fontos a gyors és minél intenzívebb orvosi, pszichológiai és szociálpedagógiai kezelés.

Cselkó László dr.

Idős emberek öngyilkossági cselekményei. Böcker, F.: Münchener Medizinische Wochenschrift. 1975, 175, 201–204.

Az életkor emelkedéssel együtt növekszik a „suicidium-frequentia” is. Az öregek öngyilkossági cselekményeit azonban több okból is érdemes mintegy elkülönítetten kezelni, elsősorban az értékelés, a gyakoriság, a komolyság (elhatározottság), azután a végrehajtás és a terápia szempontjából.

A közvélemény is másként ítéli meg az öregek öngyilkosságait, mint az öngyilkosságokat általában. A fiatalok jó része az öregséget kizárólagosan csak az „élet végének” tekinti; ezért az idős emberek suicidiumait érthetőnek, sőt ésszerűnek tartják. Igen sokan egyetértenek azzal, ha az idős egyén, a szép és tartalmas élete végén, önkéntes halállal kívánja például a kínos, hosszadalmas betegeskedést elkerülni. Egyesek az előbbi nézeteket,

az öngyilkosság-megelőzés ellenérveiként hozzák fel; sőt az euthanasia körül ismét felmerült viták számos argumentuma is ilyen szemléletből ered.

Az időskorúak öngyilkossági cselekményeivel szembeni megértőbb álláspontot maguk az öregek is gyakran képviselik; vizsgálati adatok szerint, konfliktusoknak öngyilkossággal történő megoldását igen sok öreg helyesnek tartja. A meghalás valószínűsége az emberekhez közelebb kerül az életkor előrehaladtával, s ijesztségéből is általában veszít; megszűnik fenyegető jellege, sőt nem kevesen a megbékélést és nyugalmat látják benne. Kétségtelen, hogy az emberélet az öregeccsel egyre nehezedik; különösen az iparilag fejlett országokban magas az idős egyének öngyilkossági gyakorisága. A Német Szövetségi Köztársaságban a 65 évnél idősebb férfiak halálos végű öngyilkosságainak száma több mint kétszerese az összes férfi öngyilkosságoknak; de nőknél is jelentősen emelkedik a korral párhuzamosan a részarány. Idős emberekkel viszont erősen csökken az öngyilkossági kísérletek gyakorisága; fiataloknál (25 éves koron alul) kerekén 20 kísérletre esik egy halálos végű cselekmény; öregeknél (65 éven felül) pedig minden egy kísérletre jut 2 „sikeres” öngyilkosság. Nem vitás tehát, hogy az idős ember nem játszik könnyelműen az életével. Tapasztalatok mutatják, hogy az életet feladni akaró öregek hosszabb ideig foglalkoznak a szándékkal, a cselekmény változataival; nem annyira féltéken, hanem fokozódó kétségbeeséssel mérlegelnek, s ha végül elhatározták az öngyilkosságot, akkor azt igyekeznek kemény következetességgel végrehajtani. Idős embereknek az öngyilkossági szándékkal kapcsolatba hozható bármilyen közlés akut életveszélyre utal!

Öregeknél az öngyilkossági cselekmények — a fiatalokénál sokkal inkább — multifaktoriális eredetűek; rendszerint egyidejűleg megtalálni a somatikus, pszichikai és szociális tényezőket az elhatározás háttérében. Különösen jelentős a somatogen pszichikai zavarok. A produktív psychotikus tünetek általában hiányoznak; inkább lelassul a testi és szellemi életritmus, azután a kezdeményezés is. Az idősök egyébként is gyakori konfliktushelyzetek közül, a gyermekekkel való viszályok, nézeteltérések viszonylag gyakrabban vezetnek öngyilkossághoz; hasonlóképpen az elhagyatottság és a szociális gondok is.

Tapasztalatok szerint, a jól megválasztott, következetes gyógyszeres kezelés, s az azt komplettáló psychotherápia — az egyéb konkrét problémák rendezése mellett — az esetek nagy részében eredményesnek bizonyul.

Cselkó László dr.



Öngyilkosság megelőzés a lelki telefonsegély szolgálatban. Balaszkeskul, E. N.: Münchener Medizinische Wochenschrift. 1975, 117, 205—208.

A „Lelki Telefonsegély” név a Német Szövetségi Köztársaságban az 50-es évek végén keletkezett, amikor ezeket lelkészek vezették és egyházak vagy egyházi szervezetek tartották fenn. Viszont Nyugat-Berlinben már 1956-ban megindult az első ilyen szolgálat, minden egyházi kötöttségtől, befolyástól mentesen, engedélyezett egyesületként. A világi szolgálat — félreértések elkerülése végett — a „Konfliktus Tanácsadás — Öngyilkosság megelőzés” alcímet használja, s tagja a lelki telefonsegély szolgálatok nemzetközi szervezetének (International Federation of Telephonic Emergency Services; Geneva).

A szolgálatok közös jellemzői: „non-stop”, 24 óras elérhetőség; a munkatársak alkalmazása többségben „tisztelőbeli”; a tanácsadás és gondozás díjtalan; a megkereső anonymitása biztosított; s a szolgálat a legcsekélyebb vallási, politikai, ideológiai nyomást sem gyakorolhat (sem a megkeresőre, sem a munkatársaira). A nyugat-berlini szolgálat bejegyzett, világi egyesületként működik; adományokból és tagdíjakból tartja fenn magát; a mintegy 60 főnyi munkatársból álló kollektíva 95%-a önkéntes, munkájukat ellenszolgáltatás nélkül végzik. A munkában részt vesznek orvosok, pszichológusok, szociológusok, szociális szakemberek, pedagógusok, jogászok, evangélikus és katolikus lelkészek, háziasszonyok, valamint pszichológiát és teológiát tanuló egyetemistákat. A munkatársak 6 hónapos próbaidő és kiképzés után kerülnek véglegesként a szolgálatba. A próbaidő alatt meggyőződnek alkalmasságáról s közben alapos kiképzést kapnak (Rogers—Tausch módszerrel). A véglegesített munkatársak minden hét végén megbeszéléseken és szemináriumokon képezik magukat tovább. A magas nyugat-berlini öngyilkosság-gyakoriság (40 százalék) miatt a szolgálat túlnyomó többségében öngyilkos-problémákkal foglalkozik. Munkatársai a veszélyeztetett embereket a három stádiumnak (prae-, akut-, postszucidális szituáció) megfelelően igyekeznek „megfogni”, s őket egyénileg követve gondozni.

Kétségtelen, hogy az ilyen szolgálatok működésének eredményességét nehéz indikálni, de tevékenységük nagy bizonyossággal előnyös-ként értékelhető. Angliában és Walesben az utolsó évtizedben, a szolgálatok működése nyomán például az öngyilkosságok száma tartósan 200 körülire süllyedt, s az arányszám 11-ről 8 századra csökkent. Az NSZK-ban ilyen vizsgálatainak még eddig nem mutatkozik; viszont Nyugat-Berlinben az öngyilkosságok száma lassan, de állandóan csökken (1970-ben 917, 1973-ban 786); s ebben

minden bizonnyal a szolgálatnak is része van).

[Ref.: A Münchener Medizinische Wochenschrift szerkesztősége a folyóirat 1975. évi 6. számában — hasznos és jó meglátással jelentős terjedelmű helyet biztosított az öngyilkossági cselekmények aktuális kérdéseivel foglalkozó olyan változtatott közleményszövegeknek, melyből a gyakorló orvosok is értékes információkat meríthetnek. A téma további részletei iránt érdeklődők figyelmébe ajánlok még a sorozatból egy itt nem referált közleményt (Stolze, 183. o.) és nem utolsósorban a sorozatot bevezető előszót (Hippius és Baum, 181. o.) is.]

Cselkó László dr.

Intenzív betegellátás

8 éve működő őrzőrézleg egy 440 ágyas kórházban. G. di Giacomo, H. Thiler, H. Müller (St.—Johann—Nepomuk—Krankenhaus Erfurt): Zbl. Chir. 1974, 99, 239.

Közepes nagyságú kórház őrzőrézlegéről (Wachstation) tájékoztatnak. Kíváncsún lenne, hogy minden kórház rendelkezze hasonló egységgel. Létesítéséért a kórház minden orvosa, különösen pedig az anaesthesiológusok érezzenek felelősséget.

Kórházuk 440 ágya az alábbiak szerint oszlik meg: 176 sebészeti, 25 urológiai, 25 orr-fül-gégegyógyászati és 207 belgyógyászati. A kórház 1964-ben egy anaesthesiológust alkalmazott, akinek a feladata az anaesthesiológiai és egy sebészeti őrzőrézleg megszervezése volt. Ehhez két szoba állt rendelkezésre, hét ágygal. Az orvosi ellátás ez idő tájt az anaesthesiológus feladata volt, akit a sebészeti részleg egyik munkatársa támogatott. A sebészeti szakorvosképzés keretén belül minden orvos meghatározott időt töltött az anaesthesiológiai részlegben és a narkózisok végzésén túl a reanimáció és intenzív terápia problémáiban is jártasságra tett szert. Ez a rendszer a sebészek fokozódó megértését eredményezte, és a két szakma mindennapos zavartalan együttműködésének egyik alapjává vált. A jelenlegi őrzőrézleg 1969/70-ben létesült. Három — részben üveges fallal elválasztott kórteremben összesen hét ágy van. A nővérfigyelőből az összes beteg szemmel tartható. Az egy ágyra jutó terület az irodalom által szükségesnek ítélt 20 m²-től kifejezetten elmarad.

Berendezés: Minden ágy gördíthető, rajta állítható infúziós állvány található. Minden ágy felett falipolc, vérnyomásmérő, állítható infúziótartó, aerosolkészülék, központi szívó, oxygen és sűrített levegő csatlakozó nyert elhelyezést. A betegellenőrző rendszer kombinált; centrális és decentralizált. (Három hordozható ágymentelti készülék: EKG, pulsusfrekvencia, hőmérséklet és légzési frekvencia megfigyelésére, illetve mérésére.)

Therapiás készülékek: Gördíthető reanimációs kocsin defibrillátor és pacemaker, Ambu ballon, szívó, intubációs felszerelés, EKG direktíró, EKG-scop. Gépi lélegeztetést Dräger Spiromat-al, vagy Poliomat-tal végeznek. A lélegeztetési napok száma: 5—6 nap/év.

Személyzet: A betegek ellátását jelenleg öt anaesthesiológus végzi, közülük három szakorvos. Állandó készenléti szolgálatot szerveztek. Az anaesthesiológusok feladatát kiegészíti három műtő, az ambulancia, a röntgen részleg anaesthesiológiai teendőinek ellátása. Évente mintegy 4500 anaesthesiát végeznek, ebből 1000 local anaesthesia. Az őrzőrézleg orvosi vizitjén a beteget áthelyező osztály szakorvosa is mindig részt vesz. A nővérek száma alacsony. Nyolcórás váltásokban öt végzett és egy tanulónővér teljesít szolgálatot. Négy nővér intenzív therapiás szakképzésben részesült.

Beteganyag: 1964 és 1972 között 3352 beteget kezeltek az őrzőrézlegen. Az ápolási idő két óra és egy esetben 32 nap között változott, átlagban 7—9 nap. Mortalitás 2,2—6,6% között. A betegek több mint 50%-a 60 éven felüli. A részlegen ápolott betegek zöme általános sebészeti műtéten esett át. A belgyógyászati betegek aránya 6%. Más osztályok képviselőivel történő állandó konzultációk az őrzőrézlegen jó kollegiális együttműködés és kölcsönös bizalom légkörét teremtették meg, melynek kialakítására hagyományos szervezés mellett ilyen mérvű lehetőség nem nyílik.

Grósz József dr.

Energia-dozírozás embernél végzett transthoracalis kamrai defibrillációban. W. A. Tacker és mtsai (Dept. of Physiology, Baylor College of Medicine, Houston, USA.): The New England Journal of Medicine, 1974, 290, 214.

A defibrillációs shock energia-dózisát meghatározó közlemény nem jelent meg. A szerzők kísérleteikben különböző súlyú állatokon meghatározták az elektromos defibrilláció küszöbdózisát a testsúlynak megfelelően. A Baylor College és a Mayo Klinika gyermek és felnőtt defibrillált beteganyagának adatait (testsúly, EKG-dokumentáció, a felhasznált energia Watt-sec-ban, a shock eredménye, a fibrilláció tartama a shock-kezelés kezdetéig) elemezték. A defibrillátorokat ellenőrizve meghatározták a készülékek valóságos energia kibocsátását a névlegeshez képest és a korrigált értékeket jegyezték fel a klinikai adatlapra.

111 betegen (3,2—126 kg testsúly) 381 shock adatait dolgozták fel. Az állatkísérletekhez hasonlóan matematikai összefüggést állítottak fel a testsúly és a defibrillációs küszöbenergia közt, és ezt koordinatarendszerben ábrázolták az $U = 1,88 W$ egyenlet alapján, ahol $U =$ ener-

Robolact

gyógytápszer

500g

A ROBOLACT a koraszülöttek, illetve a 3 kilogrammnál kisebb testsúlyú, egykét élethónapos csecsemők mesterséges, illetve kevert táplálására alkalmas tejporkészítmény.

Használható átmeneti táplálékként dyspepsia, illetve enteritis diétás kezelésére is.

Nagy fehérje- (100 ml tápszeroldatban 2,60 g) és csekély zsírtartalma a koraszülöttek sajátos tápanyagszükségletének felel meg. Kalóriaértéke 63,9/100 ml.

Társadalombiztosítás terhére történő rendelhetősége tekintetében a gyógytápszerekre vonatkozó általános rendelkezések az irányadók.

ÁRA: 30,50 FT

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR
BUDAPEST**



**E
G
Y
T**

Linolac[®] gyógytápszer

500g

A LINOLAC humanizált tejporkészítmény, vagyis a kazein és a tejsavófehérje aránya is ugyanolyan, mint az anyatejé.

Az anyatej összetételével lényegileg megegyező szénhidrát-, zsír- és ásványianyag-tartalma mellett vasat és némi D₂-vitamint (100 ml tápszeroldatban 52 NE-t) is tartalmaz.

Indikációja azonos a ROBÉBI „A” tápszerével.

Társadalombiztosítás terhére 6 hónapos korig szabadon rendelhető.

ÁRA: 38,60 FT

LIDANO (Dánia, Kalundborg) licenc

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR
BUDAPEST**



gia Watt-sec.-ban, $W = \text{testsúly kg} \cdot \text{correlációs coefficiens} = 0,988$.

Megállapították, hogy az általában használatos 300 Watt-sec. maximális energia kibocsátású defibrillátorokkal az 50 kg-on felüli súlyú betegek 35%-át nem lehet sikeresen defibrillálni. Javasolják nagyobb teljesítményű defibrillátorok gyártását. Felhívják a figyelmet a testsúlynak megfelelő küszöbenergia meghatározásának fontosságára, mely lehetőséget ad az optimális energiadózis megválasztására és más befolyásoló tényezők (cardialis állapot, gyógyszeres megelőző kezelés) hatásának kvantitatív vizsgálati alapját is képezheti.

Pajzs Zsuzsanna dr.

Szív- és keringési betegségek

Otthon vagy kórházban kezeljük a szívinfarctusos beteget? Colling, A. (Stockton-on-Tees, Teeside): British Medical Journal 1974, 1, 559—563.

Az akut myocardium infarctus okozta halálesetek mintegy fele 2 órán belül következnek be. A cikk szerzője, egy vidéki gyakorló orvos, ebből kiindulva különböző elbírálást javasol az infarctus kialakulását követő 2 órán belül és azon túl észlelt betegek vonatkozásán.

Az első csoport rendkívül sürgős ellátásra szorul. Bár a gyakorló orvosnak nincs defibrillátora, de az orvos jelenléte, a fájdalomcsillapítás, az arhythmia kezelése a beteg hasznára van. Az infarctusos betegek kb. 14%-ában várható kamrai fibrillatio, a külső szívmasszage-on kívül otthon mást nem lehet tenni. Egyéb arhythmiaik gyógyszeres kezelésére megvan a lehetőség.

Ha az orvost a tünetek kezdetétől számított 2 órán belül kihívják, a beteg mellett kell maradnia legalább az első 2 óra leteltéig. A portabilis EKG végig a betegre kapcsolva marad, és az első felvétel után is időnként felvétel készül, ha a tü mozgásából vagy hangjából rhythmuszavarra lehet gondolni. Enzim-meghatározás céljából vérvétel történhet. Infarctus esetén is otthon maradhat a beteg, ha van, aki ápolja, ha a fájdalom megszűnt, és stabil sinus rhythmus észlelhető. „Kisfokú” shock vagy keringési elégtelenség sem feltétlenül ok a kórházba szállításra.

A 2 óra elteltével vizsgálatra kerülő betegeket csak akkor küldi kórházba, ha szociális problémák vannak, vagy ha A-V blockot, instabil rhythmust, ill. hangos zörejt észlel.

Fel kell tételezni, hogy a gyakorló orvos ismeri az EKG és a legfontosabb antiarhythmiaik szerek használatát. — Friss infarctus okozta halálesetek otthon és kórházban egyaránt előfordulhatnak, és a tapasztalatlan orvos, ha otthon kezelte betegét elveszti, hajlamos

arra gondolni, hogy a kórházban talán megmenthették volna. Ugyanakkor az infarctusos beteg szállításának is van kockázata. Fontos szempont, hogy milyen messze van coronary care unit, van-e speciális mentőszolgálat, és milyen a legközelebbi coronary care unit felszereltsége.

A közleményt therapiás útmutató és néhány esetismertetés illusztrálja.

(Ref.: Hazai vonatkozásban az **acut szívinfarctus gyanús betegeket a lehető legrövidebb időn belül kórházba kell utalni.**)

Bajkay Gábor dr.

Prognosis az első myocardialis infarctus után. Thygesen K. és mtsai (Dept. of Med. „B”, Univ. Hosp. of Odense, Denmark): Acta med. scand., 1974, 195, 253—259.

Két év alatt az odensei egyetemi kórház coronaria-örzöjébe 404 infarctusos beteget vittek fel az attaktól számított 24 órán belül. A 305 férfiból és 99 nőből álló beteganyagot az **infarctus localisatioja** és az **ST elevatio nagysága** alapján csoportosították, 126 betegnek anterior, 91-nek inferior, 56 betegnek többszörös infarctusa volt, 69-nek bizonytalan volt a localisatioja. 62 beteg a beszállítástól számított 4 héten belül meghalt, a többi prognosist figyelték 2—3 évvel a kórházból való távozás után. A major ST elevatiót mutató csoportba 127 beteg tartozott, az ún. minor elevatiós csoportba 146. A későbbi prognosist szempontjából az ST elevatio időtartamát is figyelembe vették (2 hétnél rövidebb, ill. hosszabb ideig tartó).

A túlélést illetően a kórházi elbocsátást megért 342 beteget hasonló korú és nemű átlagos dán populációval hasonlították össze. Az összehasonlítást szerint az infarctuson átesettek 2—3 éves túlélési prognosisa lényegesen rosszabb, mint az átlagos populációé. A szerzők 3 következtetést tudtak a megfigyelési időben levonni az infarctusos beteganyagban. Először azt találták, hogy az **életkorral** és annak emelkedésével **romlik a túlélési arány**. Másodszer azt találták, hogy a **nők életkilátásai rosszabbak, mint a férfiaké**, bár az infarctus időpontjában életkoruk is magasabb volt a férfiakénál. 91 beteg volt 70 évnél idősebb (54 férfi és 37 nő), közülük 13 férfi és 21 nő halt meg a 2—3 éves észlelési periódusban, a sectio többségében cardialis okot talált. Harmadik következtetésük az volt, hogy az **ST elevatio és a prognosist között összefüggés nem mutatható ki**.

A szerzők túlélési aránya nagyjából megegyezik hasonló szempontok szerint átnézett beteganyaggal, a túlélés 1 hónappal a kórházi elbocsátás után 85%, 3 hónap múlva 82%, fél év múlva 77%, 1 év múlva 73%, 2 év múlva 66% és az észlelési periódus végén, 3 év múlva 60%. Mivel az ST elevatio és a prognosist

között határozott összefüggést nem találtak, a szerzők úgy vélik, hogy az EKG-val regisztrálható arhythmiaik kivételével egyéb segítséget az EKG nem nyújt a hosszabb távú prognosist megítélésére.

Iványi János dr.

Kávéfogyasztás acut szívinfarctus előtt. L. Klatsky, G. D. Friedman, A. B. Siegelab (Dept. of Med. Kaiser Permanente Medical Center, Oakland, Calif.): JAMA, 1973, 226, 540—543.

A szerzők vizsgálat tárgyává tették az acut myocardialis infarctus és az előzetes kávéfogyasztás közötti összefüggést. 1964 és 1970 között 464 egyénnel végeztek multifázisú vizsgálatokat. A kibocsátott kérdőíveken egyetlen kérdés vonatkozott a kávéfogyasztásra: az elmúlt év alatt fogyasztott-e ön rendszeresen napi 6 csésze kávénál többet? Valamennyi egyén szívizom infarctuson esett át. A 464 beteg pozitív, vagy negatív választást összehasonlították a két kontroll csoporttal („egyszerű” és „risk” kontroll csoport). Az adatokat computerrel dolgozták fel. A feldolgozásnál számításba vették a lakosság általános kávéfogyasztását is a vizsgálati időszak alatt.

Megállapították, hogy a kávéfogyasztásra vonatkozó pozitív válaszok a vizsgált egyének és a kontroll csoportok között nem mutattak szignifikáns különbséget, kivéve az 55—64 év közötti nők alcsoportját. Kimutatták, hogy általában a vizsgált egyének között a 6 csészenél nagyobb kávéfogyasztás 20% körül mozog: a nőknél 19,5%, a férfiaknál 21%. A kávéfogyasztás a 30—59 év közötti a legnagyobb. 60 év felett a kávéfogyasztás meredeken csökken. Megállapították, továbbá, hogy a kávéfogyasztás és a dohányzás között szoros correlatio áll fenn. A nemdohányzó férfiak közül csak 9,7% fogyaszt 6 csészenél több kávé, míg a dohányzók közül 33,8%. A szerzők más hasonló tárgyú vizsgálatok kritikai elemzését is közlik. Véleményük szerint a kávéfogyasztás nem sorolható a szívizom infarctus risk factorai közé.

Romoda Tibor dr.

Chronikus arteriális elzáródások percutan recanalisatioja új dilatációs katéterrel. (A Dotter-technika módosítása). A. Grüntzig, A. Hopff. (Department für innere Medizin und Röntgendiagnostisches Zentralinstitut der Universität Zürich): Deutsche med. Wschr. 1974, 99, 2502.

Az arteriosclerotikus stenosisok és elzáródások műtét nélküli percutan katéteres kitágítását, ill. recanalisatióját Dotter írta le 1964-ben. Az eljárás főleg rövid elzáródások megoldására alkalmas, de kiterjedtebb folyamatok kezelésében is értek el vele sikereket, ha a lo-

calis érstatus, vagy a beteg általános állapota miatt érsebészeti beavatkozás nem jöhetett szóba. Hasznosságát számos szerző megerősítette, akik néhány hónaptól több évig tartó átjárhatóságot figyeltek meg e módszer alkalmazása után.

A tágító katéterezést helyi érzéstelenítésben végzik. Az arteria femoralis superficialis-ba a subinguinalis régióban Seldinger módszerével percutan vezetődrótot tolnak keresztül az elzáródott, vagy szűkült érszakaszon képerősítő ellenőrzése mellett. E vezető drótra 8 cm méretű katétert tolnak rá, majd erre a katéterre egy második, 12 cm katétert. A vezetődrót, és az egymásra coaxialisan rávezetett 2 katéter a lument szűkítő, vagy elzáró arteriosclerotikus thrombust félre nyomja az útból. Mivel a thrombus-massza rugalmatlan, az így keletkezett kb. 4 mm-es recanalizált lumen a katéterek és drót eltávolítása után is megmarad.

A szerzők saját tapasztalatuk alapján a Dotter eljárást nem terhelő, szinte veszélytelen recanalizációnak tartják. Hátrányos azonban, hogy az arterián ejtendő punctio átmérője az egymásra tolt katéterek miatt viszonylag nagy (4 mm). Emiatt utóvérzések fordulhatnak elő. A 4 mm-es recanalizált lumen elég ugyan az art. femoralisban, de nem elég az art. iliácában a megfelelő perfusio biztosítására. Zeitler ezért megkísérelte a katéterrel praeformált lument tovább tágítani a Fogarty-féle ballon katéterrel. A szerzők azonban nem tudták így meggyőző tágítást elérni, mert a vékony, rugalmas gumiballon a szűkület helyén homokóra alakot vesz fel és kitér. Mégis a ballonos tágítás alap gondolatát fejlesztik tovább saját módszerükben.

Az arteriographiás kép tanulmányozása alapján vékonyfalú PVC-csövet megfelelő technikával a stenosis, vagy elzáródás hosszával megegyező darabon kitégítjük úgy, hogy a dilatált szakasz átmérője megegyezik az adott arteria eredeti átmérőjével. Ha az előkezelt műanyagcső nincs megtöltve folyadékkal, akkor a kitégített darab összeesik eredeti kariberének közel megfelelő méretűre.

A szűkült vagy elzárt érszakasz kezelését úgy végzik, hogy először vezető drótot visznek be. Erre tolnak rá saját tágító katéterüket, amely kettős falú. A leírt, előkezelt műanyagcső belsejében ugyanis egy vékonyabb katéter helyezkedik el oldalnyílásokkal. Ha a belső katéterbe folyadékot fecskendeznek, akkor a külső katéter előkezelt darabja a kóros érszakasz hosszának megfelelően az ép arteria átmérőjére tágul és ezáltal elvégzi a szűkület tágítását, vagy recanalizációját. Ha a folyadékot kiszívják, a cső összeesik, s könnyen eltávolítható az érből. A módosított eljárás fő előnye az eredeti Dotter módszerrel szemben az, hogy jóval kisebb artériás punctiók nyílásból (a kettős

katéter átmérője ugyanis csak 7—9 cm, a Dotter által használt 12 cm katéterrel szemben) akár az art. iliaca communis tágasságának megfelelő dilatációt lehet elérni. A Fogarty-féle latex ballonnal szemben pedig az a haladás, hogy a PVC-cső sajátságai miatt nem tud rugalmasan, homokóra alakban eltorzulni a stenosis helyén, így a szűkült érszakaszon egyenesen oldalnyomást fejt ki és tökéletes tágítást végez.

Ismertetik saját 15 esetüket is. Az art. femoralisban és iliaca externa-ban, ill. communisban végeztek recanalizációkat. A klinikai kép javulása mellett ultrahangos vérnyomásméréssel és arteriographiával igazolták az eredményes kezeléseket. A leghosszabb megfigyelési idő 3 hónap volt.

Az eredeti Dotter-módszerhez hasonlóan a szerzők saját eljárásukat az angiologiai fegyvertár gazdagításaként értékelik. A percutan katéteres desobliteratio tehát nem állítható szembe műtéti kezeléssel, hanem kiegészíti azt. Egészen rövid stenosisnál vagy elzáródásnál első beavatkozásként megelőzheti a műtétet, ill. megteremti a recanalizáció lehetőségét olyan esetekben, ahol a műtét nem végezhető el. Hangsúlyozzák azt is, hogy az iatrogén érszűkítés lehetősége miatt e módszert csak ott szabad alkalmazni, ahol megfelelő érsebészeti háttér van a ritka, de előforduló szövdmények elhárítására.

(Ref.: E figyelemreméltó eljárás ismertetésekor szükségesnek tartom megemlíteni, hogy a Pécsi Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinikáján Horváth László dr. és munkatársai tudomásom szerint hazánkban elsőként évek óta végeznek sikeres percutan recanalizációkat Dotter eredeti módszere szerint.)

Bartos Gábor dr.

Az essentialis hypertóniában alkalmazott izotóp vizsgálati módszerek jelentősége. M. Olmer és mtsai (Marseille): *Nouv. Presse méd.* 1974, 3, 233—236.

A szerzők munkájuk elkezdésekor abból az ismert adatból indultak ki, hogy a nátrium ionoknak a hypertonia kiváltásában vagy fenntartásában valamilyen szerepük van. 36 férfi és 11 nő beteg vizsgálati eredményét közlik. A férfiak átlag életkora 39 év volt és hypertóniájuk átlag értéke 183/113 Hgmm, a normálistól a harmadik stádiumig terjedő szemfenéki eltéréssel. A nők átlag életkora 44 év volt, 180/110 Hgmm átlag vérnyomással, valamint normális, 1. és 2. stádiumban levő szemfenéki képpel. A szokásos vizsgálatok elvégzése után hypertóniájuk essentialisnak bizonyult és egy esetben sem találtak szív- vagy vese-elégtelenséget, valamint nem mutattak ki oedemával vagy anaemiával járó tünetcsoportokat.

¹²⁵I izotóppal jelölt humán se. albuminnal vizsgálták a plasma tér-

fogatot, mérték továbbá a szervezet cserélhető (össz) kálium és nátrium ionjait ⁴²K, illetve ²²Na izotóppal és tritiumoxidos (radioaktív) vízzel az öszsvizet.

Az öszsvíz tekintetében nem volt különbség a kapott eredmény és az elméletileg számolt „kell” érték között. Ezzel szemben a plasma térfogat mind a férfiakban, mind a nőkben magasabb volt az elméletileg számított értéknél. A szervezet ösz-ion „kell” értékét a Moore-táblázatból számították ki és ehhez képest betegeknek az ösz-nátrium átlaga emelkedett, az ösz-kálium átlaga csökkent. Minden tekintetben értékelhető vizsgálatot végül is 24 betegen (13 férfi, 6 nő) sikerült végezni és 1/4 részükben (6 férfi, 2 nő) primer hyperaldosteronizmusra jellemző eltérést találtak. Ez utóbbi 8 betegen jelentősen emelkedett az ösz-nátrium és plasma térfogat, továbbá csökkent ösz-káliumot és renin aktivitást találtak. A renin aktivitást nem lehetett stimulálni 4 órás fennjárással sem. Ugyanezeknek a betegeknek a vérnyomása a vizsgáltak átlagánál magasabb volt.

A szerzők essentialis hypertóniában nagyon változatos plasma-térfogat értékről számolnak be. Általában 15%-okban találják emelkedettnek és ezek azok a betegek, akik jól reagálnak spironolactonra vagy thiazidokra. Ugyancsak eltérőek az eredmények essentialis hypertóniás betegek ösz-nátrium értékeinek vonatkozásában. Woods és mtsai a betegek 80%-ában jól stimulálható renin szintet találtak csökkent ösz-nátrium ionokkal. Betegeik 20%-ában viszont normális vagy alacsony renin szintet mutattak ki, mindenekelőtt csökkent stimulálhatósággal. Jelen szerzők eredményei ezzel csaknem teljesen megegyeznek.

Az utóbbi évek vizsgálati eredményei alapján a szerzők általában egyetértenek abban, hogy essentialis hypertóniában szenvedők 20—25%-ában előzőekben vázolt eltérés megtalálható és ez primer hyperaldosteronizmusra utal. Ugyanakkor az aldosteron secretiót és excretiót normálisnak találják. A szerzők többsége szerint az ilyen típusú hypertonia 3—5 hét alatt rendezhető napi 400 mg spironolactonnal. Carey szerint ez az eredmény megjósolható, ha éjjel adott 120 mg furosemid után a renin aktivitás alacsony marad. A spironolacton kezelés eredménytelenségének oka lehet az esetleges kis dosisú gyógyszer vagy az, hogy olyan mineralocorticoid hypersecretio az oka a magas vérnyomásnak, amely spironolactonnal nem suppressálható. Brown és Melby például desoxycortison fokozott elválasztását mutatják ki.

Végezetül a szerzők két fontos szempontra hívják fel a figyelmet. Az egyik az, hogy ez a típusú hypertonia napi 400 mg spironolactonnal kezelhető, a másik pedig,

hogy ebben a hypertóniában ritka a cerebralis és a cardialis szövődés.

Széplaki Ferenc dr.

Az ischaemiás szívbetegség előfordulásának vizsgálata nagyvárosi férfilakosság körében. Santruček, M.: Československé zdravotnictví; 1974, 2, 59—67.

Ismert tény, hogy a szív és érrendszeri betegségek száma — első sorban a civilizált országokban — egyre emelkedik. Ez a megállapítás a betegségecsoporton belül, főleg az ischaemiás szívbetegségen követhető. Jelen vizsgálat újabb adatokat kíván szolgáltatni a szív ischaemiás betegségeinek meglehetősen bonyolult, korántsem teljesen tisztázott problémaköréhez.

A nyolcéves, 1963-tól 1970-ig tartó vizsgálat során, különböző szempontok szerint elemezték Prága 2. kerületében a férfilakosság azon csoportját, akik 1899—1903 között születtek és 1963—1970 között haltak meg. Feldolgoztak egyes megoszlásokat, összefüggéseket, nézték az orvoshoz fordulás körülményeit is; de a legnagyobb figyelmet a halálokokra, s a klinikai és kórbonctani diagnózisokra fordították. A vizsgált férfiak csoportjának létszáma (1963. I. 1-én) 2879 fő volt.

Ebből a csoportból a vizsgált időszakban meghalt összesen 855 fő (29%); közülük 695 (81%) került boncolásra. Ischaemiás szívbetegség miatt 249 fő (29%), egyéb cardiovascularis betegségben pedig 381 (44%) férfi halt meg. A további 255 (27%) személy elhalálása, főleg rosszindulatú daganatok (leggyakrabban tüdőrák) következtében történt.

Az ischaemiás szívbetegségek kóriszmézése eléggé problematikus; így jelen vizsgálatban is adódtak — mind pozitív, mind negatív irányú — tévedések. A klinikai kóriszme például 373 (43%) elhalton tüntetett fel ischaemiás szívbetegséget; viszont ezt 169 (19%) esetben csak a boncolás fedte fel. Az utóbb említett csoportba tartozók nagyobb része korábban egyáltalán nem fordult orvoshoz, vélhetően azért, mert nem voltak panaszai; adódtak azonban olyan elhaltak is, akik jeleztek ugyan tipikus panaszokat, fájdalmakat, de mégsem mentek orvoshoz.

Döntően fontos a megelőzésben egyrészt a helyes életmódra nevelés széles körű felvilágosító munka segítségével, másrészt tömeges szűrővizsgálatok végzése a lakosság körében, s kiemelt betegek azonnali kezelésbe vétele.

Cselkó László dr.

Az acuti myocardialis infarctus kórbonctani diagnózisa. WHO munkacsoport. Bull. Wld. Hlth. Org. 1973, 48, 23—25.

Öt ország pathologusainak részvételével 99 — a myocardialis in-

farctus (MI) diagnosztizálása után 24 óra belül meghalt — beteg szívét dolgozták fel és a szívizom nekrosis korai kórbonctani felismerésében használható módszereket vizsgálták. Tapasztalataik szerint a coronariák angiographiás vizsgálata nem ad több információt azok lelkiismeretes felboncolásánál. MI után legkorábban 12 órával várható makroszkópos elváltozás kialakulása. Érzékenyebb methodus a makroszkópos preparátumon végzett NBT reakció (Am. J. Path.: 1963, 42, 379.), melynek további előnye, hogy lokalizációs segítséget nyújt a mikroszkópos feldolgozáshoz. Szövetetani vizsgálattal MI után 6 órával lehetséges a nekrosis bizonyítása.

Bálint András dr.

Sebészet

A modern sebészet és traumatologia eredményei. Petrovskij, B. V.: Vesztnyik AMN SZSZSZR. 1975, 1, 13—24.

A múlt században a sebészet fejlődését Pirogov, Semmelweis, Lister és Bergman munkássága határozta meg, jelenleg viszont a tudományos-technikai forradalom. A sebészet és traumatologia nagymértékben támaszkodik a biokémia, a matematika, a fizika számos újabb eredményére, alkalmazza gyakorlatában az ultrahangot, a lasereket, a cryotechnikát, a műtöket kezdi felszerelni a legmodernebb elektronikával és optikával készülőlékekkel, számíterekkel, hyperbarikus oxigenizációs kamrákkal stb.

Az anaesthesiologia és a reanimatologia önálló tudományággá vált. Az eltelt két évezredben a SZU-ban 8000 anaesthesiologus szakorvost és 15 000 asszisztent képeztek ki. 1974-től kezdődően valamennyi orvostudományi egyetemen tanszéket kap az anaesthesiologia és a reanimatologia; ezt a programot három éven belül valósítják meg. A szovjet ipar növekvő ütemben elégíti ki e szolgálat műszerigényét. Megkezdik a kontroll-diagnosztikus készülékek sorozatgyártását. Ilyen készülék a „Szimfonia” betegellenőrző komplexum, amely 32 paraméter alapján mutatja a szervezet állapotát.

Különösen a szívsebészetben nagy jelentőséget tulajdonítanak a hyperbarikus oxigenizációnak. A SZU-ban eddig több mint 60 ilyen műtétet végeztek, s több tucat intézet foglalkozik a fokozott nyomású oxigén alkalmazásával. 1974-ben megkezdik az egykamrás készülékek sorozatgyártását, Moszkvában a Klinikai és Kísérleti Sebészet Intézetében létrehozzák a világ egyik legnagyobb hyperbarikus komplexumát.

Jelentős eredményeket értek el a mesterséges szív, az extracorporalis keringés alkalmazása terén. Hasonlóképpen alkalmazzák a művesét, valamint a heterogén máj extracorporalis bekapcsolását.

A modern sebészet mind szélesebb körben alkalmazza a különféle műanyagokat és fémeket (titan, tantal). Polimereket és bizonyos fémeket használnak fel in-, aponeurosis-plasztikára, érprotézisre, mesterséges szívbillentyű céljára, a csontok egyesítésére, ízületek helyettesítésére. A SZU-ban évente több ezer ilyen műtétet végeznek.

Sokat fejlődtek az angiographia, a röntgenokynematographia, a röntgenelektrographia és scannelés, valamint az endoscopos vizsgálatok. Újabb, az eddigieknél tökéletesebb műszerek jelentek meg. A diagnosztikában a kóriszmézés gyorsítására és a szubjektív értékelés kikapcsolására alkalmazni kezdték a kibernetikai módszereket és a számítástechnikai eszközöket.

A transplantológiában főleg a veseátültetés terén értek el eredményeket. Eddig a SZU-ban kb. 500 veseátültetésre került sor. 25—30%-ban a vese élő donortól származott, 70—75%-ban cadaverből. A betegek maximális élettartama az előbbi esetben 8,5, az utóbbiban 7 év. Jelenleg 12 intézetben végeznek veseátültetést, s 3-ban tervezik bevezetését. Ezzel együtt természetesen alkalmazzák a dialysist is. Sokat fáradoznak a szervkonzerválás tökéletesítésén, Olyan módszer áll rendelkezésükre, amely 33 óráig tartó vesekonzerválást biztosít. Így vált lehetővé a közelmúltban az NDK számára donorvese biztosítása. Terveznek hasonló kapcsolatokat a többi szocialista országgal is.

Részletesen kitér a szerző a sebfertőzés kérdéseire. Mintha e tekintetben a sebészek az utóbbi időben felületesebbekké váltak volna. Problémát jelentenek a rezisztens kórokozók. Az újabb antibiotikumok javították a helyzetet, de az elsődleges sebellátás régi szabályainak betartására a jövőben is szükség van.

Nagymértékben fejlesztik a mentőszolgálatot. Ez összefüggésben van a traumatizmus megnövekedett jelentőségével. A mentőállomásokat szervezetenként összekapcsolják a megfelelő kórházi osztályokkal. Egyébként 1000 lakosra évente kb. 220 mentőkihívás történik.

A sebészeti és traumatológiai hálózatot a lakosság növekvő igényének megfelelően igyekeztek fejleszteni. A SZU-ban 1950-ben 10 000 lakosra 7,9 sebészeti ágy jutott, 1974-ben pedig 15,4. A sebészorvosok száma 1973-ban 81 440 főt tett ki; 1950-ben 10 000 lakosra 1,3 sebész jutott, 1973. január 1-én 3,1. Az ortopéd-traumatológus orvosok száma 8900 fő.

A szerző a továbbiakban kitér néhány fontosabb szerv sebészetének jelenlegi állására és problémáira.

Nyelőcsőrákban a műtét utáni letalitás csökkent. Jóindulatú daganat esetén enucleatiót végeznek. A cardiospasmust nem annyira műtét, mint inkább a cardia pneumatikus tágitásával kezelik. A nyelősőplasztikának számos módszere

ismeretes. Reflux-oesophagitisben a műtéli beavatkozások aránya csökkent, s előtérbe került a konzervatív kezelés. Újabb diagnosztikus módszereket dolgoztak ki: a pneumotensio-graphiát, fiberoesophagoscopiát biopsiával, pH-metriát stb.

A légzőszervek sebészetében főleg a rekonstrukciós műtéli beavatkozások fejlődtek. A hörgő körkörös resectiója jó- és rosszindulatú daganatokban mindennapos alkalmazást nyert.

A szívsebészetben előrehaladást jelentett a billentyűprotézis, valamint a rekonstruktiós beavatkozások mesterséges keringés feltételei között. Egyre szélesebb körben alkalmazzák a szintetikus érprotéziseket. Vasorenalis hypertóniában a SZU-ban mintegy 1000 műtét tapasztalatával rendelkeznek. A szerző és munkatársai írták le az aorta abdominalis szakasza idült obturatioja syndromáját. Ez esetben vagy aorta-shuntot létesítenek műanyagprotézissel, vagy autotransplantációt végeznek. Sikeresen kezelik az aortaaneurysmát. A coronariakeringés elégtelenségének a kezelésére saját tapasztalatuk alapján is legalkalmasabb az aortacoronariás shunt; ez megszünteti a stenocardiát, s megelőzi a szívinfarktust kialakulását. Figyelmet érdemel az a. pulmonalis embolia kezelése: intézetükben szívkátéterrel perforálják az embolust, s egyidejűleg streptase-t vagy fibrinolysint visznek be heparinnal. A 32 beteg közül 25-nek mentették így meg az életét.

A májresectiót egyre gyakrabban alkalmazzák. Perspektivikusnak látszik a máj ideiglenes kikapcsolása a vérkeringésből, s a helyi hypothermia alkalmazása. Sokat fejlődött az epéut-rendszer plasztikai sebészete.

A pancreas és a portalis hypertensio sebészi kezelése még csak a kezdet kezdetén tart, de a perspektíva körvonala itt is kezdenek kibontakozni.

A traumatológián belül tökéletesedtek a csontok és ízületek homotransplantációjának módszerei. Az utóbbi évtizedben több mint 15 000 ilyen műtétet végeztek. Ígéretesek az alloplastika és a fémosteosynthesis eredményei. Fejlődik a gerontológiai traumatológiai.

Varga János dr.

A sinus pilonidalis problematikája új megvilágításban. G. E. Karydakís (Gen. Army Hosp. Athens, Greece): *The Lancet*. 1973, 2, 1414.

A szerző 4670 hadköteles férfi-beteget vizsgált, ill. operált különböző módszerekkel intergluteális sinus pilonidalis miatt. A közel 50 százalékos recidiva miatt vizsgálta a pathomechanizmust, melynek alapján létrejön a kórkép. Véleménye szerint a sinus pilonidalis a szőrshál penetrációja okozza.

Két tényezőt tesz felelőssé a kezelés sikertelenségéért: 1. az inter-

gluteális redőben szőrgomolyag gyűlik össze. 2. A farpofák súrlódása elősegíti a szőrshálak mélybe hatolását a raphe vékony bőrén keresztül.

Az eddigi műtéli eljárások során a középvonali seben keresztül behatolási kapu nyílik a szőrshálak számára, és ez jelenti a recidiva kulcsát.

A szerző ábrával illusztrált műtéli módszere a következő: ellipszis alakú semilateralis metszéssel távolítja el a sinust, a bőrt a sebtől medialisan mobilizálja, mintegy lebenyt képezve, és ez utóbbit az ellenoldalra vezeti át, a fascia sacrococcygeához, ill. az ellenoldali bőrhöz varrja. E módszer szerint a raphe elmozdul, és ép, ellenálló bőr kerül a raphe vonalába.

A szerző 1966 óta 1687 sinus pilonidalis operált. 754 esetben (89 százalék) sikerült utánvizsgálatokkal ellenőrizni a betegeket, melynek során 9 recidívát talált. Ezt műtéttechnikai okokkal magyarázza. Műteteit, miután a penetrációt meggátolja, oki terápiának tartja.

Lux Ottó dr.

Sportorvostan

Vér visszaadás hatása az állóképességi teljesítményre és a pulzusra. Williams, M. H. és mtsai. *Med. Sci. Sports* 1973, 5, 181.

A hazai napi sajtóban is helyet kapott egy évvel ezelőtt az a hír, hogy ha a sportolótól levesznek 5–800 ml vért, a sportoló folytatja az edzéseit és a vért 3–5 hét múlva visszaadják, akkor az állóképességi teljesítmény átmenetileg magasabb lesz, mint amekkorát csak edzéssel el lehet érni. A svéd kutatómunka (Gullbring és mtsai: *Acta Physiol. Scand.* 1960, 50, 62, illetve *Eklblom és mtsai: J. Appl. Physiol.* 1972, 33, 175) nem a sporteredmények növelését célozta, azonban azóta a sport-sajtó is tele van a „vér-dopping” kifejezéssel. Ez az eljárás is abba az úgynevezett szürke zónába tartozik, amely a „dopping is, nem is” eljárásokat jelenti.

E referált cikk 4 × 5 személyen, kettős vak kísérlettel vizsgálta az 500 ml vér visszadásának hatásait, háromhetes periódusban. Az egyik csoport a teljes vért, a másik a vörösvértest masszát, a harmadik a plazmát kapta vissza, a negyedik a kontroll-csoport volt. A vért savi tetradextrozban tárolták, 4°-on. A teljesítmény-paraméter egy néhány perc alatt kimerítő (vita maxima) futás volt, pulzusregisztrálással. Ezt a tesztet a reinfúzió után három órával, majd két és hat nappal utána is megismételték.

Az egyetlen effektus a szubmaximális terhelési zónában az alacsonyabb pulzusszám volt. A maximális terhelés ideje és a max. pulzus nem változott, illetve nem volt különbség a csoportok között. A pulzus csökkenése edzéseffektusnak fogható fel.

[Ref.: *A stockholmi Testnevelési Főiskolán folyó kísérletek (Eklblom és mtsai) a hatás mechanizmusát igyekeznek tisztázni. Az 1973 decemberében befejezett kísérletben a teljesítőképeség (max. oxigén felvétel) csekélyebb növekedését látták, mint korábban.]*

Apor Péter dr.

A granulocita alkalikus phosphatase és a plasma 11 hydroxicorticosteroid szint változása ergometer terheléskor. K. Abbiederis, E. Knapp, F. Schmalz: *Wiener Klin. Wschr.* 1973, 85, 612–614.

1 egészséges férfiben 3 watt/kg-os, maximálisan 10 percig tartó kerékpár ergometeres terhelés után a granulocita alkalikus phosphatase szint a peripheriás vérben azonnal szignifikáns emelkedést mutatott (nemcsak a segmentekben, hanem a normálisan aktivitást nem vagy alig mutató stabokban is), és 3 óra múlva tért vissza a kiindulási értékre. A plasma cortisol szint is szignifikánsan emelkedett, ennek normalizálódása 1 órával a terhelés után következett be. A kapott eredmények összhangban vannak azzal az ismert jelenséggel, hogy egyszeri cortisonadás után a granulocita alkalikus phosphatase szint hasonló változása következik be.

Romhányi Imre dr.

Klinikai farmakológia

Milyen mértékben és mennyire tartósan függesszi fel naloxon nem-anaesthetizált egyéneknek a morfin hatásait? J. M. Evans és mtsai (Welsh National School of Medicine, Cardiff): *British Medical Journal* 1974, 2, 589–591.

Narkotikus analgeticumok depressans hatásai (pl. morfin légzés-deprimáló és postoperatív EEG-hatásai) a naloxon nevű újabb antagonistával kivédhetők. Tisztázásra szorult azonban a naloxon-antagonizmus időtartamának és az analgetikus hatáshoz való viszonyának kérdése.

A szerzők vizsgálataikat 6 önkéntes egyénen végezték. A 15 perces mérési periódus előzetesen vénájukba vezetett kanülön át beadott placeboval vagy morfin 10 mg/70 kg-os adagjával kezdődött. Eközben e személyek szubjektív közléseit, systolés vérnyomását, pupillatágasságát, psychomotoros funkcióit és fájdalom-küszöbét, majd ventilációs reagálását regisztrálták. Majd 15 percenként újabb 10 mg/70 kg morfin beadása következett, mindaddig, míg 50%-os légzés-csökkenést nem értek el. Ez nem változott természetesen só-injekció beadása után. Végül az utolsó 15 perces kísérleti időszak kezdetén 5 egyén 0,4 mg/70 kg, a hatodik 1,6 mg/70 kg naloxont kapott a kanülön keresztül. A vizsgálati személyek nem tudták, hogy mikor milyen gyógy-

szert kaptak (egyébként a kísérletről informált orvosok voltak).

Naloxon erősen csökkentette a morfin által kiváltott miosist, analgesiat és légzés-depressiót. Ugyancsak teljesen megszüntette morfin szubjektív hatásait. Tehát nem igazolódott az az előző közlés, amely szerint csak a légzés-csökkenést antagonizálná, míg nem befolyásolná a fájdalom-csillapítást.

Az antagonisták hatás 0,4 mg/70 kg naloxon esetén alig tartott 45 percnél tovább.

Naloxonnal tehát a morfin alapvető hatásait majdnem teljesen semlegesíteni lehet. Más közlések szerint ez az antagonizmus morfinon kívül a narkotikus analgetikumok széles spectrumára (pentazocinra is) érvényes. Mivel agonista mellékhatásait nem lehetett eddig kimutatni, lényegesen előnyösebb terápiás lehetőségnek látszik mint elődei. A hatás rövidege nagyobb naloxon-adaggal, vagy intravenás infúziójával leküzdhető. További vizsgálatok folynak ezeknek a problémáknak végleges tisztázására (pl. gyors metabolizációban keresendő-e a hatás rövidegének oka?).

Szám László Pál dr.

Vérnyomáscsökkentő szerek mellékhatásainak értékelése a betegek által kitöltött kérdőívek alapján. C. J. Bulpitt, C. T. Dollery: British Medical Journal 1973, 3, 485—490.

A szerzők 477 hypertóniás betegen kérdőívek segítségével tanulmányozták különböző vérnyomáscsökkentő szerek szedése közben jelentkező panaszok gyakoriságát, jellegét. A betegek nagy többsége diureticumot, methyldopát, bethanidint kapott, kisebb csoport guanethidint vagy propranololt.

A methyldopával kezelt csoportban álomság, hosszabb alvás idő, többszöri éjjeli vizelet és végtaggyengeség volt a leggyakoribb panasz. A gyógyszer okozta álomság, vizelet zavar 1500 mg-ot meghaladó napi dózis esetén jelentkezett.

Propranolol terápia (150 mg/die) mellékhatásaként naponta többszöri székürítést, valamint végtaggyengeséget észleltek. Új, és először közölt adat a metyldopa és propranolol okozta végtaggyengeség.

Bethanidin leggyakoribb mellékhatása az orthostatikus hypotensio, impotentia és ejaculációs zavar volt. Végtaggyengeség, hasmenés, látászavar nem hozható összefüggésbe a gyógyszer szedésével.

A guanethidinnel kezelt csoportjában gyakori székürítés, orthostatikus hypotonia, ejaculációs zavar volt szignifikánsan nagyobb számban.

Az enyhébb esetekben önmagukban alkalmazott diureticumok reggeli főfájást, járási panaszokat okoztak.

Egyéb vizsgált panaszok — látászavar, hasmenés, depressio, szájszárazság — gyakorisága nem kü-

lönbözött az egyes csoportokban. A vizsgálat fontos megállapítása, hogy diureticumok, methyldopa, bethanidin kombinált alkalmazásakor nem fokozódnak a mellékhatások. Súlyosabb hypertonia kezelésére ezért methyldopa + diureticum adását javasolják, s ha szükséges, e kombinációt bethanidinnel egészítik ki. Hangsúlyozzák, hogy a vérnyomáscsökkentő szer megválasztásában tekintettel kell lenni a beteg aktuális panaszaira, így aluszékony, idős emberen inkább bethanidin v. guanethidin, fiatal férfiaknál a potentia zavarok elkerülésére methyldopa alkalmazása a célszerű.

Sági István dr.

Mikrobiológia és fertőző betegségek

A tetanus neonatorum kezelése izomrelaxációval és intermittáló pozitív nyomású lélegeztetéssel. Smythe, P. M. és mtsai (Egyetemi Gyermekklinika, Cape Town): Brit. Med. Jour. 1974, 1, 5901, 223—226.

A szerzők Cape Town-ban 1958 óta 386 újszülöttet kezeltek köldök-tetanusz miatt izomrelaxatio és lélegeztetés segítségével. Korábban a köldök-tetanusz miatt ápoltak 90%-át vesztették el, a relaxációban történő lélegeztetés bevezetése óta az egyre csökkent, jelenleg csak 10%-a vesztésük.

Betegeiknek a tracheotomia előtt endotrachealis tubust vezetnek le paraldehid és diazepam védelem mellett. A tetanus kezelésére 20—40 000 IE antitoxikus savót adnak, a primér köldökfertőzés kezelésére pedig 100 000 E/die procain penicillint és 15 mg/kg/die kanamycint tíz napig.

Relaxációra tubocurarin használják, a lélegeztetést pedig Radcliff respirátorokkal végzik. A gép légzésszáma 37/min, 15 vízcml belézési nyomás mellett. Utóbbit a továbbiakban úgy szabályozzák, hogy a pCO₂ szintje 32 mm/Hg körül legyen. 1973 óta a kilégzéshez 5 vízcml negatív nyomást is alkalmaznak. Egyebekben a szerzők által alkalmazott módszerek megegyeznek a máshol szokásos kezelési móddal.

Figyelmet érdemel halálozási statisztikájuk elemzése. Az 1958—60. években még sok beteget vesztettek el, majd rátértek a pCO₂ szint objektív és rendszeres mérésére és eredményeik ugrásszerűen javultak. 1963—64-ben több betegük halt meg trachea decubitus miatt, ezért kidolgozták az újszülöttek tracheáját fokozottan kímélő trachea-kanül rögzítési és cserélési szabályokat. 1966—67-ben pedig azzal jutottak el a jelenleg is tartó eredményes szakaszba, hogy sikerült megelőzniük a respirátor által közvetített trachea fertőzéseket.

Ebből a célból a respirátorokat ethylen dioxyddal sterilizik, a szétzedhető csöveket alaposan mos-

sák, majd ezek után sterilizik. A párasító edényeket steril vízzel töltik fel, illetve bennük forrásban levő vizet, sőt gőzt használnak. A tracheotomia utáni első két napon, illetve valahányszor a trachea váladéka purulenssé válik, a kórokozó, ill. annak antibiogramja tisztázódásáig napi 500 IE colistin oldatot csepegtetnek a tracheába.

Lévai János dr.

A mosómedvék vesztettségének járványügyi helyzete Floridában. Bayler, W. J., Mc Lean, R. G., Trevino, H. A. (Veter. Publ. Hlth. Serv. Jacksonville, Florida USA.): Amer. J. Epidemiol. 1973, 98, 325—336.

Mosómedvék között először 1953-ban észleltek vesztettséget Floridában, 1972-ig bezárólag 20 éves időszakban 1707 állati lyssa megbetegedést észleltek, ezek közül 1356 vadállat volt s 808 mosómedve. A mosómedvék az összes vesztett állatok 47%-át, a vesztett élő állatok 60%-át alkották, úgy látszik, hogy a Floridai-félszigeten a kórokozót ezek tartják fenn.

1969—1972-ben az állategészségügyi hatóságok 440 vesztettség gyanúja miatt megvizsgált állat, ill. cadaver közül 301-et (68%) találtak pozitívnak. Vesztett vagy vesztettségre gyanús vadon élő állatok az elmúlt tíz év alatt 114 embert haraptak vagy karmoltak meg, 75 esetben (65%) mosómedve volt az agresszív állat.

A mosómedvék között a lyssa az egész év folyamán — eddigi megfigyelések alapján — sporadikus formában jelentkezik; a legtöbb megbetegedés március hónapra, a párási időszakra esik. Az állatok által terjesztett rabies újabb leginkább sűrűn lakott emberi településeken figyelhető meg, 1969—1971-ben valamennyi eset nagy mosómedve sűrűség mellett fordult elő. Érthető, hogy a vírus terjedését az állatpopuláció sűrűsége kedvezően befolyásolja, kisebb sűrűség esetén a vírus terjedése meglassul.

A fertőzést túlélő mosómedvék (kb. a megbetegedettek 20%-a) vésavóban magas titerben halálhatók ellenanyagok, elsősorban vírusneutralizáló antitestek. A szerzők hangsúlyozzák, hogy klinikailag negatív mosómedvék nyálmirigyében is található lyssavírus. [Eddig Dél-Amerikában a betegséget szintén terjesztési képes denevérekről (Desmodus rufus) tudták, hogy nem betegszenek meg a kórokozótól. — Ref.] Két természetes fertőzést figyeltek meg mosómedvéknél, a lappangási idő az egyik esetben 39, a másik esetben 79 nap volt.

Szigeten kitérő vesztettség járványt (Florida környékén számos sziget van) a beteg állatok kilövésével v. csapdákkal való kifogásával meg lehet szüntetni, félszigeten pl. Floridában e módszerekkel csak a megbetegedések számát lehet csökkenteni, a kórokozót így nem küzdhető le.

Nikodemusz István dr.

Psychoanalysisre alkalmas betegek kiválogatásának problémái. R. L. Tyson, J. Sandler (London): *Psyche*. 1974, 28, 530—559.

Korábban az indikáció kérdésében az előtérben álló specifikus szimptomatikára épülő diagnosztikus kritériumok szerepeltek. Egy ideje azonban előtérbe került az alkalmasság kérdése, mint az indikáció kritériuma. A nosológiai diagnosztika alapján történő indikációs terület az idők során egyre bővült. A korai időkben, a század elején a hystéria, phobia, majd kényszerneurozízis szerepelt a listán. A 20-as évektől a hypochondriával és psychosomatikus képekkel bővült, az utóbbi kettő rosszabb prognózissal. 1933-tól W. Reich óta a characterzavarok is megjelentek, *Fenichel* pedig 1945-től a psychosomatikat is felvette az esetben, ahol a korábbi objekt-kathexisek maradványai fellelhetők, avagy az ilyenekre való törekvés indulattétel kialakulását lehetővé teszi. (Legújabbban a narcisztikus személyiségzavarok indikációs lehetőségeit kutatják *H. Kohut* nyomán. — *Ref.*) — 1954-ben azonban *Anna Freud* arról ír, hogy a neurozízis struktúrájába való bepillantás előtt a kezelés kezdetén még lehetetlen annak megítélése, hogy a beteg hogyan reagál majd az analízisre. (Ma mégis nagyon hangsúlyozzák a minél korábbi prognosztikai megítélhetőség fontosságát. — *Ref.*) Ez időtől kezdve az indikációt felállításában a hangsúly kevésbé a diagnosztikai kritériumokon nyugszik, inkább a kezelésre való alkalmasság problémáján. Ez utóbbit illetően célszerű még egy finomabb distinkciót alkalmazni: hogy ti. a kezelés alkalmas legyen a beteg számára, mintsem, hogy a páciens alkalmas-e a kezelésre. Ez utóbbi esetben ugyanis előfordulhat némely páciensnek a psychoanalysis Procrustes-ágyába való kényszerítése, mely inkább a terapeuta rövidebb lejárátú szempontjait szolgálhatja, mintsem a beteg hosszabb lejárátú érdekeit. Fennállhatnak tehát az analízis indikációi, azonban az illető páciens mégsem alkalmas rá. Azonban fordítva is lehet: pl. dadogás vagy tic eléggé nehezen befolyásolható analízissel, és mégis a beteg sokat profitálhat belőle, akár eredeti tüneteinek fentmaradása ellenére is. Az alkalmasság (*Eignung*) szóhasználat helyett kevésbé szerencsés a „hozzáférhetőség” (*Zugänglichkeit*) egyébként fontos kritériumát synonymaként használni. Pl. fontos ugyan, hogy az egyébként indikációt képező kényszerneurozízisban a páciens affektivitása számára hozzáférhető legyenek életének fontosabb eseményei, ugyanakkor, ha a beteg pl. nem képes elviselni egy bizonyos frusztrációs feszültséget, minden hozzáférhetősége ellenére sem lesz esetleg alkalmas. Az „analizálhatóság” is

szerepel az alkalmasság synonymájaként. Azonban a kezelésre legal-kalmatlanabb zavart beteg is analizálható, amennyiben az analitikus képes megismerni tudattalan tartalmait, anélkül azonban, hogy a páciens szintén részt tudna venni ezen megismerési folyamatban, stb.

Ami ezeketán (helyes szóhasználatl) az alkalmasság kérdését illeti: nincs egységes álláspont a felső korhatárt illetően, bár általában az a nézet, hogy a kor előrehaladtával az alkalmasság csökken. A módszernek bizonyos módosításai révén azonban az idősebb életkor is alkalmassá válhat, mint ahogy módosítások lehetővé tették a gyermekkorra való kiterjesztést is. Ami az intelligenciát illeti, általában kívánatos a kielégítő fokú intelligencia. Túl magas követelmények onnan is származhatnak, hogy kelemesebb dolog intelligenciákkal foglalkozni. Másrészt gondolni kell a pseudodebilitásra is, ami csupán a tünetek a neurozízisnak. A páciens etikai, morális beállítottsága nem egyezik mindig az analitikuséval. Mielőtt mint morálisan defektet elutasítanók, célszerű lehet másik terapeutához küldeni, aki esetleg sikeresebben tudná kezelni.

Az alkalmasság további feltétele, hogy a páciens tünetei miatt szenvedést érezzen. Azonban a szenvedésérzés fenntartásában szerepet játszhat egyrészt mazochisztikus beállítottság, másrészt a másodlagos betegségyeresség. Szükséges, hogy a beteg bizalmat érezzen, ha azonban ez fantasztikus elvárásokhoz vezet részéről, inkább akadályozó lesz.

A teljes bizalom hiánya, pl. bizonyos körülmények tudatos és tartós eltitkolási szándéka rossz ómen. De azt is tudjuk, hogy a negatív indulattétel a sikeres terápia egyik előfeltétele. Az alkalmassági katalógus tartalmazza a korábbi jó identifikációk tényét, állandó objektkapcsolatokra való készségét, sikeres szublimációkat. Sok függ attól, hogy a páciensben van-e készség annak megértésére, hogy jelen állapota kapcsolatos a múltjával. Az alkalmasság kérdését színezi a terapeuta beállítottsága is a terápiás célzatosságot illetően. Itt ugyanis arról a paradoxiaról van szó, hogy mennél inkább eltörlődik a gyógyításra való törekvés túlzott terápiás buzgalom irányába, annál inkább veszélyeztetett a terápia sikere. A fokozott terápiás becsvágy következtében olyan ellenállások mobilizálódnak, melyekkel szemben az analitikus tehetlenné válhat. *Paneth Gábor dr.*

Intézeti depresszivitás. A kórházi tartózkodás strukturális hatásai a beteg pszichés helyzetére. J. J. Rohde (Abt. Medizinische Soziologie im Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Med. Hochschule Hannover): *Der Internist*. 1974, 15, 277—282.

A szerző bevezetésül hangsúlyozza, hogy fejtegetései nem képviselnek szigorúan vett „bizonyított eredményeket”. Korábbi, a kórház strukturális embertelenségéről kifejtett téziseit fejleszti tovább: azt szeretné bebizonyítani, hogy a betegek depresszivitása a gyógyító intézetekhez kötött.

A kórház személyzetének legnagyobb tagjai is érzik, hogy a kórházi tartózkodás nemcsak problémákat old meg, hanem problémákat is terem a beteg számára. Ezt az érzést azonban könnyen elfojtják vagy orvosi-technikai oldalról, s nem a fejlődépszichológia vagy a szocializáció folyamata felől közelítik meg a hospitalizációs tünetegyüttest. Ez alól csak a pszichiátriai intézetek és kisebb mértékben néhány más terület (intenzív, onkológiai, dialysis-osztályok) jelentenek kivételt.

Az intézeti depresszivitás nem jelent a depresszió nosológiai formakörének értelmében vett, klinikailag megfogható pszichés károsodást. Az sem lényeges, hogy ez a depresszivitás betegséggé manifesztálódik-e. Mindez a beteg személyiségétől, betegségétől, a betegséghez való beállítottságától, kórházi tartózkodásaival kapcsolatos tapasztalataitól függ. Kevésbé döntő, hogy az egyes beteg mint személyiség, hogyan dolgozza fel a depresszivitás intézeti mozzanatait; lényegesebbek azok a mozzanatok, amelyek a kórházi tartózkodás szituációs összetevőiként minden betegre társadalmi nyomást fejt ki a betegre, hogy olyan magatartásmódot tanúsítson, amely neurotikus-depressziós zavaroknak felel meg. Elvárja a „jó beteg” magatartását, azaz: a beteg feltétel nélkül és passzívan adjon fel minden, a diagnosztikai-terápiás folyamatot zavaró tulajdonságot, érdeket és szükségletet; ellenállás nélkül, engedelmesen hagyja, hogy segítsenek neki, amikor a környezet úgy véli, hogy segítségre van szüksége; legyen elégedett a kommunikáció biztosított mértékével; nevensen, amikor a környezet úgy véli, hogy nevetnie kell, sírjon, ha ezt várják tőle, amit le kell nyelnie, nyelje le, stb. A kórházak betegei között elterjedt viccelődés saját helyzetükről — figyelembe véve, amit *Bergson* és *Freud* óta a humor és a vicc funkciójáról, a függőség, az agresszió gátoaltsága, a depresszivitás és a vicc közti kapcsolatról tudunk — az intézetekhez kötött depresszivitás indikátora.

A szerző három tézisben foglalja össze mondanivalóját: a kórházi tartózkodás a beteg számára a pszichoszociális gyökerek kitépését, a viszonylagos elszemélytelenedést és a viszonylagos infantilizálódást jelenti.

Harmat Pál dr.

Csoportpszichoterápia lányok kisfiúkkal és szüleikkel. Green, R., Marielle Fuller: Int. J. of Group Psychothr. 1973, 23, 54—68.

Azok a kisfiúk (10 éven aluliak), akik lányosan, lányként viselkednek, felnőtt korukban könnyen válnak homoszexualissá, vagy transzsexualissá. Felnőttkorban az ilyen magatartás reorganizációja — azoknál is, akik szeretnék ezt —, meglehetősen nehéz, néha lehetetlen. A szerzők ebből kiindulva gyermekkorban kezdték el pszichológiai módszerekkel e magatartás megváltoztatását.

A szerzők több módszert kipróbáltak, közleményükben arról számolnak be, amikor gyerekeket (4—9 évesek) csoportos játékterápiában részesítették, és az anyákat külön egy csoportban pszichoterápián kezelték. A gyerekekkel heti egy alkalommal 1 órát és a szülőkkel kéthetente foglalkoztak. A gyerekekkel férfi terapeuta, az anyákkal, illetve apákkal nő, ill. férfi terapeuta foglalkozott. A gyerekek csoportja lényegében játszótér jellegű játékokat játszott és a terapeuta a fiús magatartást konzekvensen megerősítette, „jutalmazta”, dominánsan verbális megjegyzések formájában, míg a lányos magatartást negatívan minősítették. A kifejezetten fiús játékok során megfigyelték a fiúk azonosítási folyamatát (identifikáció) a terapeutával, valamint, hogy a gyerekek egymásra prociáltak gyakran a lányos megnyilvánulásokat, s így inkább tudtak azzal szemben distanciát létesíteni, kritikát képezve fellépni. Az egymással kialakult interakciók során „az agresszorral való azonosítás” lélektani elaborációs mechanizmust is többször megfigyelték.

Az anyák csoportjában kezdetben semmi segítséget nem tudtak adni egymásnak, hogy gyerekeik közös problémáját hogyan kezeljék. A terápia során az egymásnak való segítségnyújtást, a tapasztalatok megbeszélését segítették elő. Az anyák egy része eleinte tagadta annak jelentőségét, hogy a fiúk lánynak, vagy „anyukának” képzeli magát. Gyakran gondolták, hogy ezen a magatartáson nem lehet változtatni, mert ilyenek születtek, ezt örökölte. A terápia egy évig tartott, ezalatt az anyáknak a masculinitással szembeni hibás viszonyulásainak bizonyos változását tudták elérni.

Az apák csoportjában lényeges felismerés volt, hogy más hasonló helyzetben levő apák is vannak, akik nem törődnek eleget fiúkkal. A csoportban ez főleg olyan formában nyilvánult meg, hogy nem játszanak velük fiús játékokat (pl. indiánosdit). Az apák a csoportterápia során értették meg, és ismerték fel gyerekeik ilyen irányú szükségleteit, és kaptak kedvet a fiúkkal való foglalkozáshoz. Az eredetileg hiányos, vagy nagyon la-

za apa—fiú kapcsolat a kezelés során szorosabbá vált.

A szerzők tapasztalataikból nem vonnak le messzemenő elméleti következtetéseket, hanem inkább rámutatnak a kóros nem szerep (gender role) gyermekkorban való kezelésének jelentőségére és sokoldalú problémáira.

Süle Ferenc dr.

Modell a pszichoterápiás csoportokban megjelenő intra- és inter-individuális folyamatok számára. Ada Abraham: Int. J. of Group Psychothr. 1973, 23, 3—23.

A szerző egy theoretikus modellt ír le, melynek segítségével az egyéni belső lelki történések és a csoport interaktív történéseinek kölcsönhatása értelmezhető. A szerző a „Q-sort” technikával a csoporttagok önjellemzését kérte, három különböző aspektusból: 1. Az aktuális-self szempontjából, ahogy az egyén önmagát látja. 2. Az ideál-self szerint, amilyennek az illető önmagát leírja, hogy milyen szeretne lenni. 3. A public-self aspektusából, ahogy a csoporttag véli, hogy a többiek milyennek látják őt.

E három kép önmagáról különböző formában egyezhet, illetve térhet el egymástól. A szerző a variációs változatok öt fő konfigurációját tárgyalja, és elemzi külön-külön, részletesen. Véleménye szerint a konfigurációk elemzése a csoportdinamika olyan rejtett szintjeihez vezet el, ami kapcsolatos a csoport úgynevezett fokális konfliktusával. Az öt konfigurációból következő csoportdinamikát a különböző szorongás formák, biztonságigények szempontjából elemzi. A szerző tehát alkalmasnak találja módszerét a különböző csoportfolyamatok mélyreható vizsgálatára, megértésére.

Süle Ferenc dr.

Máj- és epeútbetegségek

Az Australia-antigen és klinikai jelentősége. G. Thamer (Medizinische Universitätsklinik Heidelberg): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 711—715.

Az Australia-antigen (= Au.-a.) és a májbetegségek közti oki összefüggés még homályos. Az antigen nem a fertőző agens, nem a vírus burkának proteinje és nem a vírussal fertőzött szervezetnek a terméke. Elektro-optikailag az Au.-a. serumban három alakilag különböző részecskét lehet elkülöníteni: sphaerikus, tubularis alakot és a Dane-részecskéket. Immunológiai-
lag többféle alcsoportot ismerünk.

Egy hosszú lappangási idővel járó hepatitiszes beteg serumának parenterális bevitel után 40 gyermek közül 39 betegedett meg Au.-a. pozitív hepatitisben. Igen nagy hígtásban alkalmazott inoculatio után

csak austral-antigenaemia fejlődött ki a hepatitis klinikai tünetei nélkül. Rövid incubációs hepatitiszes beteg serumának beadása után rövid incubációs hepatitis alakult ki negatív Au.-a. lelettel. A pozitív Au.-a. lelet tehát biztos diff.-diagnosztikai jel a hepatitis A és B között.

Az Au.-a. a legkülönbözőbb testnedvekben kimutatható, így érthető a beteg izolálásának és a váladékok dezinficiálásának a szükségessége.

Idült hepatitiszes betegek 20—60%-ában lehet pozitív Au.-a.-t találni. Az egészséges májú lakosság közt Európában és É.-Amerikában 0,1—1,0%-ban, Afrikában és Ázsiában helyenként 16%-ban lehet Au.-a.-t kimutatni. Az antigen az afrikai moszkítókból is fellelhető, így feltehető a rovarcsípéssel való átvitel lehetősége. Au.-a. pozitív egészségesekben nem tudtak Dane-részecskéket kimutatni, míg Au.-a. pozitív chronikus hepatitisben csaknem minden esetben megtalálták. Az Au.-a.-t intracellularisan is ki lehet mutatni. Akut fulminans B-hepatitisben csak ritkán, chronikus persisztáló hepatitisben igen gyakran található intracellularisan Au.-a.-immun-komplexum.

Az Au.-a. negatív hepatitiszes beteg serumában emelkedett az IgM szintje, míg hepatitis B-nél nem. Au.-a.-re csak ritkán képződnek antitestek a hepatitis B lefolyása alatt, ismételt antigen-kontaktus azonban ellenanyagképzéshez vezet, amint ezt a több transzfúzió kapott haemophiliások esetében láthatjuk.

A gamma-globulin védőhatása hepatitis A esetében kétségtelen, hepatitis B-nél vitatott.

Még homályos a szervezet különböző reakciója az Au.-a. pozitív anyaggal való kontaktus után: az antigen eltűnik a serumból, Au.-a. pozitív hepatitis fejlődik ki, austral-antigenaemia alakul ki betegség nélkül és végül antitestképzés lehet a szervezet válasza.

Dudley és munkatársainak feltételezése szerint a thymus-dependens lymphocyták nemcsak az antigenet semmisítik meg, hanem a májsejteket is károsítják. Ép celluláris immunitas esetén a T-lymphocyták eliminálják az antigenet a serumból, ugyanakkor a májsejteket roncsolják és hepatitiszt okoznak. Ha a T-lymphocyták immunválasza kimarad az Au.-a.-nél való kontaktus után, austral-antigenaemia keletkezik betegség nélkül. A T-lymphocyták gyenge immunválasza esetén az antigen nem tűnik el teljesen a serumból, ugyanakkor elhúzódó májsejtkárosodás lép fel idült májgyulladás klinikai képében.

Kollár Lajos dr.

Percutan cholangiographia, ext-raperitonealis úton. Deutre, L.-P. és mtsai (Hôpital St.-André, Bordeaux, Franciaország): Nouvelle Presse médicale, 1972, 1, 2231—2234.

Icterusos állapotban az oralis és intravénás cholangiographia vég-

zése veszélyes, a lassú cseppinfúziós eljárás sem ad elégséges eredményt. A szerzők beszámolnak két év alatt végzett „trans-parieto-hepatikus” punctió cholangiographiás vizsgálataik eredményéről, amely eljárást Prioton ajánlotta 1960-ban icterusos betegek epeutainak röntgenvizsgálatára.

A módszer a következő: praemediatio és helyi érzéstelenítés után az előrehajtott helyzetben ülő beteg X. intercostalis spatiumába szúrunk a középvonaltól 4 harántjajnyira jobb felé. A szúrás iránya a sagittális síkban, kissé felfelé irányuljon, mélysége 10–12 cm legyen. A máj elérése, sajátos érzéssel jár, ekkor a mandrinül szolgáló tűt eltávolítjuk, csak a vékony teflon catheter marad bent, ezt addig húzzuk visszafelé, amíg epét nem nyerünk. Ha nyomással ürül, meg kell várni, míg lelassul az epefolyás, majd tv-képerősítőernyő alatt beadjuk a kontrasztanyagot; ezt a vizsgálat végeztével nem szívjuk vissza, így mód nyílik később az esetleges lefolyási dynamica megfigyelésére.

A vizsgálat két fő indiciós területére: 1. Obstruktív, főleg neoplastikus eredetű icterus, amelyben a localisatio nem ismert, 2. régen fennálló icterus, amelynek belgyógyászati, ill. sebészeti jellege tisztázatlan.

Contraindicatiót képeznek: deformált mellkas, lázas cholangitis, súlyos keringési elégtelenség. Eredménytelen lehet a vizsgálat túl friss, ill. incomplett elzáródás esetén (t. legalább 4 mm-re kell az epeút átmérőnek tágulni, hogy biztonságosan vizsgálható legyen.). Ezen alapszik a cholestasisis járó hepatitis és a post-hepatikus elzáródás differenciál diagnózis: előbbinél finom epeúthálózat, utóbbinál retentiós tágulat van.

Melléksérülést a vizsgálat alig okozhat: egy haematomát és egy esetben epecsörgést találtak. Pleuraizgalom miatt enyhe, jobb vállba sugárzó fájdalom léphet fel, ez a basalis analgeticumokkal szüntethető.

A szerzők 1970–1971-ben 71 icterusos beteget operáltak, ezek közül 34-en végeztek el a fenti vizsgálatot, a többi esetben nem lett volna diagnosztikus értéke. 28 esetben kellett a vizsgálat eredményének birtokában műtétet végezni.

Operált eseteik közül 10 pancreas fejrák volt, a vizsgálattal 9-et ismertek fel, a 4 máj-hilus carcinoma mind felismerhető volt, 8 ductus hepaticus communis kövességből pedig 7-et kórisméztek praoperative. Tekintettel arra, hogy a hagyományos módszerekkel ennél lényegesen kisebb diagnosztikus pontosságot értek el, ajánlják az indicióban megadott icterusos betegek percutan cholangiographiáját.

László Gergely dr.

A nem haemolytikus hyperbilirubinaemiák kezelése enzym-inductióval. Sotto, A. és mtsai (Istituto de

Gastroenterologia de Habana, Cuba): Revista Cubana de Medicina, 1973, 12, 361–371.

A nem haemolytikus indirect hyperbilirubinaemia kérdése régóta foglalkoztatja a kutatókat. Az utóbbi években sikerült néhány microsomalis localisatiójú máj-enzymet inductio útján befolyásolni, ezek között szerepel a glukuronil-transferase is. Ennek a felismerésnek gyakorlati-klinikai alkalmazásáról számol be a cikk: a nem haemolytikus icterusok egy része a glukuronil-transferase enzym inductiójával kedvezően befolyásolható. A fenti hyperbilirubinaemiák az inductor adagolására adott válasz alapján 2 típusba sorolhatók:

I. típus: az enzym teljes hiánya (autosomalis recessiv öröklődés), az inductor hatástalan: a májban az enzymet kimutatni nem lehet.

II. típus: az enzym csökkent mennyisége (autosomalis dominans öröklődés), ez a típus az inductor adagolására drámai módon reagál: a serum bilirubin szint csökken, a BSP kiválasztás javul.

Az első típusra klinikailag mélyebb icterus, Kern-icterus és súlyos prognosis jellemző; míg a II. típus enyhébb, szövödménymentes icterusokkal jár és therapiasan befolyásolható.

A szerzők inductorként a phenobarbitalt alkalmazták, átlagosan 100 mg/die adagban. Válogatott beteganyaguk a következő volt: 6 eset Morbus Gilbert, 2 eset hepatitis chronica, 1 eset cholestasisis recurrens benigna, 1 eset primer biliaris cirrhosis. A gyógyszer adagolását teljes ágynyugalom egészítette ki.

A Gilbert-kórban szenvedő betegek jól reagálnak a phenobarbitalra: 2 nap múlva csökkent az icterus, a szer adagolásának abbahagyására azonnali serum bilirubin szint emelkedés indult meg, további adagolásra ismét csökkent.

Hepatitis chronica eseteikben prolongált kezelési hatására a hyperbilirubinaemia megszűnt. A benignus recurrens cholestasisisban szenvedő betegen is jó eredményt értek el: icterusa hamarabb oldódott és a remissio tovább tartott, mint amikor steroid kezelést kaptak. (A primer biliaris cirrhosisban a phenobarbital hatástalan volt.)

A hyperbilirubinaemia csökkenését az icterussal járó klinikai és subjektív tünetek megszűnése is kísérte. A kezelés után nemcsak a serum bilirubin szint csökkent, hanem a BSP retentio is. A kezelés előtt és kezelés után végzett biopsziás vizsgálatok tanúsága szerint a májszövet glukuronil-transferase aktivitása a kezelés során nagymértékben emelkedett.

Az elért eredmények alapján a szerzők ajánlják a fenti betegcsoportban a phenobarbitalal történő enzym-inductio széles körű alkalmazását.

László Gergely dr.

Gastroenterologia

Serum gastrin és gyomorsav-secretio proximalis gyomor-vagotomia előtt és után. Schruppf, E., Roland, M., Liavag, I. (Research Laboratory of Gastroenterology, Dept. IX, Internal Medicine, Ullevål University Hospital, and Surg. Dept., Aker University Hospital, Oslo): Scand. J. Gastroent. 1974, 9, 115–118.

A szerzők 8 nyombélfekélyes betegen végzett vizsgálatokról számolnak be, akik esetében duodenalis fekély miatt proximalis gyomor-vagotomiát (PGV) végeztek drainage nélkül. A 6 µg/kg s. c. pentagastrinos gyomorsav-secretio vizsgálatokat műtét előtt, majd PGV után 3 és 12 hónappal végezték el. Az állandó leszívással nyert gyomornedvet pH 7,4-ig titrálták. Az insulinos teszt (0,20 E/kg insuliv. iv.) elvégzésére műtét után 3 és 12 hónapra került sor. A vércukor értéket insulin inj. beadása előtt és után 30 perccel határozták meg, mindegyik esetükben a postinsulinos 30 perces érték 35 mg/100 ml alatt volt. A gyomor ürülési időt standard étkezéssel vizsgálták, melyhez báriumot adtak. Az éhgyomri serum gastrin-koncentrációkat PGV előtt, valamint után 3, 6 és 12 hónappal mérték.

A basalis savürítés (BAO) PGV után 3 hónapra 80%-kal, 12 hónapra 67%-kal csökkent (a preoperativ BAO értéket vették 100%-nak). A BAO-ban bekövetkezett növekedés azonban műtét után 3 és 12 hónap között nem volt szignifikáns. A pentagastrinos savválasz PGV után 3 hónapra 59%-kal, 12 hónapra 46%-kal volt kisebb, itt azonban a 3 és 12 hónap közötti savürítés növekedés már szignifikánsnak mutatkozott. PGV után természetesen a basalis gyomorsecretum pH-ja szignifikánsan növekedett, majd 3 és 12 hónap között enyhén, de nem szignifikánsan csökkent. 1 betegen az insulin-teszt PGV után 3 hónappal késői pozitívítást, 12 hónappal korai pozitívítást mutatott, a többi betegen az insulinos vizsgálat negatív volt. A gyomor ürülési idő műtét előtt 3,7 ± 0,3 óra, műtét után 3 hónapra 3,1 ± 0,1 óra volt, tehát a gyomor ürülése nem romlott, így jelentősebb antralis distensio nem állott fenn. Az éhgyomri gastrin-koncentráció PGV után szignifikánsan magasabb lett, mint műtét előtt volt. Műtét után 3 és 12 hónap között a gastrin-koncentráció ugyan csökkent, de ez nem volt szignifikáns.

A szerzők arra következtetnek, hogy betegeikben a gyomornedv aciditása lehetett a legfontosabb faktor a basalis gastrinszint kialakításában, mivel PGV után a gyomornedv pH-jának az emelkedésével a serum gastrin-koncentráció is szignifikánsan növekedett és később, amikor a gastrikus pH fokozatosan csökkent, a serum gastrin-

szintben is mérsékelt és következett be.

[Ref.: Vagotomia után egyes speciéseken a serum gastrinszint eltérő viselkedést mutathat. Emberben vagotomia + pyloroplastica után a legtöbb szerző az éhgyomri és a postprandialis serum gastrin-értékek emelkedését észlelte. Ezt antrectomia szignifikánsan csökkenteni képes. Kuttyában viszont Walsh és mtsai (Gastroenterology 1972, 63, 593.) vizsgálatai szerint a vagotomia nem befolyásolta a basalis serum gastrinszintet és a postprandialis serum gastrin-csúcsértéket is szignifikánsan csökkentette.

Korman és mtsai (Gut 1972, 13, 163.) szerint emberben a komplett truncalis és selectiv vagotomia között is van különbség a serum gastrinszintben, amennyiben a basalis és fehérje etetésre kapott serum gastrin-értékek truncalis vagotomia esetében, ahol az extragastrikus vagus ágakat is átvágják, még magasabbak, mint selectiv vagotomia után. Ezt a szerzők truncalis vagotomia esetében additív extragastrikus gastrin-felszabadulással hozzák kapcsolatba.]

Kisfalvi István dr.

Adrenalin okozta gastrin-felszabadulás emberben. Stadil, F., Rehfeld, J. F. (Dept. of Surgical Gastroenterology C, Rigshospitalet, and Dept. of Clinical Chemistry, Bispebjerg Hospital, Copenhagen): Gastroenterology. 1973, 65, 210—215.

A szerzők 8 egészséges önkéntesen (6 nő, 2 férfi, átlagos életkor 22 év) végezték vizsgálataikat, akikben a basalis gyomorsav-secretio és a basalis serum gastrinszint normális volt. A basalis secretio összegyűjtése után 10 és 20 perces időtartamokra különböző dosisu adrenalin-infúziót állítottak be infúziós pumpa segítségével, és közben a gyomornedvet intermittáló szívással gyűjtötték össze. Az egyes adrenalin adagok között 1 órás intervallumot tartottak, amikor is csak sóoldatot infundáltak. A savkoncentráció meghatározásakor pH 3,5-ig titráltak.

Az átlagos serum gastrin-koncentráció 25 és 50 ng/kg/perc adrenalin iv. infúziójára rögtön emelkedett és szignifikánsan magasabb volt, mint a basalis érték, a gastrin-válaszok azonban egyénként eltérően különböztek. A gastrinválasz reprodukálhatósága 25 és 50 ng/kg/perc adrenalin-infúzió adásakor igen jónak bizonyult. A 25 és 50 ng/kg/perc adrenalin-infúzióra emelkedett gastrinértékekkel reagáltak egy másik napon adott 75 ng/kg/perc adrenalinra szintén magas gastrinszinteket produkáltak, azonban a szerzők megfigyelték, hogy egy egyénben 75 ng/kg/perc adrenalin-infúzióra alacsonyabb volt a gastrinválasz, mint 25 és 50 ng/kg/perc dosisra. Egy másik egyénben is észlelték, hogy magasabb adagokra a serum gastrin-

koncentrációban csökkenés következett be.

Pindolol (4)-2-hydroxy-3 isopropyl aminopropoxy (indol), egy β -adrenerg blokkoló szer (Visken) 500 ng/kg/perc iv. infúziójára és az ezután adott 75 ng/kg/perc adrenalin-infúzióra a serum gastrinszintben változás nem következett be.

Adrenalin-infúzió megindítása után 15 és 30 perc között a savürítés és a savkoncentráció 8 egészséges emberben átlagban enyhén, de szignifikánsan magasabb volt, mint adrenalin adása előtt. Pindolol-infúzió alatt és pindolol után később adott 75 ng/kg/perc dosisu adrenalinra nem volt szignifikáns eltérés a savürítésben és a savkoncentrációban. A szerzők vizsgálatai szerint tehát a β -adrenerg blokkoló szer gátolta az adrenalin okozta gastrin-felszabadulást és a gyomorsav-secretio fokozódását emberben.

[Ref.: Az irodalomban ellentétes nézetekkel lehet találkozni a catecholaminoknak a gyomorsecretióra kifejtett hatásával kapcsolatban. Adrenalinra vonatkozóan stimuláló és gátló hatásokat egyaránt közöltek már, és ez a kérdést bonyolultá teszi. Hazai szerzők pl. kimutatták, hogy adrenalin a patkány gyomor-secretióját szignifikánsan csökkenti és a kísérletes fekély ellen is képes védelmet nyújtani. Ez a gátló hatás az adrenerg β -receptorokon keresztül jön létre és β -adrenerg receptor blokkolóval az adrenalin hatását fel lehet függeszteni. Patkányban az adrenalinra kapott válasz különben függ az alkalmas időponttól is, pl. Pfeiffer adrenalin adásával egy ulcus modellt dolgozott ki, ugyanis vizsgálatai szerint az adrenalin patkányban pylorus ligatura után négy órára kis adagban adva nem gátolt, hanem a mirigygyomor részben ulcus produkált. Úgy látszik, hogy az adrenalin hatásával kapcsolatban species és dosis adta különbségekkel, sőt az adás időpontjának a problémájával is számolni kell. Felmerül az a lehetőség is, hogy az egyes szerzők által alkalmazott dosisok inkább farmakológiaiak, mint fiziológiaiak voltak.]

E referált közlemény azt a nézetet erősíti meg, hogy a catecholaminok normál egyénekben képesek a gastrin felszabadulását és ezzel a savsecretiót stimulálni, de nem tisztázza a gastrin-felszabadítás mechanizmusát. A catecholaminok fiziológiai szerepének a tisztázása a gastrin felszabadításában és a gyomorsecretióban még további vizsgálatokat igényel.)

Kisfalvi István dr.

Duodeno-gastrikus reflux és savsecretio tüneteket okozó hiatus herniás betegekben. Stol, D. W., Murphy, G. M., Collis, J. L. (Dept. of Surgery, University Hospital, Rotterdam, and Dept. of Surgery, United Birmingham Hospitals, Birmingham): Scand. J. Gastroent. 1974, 9, 97—101.

A szerzők 32 panaszokat okozó hiatus herniában szenvedő betegen és 13 egészséges önkéntesből álló kontroll csoportban végezték vizsgálataikat. A hiatus hernia diagnózisát radiológiai és endoscopos vizsgálattal állították fel.

Meghatározták a basalis gyomorsav-secretiót (B. A. O.), $6 \mu\text{g/kg s. c.}$ pentagastrin inj. után a csússavsecretiót (P. A. O.) és az éhomi gyomornedvben a teljes epesav-koncentrációt (T. B. A.), mely utóbbi a duodeno-gastrikus reflux mértékére utalt. Hiatus herniás betegekben a B. A. O. és P. A. O., valamint T. B. A. értékeit szignifikánsan magasabbnak találták, mint a kontroll csoportban. Enyhe oesophagitis esetében csak a B. A. O., míg súlyos oesophagitisben a B. A. O., P. A. O. és a T. B. A. egyaránt magas volt, így korrelációt tudtak kimutatni ezen három faktor és az oesophagusban talált elváltozások súlyossága között. Észleléjük támogatja azt a koncepciót, hogy e faktorok közösen lehetnek felelősek az oesophagus gyulladásoos reakcióért, melyek gastro-oesophagealis reflux kapcsán alakulhatnak ki.

A szerzők hiatus herniában a magasabb B. A. O., P. A. O. és T. B. A. ellenére a gyomorban fekélyt egy esetükben sem találtak. Hiatus hernia esetében a gyomornedvben észlelt magasabb epesavszint — éppen úgy, mint gyomorfekélyben — a pylorikus sphincter dysfúnciójával függhet össze.

Kisfalvi István dr.

Primer hyperparathyroidismus, pancreatitis és cholelithiasis. Brünner, H., Rothmund, M.: Dtsch. med. Wschr., 1973, 98, 1973.

Ismert, hogy a primer hyperparathyroidismushoz — egyéb kórfolyamatok mellett — gyakran pancreatitis és cholelithiasis társul. A szerzők 23 primer hyperparathyroidismusban szenvedő beteg kórfolyását ismertetik. Közülük — nephrológiai és osteológiai elváltozások mellett — 8-ban cholelithiasis, illetve choledocholithiasis is kimutatható volt. Utóbbiak közül 4 esetben chronikus recidiváló pancreatitis fennállását is igazolták, azonban a pancreasban meszlerakódás nem mutatkozott. A calcium és phosphor anyagcsere zavara és a pancreatitis kialakulása közötti összefüggés nem tisztázott. Primer hyperparathyroidismus talaján kifejlődő pancreatitis és cholelithiasis esetén, az alapbetegség sebészi megoldása mellett, az epeutakban található kövek eltávolítása is feltétlenül indokolt.

Szécsey György dr.

A vastagbél öröklődő adenomái. A. Hassan, J. Wedell (Aachen Seb. klinika): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 2150.

A vastagbél és a rectum familiaris adenomái (f. a.) magas elfajulási

tendenciájuk miatt a rákellenes küzdelemben különös jelentőséggel bírnak. Amíg egy egyszerű adenoma (nagyságától, szövettani szerkezetétől függően) elfajulási valószínűsége 6,1%, addig a f. a.-nál ez a szám 50–70% között van. A f. a.-nak különböző extraintestinalis tüneteket is produkáló formái vannak.

Peutz—Jeghers-szindróma.

Ezen szindrómában az egész gastrointestinalis rendszerre kiterjedő multiplex polyposison kívül, az ajak-, és szájnyalkahártyára kiterjedő melanin-pigmentáció látható. Az itt megfigyelt adenomát hamartomának is nevezik. *Morson* ezt a daganatos szövettanilag elválasztott „tumor-szerű” kisiklónak nevezi. A betegek átlag életkora 22–23 év. Egyértelmű familiaris terheltséget csak az esetek 54%-ában tudtak igazolni. *Pleotrop* génre gyanakszanak, mely mind a pigmentációért, mind a hamartomáért felelős. Leggyakoribb panaszok: kólika-szerű hasfájások, visszatérő bélvérzések, melyek gyakran hypochrom anaemiához vezetnek. Invagináció és obstrukciós elzáródás komplikálhatja a kórképet, mely sebészi beavatkozást igényel. Sok szerző képviseli azt a felfogást, hogy bár a hamartomák rosszindulatú elfajulása ritkán fordul elő, ilyen jellegű körülmények az irodalomban megtalálhatók. Malignus elfajulástól való félelem miatti polypektatómiát nem tartják indokoltnak.

Cronkhite—Canada-szindróma.

Rendkívül ritka kórkép. Az irodalom eddig 10 esetről számolt be, egyetlen esetben sem tudtak familiaris terheltséget kimutatni. A gastrointestinalis rendszer többé-kevésbé kifejezett polyposisa egyidejűleg megfigyelt ekto-dermális burjánzással a *Gardner*-, illetve *Peutz—Jeghers*-szindrómával való párhuzamra utal. A betegség az idős korban (60 körül) jelentkezik, tünetei fogyás, vizes székürítés, hasfájás, hányás, émelygés, haj-, hónalj-, szeméremszőrzet hiánya, köröm-atrophia és bőrpigmentáció. A polypok szövettanilag típusos mirigyszerkezetet mutatnak.

Gardner-szindróma.

Karakterisztikus multiplex adenomatosis, extraintestinalisan manifestálódott laza és tömött kötőszövet-daganatok. Ez utóbbiak elsősorban osteomák, előszeretettel a mandibulán és koponyatetőn, ritkábban a végtagok csontjain. Ezek gyakran az adenomák előfutárai, klinikailag azonban tünetmentesek és semmiféle elfajulási tendenciát nem mutatnak. A laza kötőszöveti daganatok túlnyomóan epidermoid és dermoid-cysták, elsősorban műtéti heggekben és retroperitonealisán. Bár mindig jóindulatúak,

gyakran megfigyeltek infiltratív és destruktív növekedést az izomzatban. A colon és rectum multiplex adenomái véres-nyákos széklet mellett gyakran okoznak mellkasi fájdalmakat. Kezeletlen adenomatosisok többsége elfajul. Familiaris adenomatosisal ellentétben a *Gardner*-szindróma általában később (30–40 év között) jelentkezik, férfiakon kétszeri gyakorisággal. *Fuhrman* és munkatársai szerint az átöröklést egy dominánsan öröklődő autosom gén okozza, mely valószínűleg nem azonos a f. a. okozójával. Extraintestinalis daganatok megjelenése egyidejű intestinalis panaszokkal, colon és rectum-adenomatosisra hívják fel a figyelmet.

Turcot-szindróma.

A szerző és munkatársai 1959-ben közölték eseteiket: egy 15 éves fiúról és 13 éves húgáról, mindketten f. a.-ban szenvedtek. A fiú gerincgájában daganat keletkezett és három évvel később heveny myelitis gyanújával hospitalizálták, a kórházban meghalt. Szövettani vizsgálat a gerincgagy medulloblastomáját mutatta, húgának pedig — ki 21 éves korában halt meg — bal homlokleányában glioblastomát találtak. Alátámasztják azt a megfigyelést, hogy f. a. mellett további anomáliák is jelentkezhetnek, valószínűleg ugyanazon gén-károsodás folytán.

Familiaris polyposis.

Obligát praecancerosis, az adenoma keletkezése és malignus elfajulása közötti latencia azonban kedvező kilátást biztosít időbeni prophylactikus sebészi kezelésre. Az adenoma keletkezésének okát egy vagy több gén spontán mutációjában sejtik. Az öröklődés *Mendel* szabályai szerint dominánsan érvényesül. Leukocyták chromosoma vizsgálatai semmiféle eltérést nem mutattak, hasonlóképpen nem lát-szik összefüggés a vércsoportok és f. a. között. Nem specifikus a betegség tünettana sem. A leggyakoribb panasz: véres-nyákos hasmenés, hasi fájdalom, ritkábban hirtelen fogyás, teljesítőképesség-csökkenés (első jelekként a rosszindulatú elfajulásnak). A tünetek megjelenése és hevessége az adenomák számától, nagyságától és lokalizációjától függ, ezeket a rosszindulatú elfajulás fokozhatja anélkül, hogy karakterisztikussá válnának. A panaszok általában 20–30 év között manifesztálódnak, bár az adenoma már minden bizonnyal korábban kifejlődik. Kezeletlen familiaris polyposis minden esetben malignussá fajul. Az első tünetek és a carcinoma kifejlődése között kb. 10–15 év telik el. *Dukes* szerint a betegek átlag 41,6 éves korukban

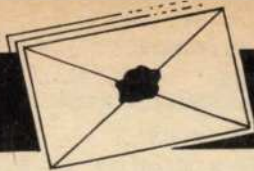
halnak meg. *Asman* és *Pierce* 41 beteg közül 20-ban talált carcinomát az első tünetek megjelenésekor, ezzel szemben 25-ből 3 esetben minden klinikai tünet nélkül fejlődött ki a daganat. Tüneteket produkáló carcinomás betegek átlagos életkora 37 (kb. 10 évvel magasabb mint a tünetmenteseké).

Rectosopia próbaexcisióval biztosítja a diagnózist, rtg kettős-kontraszt az elváltozás kiterjedéséről is felvilágosítást nyújthat. El kell különíteni a colitis ulcerosában megfigyelt pseudopolyposistól, pneumatosis cystica gázzal telt cystáitól, valamint a colon lipomatosisa vagy neurofibromatosisa során megnagyobbodott multiplex nyiroktüszöktől.

Egyedüli hatásos kezelés az időben (prophylactikus) történő műtéti beavatkozás. *Weiss* totalis colectomiát, a rectum eltávolítását és végleges ileostomiát tartja az egyedüli megoldásnak. Más szerzők — elsősorban a betegek fiatal korára való tekintettel — psychologiai és szociális indokok miatt — ileo-rectostomiát javasolnak. Ez utóbbi megoldás — localis recidiva veszélyén kívül — a rectumcsont stenosisával is fenyeget. *Pickens* és *Farringer* ileo-rectostomiánál a rectum adenomáinak regressióját figyelték meg, amit a „vékonybél-széklet” megváltozott pH-jával, elektrolyt-koncentrációjával és enzym-tartal-mával magyaráztak. Ugyancsak javulást észleltek egyesek 10%-os *Chelidonium*-oldat (vérehulló fecskefű) naponta történő beöntésével, bár a kezelés a normális mucosa elvékonyítása miatt a nyálkahártya vulnerabilitását okozza. A beöntések abbahagyása után 2 hónappal az adenomák ismét megjelennek. Nagyon rövid rectumcsontoknál (9–14 cm) egyértelmű regressiót írnak le. Ez utóbbit bizonyítandó írják le egy esetüket, ahol is ileo-sigmoidostomiával próbálták a gyógyulást elérni. 10 éven keresztül számtalan adenomát kellett eltávolítaniuk a 40 cm-es csontból. A csont 10 cm-re történő rövidítése az adenomák spontán gyógyulását eredményezte. Az ileo-rectostomia jó eredményei ellenére igazi megoldásnak a radikális műtétet tartják. *Oppolzer* hemicolectomia és a rectum-nyálkahártya abráziója után átmeneti anus praeternaturalissal megvárta a végbél nyálkahártyájának regenerációját. Néhány más — csak technikai kivételben különböző — megoldás is ajánlanak, valamennyinek a lényege azonban a sphincter megtartása mellett a radikális colectomia.

Somogyi Béla dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A magzatvíz alfa-fetoprotein vizsgálatának jelentősége az anencephaliák-spina bifidák megelőzésében.

T. Szerkesztőség! Az anencephalia-spina bifida (ezentűl ASB) az egyik leggyakoribb és legsúlyosabb vele született rendellenesség. Magyarországon a születések 3,0 ezrelékében fordul elő, eszerint pl. 1974-ben hozzávetőleg 555 ilyen rendellenességgel sújtott gyermek jött a világra. Az anencephalia letalis ártalom, de hazánkban a spina bifida cysticások több mint 60%-a is meghal. Az életben maradtak problémái is jól ismertek. Az ASB — nagy valószínűséggel — polygén öröklődésű multifaktoriális ártalom. Ennek megfelelően egy ASB-s gyermek születése után a következő terhességben az ismételt előfordulás valószínűsége 4—5%. Két ASB-s gyermek születése után a további terhességekben a kockázat mértéke már 10—12%.

Brock és mtsai 1972-ben közölték, hogy ASB-s magzatok esetén az amnion ún. alfa-fetoprotein (ezentűl AFP) szintje — a terhesség 13—14. hete után — sokszorosa a normál értéknek. Az amnion AFP vizsgálata tehát lehetőséget kínál az ASB-k korai kórismezésére és pozitív esetben a terhesség 20. hete előtt a terhesség megszakítására.

A genetikai tanácsadásokat felkereső családok egyik leggyakoribb problémája az ASB. Így 1974. júniusában jelentkezett az OKI Genetikai tanácsadásán S. K.-né, aki 6.

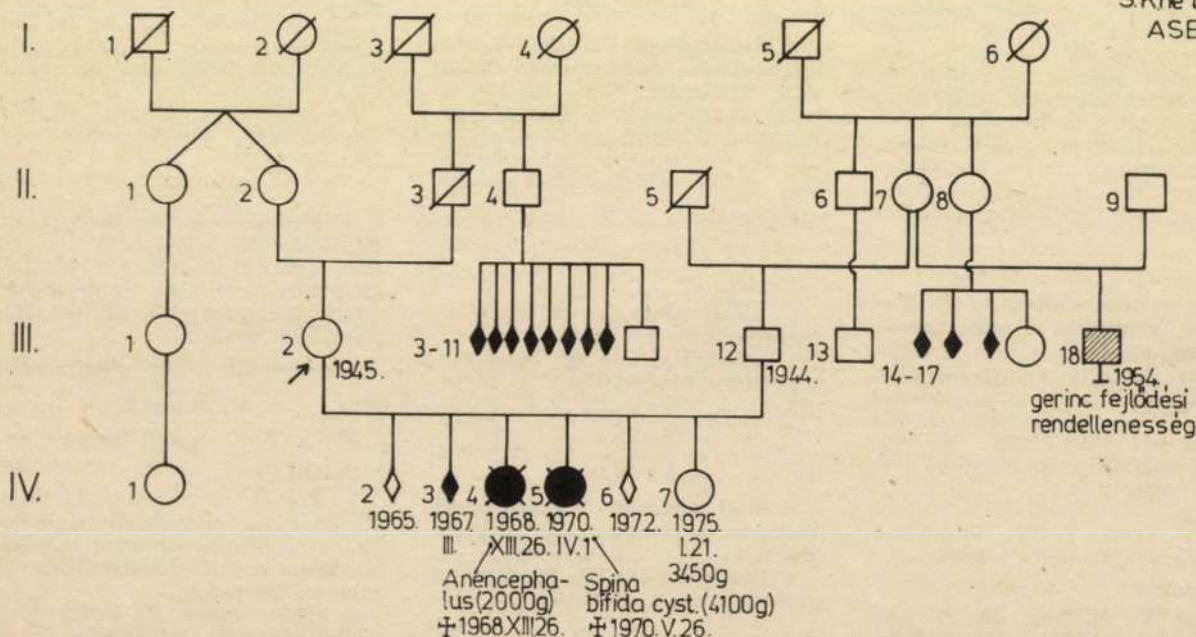
terhességének II. hónapjában volt és korábbi terhességei közül kettő ASB születésével végződött. A genetikai kivizsgálás (az ábra mutatja a családfát; a biztonság kedvéért elvégzett kromoszóma-vizsgálat mind az anyában, mind az apában normális karyotypust eredményezett) után el kellett mondanunk az asszonynak, hogy a terhességében 10—12%-os kockázattal kell számolni. Kérdésére, vajon az ASB a koraterhességben nem kórismézhető-e, felvilágosítottuk: néhány nyugati országban erre mód van már. A proband ezek után felkereste az Egészségügyi Minisztérium illetékeit, akik rövid időn belül beszerztették a Behringwerke AFP meghatározásra szolgáló reagenzeit. Időközben és folyamatosan természetesen ultrahangvizsgálatokra is sor került, amelyek negatív eredménnyel jártak. (Ez utóbbi vizsgálat azonban csak az anencephalia megbízható korai kórismézését biztosítja.) Szeptember 29-én történt az amniocentesis. Az amnionfolyadék AFP értéke (1:12) a normál tartományban volt, ennek alapján ajánlottuk a terhesség megtartását. 1975. I. 21-én azután megszületett az élő, érett, 3450 g súlyú egészséges leány.

Az amnion AFP vizsgálatával tehát az ASB korai kórismézése megoldható. Problémát az indicatio felállítása jelenti. Nyilvánvaló, hogy

minden korábban ASB-s újszülötet szült asszony további terhességeiben helyes elvégezni az amnion AFP vizsgálatát. Így évente az ASB-k kb. 10%-a megelőzhető lesz. S ez nem kis dolog, mivel egyrészt kb. 50 ASB születése akadályozható így meg, másrészt sokkal nagyobb számú negatív esetben biztosítható zavartalan terhesség. (Jelenleg folyamatban van a Vele Született Rendellenességek Országos Nyilvántartásának bejelentett ASB-s esetek — az összesnek kb. 90%-a — szüleinek levélbeni értesítése arról, hogy újabb terhességük esetén rendelkezésükre áll az amnion AFP vizsgálata. Az ASB-k többségét azonban nem előzi meg ASB-s születés, ezért az amnion AFP vizsgálatának indicatioja nem állítható fel. Itt a megoldást majd minden terhes serumának AFP meghatározása ígéri, amellyel kapcsolatban már ugyancsak sokatígerő közlések láttak napvilágot. Az anyai serumban az AFP érték azonban sokkal alacsonyabb, ezért sokkal érzékenyebb (radio-immun) metódika szükséges és egyelőre még elég nagy a hibás eredmények száma. (Az anencephalusok 80%-a, a spina bifidák 60%-a kórismézhető jelenleg a serum vizsgálatával.) Mindenesetre a vele született rendellenességek egyik legrettegettebb csoportjában, az anencephaliák-spina bifidák esetén a megelőzés küszöbére értkeztünk.

Czeizel Endre dr.
Merétey Katalin dr.
Osztovcics Magda dr.
Sobel Mátyás dr.
Szőnyi György dr.

1974. VI. 8.
S.Kné 0508/45
ASB



A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. május 26-án, du. 2 órára tűzte ki **Póka László dr.**: „Tanulmányok a funkció és struktúra változásairól adynamikus ileusban” című doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Mester Endre dr.**, az orvostudományok doktora, **Obál Ferenc dr.**, az orvostudományok doktora, **Varró Vince dr.**, az orvostudományok doktora.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1975. május 27-én, du. 2 órára tűzte ki **Li Bok Nam dr.**: „Adatok a pajzsmirigynek a kísérletes hypertóniák pathomechanizmusában játszott szerepéhez” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Földes János dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Kertai Pál dr.**, az orvostudományok doktora.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1975. május 28-án, du. 2 órára tűzte ki **Kovács Tibor György dr.**: „Endotoxin fogékonyság és endotoxin túlérzékenység” című doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Kesztyűs Lóránd dr.**, az MTA lev. tagja, **Kertai Pál dr.**, az orvostudományok doktora, **Bertók Lóránd dr.**, az állatorvostudományok kandidátusa.

A Pest megyei Tanács Semmelweis Kórház Tudományos Köre 1975. május 19-én, 14 órakor, a Kórház tanácstermében (VIII., Gyulai P. u. 2.) **tudományos ülést** rendez.

Bemutatásra kerülnek hazánk felszabadulásának 30. évfordulója alkalmából Pest megye területén meghirdetett pályázatok díjnyertes munkái közül a következők:

Varga László dr.: Pszichoszomatikus betegek gondozása körzetben.
Makra Csaba dr., **Nagy A. Péter dr.**: Transzradikuláris implantáció és fixatio.

Az American College of Cardiology és a Magyar Kardiológusok 1975. május 21—22—23-án, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinika tantermében (VIII., Szentkirályi u. 46.) **tudományos ülést** rendez. Az előadások angolul — tolmácsolás nélkül — hangzanak el.

Műsor:

1975. május 21-én, szerdán,

15 órakor:

James V. Warren, M. D.: Az ischaemiás szívbetegség új elmélete.

15.40 órakor:

Dwight Harken, M. D.: A koszorúér betegség sebészete.

16.40 órakor:

Henry McIntosh, M. D.: A kardiogén shock.

17.20 órakor:

William Friedman, M. D.: A veleszületett aorta stenosis katéteres vizsgálatának és műtétjeinek indikációja.

1975. május 22-én, csütörtökön,

15.00 órakor:

Henry McIntosh, M. D.: A hirtelen halál.

15.40 órakor:

James V. Warren, M. D.: A coronaria őrzőszoba.

16.40 órakor:

Harken, M. D.: Szívsebészet múltja, jelene és jövője.

17.20 órakor:

William Friedman, M. D.: Cyanosis az újszülöttkorban.

1975. május 23-án, pénteken,

15.00 órakor:

William Friedman, M. D.: Radioaktív izotópok és ultrahang a veleszületett szívhibák diagnosztikájában és kezelésében.

15.40 órakor:

James V. Warren, M. D.: A pangásos szívelégtelenség alapvető mechanizmusának áttekintése.

Szünet

16.40 órakor:

Dwight Harken, M. D.: Szívelégtelenség és műtéti eredmény.

17.20 órakor:

Henry McIntosh, M. D.: Értekezés a gyúszóvírágról: Witheringtől napjainkig.

A kiskunfélegyházi Városi Tanács Kórházának Tudományos Bizottsága 1975. május 24-én, de. 10 órakor, a Fegyveres Erők Klubja nagytermében (Kossuth u. 16.) — a Kórház 25 éves fennállásának alkalmából — **tudományos ülést** rendez.

Program:

Megnyitó.

Előadások:

1. **Julesz János dr.**: A hyperthyreosis modern terapiája.

2. **Biliczki Ferenc dr.**: A hypercorticimus diagnostikája és terapiája.

Vita

Szünet

3. **Hódi Miklós dr.**: Néhány újabb szempont a diabetes mellitus kezelésében.

4. **László Ferenc dr.**: Az obesitas pathogenesis és terapiája.

Vita

A Fertőzőbetegségek Orvosainak Társasága 1975. május 23-án, 9 órakor, a Semmelweis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.) **tudományos ülést** rendez.

Program:

Üléselnök: **Rudnai Ottó.**

Czirók Éva, Milch Hedda, Madár János (Országos Közegészségügyi Intézet és Pest megyei KÖJÁL): Az *Escherichia coli* 078 patológiai jelentősége különböző megbetegedésekből izolált törzsek vizsgálata alapján (15 perc).

Sere Gabriella, Kende Éva, Adamis Éva, Békésy Zsuzsa, Czirók Éva, Jákó Zita, Kormos Emília, Kubinyi Jánosné, Maximova Galina, Mihályfi Irén (Budapest és Pest megyei KÖJÁL, Országos Közegészségügyi Intézet): Újszülött osztályról kiinduló *E. coli* 078 fertőzések (20 perc).

Szabó Lajos, Vass Miklós, Forrai Mária (János Kórház): *E. coli* 078 törzs által okozott járvány klinikai tapasztalatai (20 perc).

Farkas Éva, Hajdi György, Gerő Anna, Soós Márta, Bene Márta (László Kórház): Az *E. coli* 078 klinikai jelentősége (20 perc).

Hajdi György (László Kórház): Dyspepsia coli törzs okozta purulens orchitis újszülöttnél (10 perc).

Szünet

Üléselnök: **Nyerges Gábor.**

Nagy Ervin, Kendrey Gábor (László Kórház): Atypusos amyloidosis eset klinikai és patológiai tapasztalatai (10 perc).

Telegdy László, Farkas Zsolt, Berkovits László (László Kh.): A Gradenigo tünetcsoportról két eset kapcsán (15 perc).

Balogh József (Megyei Kórház, Szombathely): CMV hepatitis (10 perc).

Orbán István, Bata Géza (Megyei Kórház, Kaposvár): Hasmenést okozó paraendocrin syndroma esete (10 perc).

Várady Borbála (Budai Területi Gyermekkorház): Postpolióis idült légzésbénult beteg diabetes mellitusa. (10 perc).

Kozáry Judit (Megyei Kórház, Szombathely): Nitrofurantoin ártalom (10 perc).

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem 1975. május 29-én (csütörtök), délután 15 órakor, a II. Belgyógyászati Klinika tantermében (VIII., Szentkirályi u. 46.) **tudományos ülést** rendez.

Radioizotópok orvosi alkalmazása (10. főirány)

Elnök: **Prof. Antoni Ferenc.**

Előadások:

1. **Zsebők Zoltán** (Radiológiai Klinika): Az izotópdiaosztika helye az orvostudományban, a radioizotópok orvosi felhasználásának távlatai (15 perc).

2. **Földes János** (I. Belklinika): Újabb vizsgáló eljárások a Base-

dow-kór etiológiájának tisztázására (10 perc).

3. **Gács János** (III. Belklinika): A máj izotóp hepatogram, és a máj szöveti képe közötti összefüggések (10 perc).

4. **Hernády Tibor** (Radiológiai Klinika): A rövid felezési idejű izotópok szerepe a klinikai izotópdia-gnosztikában (10 perc).

5. **Martonffy Katalin** (Radiológiai Klinika): Az újabb típusú scintillációs kamerákkal szerzett tapasztalatok (10 perc).

6. **Molnár Gyula** (II. Belklinika): A glomeruláris filtráció mérés vizelet nélkül radioaktív fémkomplexekkel; 1500 klinikai vizsgálat tapasztalatai (10 perc).

7. **Somogyi György** (II. Belklinika): Digoxin RIA meghatározás klinikai jelentősége (10 perc).

A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectioja 1975. június 12., 13., 14-én Siófokon tartja

XXII. Vándorgyűlést.

Tárgykör: **A belgyógyászat aktuális kérdései.**

1975. június 12., délelőtt 9 óra
Plenáris ülés

Hámori Artur: Elnöki megnyitó.

Tárgysorozat:

Üléselnök: **Jávor Tibor.**

1. **Nemes Tihamér** (Kaposvár): A gyomor praecarcinomás állapotainak diagnosztikája (referátum; 20 perc).

2. **Rumi György, Solt István, Molnár Lenke** (II. Belklinika és Kórbontani Intézet, Pécs): Korai gyomorrákos beteganyag elemzése (10 perc).

3. **Varga László, Láng László** (Győr): A korai gyomorrák felismerésének lehetőségei (10 perc).

4. **Solt István, Rumi György, Hámori Artur** (II. Belklinika, Pécs): **Haematemesis és/vagy melaena** korai aetiológiai diagnózis a oesophago-gastro-duodenoscopyval (10 perc).

5. **Kubinyi Klára, Nemes Tihamér** (Kaposvár): A felső gastrointestinalis tractusból származó vérezések korai aetiológiai diagnosztikája (10 perc).

Üléselnök: **Nemes Tihamér.**

6. **Bereti István** (Parád): Adatok a fokozott gyomorsecretio méréséhez (5 perc).

7. **Borsos Sándor, Vojkovic Imre, Kasza Gyula** (Marcali és Siófok): Vékonybél-elváltozások diagnosztikus problémái (10 perc).

8. **Bokor Nándor, Sárosi Katalin** (Szombathely): Rectoscopy vizsgálataink tapasztalatai (5 perc).

9. **Láng Miklós, Tóth Tibor** (Kaposvár): Oriásredős gastritisről két észlelt beteg kapcsán (5 perc).

10. **Janáki Rózsa, Pintér Mária** (Keszthely): Acut gastroenteritist okozó giardiásis (5 perc).

11. **Veress Gábor, Kisfalvi István** (Budapest, MÁV Kórház): A gast-

rointestinalis tractus vascularis insufficienciája (10 perc).

12. **Berő Tamás, Petz Ádám, Mozsik Gyula** (I. Belklinika, Pécs): Dumping-szindrómás betegek kezelése butyl-biguanid származékkal (10 perc).

13. **Bereti István** (Parádfürdő): A duodenoscopyról, különös tekintettel a nyombélfelekély kórismézésére (Filmbemutató, 10 perc).

1975. június 12., 15.30 óra
Cardiologiai sectio

Üléselnök: **Tarján Jenő.**

1. **Kelle László, Fekecs Béla, Gróh Vera** (Siófok): Adatok a gyulladássos szívműködés aetiológiájához, a kórkép klinikumának elemzése (10 perc).

2. **Brenner Ferenc, Szentcsiki Mária** (Tatabánya): A myocardialis infarctus symptomatológiájáról (10 perc).

3. **Strenger J., Simon M., Hal T., Pál I.** (Szigetvár): Myocardialis infarctus ritka szövődménye: papillaris izomruptura (5 perc).

4. **Sipos Erzsébet, Andréka Bertalan, Alexy Miklós** (Győr): Végtag vizsgálatok a myocardialis infarctus acut szakaszában (10 perc).

5. **Vizer Gyula, Csala Gyula, Jilek Zsuzsa, Kóródi Edit, Pusztay Valéria** (Pápa): A serum vas szint alakulása a myocardialis infarctus heveny szakában (10 perc).

6. **Bokor Zsuzsa, Bohenszky György, Törő Magdolna, Nagy László** (Pécs, M. Kórház): A „non invasiv” módszerek diagnosztikus értéke a myocardialis infarctus lezajlása alatt és után (10 perc).

Üléselnök: **Brenner Ferenc.**

7. **Kocsis Zsuzsanna** (Szombathely): A pitvarfibrillatio ritkábban előforduló aetiológiai tényezőiről (10 perc).

8. **Veress Gábor, Kisfalvi István, Szentkláray János, Telek László** (Budapest, MÁV Kórház): A trifascicularis block kialakulásának lehetőségei (10 perc).

9. **Ürmösi András, Lakatos Pál** (Tatabánya): Cor pulmonale chronicummal kapcsolatos észlelések (10 perc).

10. **Szabó Gyula, Kelle Mária, Magel Ferenc** (Kaposvár): A szűk mellkas-szindrómáról (10 perc).

11. **Prugberger Emil** (Celldömölk): A kóros tüdő-shuntok gyakorisága és klinikai jelentőségük (10 perc).

1975. június 12., 15.30 óra
Nephrologiai sectio

Üléselnök: **Hámori Artur.**

1. **Varga József, Tőkés Ibolya, Gajda József** (Tata): Vizelet tenyésztési eredmények összehasonlítása hagyományos tenyésztéssel és Uricult táptalajon (10 perc).

2. **Boros György, Gofman Ljubov** (II. Belklinika, Pécs): Alvadási zavarok az öröklődő nephritisben (10 perc).

3. **Nagy Judit, Samik József, Deák György, Esztergályos János, Karlinger Kinga** (II. Belklinika,

Pécs és Radiológiai Klinika, Budapest): Az Australia-antigen szerepe a glomerulonephritis keletkezésében (10 perc).

4. **Rostás László, Tarján Jenő** (II. Belklinika, Pécs és Szekszárd): A bal kamra hypertrophia EKG és VKG vizsgálata uraemiában (10 perc).

5. **Benyo István, Szepesházy Károly, Róna György** (Ajka és Kórbontani Intézet, Budapest): Arany-nephropathia (5 perc).

6. **Németh László, Samik József, Nagy Judit, Boros György, Gofman Ljubov, Hámori Artur** (II. Belklinika, Pécs): Arany-nephrosis hepato-renal-kezelése (5 perc).

Üléselnök: **Hankiss János.**

7. **Karátson András, Juhász József, Köves Sándor, Balogh Ferenc** (Urológiai Klinika, Pécs): Az acut és chronicus veseelégtelenség gyakorisága a művese állomásunkhoz tartozó területen végzett felmérés alapján (10 perc).

8. **Makó János, Váry László** (Urológiai Klinika, Pécs): A beszűkült vesefunctio betegek nephrologiai gondozása (10 perc).

9. **Süle Tamás, Gofman Ljubov, Karátson András, Hámori Artur** (II. Belklinika és Urológiai Klinika Pécs): A CH₅₀ és C3 változása uraemiás betegekben chronicus haemodialysis folyamán (10 perc).

10. **Hazafi Klára, Györi László, Váry László, Gofman Ljubov** (II. Belklin., Urológiai Klin., Pécs és 3. sz. Honvédkórház): Neuropsychiatriai és EEG vizsgálatok chronicusan haemodialysált betegeken (10 perc).

11. **Váry László, Köves Sándor, Makó János** (Urológiai Klinika, Pécs): A beszűkült vesefunctiójú betegek nephrologiai gondozása kapcsán felmerült gyógyszerdozozási problémák (10 perc).

12. **Tóth Antal, Tornoczkó János, Horgász János** (Szekszárd): Pseudocystosis pyramidalis renis (5 perc).

1975. június 13., délelőtt 9 óra
Kerekasztal-konferencia

Téma: **Geriatría a belgyógyászatban.**

Moderátor: **Timaffy Miklós** (Nagykanizsa).

Bevezető: A téma időszerűsége és problémái (**Timaffy Miklós**).

Az öregedés biológiai alapjai (**Balázs András, MTA Kísérleti Orvostudományi Intézet**).

Az öreg szív, általános terápiája (**Kováts-Szabó Károly, Győr**).

Cardiologiai diagnosztika (**Ludvig Károly, Balatonfüred**).

Az öregkori infarctus sajátosságai (**Brenner Ferenc, Tatabánya**).

Az infarctus kezelése, rehabilitatio (**Varga József, Tata**).

A perifériás érrendszer (**Kopasz Ernő, Veszprém**).

Vascularis diagnosztika (**Lélek István, Esztergom**).

A légzőszerv (**Háber József, Pécs, Megyei Tüdőkórház**).

Gyomor-bélrendszer (**Buzás Judit, Nagykanizsa**).



Máj és epeút betegségek (Deák János, Marcali).

Vesebetegségek (Hankiss János, Szombathely).

Vérkép, vérképzőszervi betegségek (István Lajos, Szombathely).

Anticoagulans és antithrombotikus kezelés (Nagy Ibolya, I. Belklinika, Pécs).

A szénhidrát-háztartás (Meskó Kálmán, Szekszárd).

Az endokrin rendszer (Hankiss János, Szombathely).

Mozgásszervek (Balogh Illés, Nagykanizsa).

Immunrendszer (Kustor Erzsébet, Nagykanizsa).

Gyógyszeranyagcsere (Horváth Tünde, I. Belklinika).

Műtétj. indiciók (Tamási Károly, Dombóvár).

Anaesthesia (Ruttner Pál, Nagykanizsa).

Csatlakozó előadások:

1. **Ludvig Károly, L. Szegfalvi Edit, Horváth Katalin, Sziebert Péter, Török Mária és Ketzán Tibor** (Balatonfüred): Az öregkori EKG. A cardiovascularis beteganyag statisztikai elemzése (5 perc).

2. **Endersz Frigyes** (Balatonfüred): A teljesítőképesség mértéke és meghatározása az idősebb korban egészségeseken és ischaemiás szívbetegesen (5 perc).

3. **Bódis Loránt, Herr Gyula** (I. Belklinika, Pécs): Az időskori digitális túladagolás problémája (5 perc).

4. **Varga Endre** (Zirc): Az arteriosclerosis-therápia mai állása (5 perc).

5. **Ablonczy Pál, Skaliczki Teréz** (Bonyhád): Az életkor szerepe a gyógyszerártalmak előfordulásában 10 éves beteganyag retrospektív vizsgálata alapján (5 perc).

6. **Bán András** (Zalaegerszeg): Diagnosztikus eltérések az idős korban (5 perc).

7. **Mészáros István, Andorka Sándor** (Sümege): Az öregkori diabetes klinikai képe és kezelése (5 perc).

8. **Losonczy Hajna, Nagy Ibolya** (I. Belklinika, Pécs): Subcutan heparin-kezelés az idős korban, néhány eset kapcsán (5 perc).

9. **Papp Sándor** (Dombóvár): Rosszindulatú daganatok az idős korban (5 perc).

1975. június 13., 15.30 óra
Cardiologiai sectio

Üléselnök: **Bokor Zsuzsa.**

1. **Vágvölgyi Zoltán** (Zalaegerszeg): A peripheriás vénás nyomás vizsgálata cardiopulmonalis kórképekben (10 perc).

2. **Zulik Róbert, Németh Gizella** (Tatabánya): A Lown-Ganong-Levin-szindróma klinikai jelentősége (5 perc).

3. **Kenderesi Péter** (Kaposvár): Adam-Stokes-szindrómát okozó kamrai flutterrel szövődött teljes pitvar-kamrai block együttes antiarrhythmias és pacemaker kezeléssel gyógyított esete (5 perc).

4. **Zörényi István, Escher Klára, Takács Piroška** (Zalaegerszeg):

Electromos gátlás okozta halál pacemakeres betegnél (5 perc).

5. **Tarján Jenő, Rostás László** (Szekszárd): A szív acut electromos ingerlése „vakon” felvezetett pacemaker-electroddal (10 perc).

6. **Fenyvesi Éva, Tarján Jenő** (Szekszárd): Az electromosan ingerelt szív systoles intervallumainak vizsgálata (10 perc).

Üléselnök: **Bohenszky György.**

7. **Andréka Bertalan, Sipos Erzsébet, Alexy Miklós** (Győr): Az acut myocardialis infarctus kezelésének kiegészítése proteinaseinhibitorral (10 perc).

8. **Brenner Ferenc, Hubacsek Magda, Arvay Attila** (Tatabánya és Országos Cardiologiai Intézet, Bp.): Adatok a postinfarctusos szívaneyrumsa műtėti terápiájának indiciójához (10 perc).

9. **Herr Gyula, Tabár Mária, Bódis Lóránd, Mezey dr.** (I. Belklinika, Röntgenklinika, Intenzív Therápiás Osztály, Pécs): Rupturált thoracalis aneurysma kezelése hypotoniával; controlált hypotonia therápia (10 perc).

10. **Téri Nóra, Kasszián Katalin** (Győr): Cliniummal szerzett tapasztalataink angina pectoris betegeinken (10 perc).

11. **Zsolt Njura** (Szombathely): A beta-blockoló therápia buktatói kryptogen cor pulmonaleban (10 perc).

12. **Vezekeényi Zsuzsanna, Gogl Árpád, Nagy Ibolya, Jávor Tibor** (I. Belklinika, Pécs): A syncumár kölcsönhatás a gyakorlati gyógyszerelésben (10 perc).

13. **Wenczl Miklós** (Szombathely): Bal kamrai óriás-thrombus okozta obstructív syndroma (5 perc).

14. **Zsemlye László, Tornoczký János, Kolombusz László, Regős Péter** (Szekszárd): Klinikai megfigyelések Paget-Schrötter-szindrómában (5 perc).

1975. június 13., 15.30 óra
Hepatologiai sectio

Üléselnök: **Wirth Ferenc.**

1. **Maros Éva, Tornoczký János, Kolombusz László** (Szekszárd): Az immunoglobulinok kvantitatív vizsgálata toxicus májcirrhosisban (10 perc).

2. **Réthly Endre, Rohonyi Béla, Pálffy Aladár** (Sopron): Májcirrhosis és arteriosclerosis (10 perc).

3. **Kádas István, Barna Kornél, Vágvölgyi Annamária** (Pécs, Megyei Kórház): A biopsiás vizsgálat jelentősége a májbetegségek diagnosztikájában (10 perc).

4. **Pár Alajos, Gógl Árpád** (I. Belklinika, Pécs): Chronikus májbetegék gondozásának öt éves tapasztalatai (10 perc).

5. **Balázs Mihály, Pár Alajos, Palka István, Szalók Imre, Madarász Zsuzsa** (I. Belklinika, Pécs): A chronicus activ hepatitis betegek celluláris immunreakcióinak további vizsgálata (10 perc).

6. **Mészáros István** (Sümege): Átmeneti monhaemolyticus, nonconjugált hyperbilirubinaemia hyme-

noptera-intoxicatio kapcsán (5 perc).

7. **Horváth Alajos, Kádas István, Papp Tivadar** (Siklós és Pécs, Megyei Kórház): A gyógyszeres májkárosodások klinikai-pathologiai sajátosságai (10 perc).

1975. június 13., 15.30 óra
Anyagcsere
és endocrinologiai sectio

Üléselnök: **Meskó Kálmán.**

1. **Horváth Mihály, Reviczky Alice, Horváth Mihályné** (Balatonfüred): Hagyományos fehérjéhez kötött jó d pajzsmirigy-hormon analysis és radioactiv kitékkel végzett vizsgálatok összehasonlítása (10 perc).

2. **Varga Livia, Hollos Brigitta, Mándics R.** (Szombathely): Idős kori hyperthyreosis diagnostikus problémái (5 perc).

3. **Kéki Kálmán, Nemes Tihamér, Horváth Anna, Hiegl Klára, Nagy Katalin** (Kaposvár): Városi és vidéki lakosság vérlipoid szintjének vizsgálata (5 perc).

4. **Zsembery Dezső, Pák Gábor, Keszthelyi Gábor** (Dorog): Diabetezes betegek praediabetezes jeleinek értékeléséről (5 perc).

5. **Bereczki Zoltán** (Dunaújváros): A diabetes mellitus és vitiligo együttes előfordulása (5 perc).

6. **Prugberger L., Garzuli F., Hankiss J., Horváth L.** (Szombathely): Pinealoma-diabetes insipidus (5 perc).

7. **Alexy Miklós, Joób Sándor, Pintér Bernadett** (Győr és Kapuvár): Haemochromotosis eseteink (5 perc).

1975. június 14., délelőtt 9 óra
Plenáris ülés

Üléselnök: **Bán András.**

1. **István Lajos** (Szombathely): A felnőttkori acut leukaemia kezelésének mai állása (referátum, 20 perc).

2. **Debreczeny András** (Mezőtúr): „Normál” vörösvértest szám (5 perc).

3. **Veress Gábor, Vizer Gyula** (MÁV Kórház, Budapest és Pápa): Gyógyszer indukálta letális kimeretelű agranulocytosis (5 perc).

5. **Tornoczký János, Zsemlye László, Kolombusz László, Maros Éva, Regős Péter** (Szekszárd): Klinikai megfigyelések haemorrhagiás thrombocythaemiás syndromában (10 perc).

5. **Schmelzer Matild, Burger Tibor, Pár Alajos, Balázs Mária** (I. Belklinika, Pécs): Összehasonlító immunologiai vizsgálatok ITP-syndromában (10 perc).

6. **Patakfalvi Albert, Szilágyi Károly, Kett Károly, Kutas János** (I. Belklinika, Kórbontani Intézet, I. Sebészeti Klinika, Pécs): A splenectomia indicatiojának új szempontjai (10 perc).

7. **Kovács Elemér, Kolombusz László, Pasztarek Erzsébet, Nagy Ibolya, Meskó Kálmán** (Szekszárd): Az IGD myelomáról (5 perc).

8. **Sipos József, Szodoray Mariann** (Csorna): Tumoros betegek vérké-

pében látható elváltozások (Fonti erythrocyták) klinikai használhatóságáról (5 perc).

Üléselnök: Réthly Endre.

9. Szentkláray János, Szirmai Katalin (MÁV Kórház, Budapest): Egymásba metastatizáló primaer malignomák (5 perc).

10. Balázs Bulcsú, Borsodi Irén (Veszprém): Daganatos anyagcseréről familiaris vizsgálatok alapján (5 perc).

11. Zsemlye László, Tornoczy Fenyőházi László, Tóth Antal (Szekszárd): Pancreas carcinoma néhány „rheumatologia” vonatkozásáról (5 perc).

12. Zsámbéky Pál, Bokor Nándor, Wenczl Miklós (Szombathely): A paraenoplasiás szindrómáról (10 perc).

13. Wenczl Miklós Hargita Mária (Szombathely): Erythema palmare bronchus és ovarium carcinomás fiatal nőknél (5 perc).

14. Tükör Zsuzsanna (Pécs, Megyei Kórház): Diagnostikus és therapiás tapasztalatok öt év pneumoniás anyagában (10 perc).

15. Sámik József, Velin Dóra, Ralovich Béla, Emödy Levente (II. Belklinika, Mikrobiológiai Intézet, Pécs): Salmonella cholerae suis var. Kunzendorf sepsis és lépabscessus (10 perc).

Hámori Artur: Elnöki zárzó.

Tájékoztató:

Szállodai elhelyezés: Balatonparti szállodákban.

Étkezési lehetőség: a szállodák éttermében.

Előadások helye a szálloda soron. Vetítési lehetőség: 5 x 5 cm-es diapositív.

Társadalmi programról a jelentkezők számától függően, a helyszínen adunk tájékoztatást.

A Magyar EEG Társaság 1975. május 29—30—31-én Sopronban rendezi XIX. Tudományos Ülését.

Tudományos program:

1975. V. 29., de. 10 óra 30 perc

Megnyitó és üdvözlések.

11 óra 30 perc:

I. Főtéma: Pszichés folyamatok elektroneurofiziológiai vizsgálata.

A) Grastyán Endre (Élettani Intézet, Pécs): Pszichológiai folyamatok elektrofiziológiai megközelítése. (Referátum).

B) Bányai Éva és Mészáros István (MTA Pszichológiai Intézet és ELTE TTK Összehasonlító Élettani Tanszéke, Budapest): A hipnotikus állapot elektrofiziológiai jellemzése. (Referátum).

Du. 14 óra 30 perc:

Az I. főtémához csatlakozó előadások:

1. Buzsáki György, Molnár Péter, Lénárt László és Grastyán Endre (Élettani Intézet, Pécs): Frusztratív situacio elektrofiziológiai jelenségei.

2. Decsy László és Nagy Júlia (Gyógyszertani Intézet, Pécs): Egy emocionális reakció kémiai hátteréről.

3. Nagy Júlia és Decsy László (Gyógyszertani Intézet, Pécs): Intracerebralisan adott neurotransmitterek és feltételes reflex működés.

4. Karmosné, Várszegi Mária és Karmos György (Gyógyszertani Intézet és Élettani Intézet, Pécs): A hypothalamus és az agytörzs kolinerger ingerléssel kiváltott emocionális reakciók összehasonlító elemzése.

5. Tamásy Vera és Korányi Lajos (Élettani Intézet, Pécs): Adatok az agytörzsi válaszkésztség fejlődéséhez újszülött patkányban.

6. Szirtes József, Marton L. Magda és Urbán János (MTA Pszichológiai Intézet, Budapest): Vokalizációt kísérő kérgi potenciálok rhesus majmokban.

7. Czopf József, Gaszner Péter és Szirmai Imre (Ideg- és Elmeklinika, Pécs): Különböző eredetű tudatzavarok és a visualis kiváltott válasz.

8. Szirtes József (MTA Pszichológiai Intézet, Budapest): Verbalis ingerek monoauralis expozíciójával kiváltott potenciálok féltkei összehasonlítása.

9. Marton L. Magda és Szirtes József (MTA Pszichológiai Intézet, Budapest): Különböző jellegű figyelem elterelések hatása a vizsgálgó ingerrel kiváltott potenciálra felnőtteknél és gyermekeknél.

10. Ilyés Sándor (Gyógynevelési Tanárképző Főiskola, Budapest): Akaratlagosság és mozgá szabályozás.

11. Vajda János, Tóth Szabolcs és Zaránd Péter (OITI, Budapest): A beszéd, a gondolkodás és a magatartás részéről észlelt változások mélyelektrodás vizsgálatokban.

12. Hasznos Tivadar, Oláh Imre és Moussong-Kovács Erzsébet (I. Neurológiai és Pszichiatriai Klinika, Budapest): Perceptív folyamat kísérő EEG, légzés, bőrellenállás, és EKG változások elemzése.

13. Hasznos Tivadar és Moussong-Kovács Erzsébet (I. Neurológiai és Pszichiatriai Klinika, Budapest): Emocionális változások vizsgálata Leponex kezelés alatt.

14. Gloviczky Zoltán, Iván László és Váczai Péter (II. Neurológiai és Pszichiatriai Klinika, Budapest): Elektroneurofiziológiai és reflexvizsgálatok psychosis maniacodepressívában.

15. Ungvári Gábor, Marosfi Sándor és Pető Bertalan (II. Neurológiai és Pszichiatriai Klinika, Budapest): EEG vizsgálatok cycloid (schizoaktiv) psychoticus és hebephen betegekben, valamint első fokú vérokonakon.

16. Balogh Attila, Halász Péter és Marosfi Sándor (II. Neurológiai és Pszichiatriai Klinika, Budapest): Félelmi rohamokkal jellemzett epilepsziás mechanizmus (betegismertetés).

17. Bencze Miklós és Ostorharc-Horváth György (Megyei Kór-

ház, Győr): Vilupál inhalatio okozta exogen psychosis elektroklínikai elemzése.

1975. V. 30., de. 8 óra 30 perc

II. főtéma: Intracranialis téréfoglaló folyamatok electroencephalogrammja.

A) Tomka Imre (OITI, Budapest): Az agyi térszűkítő folyamatok elektrofiziológiai pathomechanizmusa (Referátum).

B) Gombi Róza (Ideg- és Elme-gyógyászati Klinika, Debrecen): Az EEG szerepe és lehetősége az intracranialis téréfoglaló folyamatok localisatiójában (Referátum).

9. óra 30 perc:

II. főtémához csatlakozó előadások:

18. Benedek György, Hadházy Aba, Obál Ferenc jr. Tarjáni János, Szekeres László és Obál Ferenc (Élettani Intézet és II. Sebészeti Klinika, Szeged): Próbálkozások intracranialis folyamatok térbeli localisatiójára.

19. Auguszt Annamária, Benedek György, Zoltán Ó. Tamás, Szekeres László és Obál Ferenc (Élettani Intézet, Szeged): Kísérletes agyoedema EEG vizsgálata.

20. Rábai Kálmán (MÁV Központi Kórház, Budapest): Adatok az intracranialis téréfoglaló folyamatok EEG diagnosztikájához.

21. Frey Zsuzsa (Orvostovábbképző Intézet Neurológiai és Pszichiatriai Tanszéke, Budapest): Két éven át EEG-vel követett közepvonalis tumor esete.

22. Walsz Róbert és Rózsavölgyi Margit (MN Központi Kórház, Budapest): EEG megfigyelések az agytörzs állományát károsító agydaganatban.

23. Pannonhegyi Albert és Walsz Róbert (MN Központi Kórház, Budapest): EEG megfigyelések recidiváló agydaganatokban.

24. Vönöczky Katalin és Kékesi Ferenc (Városi Kórház, Sopron): Hemisphaerialis agydaganat és cerebro-vascularis laesio elkülönítő EEG-je.

25. Orosz Éva és Tomka Imre (OITI, Budapest): Agydaganatok műtét utáni elektrofiziológiai történései.

26. Marosfi Sándor, Pásztor Emil, Nagy Tibor és Juhász Pál (II. Neurológiai és Pszichiatriai Klinika, OITI Budapest): Strychnin kiváltott localis görcstevékenység változása intracranialis nyomásfokozásban.

11 óra 45 perc:

Közgyűlés.

Du. 14 óra 30 perc:

Szabad előadások:

27. Szekeres László, Benedek György, Iványi Lajos, Obál Ferenc jr., Tóth János és Obál Ferenc (Élettani Intézet, Szeged és Kandó K. Músz. Főisk., Budapest): Fourier, Rademacher és Haar spektrum felbontások alkalmazása alvázzakaszok EEG analizésére.

28. **Sarkadi Adam, Vöröss Mária, Végső László és Nagypál Tibor** (OITI és Számítástechnikai Koordinációs Intézet, Budapest): Kísérlet számítógépes EEG-szűrővizsgálatra.

29. **Jani Péter és Nagy András** (Magyar Optikai Művek és OITI, Budapest): EEG jelek Fourier spectrum analysise koherens optikai módszerrel.

30. **Ivanyos Lajos, Tóth János és Illyés Sándor** (Kandó Kálmán Műszaki Főisk. és Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest): Különböző hosszúsági és erőkiejtési szinten kapott EMG jelek Fourier elemzése.

31. **Molnár Ervin, Ivanyos Lajos, Tóth János és Illyés Sándor** (Kandó Kálmán Műsz. Főisk. és Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest): Akaratlagosan kiváltott motoros egység potenciálok jelalakja és frekvenciája.

33. **Csenkér Éva és Mechler Ferenc** (Ideg- és Elmegyógyászati Klinika, Debrecen): Polygraphiás vizsgálatok (localis vérátáramlás, oxigénszint, hőmérséklet és EMG) ép izomban.

34. **Mechler Ferenc és Csenkér Éva** (Ideg- és Elmegyógyászati Klinikák, Debrecen): Polygraphiás vizs- atrophikiában.

35. **Iványi Jenőné** (ORFI, Budapest): Toxicus polyneuropathiában végzett electromyographiás vizsgálatok.

1975. V. 31., de. 8 óra 30 perc

Szabadelőadások:

36. **Walter, W. G.** (Bristol): A CNV és az alkar passiv mozgására bekövetkező válaszok viszonya normál vizsgálati személyben.

37. **Doneshka, P.** (Szófia): EEG vizsgálat alvó labirinth ectomizált macskában.

38. **Petsche H.** (Pécs): Az epilepsziás rohamok elemi generátorainak kérdéséhez.

39. **Molnár Márk, Czopf József, Szirmai Imre és Boldizsár Ferenc** (Ideg- és Elmeklinika, Pécs): Az agytörzsi aktiváló rendszer elektromos tevékenységének változása terjedő epilepsziás görcsök alatt nyulakon.

40. **Halász Péter, Rajna Péter, Pál Iván és Balogh Attila** (II. Neurológiai és Pszichiatriai Klinika, Budapest): Ciklikus elektrodermographiás változások az alvásfolyamatban.

41. **Bötskey Ottó, Gagyí Dénes és Cholnoky Péter** (Megyei Kórház, Szombathely): Egészséges újszülöttek délelőtti alvásának polygraphiás módszerrel készült vizsgálata.

42. **Boldizsár Ferenc, Szirmai Imre és Czopf József** (Ideg és Elmeklinika, Pécs): Az agykérgi vizualis kiváltott potenciálok változása relaxációs electroshock után.

43. **Nagy András és Katona Ferenc** (OITI, Budapest): Kiváltott potenciálok szerepe agyi fejlődési rendellenességgel született csecsemőknl.

44. **Somogyi István, és Járdánházi Tamás** (Ideg-Elmekortani Klinika, Szeged): Hyperventilatio és Inactin hatása az alpha-blocking jelenségre különböző neuropathológiai kórképekben.

45. **Szák János** (Merényi Gusztáv Kórház, Budapest): Mesterséges hypoxiában jelentkező EEG változások repülőalkalmassági vonatkozásai.

46. **Vámosi Bertalan, Gál Julianna, Csornai Mária és Demeter József** (Ideg- és Elmegyógyászati Klinika, Debrecen): Carotis compressio teszttel a cerebrovascularis betegek EEG vizsgálatában.

47. **Marosfi Sándor, Juhász Pál, Veér András, Marián Éva, L'Auné György és Tóth Ignác** (II. Neurológiai és Pszichiatriai Klinika, Budapest): EEG vizsgálatok migraine-betegekben.

48. **Geréby György és Szabó Magda** (Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet, Budapest): EEG felvételekkel párhuzamos, tartós EKG regisztrálás gyakorlati haszna.

49. **Győri László** (MN. 3. sz. Kórház, Pécs): Syncope provocatio próbák értékelése félezer vizsgálat alapján.

Zárszó.

Társasági program:

1975. V. 29. 20 óra: Fogadás a Lővér-Szálló halljában.

1975. V. 30., 16 óra 30 perc: Városnéző séta Sopron belvárosában, idegenvezetővel.

1975. V. 30., 18 óra: Orgonahangverseny az Evangélikus templomban.

1975. V. 30., 20 óra Bankett a Lővér Szálló Éttermében.

A tudományos ülés színhelyén az EMG (Elektronikus Mérőkészülékek Gyára) Esztergomi Gyáregysége bemutatja legújabb EEG regisztráló-berendezéseit és más vizsgáló készülékeit.

Tudnivalók:

A tudományos ülés helye: a Liszt Ferenc Művelődési Központ, Sopron, Liszt Ferenc u. 1. — **Részvételi díj:** 100 Ft, amely a helyszínen fizetendő és az előadásokon, a fogadáson, a városnéző sétán, az orgonahangversenyen, valamint a banketten való részvételre jogosít. A társas összejöveteleken részt venni kívánó hozzátartozók számára a részvételi díj 70 Ft. Meghívók a kongresszusi irodán az első ülésnap folyamán igényelhetők. — A referátumok időtartama 30 perc. — Az előadások időtartama 10 perc. — **Kongresszusi iroda** a tudományos ülés helyszínén 1975. május 29-én 8 órától a tudományos ülés befejezéséig.

Felvilágosítás: Kékesi Ferenc dr. főorvos 9401 Sopron, Pf. 70.

A Magyar Orthopaed Társaság és a Zalaegerszegi Megyei Kórház Orthopaed Osztálya, a Gyógytornász Szakcsoport közreműködésével 1975. május 29—31-én Zalaegersze-

gen, a Megyei Művelődési Házban kongresszust rendez.

Részvételi díj: 150 Ft.

A kongresszussal kapcsolatos ügyekben **Kamondi Zoltán dr.** főorvoshoz (8900 Zalaegerszeg, Kórház, telefon: 92/11-410), szállásigénnyel a Zalaegerszegi Idegenforgalmi Hivatalhoz lehet fordulni.

Program:

Május 29., csütörtök, délelőtt 9.00 óra: A kongresszus megnyitása.

A térdízület betegségei „A” SECTIO

10.00—11.30 óra:

Üléselnök: **prof. Glauber A.**

Titkár: **Bocsák A.**

1. **Glauber A., Perlaky Gy.** (Budapest): Magas tibia osteotomia.
2. **Pap K.** (Debrecen): A térd betegségei az „arthron” szemléletében.

3. **Sillár P., Kéry L., Horváth F., Lengyel É.** (Budapest): A térdízület degeneratív elváltozásainak gerontológiai vonatkozásai.

4. **Frenyó S., Biró T., Nemes Gy., Farkas T.** (Budapest): Az időskori térd-arthroszok műtéteiről.

5. **Bakay E., Vajda A.** (Budapest): A térd-arthrodesis indiciója és eredményeinek értékelése 240 esetünk alapján.

6. **Zboray Zs., Molnár F., Kullmann L.** (Budapest): Térdízületi arthradeseik hatása a környező letekre.

Vita — Szünet

11.40—13.00 óra:

Üléselnök: **prof. Glauber A.**

Titkár: **Szepesi J.**

7. **Riskó T.** (Budapest): A csontcement alkalmazási lehetőségeiről.

8. **Kamondi Z., Végh G., Bocsák A.** (Zalaegerszeg): Térd osteo-chondronecrosisok csontcementtel történő kitöltése.

9. **Udvarhelyi I., Kovács L., Lakatos J.** (Budapest): Reconstructio mütéti megoldások térdízületi betegségek kezelésében.

10. **Ziegert D.** (Lipcse): Tapasztalataink a térdízület arthrolysisével.

11. **Szentpétery J., Steffek M.** (Békéscsaba, Gyula): Arthrographia szerepe a térdízületi panaszok értékelésében.

„B” SECTIO

10.00—11.30 óra:

Üléselnök: **Borsay J.**

Titkár: **Szepesi K.**

12. **Piszker A., Barabás K.** (Budapest): Térdízületi fájdalmak diagnosztikus és therapiás problémái.

13. **Schanzl A.** (Pécs): Synovialis lipoma esete.

14. **Pintér J., Lénárt Gy.** (Budapest): Térdkörüli calcinosis különleges esete.

15. Kullmann L., Nyul-Tóth P. (Budapest): Metaplasticus csontképződés a térdízületben.

16. Kellermann M., Viski A. (Békéscsaba): Térdízületi synovialis chondromatosis.

17. Forgács S., Juhász J. (Budapest): Térdízületre localisált diabeteses osteoarthropathia.

18. Imre M. (Siófok): Lueses térdelváltozások.

Vita — Szünet

11.40—13.00 óra:

Üléselnök: Czipott Z.

Titkár: Mándi A.

19. Kiss I., Mándi A., Fazekas K. (Debrecen): A térdízület fejlődési rendellenességeiről.

20. Szepesti K. (Budapest): Congenitalis térdficam.

21. Bellyei Á., Kránicz J. (Pécs): Congenitalis térdficam.

22. Lénárt Gy., Mészáros T. (Budapest): Extensios térd-contractura és a m. rectus femoris megrövidülése.

23. Molnár L., Schanzl A. (Pécs): Az intramuscularis injectiós kúrák okozta extensios térd-contracturáról.

24. Nagymáthé Gy., Bukovinszky J., Dankó J., Wein G., Szigetváry I., Baksa J. (Budapest): Intramuscularis injectiok okozta extensios térdcontractura.

25. Jakab G. (Budapest): A rectus in késői rekonstrukciója pyarthrosszal szövődött esetben (esetismertetés).

Kerekasztal-konferenciák

(A felsorolt bejelentett előadások alapján)

10.00—11.30 óra: *Habituális patellaficam.*

Moderátor: Cser I.

26. Cser I., Mészáros T. (Budapest): A habituális patellaficam pathogenesisének és műtéti megoldásának összefüggései.

27. Imreh G. (Szombathely): A patellaficamok különböző formáinak pathomechanizmusa és annak kihatása a gyógykezelésre.

28. Altorjay I., Szabó M., Toronyos Sz. (Szeged): Kezelési elveink és eredményeink a habituális patella-luxatio eseteiben.

29. Gonda A., Juhász J., Sass L. (Budapest): A habituális patella luxatio anatómiai és műtéti vetülete.

30. Tarjányi J., Magdics M., Ungor E. (Pécs): Habituális patella-ficam műtéti kezelésével szerzett tapasztalataink.

31. Mészáros T., Cser I. (Budapest): A habituális patella-ficamnál alkalmazott műtéteink eredményei.

11.40—13.00 óra: *Meniscus sérülések és fejlődési rendellenességek.*

Moderátor: Szentpétery J.

32. Minik K., Benkő A., Simon Gy. (Miskolc): Meniscus laesio klinikopathológiája.

33. Végh G., Kirschner I. (Zalaegerszeg): Meniscus laesiohoz társult poplitealis cysták.

34. Hepp F., Sükösd L., Keresztes M. (Budapest): Ötéves meniscus sérülések beteganyagunk értékelése.

35. Mike Gy., Tarjányi J. (Pécs): Menisectomisált betegek késői utánvizsgálata.

36. Kellermann M., Szentpétery J. (Békéscsaba): Menisectomisált betegek panaszai.

37. Bocskák A., Kirschner I. (Zalaegerszeg): Menisectomia paramedián behatolásból.

38. Berényi P., Bíró Zs. (Nyíregyháza): A meniscus „disciformis”ról.

39. Gurin J. (Budapest): Discoid meniscus miatt végzett műtéteink értékelése.

Május 29., csütörtök, délután

„A” SECTIO

15.00—16.30 óra:

Üléselnök: prof. Pap K.

Titkár: Kirschner I.

40. Simon L., Gáspárdy G., Gál D. (Budapest): Késői térdízületi synovectomia PCP-ben.

41. Massányi L., Gurin J. (Budapest): Polyarthritises betegeken végzett radicalis térdízületi műtétek eredményei.

42. Radochay L., Magdics M. (Pécs): A diagnosztikus térdarthromia klinikai anyagunkban (1968—1974).

43. Fenyves T., Czipott Z. (Szeged): Tapasztalataink térdízületi synovectomiák után.

44. Fábán S. (Nyíregyháza): Térdízületi synovectomiák synovectomiákkal szerzett tapasztalatok acut és chronicus esetekben.

45. Kamondi Z., Kirschner I. (Zalaegerszeg): Térdízületi synovectomia electro-cauterézéssel.

Vita — Szünet

16.40—18.00 óra:

Üléselnök: prof. Forgón M.

Titkár: Rényi-Vámos A.

46. Csató Zs., Aszódi K. (Budapest): Térdkörüli tumorok, tumorszerű elváltozások differenciál-diagnosztikája.

47. Széman S., Körmöczy I. (Miskolc): A recidiváló térdízület synovitisokról.

48. Antal J. (Budapest): Térdízületi hydrops képét utánzó kórformák.

49. Bíró T., Bihari-Varga M. (Budapest): Térdízületi hyalinporc biokémiai vizsgálata kísérletes arthrosisban.

50. Farkas T., Réffy T. (Budapest): Hyalinporc mikrosérülése térdízületi törések után.

Vita

15.00—16.30 óra:

„B” SECTIO

Üléselnök: Imreh G.

Titkár: Mike Gy.

51. Kő I., Illyés Zs., Stadler E. (Budapest): Adatok a térdízületi elváltozások complex gyógyításához.

52. Czipott Z., Fenyves T., Pánykó M., Csaba T. (Szeged): A synovialis folyadék lysosomális enzim-szintjének vizsgálata intraarticuláris GORDOX kezelés során.

53. Berényi P., Bak Zs. (Nyíregyháza): Intraarticuláris TRASYLOL-(Gordox) kezeléssel szerzett tapasztalataink.

54. Major S., Pincehelyi Z., Kovács (Budapest): Térdízületi arthrosisok intramuscularis GORDOX kezelése.

Vita — Szünet

16.40—18.00 óra:

Üléselnök: Illyés Zs.

Titkár: Tarjányi J.

55. Rupnik J., Csorba E., Mády F. (Budapest): Functionális szempontok a térdízületi törések kezelésében.

56. Pincehelyi Z., Major S., Kovács dr. (Budapest): Új eljárás térd- és bokafüületi rögzítés utáni contracturák oldására.

57. Rígó J. (Debrecen): Térd immobilisatio: praearthrosis.

58. Nagymáthé Gy., Bukovinszky J., Dankó J., Wein G., Szigetváry I., Baksa J. (Budapest): Gyermekkori térdízületi sérülések korai és késői következményei.

59. Magdics M., Tarjányi J. (Pécs): A lateralis femur condylus hiányával járó térd-sérülés esete 7 évvel a baleset után.

Kerekasztal-konferenciák

15.00—16.30 óra: *Patella sérülések, patellectomia.*

Moderátor: Kazár Gy.

60. Kazár Gy., Egyed B. (Budapest): Patella törések gyógyulásának néhány biomechanikai szempontja.

61. Berentey Gy. (Budapest): Hemipatellectomia frontalis.

62. Deák F., Révész L. (Miskolc): Hemipatellectomia.

63. Csorba E., Rupnik J. (Budapest): Hemipatellectomiák késői eredményei.

64. Tácsik I., Gonda A., Kóthy J. (Budapest): Patella-törések műtéti ellátása.

65. Csorba E., Mády F. (Budapest): Traumás patella-ficamok.

65/a. Kupa Mihályné (Budapest): A gyógytorna szerepe és lehetőségei a patella-törések gyógyulásában.

16.40—18.00 óra: *Térdsérülések.*

Moderátor: Berentey Gy.

66. Tomola Gy. (Debrecen): Adatok a térd zárt lágyrész sérüléseinek és ártalmainak pathomechanizmusához.

67. Berentey Gy., Harmath Z. (Budapest): Térdízületi szalagsérülések műtéti kezelése (51 műtét elemzése).

68. Sárdy I. (Nagykanizsa): A térdízületi oldalszalag szakadásának biomechanikai pótlása.

69. *Barcsa Cs., Papp L.* (Debrecen): Térd oldalszalag sérülések conservatív és műtéti kezelése.

70. *Sükösd L., Szerdahelyi L., Hepp F.* (Budapest): Friss térdizületi szalagsérülések ellátása.

71. *Tóth S., Marai L., Gyárfás F.* (Zalaegerszeg—Budapest): A tibia condylus töréseinek műtéti kezelése.

72. *Gonda A., Juhász J., Tácsik I.* (Budapest): Tibia-fej törések aládúcolása homológ csont conservatummal.

73. *Rácz S., Nagy F.* (Miskolc): Tibia-fej törések.

Május 30., péntek, délelőtt

A discus hernia műtéti kezelése
„A” SECTIO

9.00—11.00 óra:

Üléseknök: *Riskó T.*

Titkár: *Molnár F.*

74. *Szántó J.* (Zalaegerszeg): Az intervertebralis discus hernia klinikopathológiája (Referátum).

75. *Szarvas I., Pásztor E.* (Budapest): Felső lumbalis discusherniák.

76. *Massányi L., Bolner G., Perlaky Gy.* (Budapest): Myelographia szerepe a gerincbetegségek diagnosztikájában. 1000 eset feldolgozása.

77. *Bender Gy., Bársony I.* (Budapest): Myelographia utáni spontán javulás discopathiás betegeknel.

78. *Zoltán L., Lázár L., Turóczy L.* (Budapest): A recidív discusherniákról.

79. *Perlaky Gy., Bolner G., Bársony I.* (Budapest): Ismételt myelographia indicatioi.

80. *Radovits B., Varró J.* (Pécs): A lumbasacralis regio célzott radiológiai vizsgálatának differenciál-diagnosztikai jelentősége.

Vita — Szünet

11.15—13.00 óra:

Üléseknök: *Simon L.*

Titkár: *Perlaky Gy.*

81. *Németh L.* (Budapest): Háti discus.

82. *Lázár L., Zoltán L., Tóth Sz.* (Budapest): Tapasztalataink az alsó lumbális porcporongsérvek kezelésében.

83. *Imreh G., Perjés K., Gueth Gy.* (Szombathely): 120 lumbális discushernia műtéti tapasztalatai.

84. *Gátai Gy., Riskó T.* (Budapest): Discushernia műtéti megoldása kombinált műtéti módszerrel.

85. *Csermely M.* (Budapest): 600 porcporongsérv miatt operált beteg műtéti kiértékelése peremlyuk-kártya segítségével.

86. *Sükösd L., Kóthy J., Gonda A.* (Budapest): Discushernia miatt operált betegek értékelése.

87. *Kamondi Z.* (Zalaegerszeg): A lumbális discushernia műtéti kezelése osztályunkon.

Vita

Május 30., péntek, délután

„A” SECTIO

15.00—16.30 óra:

Üléseknök: *Zoltán L.*

Titkár: *Csorba E.*

88. *Borsay J., Molnár F.* (Budapest): Discushernia és spondylolisthesis együttes előfordulása.

89. *Bender Gy., Gurin J.* (Budapest): Műtéti eredményeink gyöki tüneteket okozó spondylolisthesisnél.

90. *Bársony I., Bender Gy., Bolner G., Perlaky Gy.* (Budapest): Recidív discusherniák.

91. *Julow J., Szabó Gy.* (Budapest): Tapasztalataink a cervicalis discushernia műtéti eredményeiről.

92. *Benkő A., Barabás Cs., Bazsa G.* (Miskolc): Atypusos klinikai tünetekkel műtött lumbális discushernia.

93. *Bakay E., Perlaky Gy.* (Budapest): Discushernia miatt végzett műtét után fellépő csigolya-osteomyelitis.

Vita — Szünet

16.40—18.00 óra:

Üléseknök: *Bender Gy.*

Titkár: *Bársony I.*

94. *Sik J., Berentey Gy., Kontra M., Sarlós P.* (Budapest): Corpodesis a lumbális segment instabilitás gyógyításában.

95. *Szjj É., Illés dr.-né, Krausz I.* (Budapest): Discushernia miatt végzett műtétek anaesthesiologiai problémái.

96. *Jakab G., Richter A.* (Budapest): Interspinosus ligamentum-átmetszések értékelése a deréktáji fájdalmak kezelésében.

97. *Vizkelety T., Sólyom L.* (Budapest): A Lasègue és pseudo-Lasègue tünet jelentősége gyermekkorban.

98. *Wouters H. W.* (Rotterdam): Extensio ágyéki és csípő-contractura (filmbemutató).

Vita

„B” SECTIO

15.00—16.30 óra:

Üléseknök: *Plesa I.*

Titkár: *Mády F.*

99. *Szabó Gy., Sinkovits M.* (Budapest): Radioizotóp vizsgálatok a cervicalis discusherniák kimutatásában.

100. *Gál D., Simon L.* (Budapest): Negatív műtéti lelettel járó discushernia esetek késői felülvizsgálata.

101. *Varga A., Szentpétery J.* (Békcéscsaba): Discopathiás betegek szociológiai vonatkozásai.

102. *Bolner G., Perlaky Gy., Csorba S.* (Budapest): Discushernia miatt operált betegek postoperatív gondozása.

103. *Gurin J., Bolner G.* (Budapest): Az operált discusherniás betegek rehabilitációja.

104. *Saad J., Szabó E.* (Budapest): Discushernia miatt operált betegek rehabilitációs problémái.

Vita — Szünet

16.40—18.00 óra:

Üléseknök: *Biró T.*

Titkár: *Gál D.*

105. *Molnár F., Borsay J.* (Budapest): Neurológiai tünetekkel járó gerincbetegségek differenciál diagnosa.

106. *Mády F., Magyar É.* (Budapest): A lumbális gerincscatorna biometriai vizsgálata.

107. *Bocsák A., Kamondi Z.* (Zalaegerszeg): Extravertebralis eredetű ischialgia ritka esetei.

108. *Csermely M., Eggenhoffer B.* (Budapest—Hévíz): Nem tumoros eredetű térszűkítő folyamatok a lumbális gerincszakaszon.

109. *Kirschner I., Végh G.* (Zalaegerszeg): „EXTENSOMAT” készülékkel szerzett tapasztalataink discusherniás betegekben.

Vita

18.00 óra: Vezetőségválasztó közgyűlés.

20.00 óra: Fogadás.

Május 31., szombat

Szabadon választott előadások

„A” SECTIO

9.00—9.55 óra:

Üléseknök: *Radochay L.*

Titkár: *Kéry L.*

110. *Riskó T.* (Budapest): A Harrington-műtét indicatioja felnőttkorban.

111. *Berger P., Krieghoff R.* (Lipce): A nagyfokú gyermekkori scoliosisok konzervatív kezelése.

112. *Vizkelety T., Rényi-Vámos A.* (Budapest): Spasticusok flexios térd-contracturájának pathomechanizmusa és kezelése.

113. *Szepesi K., Kapitány S., Csorba E.* (Budapest): Combsontfej regeneratioja luxált helyzetben Perthes modellkísérletben.

114. *Mohácsi J., Gentl Gy.* (Budapest), *Wouters H.-W., de Bruin W. C.* (Rotterdam): Elektronmikroszkópos izomelváltozások rheumatoid arthritisben.

115. *Fehér M., Magyar É.* (Budapest), *Planten O., Wouters H. W.* (Rotterdam): Kétoldali Achilles-in xanthoma rheumatoid arthritis és hyperlipoproteinaemia együttes előfordulása.

Vita — Szünet

10.05—11.00 óra:

Üléseknök: *Lénárt Gy.*

Titkár: *Sükösd L.*

116. *Szepesi J., Molnár M.* (Pécs): A csontok xanthofibromájáról 2 eset kapcsán.

117. *Mándi A., Kiss I., Fazekas K.* (Debrecen): Csont echninococcus.

118. *Mészáros T., Kéry L.* (Budapest): Osteo-arthro-onycho dysplasia hereditaria.

119. *Fábián, S.* (Nyíregyháza): Az osteomyelitis üreg kitöltése konzervált spongiosával.

Vita

„B” SECTIO

9.00—9.55 óra:

Üléseknök: *Massányi L.*

Titkár: *Gábor A.*

120. Szepesi J., Temesi M. (Pécs): A synovialis folyadék gyülem differenciál diagnosztikája.

121. Neumann H. W., Stiehl P. (Lipce): A térdízület gyulladásoos betegségeinek differenciál diagnosztikája a synovialis folyadék cytologiai vizsgálatával.

122. Papp L., Barcsa Cs. (Debrecen): Tapasztalataink fibula pro tibia műtéti megoldással.

123. Kovács L. (Budapest): Tapasztalataink fibula pro tibia műtéti megoldással.

124. Mándi A., Kiss I. (Debrecen): A nervus saphenus syndroma.

Vita — Szünet

10.05—11.00 óra:

Üléselnök: *Berényi P.*

Titkár: *Végh G.*

125. Nemes Gy., Hill J. C. (Budapest, Leicester): Térd-endoprothesisek behelyezésével szerzett tapasztalatok.

126. Maklári E. (Budapest): Pararticularis osteotomiák.

127. Gábor A., Mocsay L., Solti F. (Budapest): Hallux valgus McBride műtéteinek értékelése.

128. Hentes L. (Miskolc): Bechterew-kór korai diagnosztikája és kezelése.

129. Illyés Zs. (Budapest): Acupunctura az orthopaediai gyakorlatban.

Vita

11.00 óra: Zárszó.

Gyógytornász kongresszus programja:

Május 30., péntek, délelőtt

9.00 óra: Megnyitó ünnepség.

„A” SECTIO

9.30—11.00 óra:

Üléselnök: *Dékány Pálné dr.*

1. Szombathelyi Ervinné (Budapest): Discushernia-műtét előtti és utáni gyógytorna-kezelésének alapelvei.

2. Horváthné Balogh Júlia (Budapest): A paravertebralis izomzat tornája laminectomia előtt és után.

3. Tóth Magdolna (Debrecen): Discopathiás betegek komplex kezelése klinikánkon.

4. Csermely Miklósné dr. (Budapest): A gyógytorna szerepe és jelentősége a discushernia miatt operált betegek utókezelésében.

5. Butt Katalin, Rácz Istvánné (Hajdúszoboszló): Discushernia miatt végzett műtéten átesett betegek rehabilitációja.

Vita — Szünet

11.15—13.00 óra:

Üléselnök: *Gardi Zsuzsa.*

6. Mészáros Lászlóné (Budapest): Reflex-jelenségek felhasználása a gyógytornában.

7. Veres Tiborné (Budapest): A ritmus szerepe és fontossága a gyógytornában.

8. Fábry Józsefné (Budapest): A torna jelentősége a Scheuermann-féle betegség kezelésében.

9. Horváth Istvánné, Fülöp Lászlóné, Temesszentandrás Hedvig dr., Tomory István dr. (Budapest): Scoliosis kezelése Milwaukee-fűző és gyógytorna alkalmazásával.

10. Szalay Györgyné, Lutter Mária (Zalaegerszeg): A scoliosis szűrésének, korai kezelésének és gondozásának jelentősége.

11. Csernákné Riskó Ágnes (Budapest): Psychologiai szempontok a scoliosisos gyermekek gyógykezelésében.

Vita — Ebédszünet

„B” SECTIO

9.30—11.00 óra:

Üléselnök: *Paphegyi Gusztávné.*

12. Teleki Józsefné dr., Szalkai Sándorné (Budapest): Felsővégtag-csonkoltak célzott gyógytorna kezelése a modern szemlélet tükrében.

13. Éry Ildikó, Wagner Pálné dr. (Budapest): Alsóvégtag-csonkoltak célzott gyógytorna kezelése a modern szemlélet tükrében.

14. Csobán Éva (Debrecen): Válltáji törések functionális kezelése.

15. Dézsi Mária, Szalai Györgyné (Zalaegerszeg): Váll-sérülések után kialakult plexus brachialis laesio korai kezelésének jelentősége.

16. Berényi Ildikó (Budapest): Rugós sínek alkalmazása ujj-sérültek rehabilitációjában.

17. Soltész Éva (Budapest): Égett sérültek utókezelése.

Vita — Szünet

11.15—13.00 óra:

Üléselnök: *Szalkai Sándorné.*

18. Tringer Lászlóné (Budapest): A mozgásterápia jelentősége felsővégtagon lezajlott verőér elzáródás esetén; ilyen irányú terapiás lehetőségek subclavian steal-syndromás betegekben.

19. Józsa Katalin (Budapest): Lokális kezeléssel egybekapcsolt, vénás visszaáramlást fokozó mozgásgyakorlatok hatása a postthrombotikus lábszárfekélyes betegek gyógykezelésében.

20. Nagy Anikó, Kránitz Judit (Budapest): Izomedzés légzés-kerin-gés javító hatása. Ezzel kapcsolatos megfigyeléseink verőér elzáródásban szenvedő betegekben.

21. Sámuel Ilona, Gálffy Edit (Budapest): A hintaágy-kezelés el-

ve és gyakorlata a pulmonológiában.

22. Récsei Ildikó, Fodor Klára, Imre Mária dr. (Siófok): Gyógytorna problémák egy általános kórházban.

23. Hajós Mihályné (Miskolc): Functionális anatómia alapján összeállított gumikötél-gyakorlatok.

Vita

Május 30., péntek, délután
„A” SECTIO

15.00—16.30 óra:

Üléselnök: *Tringer Lászlóné dr.*

24. Földesné Boskovits Mária (Budapest): A csecsemőkori cerebrális bénulások felismerése és kezelése.

25. Dékány Enyedi Judit (Budapest): Cerebral-pareticus gyermek korai vizsgálata és kezelése.

26. Horváth Árpádné (Budapest): Az Egészségügyi Gyermekegthonok Országos Módszertani Intézetéről és az intézményben történő gyógytorna-kezelésről.

27. Kalmár Gabriella (Budapest): Hemiplegiás betegek gyógytorna-kezelése (Bobath-metódus alapján).

28. Takácsné Millei Katalin (Zalaegerszeg): A cerebrális vascularis laesio és tumor okozta centralis-paresis betegek gyógytorna kezelése.

Vita — Szünet

16.40—18.00 óra:

Üléselnök: *Fábry Józsefné.*

29. Rozgonyi Zsuzsa (Budapest): Térdmütét utáni torna-kezelések.

30. Kissné Bojtos Csilla (Budapest): A quadriceps-torna és myotonographia jelentősége a meniscus-műtét utáni rehabilitációban.

31. Debreceni Lászlóné (Budapest): Csípőízületi total-endoprothesissel operált betegek elő- és utókezelése.

32. Takács Erzsébet (Budapest): Csípő- és térd-arthritisos betegek fizioterapiás kezelése.

33. Molnár Magdolna (Budapest): Külső fixatioval kezelt sérültek gyógytornájával szerzett tapasztalatunk.

Vita

18.00 óra: Zárszó.

Az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Vas megyei elnöksége, a Vas Megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya és a Megyei Markusovszky Kórház Igazgatósága 1975. május 22-én, csütörtökön, 11 órakor, a Vérellátó Alközpont Előadótermében tudományos ülést rendez.

Prof. Soltész Lajos: Az érsebészet aktuális kérdései.

ELŐADÁSOK — ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1975. máj. 23. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Csordás József, Váli József (Szolnok Városi Tanács Egyesített Eü. Intézménye): Újszerű szájszabvány-fejek. 2. Komári József (Közp. Stomatológiai Int.): A traumás oclusio korrekciójának individualizált szemléltető módszere
1975. máj. 23. péntek	Heim Pál Gyermekkórház orvosi könyvtára, VIII. Üllői u. 86.	du. 2 óra	Heim Pál Gyermekkórház	Madarász Judit, Bombitz Gizella, Gorács Gyula: Gyermekradiológiai esethemutások kliniko-pathológiai megbeszéléssel
1975. máj. 23. péntek	Miskolc, Szentpéteri kapu, Megyei Kórház	du. 2 óra	Borsod Megyei Vezető Kórház Tudományos Bizottsága	Hollós Katalin (Bafassa János Kórház, Budapest): Martan syndroma és forme fruste eseteiben észlelt cardio-vascularis elváltozások kliniko-pathológiája (15 perc). 2. Sztinay Gyula (Budapest, II. Kóronctani Intézet): A focalis szívizom károsodások kliniko-pathológiája (15 perc). 3. Degrell Péter (Borsod megyei Vezető Kórház, Miskolc): Korai myocardialis ischaemia kimutatása HBFP reactioval (10 perc). 4. Sántonyi Gábor (Borsod megyei Vezető Kórház, Miskolc): Egyes csecsemő kori endo-myocardialis elváltozásokról (10 perc). 5. Barna Rezső, Zeltner György (Kazincbarcika, Városi Kórház, és Ózd, Városi Kórház): Eosinophil collagenosis (10 perc). 6. Kostyál Akos, Laczó József (Miskolc, Semmelweis Kórház): A paradox emboliákról (10 perc).
1975. máj. 23. péntek	Debreceni OTE Elméleti Tömb tanterme	du. 4 óra	Debreceni Orvostudományi Egyetem	KLINIKO-PATHOLÓGIAI KONFERENCIA. Megtárgyalásra kerülnek az alábbi esetek: K. E. 7 hónapos leány, Gyermekklinika, Sebészeti Osztály Klinikai dg.: Invaginatio, ileostomia. Coli sepsis. (Felkért hozzászóló: Prof. Szilágyi Tibor) B. P. 4 éves fiú, Gyermekklinika. Klinikai dg.: Osteomyelitis? Mucosis? Spec. folyamat? Sarcoidosis? Felkért hozzászóló: Prof. Szegedi Gyula Sz. L. 66 éves férfi, Tüdőklinika. Klinikai dg.: Pneumonia l. d. Nephrosis syndroma, Thrombosis extr. inf. l. d. Osteomyelitis chr. acetabuli sin. H. S. 74 éves férfi, I. sz. Belklinika. Klinikai dg.: Tumor (bc?) renis sin. Anuria. Oliguria.
1975. máj. 26. hétfő	Sportkórház tanácsterme XII. Alkotás u. 48.	du. 2 óra	Magyar Sportorvos Társaság és a Sportkórház Orvosi Kara	1. Dirner Olga: A B.T.S.I.-ben testnevelés alól felmentett műszaki egyetemi hallgatók 10 éves anyaga az 1965/66—1974/74 tanévekben. 2. Ürményi Angéla: A III. Nemzetközi Úszó kongresszus sportorvosi tapasztalatai. Barcelona 1974. okt. 1—6
1975. máj. 26. hétfő	Pécsi OTE Közp. Ép. II. sz. tanterem, Szigeti u. 12.	du. 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Barta Ottó: Bevezető (5 perc). 2. Kishonti Tibor: A modern kórházhigiéne szemléltető kérdései (20 perc). 3. Járai István: A kora- és újszülöttellátás hygiénés problémái (10 perc). 4. Váry László: A művese-ellátásban szerzett kórházhigiénés tapasztalataink (10 perc). 5. Domino Éva: Introgén infekciók az intenzív terápiás osztályon (10 perc). 6. Brolly Mária: Az anaesthesiológiai szolgálat fertőtlenítési kérdései (10 perc). 7. Sipos Sándor: A központi sterilanyag-ellátás eredményei és perspektívái (10 perc)
1975. máj. 27. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet nagyterme, IX. Gyáli u. 2—6., „A” ép.	du. 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	Geké Péter: Az immun-tus technika és alkalmazási lehetőségei a bakteriológiai gyorsdiagnosztikában (továbbképző előadás)
1975. máj. 27. kedd	Salgótarján, Megyei Kórház előadóterme	du. 3 óra	Megyei Kórház Tudományos Bizottsága	Üléselnök: Turay Pál. 1. Pirkner Ferenc, Pálffy Ágnes: Ritka esuklótájú alagút syndroma esete (10 perc). 2. Lányi Ferenc, Pálffy Ágnes: Chronikus sensoros Jackson epilepsziát okozó haemangioma esete (10 perc). 3. Pethő Ferenc, Regős Vilmos, Ráth Dezső, Pálffy Ágnes: Status epilepticus okozó vírus meningo-encephalitis esete (15 perc). 4. Szabó Sándor: Klinikai fermentvizsgálatok (20 perc)
1975. máj. 29. csütörtök	Győr, Megyei Kórház	du. 2 óra	Megyei Kórház Tudományos Bizottsága	1. Horváth Erzsébet, Haffner Zs.: Paramyotonia (15 perc). 2. Fül P.: Az urogenitalis tuberculosis műtéti kezelése (12 perc). 3. Szécskai Á.: Inerceratio uteri urológiai szövödményei (12 perc). 4. Vámos Klára: Meggyesi Veronika, Kovács T.: A serdülő-kori rachitis vizsgálata győri iskolások között (12 perc). 5. Kékly M.: Kórházunkban végzett angiographiás munka bemutatása (15 perc)
1975. máj. 29. csütörtök	Tétényi úti Kórház ebédlője, XI. Tétényi u. 14—16., „A” ép.	du. 1/4 3 óra	Tétényi úti Kórház-Rendelőintézet Tudományos Köre	1. Gálvölgyi Ferenc, Sántori Ödön: Pulmonális embolia — infarctus az I. sebészeti osztály 10 éves beteganyagában. 2. Pál Magda, Tátrai Erzsébet: Személváltozások primaer chr. polyarthritisben. 3. Mercz László, Baján György: Az állandó kathéteres betegek gondozása

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 egyszámiaszám: 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 jelzőszámra

Szerkesztőség: 1363 Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765

Előfizetési díj egy évre 216,— Ft, negyedévre 54,— Ft, egyes szám ára 4,50 Ft



75.1337 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

Libexin[®] TABLETTA

Köhögéscsillapító

A **LIBEXIN** mint peripheriás támadáspontú köhögéscsillapító erősen tompítja a köhögési ingert anélkül, hogy azt teljesen elfojtáná.

A légzőközpont működését nem befolyásolja, a légzéstérfogatot inkább növeli.

Bronchospasmolytikus hatása következtében a légzést megkönnyíti,

a köpet mennyiségét előnyösen befolyásolja.

Köhögéscsillapító hatása kb. 3–4 óráig tart.

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 100 mg 3-(β , β -Diphenylaethyl)-5- β -piperidinoethyl/-1,2,4-oxadiazol. hydrochlor. hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Bronchiális és pleurális eredetű köhögés csillapítása.

ELLENJAVALLATOK

Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhalatiós narkózis után) ellenjavallt.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3–4-szer 1 tablettá, makacs esetben 2 tablettá.

Gyermekek szokásos adagja az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb, általában naponta 3–4-szer $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ tablettá.

Bronchológiai előkészítéshez testsúlykg-onként 0,9–3,8 mg-os adagban atropinnal kombinálva, 1 órával a beavatkozás előtt.

A Libexin alkalmazásának semmiféle kellemetlen mellékhatása nincs, megszokást nem okoz.

MEGJEGYZÉS

A tablettát szétrágás nélkül, egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján múló zsibbadást, érzéketlenséget válthat ki. Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.



CSOMAGOLÁS

20 db à 0,1 g tablettá	11,- Ft
200 db à 0,1 g tablettá	93,- Ft

CHINOIN BUDAPEST

TEPERIN[®] draszté, injekció

antidepressivum

Az imipraminnál bizonyos esetekben hatásosabb, kevésbé toxikus, jó és gyors thymolepticumnak bizonyult.

OSSZETÉTEL: Ampullánként 2 ml vizes oldatban 50 mg, draszténként 25 mg amitryptilinum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Endogen depressio, psychosis maniaco-depressiva depressív fázisa, involutiós, kimerülései, psychoreactiv, neurotikus és organikus depressio; schizopren folyamatok depressív tünetei.

ELLENJAVALLATOK: Glaucoma, vizelet-retentio, cardialis és veseelégtelenség, valamint prostata-hypertrophia. MAO-gátlókkal együtt nem adható; az azokkal végzett kezelések befejezése után 3–6 hetes szünet tartandó. Terhesség esetén alkalmazása nem ajánlatos.

ADAGOLÁS: Átlagos napi adag felnőtteknek 3×1 draszté (75 mg); szükség esetén ez a mennyiség 25 mg-onként napi 150 mg-ig növelhető. Súlyosabb esetek (különösen az agított formák) intézeti kezelését célszerű parenteralis adagolással kezdeni (100 mg/nap im.) és csak pár nap után áttérni az oralis adagolásra. A Teperin-kezelés electroshockkal kombinálható. A beteg állapotának rendeződése után a gyógyszer adagja csak fokozatosan redukálható. Utókezelésben napi 25–100 mg fenntartó adagot legalább 4–8 héten át célzerű adni.

MELLEKHATÁSOK: Leggyakrabban szájszárazság és szomjúság mutatkozik. Továbbá előfordulhat: tremor, izzadás, fáradtság, gyengeség, kábultság, szédülés, obstipatio, vizelet-retentio, oedema, étvágytalanság, fejfájás, nausea, accommodatiós zavarok, tachycardia, a nyelv- és az ajakmozgás incoordinációjával összefüggő beszédhiba, ritkán bőrkiütés. Parenteralisan alkalmazva vérnyomáscsökkenést okozhat.

FIGYELMEZTETÉS: Idős, valamint olyan betegek Teperin-kezelése, akiknek anamnesisében epilepsia, chronikus alkohol-abusus, organikus agyi károsodás szerepel, különös gondot és feltétlen hospitalizálást igényel. Barbiturátokkal, más sedativumokkal v. hypnoticumokkal együtt csak óvatosan adható, és ez esetekben a napi Teperin-adagot csökkenteni kell. Ambulans kezelésben (depressiós suicidium lehetősége) fokozott óvatosság és szigorú orvosi felügyelet szükséges. A vérnyomáscsökkentők (főleg a Sanotensin) hatását antagonizálja, ezért együttes alkalmazásuk elővigyázatot igényel. A vérképet és a májfunkciót, huzamosabb alkalmazás esetén, időnként ellenőrizni kell.

Járművezetőknek, magasban vagy veszélyes gépen dolgozóknak a készítmény szedése tilos. Teperin-kúra ideje alatt szeszes italt fogyasztani tilos!

Társadalombiztosítás terhére idegszakrendelések szabadon, körzeti, üzemi orvosok csak idegszakrendelés javaslatára rendelhetik a javaslatban meghatározott időtartamra, de legfeljebb a javaslat keltétől számított 3 hónapon belül történő gyógykezelés céljából. A javaslatot adó szakrendelést és a javaslat keltét a vényen fel kell tüntetni.

CSOMAGOLÁS

10 \times 2 ml	32,70 Ft	50 db draszté	40,- Ft
100 \times 2 ml	253,- Ft	500 db draszté	363,- Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

OH

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

116. ÉVFOLYAM 21. SZÁM 1201—1260 OLDAL

BUDAPEST, 1975. MÁJUS 25.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

ELOBROMOL[®] tableta

CYTOSTATICUM

50 mg és 250 mg

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 50 mg és 250 mg Mitolectolum (1,6-dibrom-1,6,-dideoxy-dulcitol) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Alkalmazása elsősorban laphám eredetű, főleg felsőlégúti és szájüregi carcinomák kezelésében indokolt. Kedvező tapasztalatok alapján megkísérélhető hörgő- és méhnyak-carcinomák bizonyos eseteiben, valamint az emlők carcinomájának bőrre localisált formáiban is. Mivel az Elobromol a granulopoesist fajlagosan gátolja, alkalmazásával a krónikus myeloid leukaemiában és polycythaemia verában klinikai és haematológiai remisszió érhető el.

ELLENJAVALLATOK: Csontvelő-elégtelenségi állapotokban, valamint vese- és májműködési elégtelenségben az Elobromol adagolását nem szabad megkezdeni. Sugárkezeléssel egyidejűleg csak akkor adható, ha a beteg gyógyintézetben fekszik és az ellenőrzés minden lehetősége biztosítva van.

ADAGOLÁS: Az adagot a teljes vérkép és a beteg klinikai állapotának gondos ellenőrzésével úgy kell megállapítani, hogy a legkedvezőbb terápiás hatás minimális toxicitással legyen elérhető. Az adagolás kétféle módon történhet: folyamatos és lökéskezelés formájában.

Folyamatos kezelésben a javasolt napi adag testsúlykilogrammonként 3–5 mg, ennek megfelelően a maximális napi adag 50 kg-os testsúlyra számítva 150–250 mg.

Ezt az adagot addig adjuk, amíg a leukocyták száma 4000 felett és a thrombocyták száma 100 000 felett van.

Ha a leukocyták száma 4000 alá, illetve a thrombocyták száma 100 000 alá csökken, az adagolást azonnal beszüntetjük.

Újabb kezelés csak akkor kezdhető, ha a leukocyták és a thrombocyták száma legalább 10 napon át elfogadható.

Egy kezelési sorozatban, megfelelő vérkép esetén, legalább 5000 mg Elobromolt adagoljunk.

Krónikus myeloid leukaemiás betegeknél, ha a leukocyták száma 20 000 alá csökken, az adagolást szakítsuk meg, mert a csökkenés a gyógyszer kihagyása után is tovább folytatódik.

Újabb adagolás csak akkor kezdhető, ha a leukocyták száma ismét 20 000 fölé emelkedik.

Lökéskezelésben a javasolt adag 5 naponként és testsúlykilogrammonként 8–10 mg. Egy kezelési sorozatban legfeljebb 5000–6000 mg (5–6 g) adható abban az esetben, ha a beteg jó erőbeni állapotban van és semmiféle vérképzőszervi eltérést nem mutat.

Az Elobromol adagolása megfelelő vérkép esetén, 4–6 hét szünet közbeiktatásával többször ismétlődhet.

MELLÉKHATÁSOK: Alkalmazása során, leginkább túladagolás következtében előforduló jelentősebb vérképzőszervi mellékhatások, leukopenia, illetve thrombocytopenia, ezek azonban a gyógyszer elhagyása után legtöbbször 5–7 nap után megszűnnek, de súlyos esetekben anaemia is kialakulhat.

Tartós és kifejezett leukopenia (2000 alatti leukocytaszám) vagy thrombopeniás vérzés észlelésekor intézeti elhelyezés és antibioticumok védelmében transfúziók adása szükséges.

Ritka kivételként bőrtünetekben (urticaria) megnyilvánuló allergiás jelenség előfordulása esetén az adagolást azonnal felfüggesztjük! Egyébként antihistaminok és prednisonon a tüneteket jól befolyásolják. Étvágytalanság, hányinger csak nagyon ritkán és enyhe alakban mutatkoznak. Ilyen esetekben az adagolás megszakítása nem indokolt.

CSOMAGOLÁS:

50 db à 0,05 g tableta	Ára: 105,- Ft
500 db à 0,05 g tableta	Ára: 1030,- Ft
20 db à 0,25 g tableta	Ára: 200,- Ft
200 db à 0,25 g tableta	Ára: 1960,- Ft



MEGJEGYZÉS: ✖✖Társadalombiztosítás terhére szakrendelések rendelhetik, illetőleg csak szakrendelés vagy fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhető. Csak az esetben alkalmazható, ha a használati utasításban ismertetett ellenőrző vizsgálatok elvégzésének lenetősége biztosított.

CHINOIN BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felclős 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

*

1975. MÁJUS 25.

*

21. SZÁM

TARTALOMJEGYZÉK

*Erdős László dr., Fornos Ferenc dr.,
Adamis Éva dr. és Schiszler Mária dr.:*

Kanyaró elleni folyamatos védőoltás 1203

TOXICOLÓGIAI TANULMÁNYOK

*Szamosi József dr., Hornyák Mária dr.
és Burkovits Mária dr.:*

Gyermekkori benzín-, petróleum-
és gázolajmérgeзések
a kórházi gyakorlatban 1209

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Tomcsányi István dr.:

Constrictiv pericarditis 1213

SYNDROMÁK

*Vértes László dr., Hajas Ágnes dr.,
Póka Balázs dr. és Balogh István dr.:*

A Saint-syndromáról 1215

*Tiszai Aladár dr., Sepp József dr.
és Szász Károly dr.:*

A CRST-syndromáról 1219

*Fazekas Árpád dr., Megyeri József dr.
és Szegő László dr.:*

Az aplasia cutis congenita circumscripta
és a Goltz-syndroma kapcsolatáról 1227

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNYEK

A syndromáról 1231

MÓDSZERTANI LEVÉL

A csípőízület röntgenvizsgálatáról
a csecsemőkorbán 1233

Folyóiratreferátumok 1235

Levelek a szerkesztőhöz 1251

Hírek 1254

Előadások, ülések 1260



CLINIUM

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 60 mg lidoflazinumot tartalmaz.

HATÁS: A Clinium tartós orális adagolása – a coronaria resistentia 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.

MELLÉKHATÁS: 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 szaktanácsadóval megbízott főorvos kórházi gyógykezelés, illetve kivizsgálás alapján a beteg kezelő orvosa (körzeti, üzemi orvosa) is rendelheti.

A vénén a kórismét, valamint a javaslatot adó fekvőbeteg-gyógyintézetet és a javaslat keltét fel kell tüntetni. A vényt 2 példányban (másolattal) kell kiállítani.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

Kanyaró elleni folyamatos védőoltás

Erdős László dr., Fornsó Ferenc dr.,
Adamis Éva dr. és Schiszler Mária dr.

Enders és Peebles-nek (12) a kanyaróvírus izolálására és szövettanyészetben való szaporítására vonatkozó eredményei nyitották meg az utat a vírus nagy mennyiségű nyerésére, melynek birtokában megindulhattak az oltóanyag-termelési kísérletek is.

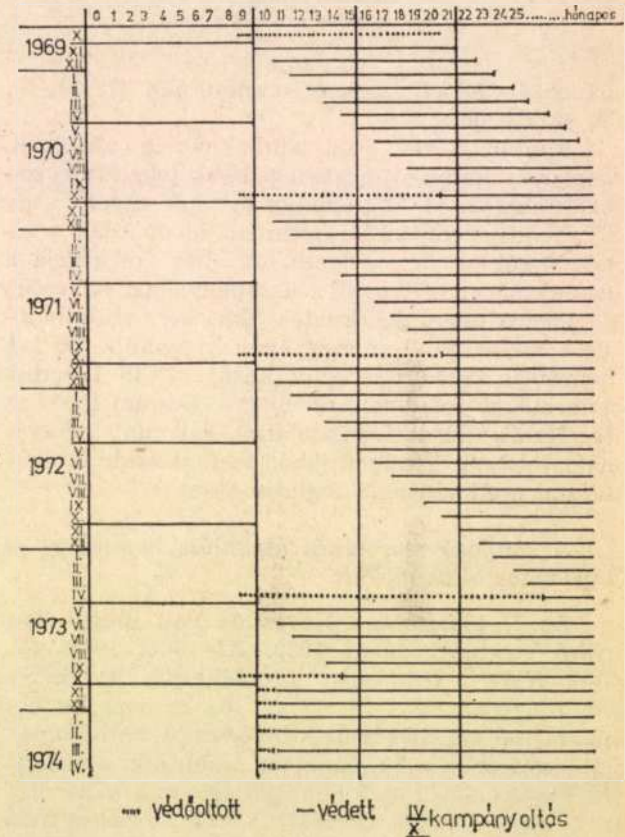
A gyermekek védőoltása 1958-ban kezdődött meg. Az azóta eltelt idő alatt számos külföldi (1, 6, 8, 16, 18, 31, 36, 39, 42, 43, 56, 59—66, 74, 75) és hazai szerző (3, 50—54, 72) igazolta az attenuált élő kanyaró vakcinával végzett egyszeri oltás szerológiai és epidemiológiai eredményét (18, 20, 30, 32, 40, 41, 61, 62, 68, 74, 75). Az oltás után rövid időn (4—12 napon) belül (29, 46, 73) megindul a szervezetben az ellenanyag-termelés. A védettség hosszú ideig (2, 42, 61, 71), egyesek szerint (30—32, 35) legalább 10—12 évig tart. Krugman és mtsai szerint (29—31) a vakcinálással elérhető védettség intenzitása és tartama hasonló az átvészelés utánihoz. A megfelelő vakcinával, úgy látszik, egész életre védettséget lehet elérni.

Magyarországon az évente előforduló 25—50 000 bejelentett (a valóságban 100 000-re becsülhető) megbetegedés (50) a hazai szakembereket (3, 14, 15, 15/a, 50) is arra ösztönözte, hogy bevezessük a kanyaró elleni védőoltást. Smorodintsev és mtsai (62), Starke és mtsai (64), valamint Budai és mtsai (4) szerint vakcinatermelésre igen alkalmasnak mutatkozott az L 16 törzs.

Rudnai és mtsai (50, 51, 51/a) 1967—68-ban az L 16 törzset használták a kanyaró elleni védőoltás reakcióinak és hatékonyságának felmérésére. Vizsgálataik szerint mérsékelt oltási reakciók mellett a védőoltottnak a nem oltott fogékonyakhoz viszonyított védési aránya 1968-ban 99,3% volt. Adataik kellő alapot nyújtottak a védőoltásnak 1969-ben kötelező formában való bevezetéséhez. Az egészségügyi miniszter a kampányszerűen évente egyszer szeptember—október hónapokban történő védőoltást a 9—20 hónapos korúakra rendelte el (4/1969. Eü. M. sz. rendelet).

Az OKI 1974. X. 29-i tudományos ülésén elhangzott előadás alapján.

Beigazolódott, hogy az évenként egyszer végzett kampányoltás a morbiditást nagymértékben csökkentette. A kampányoltás azonban azzal a hátránnyal járt, hogy a felnövő 9—20 hónapos korosztály — amelyre az összes kanyarós megbetegedések 10—15%-a esett — a következő kampányig védtelenül maradt. A kampányoltáskor — annak tudatában, hogy az oltatlanul maradtak a következő kampányig védtelenek lesznek — bizonyára sok olyan kisdedit is védőoltásban részesítettek, akiknek egészségügyi állapota az oltás idejében problematikus volt. Ilyeneknél, valamint egyes területeken, ahol valamilyen járványos megbetegedés lépett fel, a véletlen összeesést az oltás következményeként vagy szövődményeként könyvelték el.



1. ábra.

Kanyaró elleni védőoltás életkor és naptári idő szerint Heves és Pest megye

A kanyaró elleni védőoltásokat 1969, 1970 és 1971-ben őszi kampány keretében végezték el. 1972-ben az őszi védőoltás elmaradt. 1973-ban a tavaszi kampány alkalmával oltották a 9—26 hónaposokat, az őszi kampányban pedig a 9—14 hónaposok kerültek sorra.

Az 1. ábra jól szemlélteti, hogy a kampányoltás mellett 1969, 1970 és 1971-ben a 10—20 hónaposok, 1972—73-ban a 10—25 hónaposok oltási védettsége csak részleges lehetett. A kampányok közötti időben mind több korhónap oltatlanul maradt. Ahhoz pedig, hogy a kanyarójárványt biztonságosan megelőzhessük, a fogékonyaknak leg-

A megbetegedés ideje	Az összes bejelentett betegek száma	A bejelentettek közül%	
		10—15 hónapos	16—21 hónapos
1969. XI. 1.—1970. IV. 30.	798	± 7,0	+ 1,9
1970. V. 1.—1970. X. 31.	518	— 9,4	± 2,9
1970. XI. 1.—1971. IV. 30.	235	± 7,6	+ 3,4
1971. V. 1.—1971. X. 31.	72	— 22,2	± 5,5
1971. XI. 1.—1972. IV. 30.	581	± 2,6	+ 0,9
1972. V. 1.—1972. X. 31.	511	— 6,1	± 1,8
1972. XI. 1.—1973. IV. 30.	1750	— 5,1	— 4,4
1973. V. 1.—1973. X. 31.	2727	± 2,5	+ 1,2
1973. XI. 1.—1974. IV. 30.	6745	+ 2,2	+ 0,9
A betegek megoszlása	13 937	493	224

— nem oltott
± részben oltott
+ teljesen oltott csoport

alább 85—90%-át kellene immunizálni (7, 54, 57, 59, 60, 63, 66).

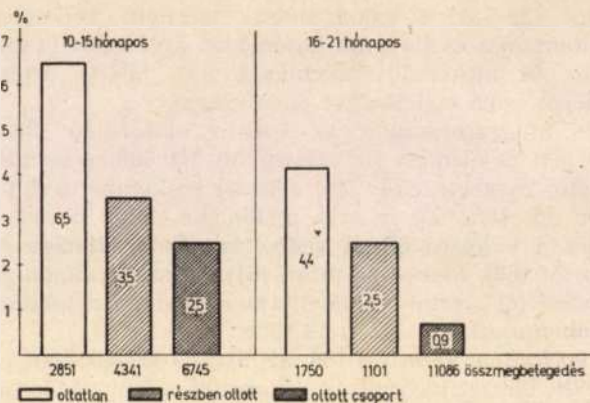
Miután a két éven aluliaknak a védelmét, amelyre a kanyaró megbetegedések jelentős százaléka esik (53, 54, 72), éppúgy mint az egyéni vagy környezeti szempontból optimális időpontnak a kiválasztását az ún. „folyamatos oltás” biztosítja a legjobban, az 1973-as őszi kampányoltást követően a kanyaró elleni folyamatos oltás keresztülvihetőségét Heves és Pest megyében vizsgáltuk. E két megyében 1973. októbertől kezdve a 10 hónapos csecsemőket folyamatosan oltják. Beszámolunk az itt végzett oltások tapasztalatait, valamint a folyamatos oltások szempontjából legfontosabb laboratóriumi eredményeket foglalja össze.

A kanyaró morbiditás alakulása kampány- és folyamatos oltás mellett

Az 1. táblázatban Heves és Pest megye kanyaró megbetegedéseit 1969. XI. 1-től 1974. IV. 30-ig féléves bontásban szemléltetjük az összes megbetegedésnek a 10—15 és 16—21 hónapos korúakra eső százalékában kifejezve. (A korhónapok feltüntetésekor a 10. hónaptól számítjuk a védettség kialakulását.) A különböző félévekben az összes kanyaró megbetegedések 5—22%-a esik a nem oltott 10—15 hónaposokra és 4,4%-a a nem oltott 16—21 hónaposokra. A táblázatban „—” jellel jelöltük azokat a féléveket, amelyekre a kanyaró oltás nem terjedt ki, „±” jellel azokat, amelyeket a kampányt követően hónapról hónapra nem oltottak töltöttek fel, végül „+” jellel azokat a féléveket, amelyekben a jelzett korcsoport teljes egészében védőoltásban részesült. Utóbbi a 10—15 hónapos korúakon csak 1973. november 1-ét követően, a folyamatos oltás eredményeképpen következett be. A megbetegedések száma a két megyében a megfigyelési idő alatt összesen 13 937 volt. Közülük a 10—15 hónapos betegek száma 493, a 16—21 hónaposoké 224.

Az 1. táblázatnak a 10—21 hónapos gyermekek kanyaró megbetegedésére vonatkozó részét oltottsági állapotuk szerint a 2. ábrán szemléltetjük.

A 10—15 hónapos korban az oltásban nem részesítettek megbetegedése Heves és Pest megyében az összmegbetegedés 6,5%-a, a részben oltott korcsoportokban 3,5%-a, a teljesen oltott korcsoportokban pedig 2,5%-a volt. Az utóbbival kapcsolatban azonban meg kell jegyeznünk, hogy az átoltás aránya kezdetben (a polio oltások miatt) nem érte el a 50%-ot. Ezért a megbetegedés csökkenése alig haladja meg a részben oltott csoportokét. Az ábra tehát — az elérhetőhöz képest — pesszimisztikusabb eredményt mutat az oltottak és nem oltottak megbetegedésének csupán kétszeres különbségével.



2. ábra. 10—15 és 16—21 hónapos gyermekek kanyaró megbetegedése az összmegbetegedések százalékában kifejezve

A 16—21 hónapos korcsoportban a nem oltottakra az összmegbetegedés 4,4%-a esett, a részben oltottakra 2,5%, a teljesen oltott csoportra 0,9%. A megbetegedések számának nem oltottakhoz viszonyított csökkenése közel ötszörös.

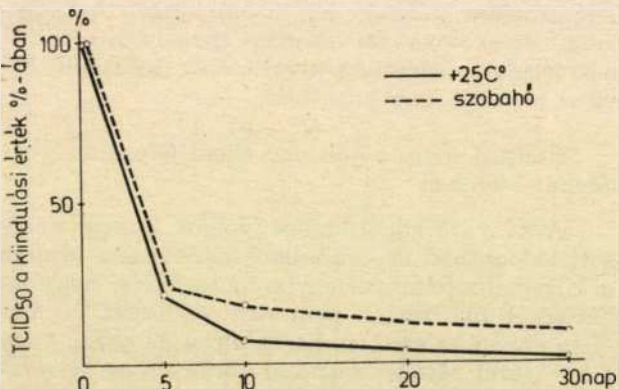
A folyamatos oltás a 10—15 hónaposok átoltási arányát lényegesen javítja, a 16—21 hónapos korúakét pedig gyakorlatilag 100%-ossá teszi, ami a megbetegedések számának további csökkenését fogja eredményezni.

A kanyaró vakcina tárolás alatti értékcsökkenése

A liofilezett vakcina +4 °C-on, vagy még inkább a fagyasztótér —6—18 °C-os hőmérsékletén tárolva legalább egy évig megtartja hatékonyságát. Magasabb hőmérsékleten és fénynek kitéve az élő vírusok száma rohamosan csökken. A folyamatos oltás bevezetésekor számítanunk kellett arra, hogy mindkét hátrányos behatás jobban előtérbe kerül, mint a kampányoltás alkalmával. A védőoltás hatásának elmaradása a magasabb hőmérsékleten (33) vagy a hosszú ideig tartó tárolással (66) magyarázható. A vakcina hőstabilitása elsősorban a törzstől (17, 25) és a maradék nedvességtartalomtól függ.

Számos külföldi szerző (17, 26, 37, 76) vizsgálta a különböző hőmérsékleten beálló értékcsökkenést, adataik azonban többnyire magasabb (37, 45 °C) hőmérsékletre és a folyamatos oltás követelményeitől eltérő időre vonatkoznak. Erre való tekintettel szükségesnek tartottuk a hő- és fényhatást a folyamatos oltás körülményei szerint ellenőrizni.

Ugyanazon gyártási számú — japánfürj fibroblast sejteken termelt — liofilezett vakcina egy részét +25 °C-ú termosztátba, más részét szobahőmérsékletre (+20—22 °C) helyeztük (a szállítást utánozva), majd 5, 10, 20 és 30 nap múlva összehasonlítottuk a TCID₅₀ (Tissue culture infectiv dosis) értékeket a kiindulási anyag értékével (3. ábra).



3. ábra.

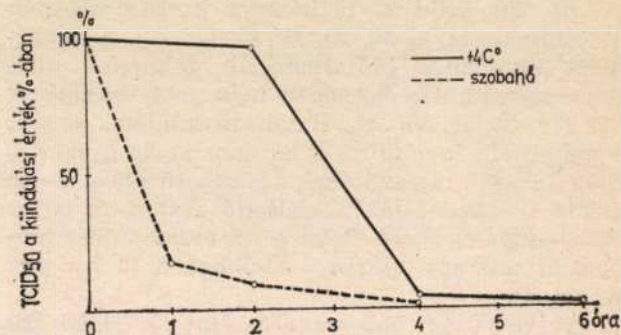
A liofilezett morbilli vakcina élő vírusszáma a kiindulási érték százalékában kifejezve, különböző hőmérsékleten való tárolás után

Mind a +25 °C-on, mind a szobahőn tárolt vakcina élő vírus tartalma 3 nap alatt kb. a felére, 5 nap alatt kb. egyötödére csökkent. Attól kezdve az állandóan +25 °C-on tartott vakcina rohamosabban, a szobahőn váltakozó hőmérsékletnek kitétt anyag pedig lassabban veszített az értékéből.

A vizsgálat eredménye nyomatékosan hívja fel a figyelmet annak az előírásnak a szigorú betartására, hogy a liofilezett vakcinát csak a legrövidebb időre szabad +4 °C-t meghaladó hőmérsékletnek kitéteni.

A resuspendált vakcina természetesen még érzékenyebb a hőre és fényre, mint a liofilezett. Felhasználhatóságát — +4 °C-on való tárolás esetén

készítményenként eltérően — 1—8 órában szabják meg (5, 17, 21, 24, 47, 76). A hozzánk érkezett jelentések szerint a folyamatos oltás alkalmával előfordul, hogy a resuspendált vakcinát szobahőn, fényhatásnak kitéve és az engedélyezett két órán túl is tárolják. Vizsgálatainkat az így bekövetkező károsodás felmérésére is kiterjesztettük. A resuspendált vakcina egy részét — az előírásnak megfelelően — +4 °C-on, más részét pedig szobahőmérsékleten (+20—22 °C) tartottuk (4. ábra).



4. ábra.

Resuspendált morbilli vakcina élő vírusszáma a kiindulási érték százalékában kifejezve, különböző hőmérsékleten való tárolás után

Mint látható, a +4 °C-on tárolt vakcina hatékonysága 2 órán belül alig változik, azután azonban rohamosan csökken. Ezzel szemben a szobahőmérsékleten tartott vakcina TCID₅₀ értéke már egy óra alatt kevesebb, mint az egyötödére csökkent. A resuspendált vakcinát tehát, ha nemcsak oltani, hanem immunizálni is akarunk, közvetlenül a beadás előtt szabad csak a jégszekrényből kivenni, a maradékot pedig azonnal vissza kell tenni a hűtőbe.

A kanyaró vakcina megfelelő tárolásának biztosítása a területen

A Heves és Pest megyében szerzett tapasztalatok szerint a vakcina megfelelő tárolása megoldható. A KÖJÁL-ok a 3—4 hónapra szükséges oltóanyagot mélyhűtőben tárolják. Ebből havonta adnak ki a KJSZ-nek, illetve a KJK-nak 60—150 adagot, amelyet ott szintén mélyhűtőben tárolnak. Az oltókörök kb. 90%-a rendelkezik 50 literes (vagy annál nagyobb térfogatú) hűtőszekrényrel. Az 50 literesnek a fagyasztótérje azonban kicsi, a liofilezett vakcinát csak doboz nélkül tudják benne tárolni (a liofilezett vakcina fényérzékenysége miatt sötét papírba csomagolandó). Azokban az oltókörökben, amelyek nem rendelkeznek hűtőszekrényrel, a védőnők saját hűtőszekrényükben tárolják az oltóanyagot. Az oltóköröknél azonban feltétlenül szorgalmazni kell a saját hűtőszekrény biztosítását.

Az eredményes oltás feltételei. Életkor, beviendő legkisebb vírusszáma

A kanyaró elleni védőoltás eredménye függ a vakcinatermelésre használt törzstől (12, 25), a bevitt vírus mennyiségétől, az oltóanyag volumené-

től (5), illetve az oltandó életkorától, azaz a maternális ellenanyagok gátló hatásától.

A használatban levő attenuált törzsek maradék virulenciája lényegesen eltérő lehet. A lázas reakció intenzitása és az ellenanyagtermelés nagysága között határozott összefüggést állapítottak meg (4, 9, 13, 19, 25, 59). Az L 16 törzs maradék virulencia szempontjából — tapasztalataink szerint is — megfelelőnek bizonyult.

A védettség mielőbbi elérése érdekében kezdetben 6—8 hónapos korban (2, 6, 9, 10, 16, 24, 44, 45, 67, 69), majd 9—10 hónapos korban végezték az oltásokat (1, 4, 20, 25, 38, 40, 65, 73). A maternális immunitás időtartamának felmérése után több szerző a 12. élethónap után jobb eredményt vár (30, 34, 35, 55, 70). Hazai tapasztalatok szerint a maternális immunitás 9 hónapos korig gyakorlatilag teljesen megszűntnek tekinthető (46/a) és az ekkor elvégzett oltás is kielégítő arányú és tartós védettséget nyújtott. Ezért a folyamatos oltás időpontját csak egy hónappal későbbre, a 10. hónapra tettük át.

A védettség több szerző szerint (5, 23, 28, 36) igen kis adagokkal is elérhető. Más kutatók 30 (22), 60—200 (58), 25—500 (59), 100—200 (27, 37, 48, 65), 300—500 TCID₅₀ (2, 24, 49) bevitelét tartják szükségesnek a megfelelő védettség eléréséhez. A WHO 1963. évi közlése szerint (76) a védőoltások alkalmával bevitt vírusmennyiség a különböző szerzőknél 45 és 500 000 TCID₅₀ között ingadozott.

Néhány szerző (4, 11) bizonyos határ fölött a kanyaró vakcina fél és egész adagja között nem észlelt különbséget a reaktivitás és az immunválasz tekintetében.

Saját vizsgálataink szerint az oltópisztollyal bevitt 350 és 700 TCID₅₀-re kapott immunválasz között szignifikáns különbség mutatkozott.

Lehet, hogy az oltópisztolynál az esetleges elcsorgás (átlag 0,05 ml) az említett szint alá csökkentette a bevitt vírusmennyiséget és erre vezethető vissza a fél és egész adagra kapott immunvá-

2. táblázat

Fél, illetve normál adag morbilli vakcinával immunizált 9—21 hónapos kisdetek vérsavóinak HAG-titerei 5 héttel a jet-injectorral végzett oltás után

HAG-titer (recipr.)	TCID 50 /Adag	
	350	700
<10.....	2	—
10.....	—	—
20.....	—	—
40.....	7	2
80.....	1	4
160.....	4	12
320.....	3	8
640.....	1	1
1280.....	1	—
Vizsgált személyek száma.....	19	27
Geometriai átlag.....	86,1	168,4
HAG-titer recipr. logaritmusainak átlaga.....	1,9348	2,2264
A logaritmus értékek átlagának szórása.....	0,14540	0,05549

A varianciaanalízis eredménye: $F(3,105) = 3,59$
 $P < 0,025$

laszok közötti szignifikáns különbség. Erre való tekintettel szükségesnek tartottuk *Sikina és mtsai* (58) vizsgálatainak figyelembevételével a különböző értékű vakcinák fél és egész adagjával immunizált csecsemők ellenanyag-termelését meghatározni.

3. táblázat

Különböző vírustartalmú morbilli vakcinával oltott 9—21 hónapos kisdetek HAG-titereinek geometriai átlagai négy héttel az oltás után

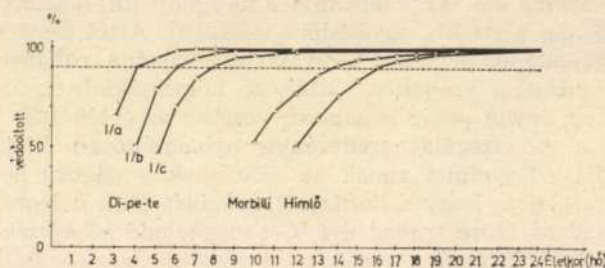
A vakcina vírustartalma TCID 50/adag	Vizsgáltak száma	HAG-titerek	
		geometriai átlaga	< 1/40%
16	41	29,5	58,8
32	47	39,4	31,9
90	53	64,9	24,5
180	51	54,7	29,4
1580	52	95,5	7,7
3160	53	94,8	17,0

A csoportonként 41—53 kisdeden végzett vizsgálatok szerint 16 és 32 TCID₅₀ esetén különbség észlelhető az immunválaszok nagyságában. 90 TCID₅₀ fölött azonban már nem látható párhuzamosság az adag nagysága és az immunválasz között.

A kiadásra kerülő vakcina hatóértékét legalább 1000 TCID₅₀-ben szabjuk meg. Ezen mennyiségből a maximálisan 3 napig szobahőn történő szállítás okozta értékvesztés, az előírással (+4 °C) tárolás alatti és a resuspendált vakcina előírással felhasználása (tárolás +4 °C-on) közben bekövetkezett értékcsökkenés levonása után is biztosítottak látjuk a védettség kiváltásához szükséges élő vírus mennyiség bejuttatását.

Átoltási ütem a kanyaró elleni folyamatos védőoltás esetében

A kanyaró elleni kampányoltást a meghatározott időpontban 90—92%-ban teljesítették. Miután a folyamatos oltásnak egyik fontos célja, hogy lehetőséget nyújtson a nem nagyon hosszú halasztásra abban az esetben, ha az oltást az egyén vagy a környezet részéről fennálló körülmények kontraindikálják, az esedékesség időpontjában végzett oltások száma mindenképpen alacsonyabb lesz, mint kampányoltás idejében. Kérdés azonban, hogy az elmaradt oltásokat mennyi időn belül tudják pótolni. Erre vonatkozólag is gyűjtöttünk adatokat a két megyéből.



5. ábra. A folyamatos védőoltás üteme a két éves koron belül Heves, Pest megye

Az 5. ábra valószínűleg reálisan tükrözi az országos helyzetet. A két megye közül ugyanis az egyikben gyorsabban, a másikban lassabban haladt az átoltás. A kampányoltásnak megfelelő — kb. 90 százalékos — átoltottság a 14. élethónapban érhető el.

Az ábrán feltüntetettük a 2 éves koron belül alkalmazott valamennyi folyamatos oltás átoltási idejét. A 90%-os átoltást a di-per-te I/a-nál a tervezetthez képest egy hónappal, az I/b-t két hónappal és az I/c-t kb. 3 hónappal később érik el. A több ellenjavallat miatt a himlőnél a 90%-os átoltáshoz négy hónap szükséges. Gyakorlatilag ugyanez a helyzet észlelhető a kanyaró elleni folyamatos oltáskor is. Az ábra adatai magukban foglalják a beinduláskori alacsonyabb teljesítményeket is, valószínű tehát, hogy az átoltási arány tovább fog javulni.

Az 5. ábra görbéit szemlélve, a morbilli és himlőoltás végzésekor számítani kell az ütközéssel. A 12 hónapos korban a gyermekek kb. 30%-a még nem kapta meg a kanyaró elleni védőoltást. Ezekre vonatkozólag szabály kell legyen, hogy az életkor szerint hiányzó két oltás közül először mindig a kanyaró elleni oltást kell elvégezni és csak azután a himlőt. A két oltás ütközésének elkerülését legjobban a himlő elleni védőoltásnak a 18. hónapra való áthelyezése oldaná meg.

A kanyaró elleni folyamatos oltás vakcina-szükséglete

A kisebb létszámú oltóközrökben számolnunk kell azzal, hogy havonta csak egy oltásra kerül sor, tehát a kétadagos vakcinának a fele felhasználatlanul kárba vész. Minél elaprózottabban történik az oltás, annál nagyobb lesz az oltóanyag-vesztés. Kampányoltás esetén az oltóanyag-vesztés 20–30%-ot tett ki. Mennyivel emeli meg ezt a veszteséget a folyamatos oltás? Ennek tisztázása érdekében az ország valamennyi megyéjét felkértük arra, hogy közöljék: 1974. július havában mennyi oltottra hány adag vakcinát használtak fel.

Az 1974. július hónapban végzett folyamatos oltás alkalmával a különböző megyékben az oltóanyag-vesztés 20–73% között ingadozott. A júliusban oltottakra számított veszteség országosan azonban csak 36,4%-ot tett ki. Ha leszámítjuk a 4 kiugró területet, akkor a veszteség csak 23,0%. A folyamatos oltásnak a kampányoltáshoz viszonyított nagy előnyét tehát nem kell túlságosan megfizetnünk. Mindenesetre azokon a területeken, ahol az oltóanyag-vesztés a 30%-ot jelentősen meghaladja, szükséges tisztázni a hátterét, és az oltások rendjét havi egy alkalomra korlátozni.

Összefoglalás. A járványügyi adatok szerint a folyamatos oltás, azaz legalább havonta egy oltási alkalom biztosítása a 2 éven aluliak kanyaró megbetegedésének számát jelentősen csökkenti. A 10–15 hónapos korcsoportban a csökkenés legalább kétszeres, a 16–21 hónapos korban pedig kb. ötszörös.

A liofilezett kanyaró vakcina hő- és fényérzékeny, leghelyesebb a fagyasztótérben vagy legalább

+4 °C-on tárolni. Szobahőmérsékleten az élővírus-tartalom már három hónap alatt 50%-kal csökkenhet. A szállítási időt tehát a legrövidebbre kell korlátozni.

A resuspendált vakcina +4 °C-on tárolva hatékonyságát két óráig megtartja, a szobahőmérsékleten tárolt vakcina élővírus-tartalma viszont egy óra alatt már az egyötödére csökken. A resuspendált vakcinát tehát frissen kell készíteni és az esetleg fel nem használt anyagot maximum két óráig való felhasználásig +4 °C-on kell tartani.

Csak ezen feltételek betartása esetén lehet számítani arra, hogy legalább 1000 TCID₅₀ értékű vakcinából a megfelelő védéshez minimálisan szükséges élő vírusrészeg bejut a szervezetbe.

IRODALOM: 1. Ad Hoc Advisory Committee on Measles Control. Washington, D. C., Feb. 25. 1963. J. Amer. med. Ass. 1963, 183, 1112. — 2. Borgono, J. M., Greiber, R.: Pan Amer. Hlth. Org., Wld. Hlth. Org. Scientific Public. 1971, № 226, 203. — 3. Budai J. és mtsai: Orv. Hetil. 1965, 106, 7. — 4. Budai J. és mtsai: Gyermekgyógyászat. 1968, 19, 162. — 5. Calafiore, D. C. és mtsai: Amer. J. Epid. 1968, 87, 247. — 6. Chumakov, M. P. és mtsai: Arch. roum. Path. exp. 1969, 23, 651. — 7. Czumakow, M. P. és mtsai: Epidemiol. Rev. 1970, 24, 208. — 8. Czumakow, M. P. és mtsai: J. Hyg. Epidem. 1970, 14, 1. — 9. Cockburn, W. G. és mtsai: Bull. Wld. Hlth. Org. 1966, 34, 223. — 10. Cooper, C. és mtsai: Lancet. 1966, 1, 1076. — 11. Dolgin, J. és mtsai: J. Pediat. 1960, 57, 36. — 12. Enders, J. F., Peebles, T. C.: Proc. Soc. exp. Biol. (N. Y.) 1954, 86, 277. — 13. Erdős L. és mtsai: Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1973, 20, 49. — 14. Farkas E.: OKI Tud. Ref. Ülés. 1962, VI, 26. — 15. Farkas E.: Előadás. A Fertőzőbetegségek Orvosainak Társasága és a Magyar Gyermekorvosok Társasága. 1967. nov. 8. — 15/a. Farkas E.: Magyar Pediater. 1968, 1, 41. — 16. Foegen, W. H.: Pan Amer. Hlth. Org., Wld. Hlth. Org., Scientific Publ. 1971, № 226, 207. — 17. Goldner, H., Buynak, E. B., Hilleman, M. R.: Amer. J. Dis. Child. 1962, 103, 440. — 18. Grahneis, H., Giesecke, H.: Medicamentum. 1969, 10, 302. — 19. Gudnodottir, M., Black, F. L.: Bull. Wld. Hlth. Org. 1964, 30, 453. — 20. Hajduk, F., Hempel, H. C.: Dtsch. Gesundh.-Wes. 1968, 23, 2483. — 21. Hempel, H. C. és mtsai: Dtsch. Gesundh.-Wes. 1967, 22, 547. — 22. Hendrickse, R. G. és mtsai: Brit. med. J. 1966, 1, 779. — 23. Hendrickse, R. G., Montefiore, D., Scherman, P.: Nigerian Med. Ass. (Western Branch) News Bull. 1967, 1, 9. — 24. Hendrickse, R. G., Montefiore, D.: Brit. med. J. 1968, 4, 28. — 25. Hong Kong Measles Vaccine Committee; Bull. Wld. Hlth. Org. 1967, 36, 375. — 26. Jusbasić, M.: Személyes közlés. Zagreb. 1974. IX. 27. — 27. Karelitz, S. és mtsai: J. Amer. med. Ass. 1961, 177, 537. — 28. Kempe, C. H. és mtsai: New Eng. J. Med. 1960, 263, 162. — 29. Krugman, S. és mtsai: J. Pediat. 1965, 66, 471. — 30. Krugman, S.: J. Pediat. 1971, 78, 1. — 31. Krugman, S., Giles, J.: Pan Amer. Hlth. Org., Wld. Hlth. Org., Scientific Publ. 1971, № 226, 195. — 32. Krugman, S.: Symp. Series Immunol. Stand. (Karger, Basel) 1973, 22, 55. — 33. Lerman, S. J., Gold, E.: J. Amer. med. Ass. 1971, 216/II, 1311. — 34. Linneman, C. C. jr. és mtsai: Amer. J. Epidem. 1972, 95, 238. — 35. Linneman, C. C. jr.: Amer. J. Epidem. 1973, 97, 365. — 36. McCrumb, F. R., Kress, S., Snyder, M. J.: Amer. J. Dis. Child. 1962, 103, 443. — 37. Markham, F. S.: Amer. J. Dis. Child. 1962, 103, 437. — 38. Markham, F. S. és mtsai: Amer. J. Publ. Hlth. 1962, 52, 57. — 39. Medical Research Council, Great Britain, Measles Vaccine Committee: Brit. med. J. 1965, 1, 817. — 40. Medical Research Council, Great Britain, Measles Vaccine Committee: Brit. med. J. 1966, 1, 441. — 41. Medical Research Council: Brit. med. J. 1968, 2, 449. — 42. Medical Research Council: The Practitioner. 1971, 206, 458. — 43. Mirchamsy, H. és mtsai: J. Hyg. 1974, 72, 273. — 44. Nagler, F. P. és mtsai: Bull. Wld. Hlth. Org. 1965, 32, 791. — 45. Nel-

son, K. E. mtsai: J. Amer. med. Ass. 1974, 227, 780. — 46. Oblapenko, G. P.: Zh. Mikrobiol. (Moszk.) 1969, 3, 46, 24. — 46/a. Pallinger, Z., Pallingerné Szekeres G.: Acta microbiol. hung. 1971, 18, 1. — 47. Plesnik, V.: Cs. Epidem. 1972, 21, 242. — 48. Rey, M. és mtsai: Bull. Soc. méd. Afr. noire Langue Franc. 1965, 10, 392. — 49. Rey, M. és mtsai: Bull. Soc. méd. Afr. noire Langue Franc. 1968, 13, 291. — 50. Rudnai O.: Gyermekgyógyászat. 1968, XIX, 147. — 51. Rudnai O., Óry I.: Előadás az OKI tudományos ülésén. 1968. ápr. 9. — 51/a. Rudnai O., Farkas E. és mtsai: Orv. Hetil. 1969, 110, 2197. — 52. Rudnai O.: Egészségügyi Felvilágosítás. 1969, 10, 203. — 53. Rudnai O.: OKI működése 1970. évben. 1972. 270. — 54. Rudnai O., Fornosi F. és mtsai: Előadás az OKI 1974. márc. 5-i tudományos ülésén. — 55. Schluedeberg, A. és mtsai: Amer. J. Epidem. 1973, 97, 402. — 56. Schwarz, A. J. F.: Am. J. Dis. Child. 1962, 103, 386. — 57. Scott, D. H.: Amer. J. Epidem. 1971, 94, 37. — 58. Sikina, E. Sz., Tregubova, T. V., Szmorodincev, A. A.: Problema likvidacii kori. Ed. Inst. Pasteur, Leningrád, 1968, 109. — 59. Smorodintsev, A. A. és mtsai: Progr. med. Virol. 1961, 3, 287. — 60. Smorodintsev, A. A. és mtsai: Proceeding-Sympo-

sium on the characterisation and uses of human diploid cell strains. Opatija. 1963, 551. — 61. Smorodintsev, A. A. és mtsai: Symposium International sur la Standardization des Vaccins contre le Rougeole et la Serologie de la Rubeola. Ed. Inst. Mérieux, Lyon. 1964. 26. — 62. Smorodintsev, A. A. és mtsai: Arch. ges. Virusforsch. 1965, XVI, 284. — 63. Sutherland, I., Fayers, P. M.: Brit. med. J. 1971, 1, 698. — 64. Starke, G.: Path. Microbiol. 1965, 28, 950. — 65. Starke, G., Wieczorek, H.: Dtsch. Gesundh.-Wes. 1965, 20, 1432. — 66. Starke, G. és mtsai: Rev. roum. Inframicrob. 1968, 5, 203. — 67. Stokes, J. és mtsai: New Engl. J. Med. 1960, 263, 230. — 68. Stokes, J. és mtsai: New Engl. J. Med. 1961, 265, 507. — 69. Stokes, J. és mtsai: Amer. J. Hyg. 1961, 74, 293. — 70. Triau, R., Ajjan, N.: Lyon méd. 1973, 230, 427. — 71. Ueda, Sh. és mtsai: Biken's J. 1974, 17, 11. — 72. Virágh Gy.: Bp. Közéü. 1971, 3, 65. — 73. Vivell, O., Lips, G.: Arch. Kinderheilk. 1967, 176, 156. — 74. Warin, J. F., Rodgers, J. S.: Med. Offr. 1971, 125, 277. — 75. Witte, J. J.: Pan Amer. Hlth. Org., Wld. Hlth. Org., Scientific Publ. 1971, № 226, 213. — 76. Report of the WHO Scientific Group. WHO techn. Rep. 1963, № 263, 5.

Sandosten® DRAZSÉ

antihistaminicum
antiallergicum

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, gyógyszerertúlrézkénység, allergiás eredetű asthma bronchiale.
- Ekzema
- Rovarcsípés
- 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



1208



Alkaloida Vegyészeti Gyár

Sandoz A. G. licenc alapján SANDOZ

Fővárosi Tanács Központi Gyermekegészségügyi,
Módszertani Tudományos Kutató és Továbbképző Intézete,
Gyermek- és Toxicológiai Osztály
(főorvos: Szamosi József dr.)

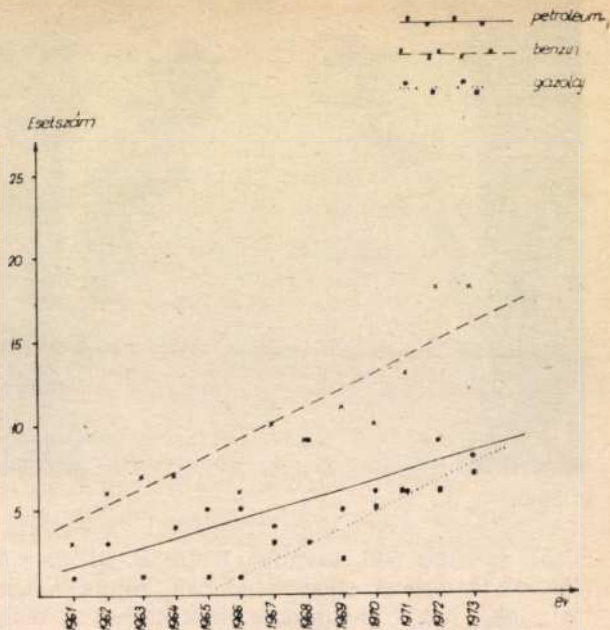
Gyermekkori benzin-, petróleum- és gázolajmérgezősések a kórházi gyakorlatban

Szamosi József dr., Hornyák Mária dr.
és Burkovits Mária dr.

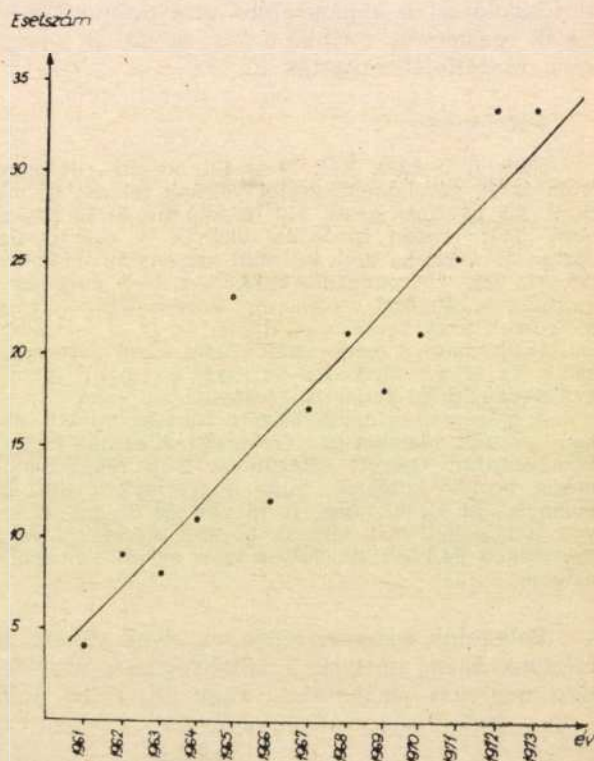
Irodalmi adatok alapján az Amerikai Egyesült Államokban egy év alatt, 1957—1958-ig 28 000 5 éven aluli gyermek betegedett meg kőolajleparlási terméktől, ebből 100-an haltak meg. 8 év alatt szénhidrogénektől eredő halálesetet 763-at regisztráltak, ezeknek 90%-a kisded volt (27, 28). Mások is, köztük magyar szerzők beszámolnak gyermekek benzin- és petróleum mérgezéséről, és ezzel kapcsolatban halálesetekről (6, 7, 11, 21, 26, 31). Olyan közlések is vannak, melyek általános iskolai gyermekek benzinivását ismertetik, akik narcomaniás célra használták fel az anyagot és cocainszerű hatást tapasztaltak, de nem észleltek olyan tüneteket, melyek aspiratióra utaltak volna (20, 24).

A nyers kőolajból sok leparlási frakciót hoznak létre változó nyomás kombinált alkalmazásával. Ezek az anyagok telítetlen és telített szénhidrogénekből állnak és különböznek egymástól viszkozitás és felületi feszültség szempontjából. Minél kisebb valamely anyag felületi feszültsége és viszkozitása, minél illékonyabb, annál nagyobb lehetőség adódik az aspiratióra (10, 22, 27). A legkisebb viszkozitású, a legillékonyabbak közé tartozik a benzin, majd sorrendben: ásványi szesz, petróleum, diesel fűtőolaj, kőolaj, ásványi fűtőolaj, nehéz kenőolaj.

Az aspiratiót elősegítheti a gyermek félelme, vagy a rossz íz miatti félrenyelés (4). Az aspiratio a toxicitás és a mortalitás szempontjából legfontosabb kérdés. *Gerarde, H. W.* (13) kísérletei azt mutatták, hogy az állatok a petróleumot jól tolerálták, ha az anyagot közvetlenül a gyomorba adták, de haemorrhagiás pneumoniában, pulmonalis oedemában pusztultak el, ha 1 ml petróleumot direct a tracheába juttattak. *Haraszi A. és mtsa* (15) hasonló kísérletükben nyulakban gázolajjal pneumo-

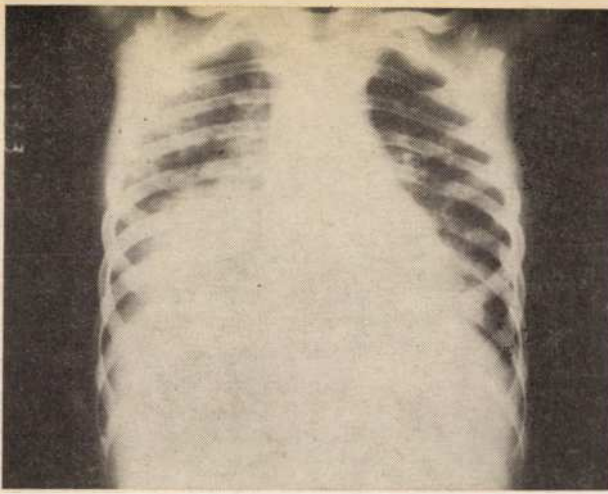


1/a. ábra.
Az egyes években előforduló esetek számához szerkeszthető regressziós egyenesek.



1/b. ábra.
Az a) ábrán a különböző szénhidrogének által okozott mérgezősések számát tüntettük fel; a b)-ábrán az összes eseteket

niát idéztek elő. Aspiratio esetében 150-szer nagyobb a toxicitás, mint bélből való felszívódás során. Felnőtteknél ritkán van aspiratio, és a körle-folyás sokkal jobb indulatú, mint gyermekkorban (8). 8—10 ml már halálos lehet, ha aspiratio történik, ugyanakkor 250—300 ml benzin vagy petróleum megivása is végződhet gyógyulással. *Heinisch*



2. ábra.

H. M. és mtsa (16), továbbá Wolfe B. M. és mtsa (35) állatkísérletei ellentmondanak annak a lehetőségnek, hogy pneumonia keletkezhet a bélből való felszívódásból, de a kérdés még vitatott. Iv. benzinadagolással állatkísérletekben megállapítható, hogy a benzin támadáspontja elsősorban a tüdőben van (3, 23, 29). Szabó és mtsai (32) iv. benzinadagolással és angiographiával a pulmonalis arteriák spasmusát, továbbá a jobb szívfél és a nagyerek dilatációját mutatták ki.

Beteganyag

1961. I. 1—1973. XII. 31-ig 131 benzin-, 64 petróleum és 30 gázolajmérgezetet vettünk fel osztályunkra. A 225 gyermek közül 152 (67,5%) fiú és 73 (32,5%) lány. Túlnyomóan kisdetek vannak a mérgezetek közt, ami megfelel több külföldi közlemény adatainak (26, 27, 28). Beteganyagunk 78,6%-a 1—3 éves és 9 gyermek kivételével valamennyi 6 éven aluli volt. Ha eseteinket éves bontásban vizsgáljuk (l. 1/a-b ábra), azt látjuk, hogy a mérgezések száma évről évre emelkedik, és ez az emelkedés az egyes szénhidrogén vegyületekre külön-külön is érvényes.

A mérgeanyag mennyiségére vonatkozva 116 esetben kaptunk adatokat (l. 1. táblázat). A szülők bemondása alapján szerzett értesülések nem megbízhatók, mégis, annyit közölnek, hogy a gyermekek igen kis mennyiséget isznak meg. A mennyiség 30 ml-en alul volt 79,2%-ban, más szerzők közlése szerint (7, 28) a gyermekek 94,4%-a, ill. 68%-a ivott ugyanilyen mennyiséget.

Betegeink anamnesiséből sok olyan tünetet ismertünk meg, amelyek a szénhidrogén vegyületek megivása pillanatában vagy közvetlen utána

1. táblázat

A mérgező anyag mennyisége

A mennyiség ml-ekben	A mérgezetek száma
10 alatt	52
11—30-ig	40
31—50-ig	11
51—100-ig	9
100-on felül	4
Összesen:	116

Tünetek és vizsgálati leletek	Benzin	Petróleum	Gázolaj	Összesen
Köhögés	37	27	13	77
Dyspnoe	21	30	3	54
Pneumonia rtg.	103	53	25	181
Ezen belül klinikai tünetei is vannak				
a pn-nak	33	26	10	69
Tüdőoedema	5	—	—	5
Tachycardia	57	40	19	116
Filiformis pulsus	17	7	2	26
Szívdilatáció	40	21	10	71
Cyanosis	21	9	1	31
Sápadtság	35	10	3	48
Aluszékonyosság	23	14	13	50
Eszméletlenség	9	3	—	12
Rángógörcs	1	1	—	2
Hányás	57	35	20	112
Hasmenés	5	6	3	14
Láz 38 C alatt	55	25	9	89
38 C és 39 C között	95	38	26	157
39 C felett	2	9	2	13
Kóros vizeletlelet	2	2	1	5
Fokozott vvs süllyedés...	14	14	13	41
Jelegzetes szagú lehellet és hányadék	59	36	18	113

jelentkeztek és valószínűsítették az anyag aspirációját. Legjellemzőbbek: köhögés, mely fulladás-szerű, és gyakran véres hab ürítésével is járt, továbbá öklendezés, hányinger, hányás jelentkezett, a légzés megnehezült vagy a gyermek rövid ideig nem kapott levegőt, sápadt, szürke lett, végtagjai hűvösek, továbbá perioralis vagy kiterjedt cyanosist láttunk. A mérgezett aluszékony lett, eszméletvesztés is előfordult. A leírt tünetcsoportot több gyermek kórtörténetéből állítottuk össze.

Az osztályon észlelt legfontosabb tüneteket és vizsgálati leleteket a 2. táblázatban foglaltuk össze. Ezek között a köhögés gyakran szerepelt, amit sokszor kísért nehéz légzés. A pneumonia fennállását, kiterjedését, elhelyezkedését a rtg-felvétel alapján állapítottuk meg, de feltüntettük azokat az eseteket is, ahol szörtyözörejeket, ill. crepitatiót találtunk. Gyakran volt centralis a pneumonia. Tü-

3. táblázat

A gyomormosás és hányás kapcsolata a pulmonalis szövödménnyel

	Pneumonia I.	Pneumonia II.	Pneumonia összesen	Az esetek számához viszonyított %
Gyomormosás történt: 45 esetben	12	27	39	86,6
Gyomormosás nem történt: 180 esetben	86	56	142	78,8
Hányás volt:				
112 esetben	47	51	98	87,5
Hányás nem volt:				
113 esetben	46	31	77	68,1
Sem gyomormosás sem hányás nem volt: 79 alkalommal	36	15	51	64,5

dő-oedemát is észleltünk. Sok súlyos esetben találunk cyanosist vagy nagyfokú sápadtságot. A szív-dilatatio kifejlődését elsősorban a rtg-lelet mutatta. Az esetek többségében volt tachycardia, a velejárol filiformis pulsus az igen súlyos eseteket jellemezte.

A bágyadtság, somnolentia napokig eltartott, az eszméletlen állapotot osztályunkon csak kevés esetben tapasztaltuk, az rendszerint nem tartott hosszú ideig. Rángógörcs csak 2 esetben volt. A vizeletlet csak ritkán kóros, vérkép lényeges eltérést nem mutatott, anaemia csak ritkán, átmeneti jelleggel volt észlelhető. Fokozott vérsejtsüllyedést is találtunk a láz és pneumonitis mellett.

A tünetek alapján kétségtelen, hogy a felsorolt mérgeanyagok között a benzin a legveszélyesebb, mert cyanosis, filiformis pulsus, eszméletlen állapot több volt, mint petróleum v. gázolaj intoxicatio során. Tüdő-oedemát, halálos kimenetelt csak benzinmérgezésben tapasztaltunk. Pneumonitis és láz viszont gyakrabban fordult elő petróleum és gázolaj mérgezésben.

Két benzinmérgezett gyermek kórtörténetét röviden ismertetjük.

Zs. J., 4 éves fiúgyermeket 1973. VI. 6-án vettük fel osztályunkra. Testi és szellemi fejlődése kielégítő volt, csak bronchitis spastica miatt állt többször kezelés alatt. Anamnesise szerint a benzin megivása után 1—2 perc múlva véres váladékot hányt, majd percekig eszméletlen állapotba került. A véres hányás a mentőkocsiban többször megismétlődött. Felvételkor a gyermek rendkívül elesett, bágyadt, igen súlyos beteg benyomását teszi. Hamuszürke bőr, perioralis cyanosis. Az arcon, nyakon sűrűn elhelyezkedő petechiák láthatók. Végtagjai hűvösek, rectalis hőmérséklet 36,1 °C. Kifejezetten dyspnoes, légzésszáma percenként: 80, nyögő légzés. Pulsus: 160/min, filiformis. Mindkét tüdő felett diffuse nedves szörtyözrejek. A rtg-felvétel V. 6-án azt mutatja, hogy infiltratum tölti ki mindkét oldalon a szívrekesz szögletet, mely felfelé és lateral felé terjed. Hilusok elmosódtak. Therapia: 30 ml. Paraffinolaj, Strophantin, oxygen, Diadreson F. aquosum. Ceporin, Rheomacrodex infusio. A gyermek nagy mennyiségű véres, benzinszagú váladékot ürít, ezért Acepramint és Gordoxot is adunk. Nagy nyugtalansága miatt Seduxen is szükségessé válik. 6 órával felvétele után a kezdetben nem véres, de szemcsés cylindereket tartalmazó vizeletben makroszkópos haematúriát észleltünk. A benttartózkodás 7. órájában láza 38 °C-ra emelkedik, 12 órával a felvétel után a dyspnoe javul, pulsusa 120/min, már csak mikroszkópos a haematúria. Kanalanként táplálható, de a cseppinfúziót még 24 óráig fent kell tartani, mikor állapota lényegesen javul. V. 10-én kisfokú anaemiát észleltünk, hgb. 10 g%-ra csökken, vérsejtsüllyedés 70 mm a kezdeti 22 helyett. Máj-funkciós próbák, Astrup-vizsgálat, ionogramm, electrophoresis kóros leletet nem mutatott. V. 13-án még crepitatio hallható mindkét tüdő basisán. Rtg-felvétele készítettünk a mellkasról a már ismertetett V. 6-a után V. 7-én, V. 11-én és V. 23-án. Az V. 7-i 2. napi rtg-lelet szerint az infiltratum nagyságban változatlan, de intenzívebb és mindkét lateralis sinus kitöltött (l. 2. ábra), csak az V. 23-i lelet mutat lényeges változást. Jó általános állapot, jó fizikális lelet mellett adjuk haza V. 23-án, amikor a hgb. érték 12,5 g%, a vérsejtsüllyedés 14 mm és a mikrohaematokrit: 35%. Controll vizsgálatkor a gyermek tünet- és panaszmentes.

B. E., 3 éves, Down-kóros gyermeket 1968. VII. 6—VII. 24-ig kezeltük osztályunkon. Benzinivás után elküült, erősen köhögött, habos váladékot ürített. A felvételkor igen sápadt, erősen tachypnoes, a nagy mennyiségű véres-habos váladék a légutak felől és a klinikai lelet tüdő-oedemára utal. A gyermek lázas,

38 °C, tachycardiát, tachypnoét, filiformis pulsust észleltünk. Strophantin, oxygént kap, a légzés rosszabbodása miatt bronchoscopos leszívást végzünk, melynek kapcsán a tracheából és mindkét főhörgőből eltávolítjuk a váladékot, mire a légzés lényegesen javul. Órák múlva a keringés is kielégítővé válik. A rtg-felvétel kétoldali tüdőbeszűrődést mutat. B. o. felfelé a 3. bordáig követhető a pleuralis széli árnyék. Másnapra a gyermek állapota lényegesen javul, de még 12 napig lázas.

Elsődleges teendő súlyos állapotokban a légzési és keringési zavar leküzdése, továbbá a kialakult shock-állapot megoldása. Ha szükséges, a felépő vérzések kezelése. Ezek kiegészítéseként paraffinolajat használunk, mert a szénhidrogének ebben oldódnak és a paraffinolaj nem szívódik fel. Tej, alkohol, zsírok viszont elősegítik a szénhidrogének felszívódását. Egyes szerzők olivaoajat ajánlanak, és ezzel az aspiratio veszélyének elkerülését remélik (2, 18, 19). A légzési zavar eliminálására gyakran Spiractin és oxygen alkalmazása is elegendő lehet, máskor szükségessé válhat a bronchoscopos leszívás, esetleg intubatio és mesterséges lélegeztetés. Lakatos L. és mtsa (21) tracheotomiát végeztek. Simai A. és mtsai (29) állatkísérletei alapján sikerült esetükben a benzin shockot kivédeni. Kétségtelen, hogy a jó respiratio elérésére a tracheotomiára is szükség lehet. Irodalmi közlés említi egy esetet (27), ahol a tracheotomia ellenére meghalt a beteg. A shock ellen elsősorban Rheomacrodex infúziót, Diadreson F. aquosumot használunk, Strophantin vagy digitalis készítménnyel együtt. Adrenalin, ephedrin adása contra-indikált. Mások is alkalmaznak steroidokat (17, 27, 28) Állatok kísérletes benzinmérgezésében, a Cortisont jó eredménnyel adták kialakult bronchopneumoniában (23). Wohldorf és mtsai (34) viszont páviánokon végzett vizsgálatokkal értékelhető eredményt corticosteroidokkal nem mutattak ki. A steroidokat mi elsősorban a shock leküzdésére használjuk. A kialakult pneumoniában adunk antibiotikumokat.

Gyomormosást toxicologiai osztályunkon inkább csak az első időkben végeztünk, de újabban is felveszünk olyan gyermekeket, akik már gyomormosás után kerülnek osztályunkra, így lehetőségünk volt pulmonalis szövödmények szempontjából a két csoportot egymással összehasonlítani. Ezt a statisztikát kiegészítettük a hányással kapcsolatos vizsgálatokkal is (l. 3. táblázat). A táblázatban a „Pneumonia I.” nem nagy kiterjedésű gócos pneumoniát, a „Pneumonia II.” nagy kiterjedésű infiltratumot jelent (rendszerint kétoldali, amihez pleuritis is társulhat). Az eredményeket a „Megbeszélésben” értékeljük. 3 gyermek halt meg. Ezek közül kettő már a halál beállta után került osztályunkra, F. J. 14 hónapos, B. F. 17 hónapos fiú. A harmadik gyermek 15 percig élt a felvétel után.

H. G., 2 éves és 9 hónapos leány 1965. IX. 4-én ismeretlen mennyiségű benzint ivott, utána szája habzott, hányt, hasmenése volt. A mentőkocsiban már eszméletlen volt. Felvételkor egész testében cyanotikusan, terminalis állapotban érkezik. Alig hallható szívhangok, a szájából élénkpiros, véres nyák ürül, igen nyugtalan, eszméletlen. Strophantin, Spiractint, oxygént kap. Nyáielőtávolítás. A szív működés leáll. Extracardiális szív-massage eredménytelen. A felvétel után

15 perccel, a benzinívás után 1¼ órával meghal. *Sec-tiós lelet*: heveny tüdőtagulatnak és tüdő-ödémának megfelelő kép. Heveny szívtagulat, nagy terjedelmű mellhártya alatti vérzések, testszerte folyékony vér. Mindkét alsó tüdőmező felszínén és főként az alsó lebenyek területén fillérnyi, forintnyi vérzések.

Más szerzők közléseikben teljesen hasonló kórbonctani elváltozásokat írnak le (4, 5, 21, 25, 31).

A mérgezés körülményeit tekintve 225 mérgezett közül 3 követett el suicidiumot, 209 gyermek mérgezése gondatlanságból következett be. 13 alkalommal volt gyógyszeresere.

A szülők a foltiszításhoz használt benzint gondatlanságból nyitott üvegben hagyják a szobában (asztalon, polcon, nyitott szekrényben stb.) v. kamrában, udvaron. A petróleumot v. gázolajat pohárba, bögrébe öntötték, megkönnyítve ezzel is a mérgezés lehetőségét. Előfordult, hogy nagyobb testvér itatta meg benzinnel a kisebbet. 8 alkalommal a gyermekek belélegezték, ill. magukra öntötték. A *gyógyszereserek száma* (5,5%) több mint nyugtatómérgezés eseteinkben, ahol 0,8%. A szülők a benzint köhögéscsillapító helyett adták be a gyermeknek. Gyógyszertári csere nem volt.

Megbeszélés

A benzin-, petróleum és gázolaj mérgezések kóréletani és klinikai tanulmányozása kétségtelenné tette, hogy az aspiratio elsődleges a toxicitás és mortalitás szempontjából.

Pneumoniás szövödményt beteganyagunkban 181 alkalommal, 80,4%-ban találtunk (2. táblázat). Más szerzők adatai szerint 87,24, ill. 44,8%-ban (2, 7, 27). A gyakran észlelt lázat és somnolentiát *Baldachin B. J.* (2) az aspiratio jelének, *Shirkey B. C.* (28) chemiai pneumonitis következményének tartja. Eseteinkben (2. táblázat) a láz jelenléte szám szerint egyezik a pneumonia előfordulásával.

A szénhidrogén vegyületektől származó mérgezések általunk ismertett tüneteihez hasonló körlefyást ismertet több szerző (1, 7, 14, 15, 21, 26, 31). *Böhme A. és mtsa* (4) hangsúlyozzák a haemolytikus hatást benzinmérgezéssel kapcsolatban. A tüdőben haemorrhagia és az erekből kilépő vér haemolysise látható. Intravasalis haemolysis, továbbá methaemoglobinaemia is észlelhető.

Nagy beteganyag elemzése alapján egyesek feleslegesnek, mások károsnak, sőt contraindikálnak tartják a gyomormosást gyermekek szénhidrogén vegyületek okozta mérgezésében (2, 19, 26, 27, 28, 33). *Daffner R. H. és mtsa* (9) szükségesnek tartják. *Fotheringham B.* (12) gyomormosás előtt az intubálást, *Shirkey H. C.* (28) nagy mennyiségek esetén az anyag leszívását ajánlja.

A gyomormosás elvégzését, mások véleményével egyetértésben, mi is károsnak tartjuk. *Indokaink a következők*: 1. a gyomormosás célja, hogy a további méreghatást megakadályozzuk. A szénhidrogének toxicus hatása azonban az aspiratióval függ össze, ami már az anyag bevétele közben bekövetkezhethet, és gyomormosással megakadályozni már nem tudjuk, ezzel szemben elősegíthetjük a pulmonalis szövödmények kialakulását. 2. A 3. táblázatban látható, hogy több és nagyobb kiterjedésű

pneumoniás elváltozás észlelhető a gyomormosással felvett, illetőleg kezelt betegek között, mint a kontroll csoportban. A pulmonalis szövödmények gyakorisága hányás bekövetkezése esetén még nagyobb. 3. Eseteket ismerünk (26, 27), ahol kapcsolatot tételezhetünk fel a gyomormosás és haláleset között. 4. A gyomormosásnak egyenesen contraindicatiója lehet a gyermek életveszélyes állapota.

Gyermekek szénhidrogén vegyületektől származó mérgezésének száma, bár objektív okokra nem hivatkozhatunk, állandóan emelkedik, amit csak súlyos gondatlansággal és az anyagok hanyag tárolásával magyarázhatunk.

Összefoglalás. A szerzők a Heim Pál Gyermek-kórház toxicologiai osztályán 1961. I. 1-től 1973. XII. 31-ig 131 benzin-, 64 petróleum és 30 gázolaj mérgezettet, többségükben kisdedet kezeltek. A fiuk több mint kétszer annyian voltak, mint a lányok.

A talált tünetek és irodalmi adatok megerősítik az aspiratio jelentőségét a toxicitás és mortalitás szempontjából. Ez meghatározza a therapiás teendőket is. A gyomormosást károsnak tartják, hasonlóképpen a hánytatót is.

A szénhidrogén vegyületek által okozott mérgezések számának állandó emelkedését tapasztalták.

IRODALOM: 1. *Amendt, P., Reddeman, H. Z.:* Gesamt. Inn. Med. 1971, II, 26, 188. — 2. *Baldachin, B. J., Melmed, R. N.:* Brit. Med. J. 1964, 2, 28. — 3. *Bobory J., Petrányi Gy.:* Kísér. Orvostud. 1961, 13, 449. — 4. *Böhme, A., Köster, R.:* Arch. exper. Path. 1917, 81, 1. — 5. *Burgl. G.:* Münch. Med. Wschr. 1906, 53, 412. — 6. *Bwibo, K. O.:* Brit. Med. J. 1969, 4, 601. — 7. *Cacchia, E. A., Fenech, F. F.:* Arch. Dis. Childh. 1964, 39, 502. — 8. *Csiky Pál:* Szóbeli közlés. — 9. *Daffner, R. H., Jimenez, J. P.:* Radiology. 1973, 106, 383. — 10. *Done, A. K.:* Pediat. Clin. North. Amer. 1970, 17, 569. — 11. *Falk, W., Weihmann, E.:* Wien. Klin. Wschr. 1969, 81, 867. — 12. *Fotheringham, B. S.:* Austr. Child. 1969, 11, 69. Ref. Excerpta Med. VII. 1970, 24, 827. — 13. *Gerarde, H. W.:* id. Jakobziner, H. — 14. *Gofman L., Pásztor J. Orv. Hetil. 1967, 108, 1135.* — 15. *Harasztí A., Sóvári M.:* Orv. Hetil. 1968, 109, 851. — 16. *Heinisch, H. M., Levejohann, R.:* Ann. Radiol. 1973, 16, 263. — 17. *Huxtable, K. A., Bolandé, R. P. és mtsa:* Pediatrics. 1964, 34, 228. — 18. *Isbister, C.:* Med. J. Austr. 1963, 2, 652. — 19. *Jakobziner, H., Raybin, V.:* New York State J. 1963, 63, 3428. — 20. *Kaufman, A.:* Pediatrics. 1973, 51, 1060. — 21. *Lakatos M., Karmazzin L.:* Orv. Hetil. 1973, 114, 323. — 22. *Machle, W. J.:* Amer. Med. Ass. 1941, 117, 1965. — 23. *Mándy A., Petrányi Gy.:* Orv. Hetil. 1959, 100, 1876. — 24. *Marton, G., Wagner, A.:* Pädiat. Pädolog. 1966, 2, 337. — 25. *Mueller, B.:* Gerichtliche Medizin. Springer Verl. Berlin, Göttingen, Heidelberg. 1953. — 26. *Nunn, J. A., Martin, F. M.:* J. Amer. Med. Ass. 1934, 103, 472. — 27. *Press, E. és mtsai* (Subcommittee on Accidental Poisoning) Pediatrics. 1962, 29, 648. — 28. *Shirkey, H. C.:* Mod. Treatm. 1971, 8, 580. — 29. *Simay A., Szabó J. és mtsa:* Arch. Toxicol. 1968, 23, 650. — 30. *Solti F.:* Orvosok Lapja. 1946, 2, 412. — 31. *Szabó J.:* Arch. Toxicol. 1967, 22, 207. — 32. *Szabó J., Simay A. és mtsa:* Radiol. Diagn. 1968, 9, 315. — 33. *Szamosi J.:* Gyermekgyógyászat. 1968, 19, 336. — 34. *Wohldorf, J., Kündig, H.:* Pediatrics. 1974, 53, 86. — 35. *Wolfe, B. M., Rodeur, A. és mtsa:* J. Pediat. 1970, 76, 867.

Orvostovábbképző Intézet I. Sebészeti Tanszék
(tanszékvezető: Littmann Imre dr.)

Constrictiv pericarditis

Tomcsányi István dr.

A constrictiv pericarditis viszonylag ritkán előforduló betegség. Aetiológiája nem teljesen tisztázott, de többségében tuberculotikus eredetű. A már kialakult kórkép a kiváltó tényezőtől függetlenül egységes. A constrictiv pericarditis csak sebészi úton gyógyítható, megoldására jól kiforrott műtéti eljárás szolgál. Mindezek alátámasztására összegyűjtöttük és az alábbiakban ismertetjük a tanszékünkön operált betegek adatait.

Az Orvostovábbképző Intézet I. sz. Sebészeti Tanszékén 1969—1973 között 9 betegen végeztünk műtétet constrictiv pericarditis miatt, közülük 3 nő és 6 férfi, életkoruk 16—51 év, átlag 34,4 év volt. Fél—20 éve tudtak szívbetegségükről. Kivételesen a 3. betegünk, akiben mitralis commissurotomiát követő purulens pericarditis után nagyon rövid idő, 3 hét alatt alakultak ki a constrictio tünetei. A táblázatban a leggyakoribb tünetek előfordulása látható.

Mind a 9 betegen partialis pericardiectomia történt. Median sternotomiás feltárásból eltávolítottuk az elhegesedett és elmeszesedett szívburok

Táblázat

Sorszám	Nem	Kor (év)	Anamnesis (év)	Dyspnoe	Cyanosis	Telt nyaki vénák	Hepar/harántujj	Ascites	Systoles retractio	Diastoles click	Arrhythmia	Calcificatio a rtg-n
1.	nő	51	3	+	+	+	3	+	+	+	+	+
2.	nő	46	1	+	+	+	4	+	+	+	+	+
3.	nő	34	0	+	+	+	3	—	—	—	+	—
4.	ffi	24	1/2	+	+	+	4	—	+	+	+	+
5.	ffi	47	20	+	+	+	2	—	—	+	+	+
6.	ffi	16	1/2	+	+	+	3	—	—	+	—	+
7.	ffi	16	2	+	+	+	4	+	+	+	—	+
8.	ffi	49	2	+	+	+	3	—	+	+	+	+
9.	ffi	27	1	+	—	+	1	—	+	+	—	+

Littmann Imre professzor 60. születésnapja tiszteletére írt dolgozat.

Orvosi Hetilap 1975. 116. évfolyam, 21. szám

elülső, két oldalsó és rekeszi lemezét. Különös gondot fordítottunk a két vena cava beszájadási helyének tökéletes felszabadítására.

Műtét után a betegek általános állapota, keringése és légzése lényegesen javult. Diuresisük vízhajtó adása nélkül ugrásszerűen megemelkedett, ascitesük megszűnt. A postoperatív szakban csak ritkán és kis mennyiségben volt szükség digitális adására, inkább csak idősebb betegeink esetében.

Nyolc betegünk panaszmentesen hagyta el a kórházat. Egy beteget (5. eset) vesztettünk el, akiben pneumonia, empyema, purulens mediastinitis, majd feltartóztathatatlan sepsis és cardialis decompensatio lépett fel. Ennél a betegnél a sectio mindaddig rejtve maradt mitralis stenosis is feltárt.

Megbeszélés

A constrictiv pericarditis az epicardium, a parietalis pericardium vagy mindkettő olyan fokú hegesedése, mely a szív kamráinak normális telődését gátolja. A betegség acut (bacterialis vagy rheumás) vagy chronikus (tuberculosis) gyulladás hegesedéssel, meszesedéssel járó gyógyulásának következménye. Okozhatja még vírus- vagy parazitás fertőzés, nyílt vagy fedett mellkasi trauma, tumor metastasis, ill. annak irradiációval történő kezelése (1, 5, 6, 7, 9, 10, 12).

Általában a szív egész felszíne, vagy legnagyobb része érintett. A kórképnek az a pathophysiologiai alapja, hogy a merev, kemény, rugalmatlan pericardium a szív diastolés tágulását, ezzel együtt telődését akadályozza. A nagyvérkörben venás pangás lép fel, a csökkent kamratelődés miatt a pulzustér fogat kicsi. A szükséges perctérfogat elérésére a szervezet egyetlen kompenzáló lehetősége a pulzusszám megemelése. Ezekből és a lassan fokozódó keringési elégtelenség tüneteiből tevődnek össze a betegség klinikai jelei (1, 2, 3, 9, 12).

A panaszok közül leggyakoribb a fáradékony-ság, szívdobogásérzés, dyspnoe, orthopnoe, májtáji feszülés, ascites, lábszár-oedema, köhögés, véres köpet, mellkasi fájdalom.

A beteg megtekintésekor szembejönnek a telt, lüktető nyaki vénák, az ajak-cyanosis és a systoles retractio a mellkasfalán (3, 4, 9, 11). Fizikálisan a szív normális nagyságú vagy annál kisebb, fölötte systoles és/vagy diastoles zöreje lehet, a II. hang kettőzött, a pulmonalis II. ékelt, esetleg pericardialis vagy pleuropericardialis dörzsölés is hallható (1, 3, 9, 12, 13). Tapintással a májat nagyobbak találjuk, olykor a lépét is. Az ascites általában korán jelentkezik, és diureticumok adásával alig csökkenthető. A vérnyomás és a pulzusnyomás alacsony, a pulzus-frequentia magas. Nem ritkán pulzus paradoxus észlelhető.

A mellkas röntgenvizsgálat kicsi, alig lüktető szívet mutat, a szív kontúrján az esetek 40—80 százalékában calcificatio látszik. A v. cava superior kiszélesedett, a tüdőben kisvérköri hypertensióra utaló jelek vannak (1, 2, 3, 9, 12).

Az EKG-n általában alacsony kilengések, bifid P hullám, a subepicardialis ischaemia jeleként ST elváltozások és a T hullám invertálódása lát-

ható. Fiataloknál sinus rhythmus van, az idősebbekben gyakori a pitvar-fibrillációs arrhythmia (1, 3, 9, 12).

A laboratóriumi leletekben diagnosztikus jel nincs, az észlelhető eltérés a keringési zavar következménye: pozitív máj-funciós próbák, hypoproteinaemia, hypalbuminaemia, proteinuria.

Szívkatéterezéssel a centralis venás nyomást emelkedettnek, sokszor 20 vízcmm fölé emelkednek találjuk. A jobb pitvari görbe a magas *v*, mély *y*, nagy *a* és mély *x* hullám miatt „M” vagy „W” formájú. A kamrák közép- és végdiastolés nyomása magas, a kamragörbén ún. diastolés dip és plateau látható. Az art. pulmonalis és a pulmonalis capillaris wedge nyomás emelkedett (2, 3, 9, 12).

A constrictiv pericarditis csak sebészi úton gyógyítható. A műtétnek még a súlyos decompensatio sem contraindicatiója. Ilyenkor az ascites és a pleuralis folyadék leszívása, erélyes diureticus kezelés és antituberculoiticumok adása indokolt. A digitalis pericardialis constrictióban káros, mert a kifejlődő bradycardia az amúgy is elégtelen keringést tovább rontja. A szívizomzat munkájának fokozására a műtét előtt Isuprelt lehet adni.

Az első műtétet, az ún. *cardiolysis* Brauer végezte 1902-ben, ez a megfelelő mellkasfal rész resectiójából és adhaesiolysisből állt. Az első sikeres *pericardium-resectió* Rehn számolt be 1913-ban. Azóta ez a szokásos eljárás (1, 2, 3, 8, 9).

Mi a műtétet median sternotomiából végezzük. A műtét lényege, hogy a heges, meszes, olykor sajtos masszát tartalmazó 1–10 mm vastag pericardiumot a szív felszínéről leválasztjuk úgy, hogy mindkét kamra, a pitvarok és a nagyerek felszabaduljanak a constrictio alól. A meszesedés néha a szívizomzatba is beterjed. A leválasztás ilyenkor, különösen a vékony falú pitvarokon nem lehet teljes. Melléksérülések elkerülése érdekében

kisebb szigetekben a meszes pericardium bennhagyható, hiszen összefüggéseitől megszakítva már nem okoz constrictiót.

A műtét letalitása 10% alatt van. Idejében végzett műtét esetén, amikor a szívizomzat és a többi szerv károsodása még reversibilis, a műtét eredménye jó és tartós. A műtéttel eltávolított pericardium hiánya semmiféle panaszt nem okoz, annak káros következménye nincs.

Saját tapasztalataink azt mutatják, hogy constrictio esetén a minél előbbi műtét indokolt, ezt akár gyermek- vagy serdülőkorban is el kell végezni. A median sternotomián át végzett kiadós pericardium-resectio kockázata a betegség súlyosságához képest elhanyagolható.

Összefoglalás. A szerző constrictiv pericarditis miatt operált betegek adatait ismerteti. Leírja a betegség klinikumát, diagnosztikáját és a műtét megoldást. Saját tapasztalataik és az irodalmi adatok alapján a korai műtét mellett foglal állást.

IRODALOM: 1. Burakovszkij, V. I., Kolesznyikova, Sz. A.: Csasztnaja hirurgija boleznyej szerdca i szoszudov. Medicina, Moszkva, 1967. 341. — 2. Cooley, J. C., Clagett, O. T., Kirklin, J. W.: Ann. Surg. 1958, 147, 488. — 3. Das, P. B., Gupta, R. P. és mtsai: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1973, 66, 58. — 4. El-Sherif, A., El-Said, G.: Br. Heart J. 1971, 33, 305. — 5. Fowler, N. O., Manitsas, G. T.: Progr. Cardiovasc. Diseases. 1973, XVI, 323. — 6. Grebennyikova, A. T., Verevityina, T. P.: Pediatrija. 1971, 50, 80. — 7. Haas, J. M.: Am. Heart J. 1969, 77, 89. — 8. Jones, J. E., Bernhard, W. F. és mtsai: Am. J. Surg. 1970, 119, 465. — 9. Kudász J., Kunos I.: Operálható szívbetegségek. Medicina, Budapest, 1965. 82. — 10. Lindsay, J., jr., Crawlay, I. S. és mtsai: Am. Heart J. 1970, 79, 390. — 11. Lisa, C. P., Hood, G., Tavel, M. E.: Am. Heart J. 1972, 84, 409. — 12. Spodick, D. H.: Chronic and constrictive pericarditis. Grune and Stratton, New York and London. 1964, 168. — 13. Spodick, D. H.: Am. Heart J. 1971, 81, 114.

„Könnyű jónak lenni azokhoz az emberekhez, akikkel csak futólag találkozunk, de nehéz azokhoz, akikkel együtt vagyunk.”

Rey

Fővárosi Területvezető János Kórház,
 III. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Szám István dr.),
 Központi Röntgenosztály (főorvos: Hajdú Imre dr.)

A Saint-syndromáról

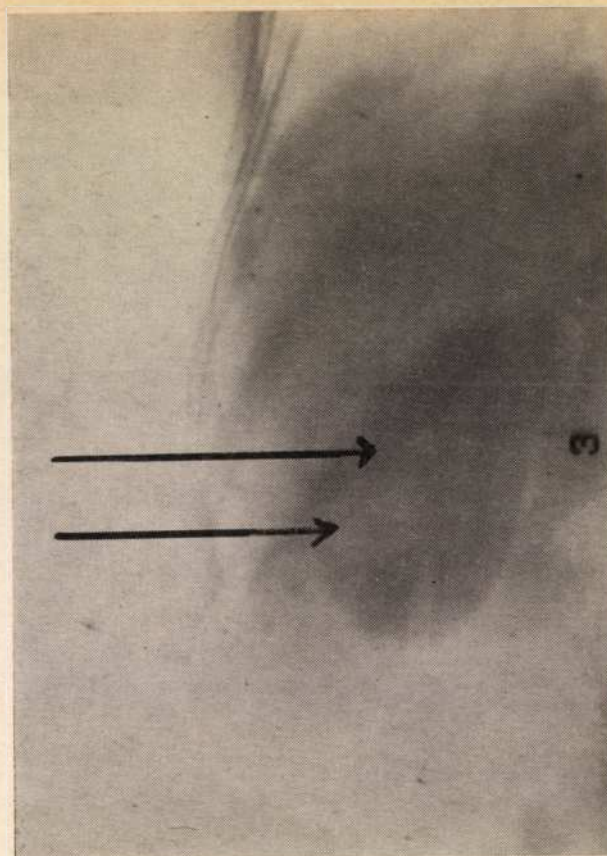
Vértes László dr., Hajas Ágnes dr.,
 Póka Balázs dr. és Balogh István dr.

Különböző betegségek együttes előfordulása esetén véletlen vagy oki társulásról lehet szó. Így pl. kétségtelen az oki összefüggés az anaemia perniciososa, ill. atrophias gastritis és a gyomorrák gyakorisága között, vitatható pl., ha duodenalis fekély tüdő-emphysemás betegen lép fel. Az is lehetséges, hogy semmiféle oki kapcsolat nem bizonyítható („coexistentia”). Az eddigi munkák az utóbbi lehetőséget említik a Saint-syndromával kapcsolatban is (5, 11).

1948-ban a johannesburgi General Hospital radiológusa, Muller a cholelithiasis, a hiatus hernia és a colon diverticulosis együttes előfordulásáról számolt be, a triast pedig Saint pathológusról nevezte el. Az azóta megjelent közlések a Saint-syndroma (továbbiakban S.-sy.) elnevezést használják. A S.-sy. — legalábbis az irodalom alapján — igen ritkán fordul elő. Valószínűleg nem gondolnak rá, ezért alig néhány esetet publikáltak eddig. A hazai irodalomban Gönczi és mtsai (3) 1973-ban számoltak be nőbetegük kórtörténetéről, és arra hívtak rá, hogy „...a magyar irodalomban... egyedül Mester kandidátusi értekezésében találunk rá utalást”.

Esetismertetések

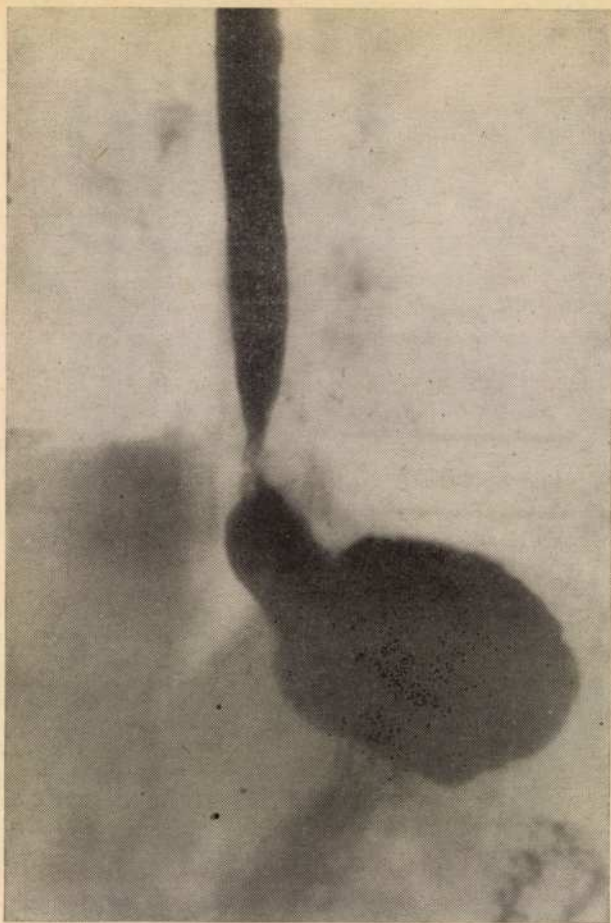
1. L. J., 68 éves nőbeteg 1974. IV. 8-án utalták kórházba. Egyéni anamnesisében említésre méltó nincs. Családi anamnesiséből kiemeljük, hogy testvérét Pickwick-syndroma miatt kezelték, kórlefolysáról Szám és mtsai számoltak be (12, 13). Betegünk 4 hete epigastriáisan tompa fájdalmat érez, étvágya rossz, ezenkívül 2 hét óta hőemelkedést mér, köhög, háta fáj, terhelésre fullad, lábszára dagad. Fizikális vizsgálatkor chronikus bronchitist, mindkét szívfél elégtelenségét észleltük, epigastriáisan kisfokú nyomásérzékenységet jelzett. Laboratóriumi leleteiből: leukocytosis (15 000 fvs./m³), We.: 47 mm/ó, pyuria, egyéb (se. bi., máj-functio, SGOT, electrolyt értékek, vércukor) negatívak. T₃ értéke (módosított Hamolsky-test) normális. A vizeletből E. coli tenyésztett ki. Mellkas rgt: rekesz renyhén mozog, emphysema, diffuse mérsékelten felszaporodott tüdőrajzolat, infiltratum nem látható, cor nem nagyobb, aorta kp. tág. Combinált (per os + iv.) cholecystographia: halványan telődő,



1. ábra.
 L. J., 68 éves nőbeteg. Combinált cholecystographia: halványan telődő, erősen megnagyobbodott cholecysta, fundusában szilva nagyságú és annál kisebb neg. kőárnyékok



2. ábra.
 L. J., 68 éves nőbeteg. Gyomor rgt: hiatus hernia, reflux oesophagei. Inspiriumban készült felvétel



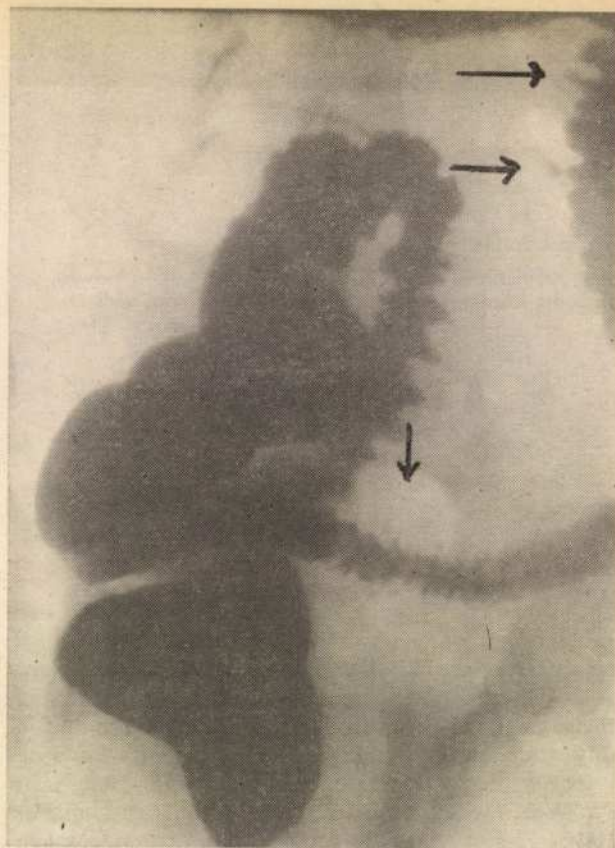
3. ábra.

L. J., 68 éves nőbeteg. Gyomor rtg: hiatus hernia, reflux oesophagei. Exspiriumban készült felvétel

erősen megnagyobbodott cholecysta, fundusában szilva nagyságú és annál kisebb negatív kőárnyékok (1. ábra). Gyomor rtg: hiatus hernia, reflux oesophagei (2., 3. ábra). A radiológiai vizsgálatok alapján merült fel a S.-sy. gyanúja. Irrigoscopia: a sigma kezdeti szakaszán diverticulumok telődnek fel (4. ábra). A trias ezáltal teljessé vált. Az iv. pyelographiás felvételeken normális viszonyok látszóttak. EKG: sinus rhythmus, kp. tengelyállás, süllyesztett ST szakaszok.

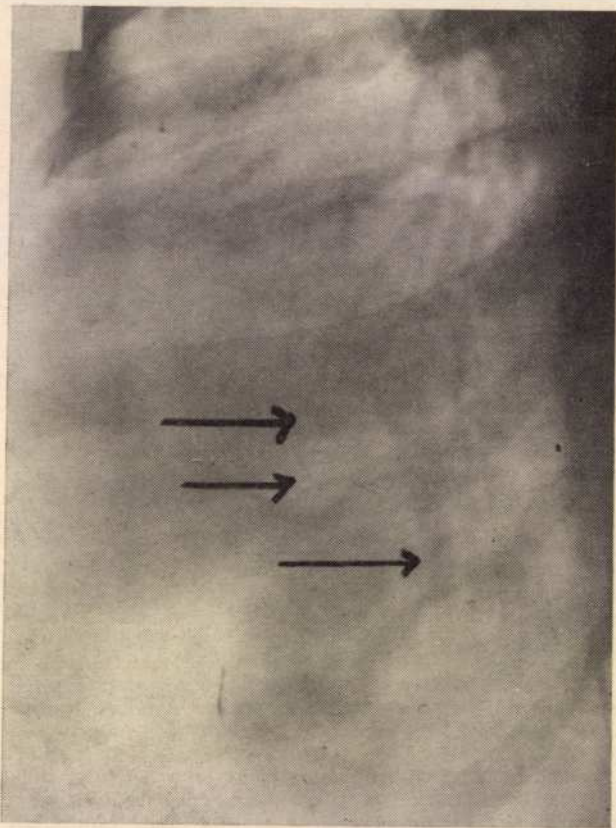
Az alkalmazott therapia: digitalis, diureticum, Diaphyllin, Nitrofurantoin, vese-kímélő diaeta, gyakori kis étkezés. A beteg cardiopulmonalis és renalis állapota rendeződött. Tekintettel arra, hogy conservatív kezelés mellett gastrointestinalis panaszai megszűntek, műtéti indicatio nem állt fenn. A laboratóriumi eltérések is normalizálódtak, panasz- és tünetmentesen bocsátottuk otthonába 1974. V. 4-én.

2. M. Gy., 85 éves nőbeteget 1974. IV. 20-án utalták kórházba cholecystitis acuta miatt. Családi és egyéni anamnesisében említésre méltó nincs. Közvetlen kórelőzménye: 5 hónap óta erős, néha görcsös jobb bordaív alatti fájdalmat érez, főleg zsírosabb étkezést követően. A fájdalom néha „szülőfájás erősségű”. 5 nap óta fájdalma állandósult, étvágytalan, nausea lépett fel, hőmérséklete 38 °C-ig emelkedett. A klinikai kép és a laboratóriumi leletek is acut cholecystitis mellett szóltak. Ennek megfelelő diétát rendeltünk, antibioticumokat és spasmolyticumokat adtunk. A folyamat regressiója után elvégzett kombinált cholecystographia során az epehólyag nem telődött, az epeutakban halvány telődés látszott (5. ábra). A klinikai és a radiológiai kép alapján cholelithiasis diagnózisát állítottuk fel. Gyomor rtg: hiatus hernia. A flexura duodeno-jejunalis előtt gyermekkökölnyi, a felső conturon elhelyezkedő diverticulum telődik (6. ábra). Ir-



4. ábra.

L. J., 68 éves nőbeteg. Irrigoscopia: sigma diverticulosis



5. ábra.

M. Gy., 85 éves nőbeteg. Kombinált cholecystographia: az epehólyag nem telődött, az epeutakban halvány telődés

rigoscopia: organikus elváltozás nem mutatható ki. Kórisme: S.-sy.

A T_3 értéke normális volt. Betegünkön anaemiát észleltünk (vvt.: 2 900 000/mm³, hgb.: 9,5 g%), amelyet transfúziók adásával rendeztünk. Átmenetileg a széket Weber vizsgálata pozitív eredményt adott. Ismeretes, hogy hiatus hernia kapcsán anaemia fejlődhet ki. Ezt ilyen esetekben a sokszor ismétlődő vagy állandó kis vérzés okozza, máskor az incarcerationált gyomornyálkahártya pusztulása (8).

Mellkas rtg: emphysema, szív balra 1 harántujjnyival nagyobb, sclerotikus aorta. EKG: sinus ritmus, kp. tengelyállás, süllyesztett ST szakaszok, pozitív, lapos T hullámok.

A diéta kezelés mellett panasz- és tünetmentes beteget 1974. V. 9-én bocsátottuk otthonába.

Megbeszélés

Grál és Mersten (4) szerint, ha hiatus hernia mellett a S.-sy. valamely másik komponensét is felismerjük, akkor az esetek egyhatodában a 3. komponens előbb-utóbb, rendszeres ellenőrzés során kiderül. 61 éves nőbetegük epekövességét 1948-ban kórismézték, ezután anaemia alakult ki. 1959-ban verifikálták a hiatus herniát és a colon descendens, valamint a sigma diffuse diverticulosisát. Palmer (11) 11 év alatt 458 beteget észlelt hiatus hernia miatt, 58 betegen (12,7%) talált S.-sy.-t, közülük 23 (43,1%) nőbeteg volt. A betegek életkor szerinti megoszlása: 30–35 éves 3; 36–45 éves 3; 46–55 éves 25; 56–65 éves 11; 66–75 éves 13; 76–83 éves 2; 89 éves 1 beteg.

Gönczi és mtsai (3) 59 éves nőbetegen cholecystectomiát végeztek. Fél év múlva postcholecystectomiás panaszok miatt kivizsgálás céljából került vissza betegük, ekkor verifikálták a hiatus herniát, a sigma és a colon descendens diverticulosisát. Nissen-műtétet végeztek.

Foster és Knutson (2) 713 beteg vizsgálata során 24 (3,4%) S.-sy.-t talált. 58, cholecystectomián már átesett beteg további vizsgálatok pedig a trias másik két komponensét 11 esetben (19,0%) észlelték. Betegeik életkora 50–82 év, átlag 68 év. Az előbbi 24 esetből 20 nő, az utóbbi 11-ből 9 nő volt. A nők fele egyúttal elhízásban is szenvedett. Palmer (9) 5, majd később (10) már 24 betegről számolt be. Brombart, Goutkine és Laurent (1) 3. Wissmer (15) 7 esetet közölt. Gönczi és mtsai (3) ezeken kívül még Berardinelli; Delannoy; Jaffe és Szabó közleményeire hivatkoznak. Így a fentiek alapján — kb. 120–150 S.-sy-s beteg kórrajzát publikálták.

Leiber és Olbrich (7) a S.-sy. 5 alapvető jellegzetességét így fogalmazta meg: 1. hiatus hernia, 2. cholelithiasis, 3. vastagbél, ritkábban vékonybél diverticulosis, 4. a betegség magas életkor eléréséig latens maradhat, 5. főleg nőknél fordul elő. Eseteinkben mind az 5 kritériumot megtaláltuk: első betegünkön vastagbél-, a másodikon vékonybél-diverticulosisát észleltünk, mindkettőben magas korban (68, illetve 85 éves korban) kezdődtek a panaszok, mindkettő nőnemű volt.

Felmerül a kérdés, hogy a szindrómára jellemző elváltozások valamilyen oki összefüggésben állnak-e egymással. A trias leírója hivatkozik Saintre, aki szerint kötőszöveti gyengeség okozza a hiatus herniát és a diverticulosisist. Leiber és Olbrich



6. ábra.

M. Gy., 85 éves nőbeteg. Gyomor rtg: hiatus hernia; a flexura duodeno-jejunalis előtt kb. 2 harántujjnyira gyermekökölnyi, a felső contouron elhelyezkedő diverticulum telődik

(7) is ezt említi. De a tünetegyüttes harmadik komponensét, a cholelithiasist már aligha lehet a kötőszövet gyengeségével kapcsolatba hozni. Talán a két első komponens találkozik egy gyakran előforduló harmadikkal.

Leiber és Olbrich (7), továbbá Varró (14) szerint is a S. sy.-hoz hypothyreosis társulhat. Eseteinkben ez nem volt bizonyítható [T_3 — módosított Hamolsky-test — vizsgálatok (6) alapján].

A S.-sy.-nak nincs egységes *therapiája*; igen jelentős panaszok esetén műtét jöhet szóba (cholecystectomia, illetve a hiatus hernia rekonstrukciós megoldása). A konservatív kezelést a legtöbb esetben a betegek magas életkora is indokolja.

Differentialdiagnostikai szempontból a következő szindrómák merülnek fel (7):

Peutz-Jeghers-szindróma: intestinalis polyposis arc-pigmentációval, izolált hiatus hernia vagy cholelithiasis fordulhat elő;

Lian—Signier—Wolti-szindróma: hiatus hernia essentialis thrombosis dispositióval (refluxoesophagitis, hypochrom anaemia, occult gastrointestinal vérzés, recidiváló thrombosisok, mind a négy végtag thrombophlebitise);

Moncrieff-szindróma: a szénhidrát-anyagcsere zavara, saccharosuria, fructosuria, lactosuria, hiatus hernia, psychés-somatikus fejlődési zavar.

Eseteinkben a fenti szindrómákat kizárhattuk.

Összefoglalás. A Muller által 1948-ban leírt Saint-syndroma jellemzői: cholelithiasis, hiatus hernia, vékonybél- vagy vastagbél-diverticulosis. A trias magas életkorig latens maradhat. Gyakrabban fordul elő nőknél. Eddig mintegy 120–150 esetet közöltek. A szerzők 68 és 85 éves nőbetegen észlelték a Saint-syndromát. Az előző esetben vastagbél, az utóbbiban vékonybél-diverticulosis fordult elő. Conservatív kezelés mellett a betegek tünet- és panaszmentessé váltak.

IRODALOM: 1. Brombart, M., Goutkine, J., Laurent, Y.: Acta gastroent. 1950, 13, 222. — 2. Foster, J. J., Knutson, D. L.: JAMA. 1958, 168, 257. — 3. Gönczi L. és mtsai: Orv. Hetil. 1973, 114, 1123. — 4. Grál, T.,

Mersten, E.: Z. inn. Med. 1961, 16, 342. — 5. Hegglin, R.: Differentialdiagnose innerer Krankheiten. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1966. — 6. Herbert, V. és mtsai: J. Lab. Clin. Med. 1965, 66, 814. — 7. Leiber, B., Olbrich, G.: Die klinischen Syndrome. Bd. I. Urban et Schwarzenberg, München—Berlin—Wien, 1966. — 8. Magyar I.: Belbetegségek elkülönítő diagnosisa. Medicina, Bp. 1967. — 9. Palmer, E. D.: Amer. J. Digest. Dis. 1951, 18, 240. — 10. Palmer, E. D.: Amer. J. Digest. Dis. 1955, 22, 314. — 11. Palmer, E. D.: Amer. J. Med. Sci. 1962, 242, 108. — 12. Szám I. és mtsai: Med. Mschr. 1971, 25, 269. — 13. Szám I. és mtsai: Orv. Hetil. 1971, 112, 1388. — 14. Varró V.: Gastroenterológiai szindrómák (in: Purjesz B.: A belgyógyászat és határterületeinek szindrómái) Medicina, Bp. 1965. — 15. Wissmer, B.: Praxis. 1951, 40, 396.

ERYTHROMYCIN kenőcs

Antibioticum

ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (5,0 g) 50 mg erythromycint tartalmaz vazelin típusú kenőcsben.

JAVALLATOK: Erythromycinre érzékeny mikroorganizmusok okozta különböző pyogen bőrbetegségek, fertőzött sebek és égési sérülések, trophikus zavarok.

Blepharitis ekzema impetiginosum, folliculitis palpebrarum. Conjunctivitisek. Trachoma.

ALKALMAZÁS ES ADAGOLÁS: A fertőzött területet a teljes gyógyulásig naponta kell bekenni.

Trachomában naponta 2–5-ször, egyéb szemészeti megbetegedés esetén 1–3-szor.

Trachomában a kezelés időtartama általában 1,5–3 hónap.

MELLÉKHATÁS: Tartós alkalmazása esetén ritkán allergiás blepharitis keletkezhet, mely néhány napon belül kezelés nélkül elmúlik.

MEGJEGYZÉS: Csak kórházak és fekvőbeteg-gyógyintézetek részére kerül forgalomba.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus 5 g.

Forgalomba hozza: GYÓGYÉRT.

EXPORTÁLJA: V/O „MEDEXPORT”, MOSZKVA

Információ: V/O „Medexport” Tudományos Ismertető Iroda
1055 Budapest, Balassi Bálint u. 25.



A CRST-syndromáról

Tiszai Aladár dr., Sepp Lózsef dr.
és Szász Károly dr.

A scleroderma vagy a kórfolyamat lényegét talán jobban kifejező progressiv systemás sclerosis (pss.) alatt a szervezet kötőszövetének gyulladással, degenerációjával és fibrosisával járó, ma még tisztázatlan aetiológiájú és pathogenesisű megbetegedését értjük. Egyesek a betegséget az ún. collagenosik nagy családjába sorolják. A betegség krónikus lefolyása alatt nemcsak a bőr és a subcutis kötőszövetének jellegzetes sclerosisát és indurációját idézi elő, hanem a szervezet legkülönbözőbb szerveit is károsíthatja. A folyamat leggyakrabban az emésztőcsatornát, ezen belül is legtöbbször az oesophagust érintheti, de gyakran a tüdők, a szív, a vesék és a máj is részt vehet a folyamatban (24, 28, 29). Gyakran okoz a pss. a csontokban osteolytikus és osteoporotikus elváltozásokat is. A betegségben a calcinosis jól ismert és az esetek közel 10%-ában keletkezhet mészklerakódás a kéz és a láb kisizületei körüli lágyrészekben. Winterbauer (32) 1964-ben 7 beteg klinikai tüneteinek részletes ismertetése alapján pss.-nek egy relatív benignus variánsát írta le, melyet CRST-syndromának (CRST-s.) nevezett el, ugyanakkor javasolta a pss.-től való elkülönítését. Ezekben az esetekben a bőr elváltozása mellett calcinosis (C), Raynaud-phenomen (R), sclerodactylia (S) és teleangiectasia (T) tünetegyüttes volt észlelhető. Eddig az irodalomban közel 30 beteget közöltek, akikben a tünetcsoport minden tagja megtalálható volt. Érdemes megemlíteni, hogy Winterbauer (32) előtt már 18 olyan sclerodermás esetet közöltek (13 nőt és 5 férfit, az átlagéletkor 57,2 év), akiknek tüneteinek egyeztek a CRST-s. tüneteivel (1, 2, 6, 15, 30). Miután Winterbauer (32) egységbe foglalta a tüneteket, az irodalomban CRST-s. elnevezés alatt szaporodtak a közlések (3, 4, 5, 10, 11, 16, 18, 21, 23, 26). Jelen közleményünkben 2 betegünk ismertetésével egyrészt fel szeretnénk hívni a figyelmet a pss. tüneteinek e ritka kombinációjára, másrészt be szeretnénk mutatni, hogy a CRST-s.-ban is kifejlődhetnek viscerális manifestációk, melyek a beteg sorsát kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Esetismertetés

1. eset. Az 56 éves nő 4 alkalommal: 1968. augusztus—szeptemberben, 1969. március—májusban, 1969. szeptember októberben és 1970. május—júniusban fekvő osztályunkon. Anamnesiséből kiderült, hogy először már 1963-ban jelentkeztek „piros bőrkiütések” az arc bőrén, melyek fokozatosan ráterjedtek a nyak, a mellkas, a tenyerek és a talpak bőrére is. Emiatt több intézetben „ekzema” miatt kezelték. Ugyanakkor el-

mondta azt is, hogy a bőrkiütések előtt évekkel már kezűjiai hideg hatására rohamszerűen elfehéredtek. Az utóbbi években a Raynaud-rohamok száma fokozódott. 1967-ben jelentkeztek először szívélgtelenségre utaló panaszai, mely miatt az egyik szívszanatóriumban hosszabb ideig kezelték. Az 1968-ban történt felvétele is súlyos cardialis elégtelenség és „gyomor-bél” panaszok miatt történt. Családi anamnesise negatív volt.

Fizikális vizsgálatkor a lesóványodott betegnek kifejezett dyspnoeja, generalisált oedemája, ascitese, a tüdők felett pangásos szőrcsörlése és köldökig érő tömött mája volt. A cor bovinum nagyságú szív felett erős, holosystolés zörejt és protodiastolés galoppot hallottunk. A legfeltűnőbb eltérést a bőr mutatta: a kéz és a láb ujjain, valamint az arcon a bőr megvékonyodott és atrophias volt. Számtalan kisebb és nagyobb teleangiectasia volt megfigyelhető az arcon, a nyakon, a mellkas, a tenyerek és a talpak bőrén. Ezenkívül számos csillag naevusra emlékeztető teleangiectasia volt az ajkakon, a pofa nyálkahártyáján is (1. ábra).



1. ábra.

A kezeken sclerodactylia állott fent. A bal kéz ujjai semiflexiós állásban voltak, és a bal kéz V. ujjának volaris felszínén kb. 2 mm nagyságú sisakszerű sárgás színű meszes képződmény volt, mely néhány nap múlva leöklődött (2. ábra). A jobb láb III. ujjpercén száraz gangraena volt.

A kezekről és a lábokról készített röntgenfelvételek az ujjak csontjainak kifejezett atrophiját mutatta. A calcinosis után kutatva számos röntgenfelvételt készítettünk. A jobb könyökről és alkarról készített felvételen (3. ábra) az olecranon mellett a subcutisban alakult mészklerakódást észleltünk, mely esetünkben a calcinosis igazolta. A praetibialis bőr szövettani vizsgálata a hám elvékonyodását, az írha kötőszövetes megvastagodását, a kollagén rostok homogén sclerosisát és fibrosisát mutatta ki.



2. ábra.

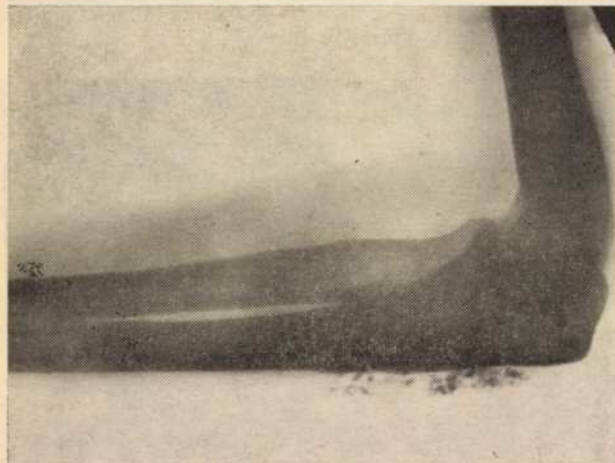
Esetünkben a CRST-s. jellegzetes tünetei mellett a betegség visceralis manifestációit is megfigyeltük. A szív érintettségére utalt a beteg anamnesisében és első észlelésünk alkalmával jelenlevő krónikus szívelégtelenség tünetei mellett a kóros EKG kép is. Az EKG sinus alap-rhythmus mellett megnyúlt a-v vezetési időt, P pulmonalet, jobb szár blockot és jobb kamra hypertrophiát mutatott. Bentfekvései alatt megfigyeltünk különböző fokú a-v blockot és időközönként jelentkező pitvari és kamrai extrasystolákat is. RR: 130/80 Hgmm.

A mellkas rgtg a tüdőben pangást mutatott, a cor bovinum nagyságú szív minden irányban tetemesen megnagyobbodott és minden üregrendszere, főleg azonban a bal kamrája kifejezetten tágult volt. Vítálkapacitás: 1600 ml.

A gyomor-bél rendszer érintettségére utalt a beteg dysphagiája mellett a nyelőcső elváltozása is. Rtg-vizsgálatkor az *oesophagus* merev, csőszerű, a cardia feletti része ceruza vékonyságúra beszűkült, mely felett a nyelőcső kitérte, a nyálkahártyája elsimult és a motilitás nagymértékben csökkent. A gyomor részéről lényeges radiológiai eltérés nem volt. A vékonybél-passage kifejezetten lassult volt, a colon egész hosszában a nyálkahártya megvastagodott és a vastagbél szegényes haustriát és csökkent motilitást mutatott. Itt érdemes megemlíteni, hogy prednisolon kezelésére a vékonybél passage-zavara jelentősen javult. A máj károsodására mutatott az ún. „májfunkciós próbák” negativitása és a normális BSP retenció ellenére a tenyérnyi, tömött nagy máj, mely a kezdetben hatásos kardiális kezelés ellenére nem kisebbedett meg. (Histológiai vizsgálat nem történt, mivel a beteg a májbiopsiába nem egyezett bele.)

A beteg fontosabb laboratóriumi adatait a 4 megfigyelési periódus alatt a táblázat mutatja. A kezdetben normális serum összfehérje szint fokozatosan 3,2 g%-ra csökkent, melyhez hypalbuminaemia is társult. Az eleinte kifejezett hypergammaglobulinaemia az utolsó bentfekvésekor már kifejezett hypogammaglobulinaemiába csapott át. A Kürten-reakció egy alkalommal volt pozitív, a latex próba az 1. bentfekvéskor 4, ill. 1 + pozitivitást mutatott. A vvt.-süllyedés kissé fokozott volt, és mérsékelt fokú anaemia állott fent. A serum elektrolitek szintje kezdetben normális volt, kivéve a 4. bentfekvést, amikor a serum Na, K és Cl jelentősen csökkent.

A vesék károsodására utalt a proteinuria, a csökkent endogen creatinin clearance. 2 alkalommal szignifikáns bakteriuriát is észleltünk, azonban a kiválasztásos urographia ismételt normális pyelogrammot adott. A Ca- és a P-anyagszere részéről kórosat nem észleltünk, a Sulkowitch-próba minden alkalommal negatív volt. A szénhidrátanyagcsere-vizsgálatok (orális és intravénás cukorterhelések) normális eredményeket adtak. RN: 35–41 mg%. Bentfekvései alatt ismételt észleltünk a kezeken *Raynaud-rohamokat*.



3. ábra.



4. ábra.

Az első 3 bentfekvésekor digitalis, diuretikumok, aldosteronantagonisták, K és prednisolon kombinált adásával sikerült a cardiális állapotot rendezni. Az utolsó észleléskor a korábbi terapiára a szívelégtelensége resistensnek bizonyult és a generalisált oedemat nem sikerült befolyásolni. Mivel a beteg otthonába távozott és rövidesen meghalt, boncolásra nem került sor.

2. eset. A 46 éves nőbeteget 1972. február–júniusban és 1972. szeptemberben észleltük osztályunkon. Korábbi anamnesisében kb. 20 éve fennálló Raynaud-szindrómák szerepelnek, mely miatt 1957-ben mindkét oldali thoracalis sympathectomiát végeztek. A műtét után csak átmenetileg volt panaszmentes. A Raynaud-rohamok ismét jelentkeztek, és néhány év múlva a kezek, az arcon és a lábakon sclerodermára utaló elváltozás lépett fel, mellyel együtt „piros” bőrkiütések jelentkeztek a kezek, az arcon, majd a mellkas bőrén és az ajkakon is. Sclerodermája miatt több alkalommal feküdt különböző intézetekben. Az elmúlt években hideg hatására mind gyakrabban jelentkeztek a Raynaud-rohamok és a kéz ujjainak végpercein felületes gangraenák és fekélyek léptek fel, melyek után az ujjak körömpercei megrövidültek és a körmök deformálódtak. 1971-ben jelentkeztek először cardiális elégtelenségre utaló panaszai, mely miatt hosszabb ideig cardiológiai intézetben is kezelték. Első felvétele előtt 2 hónappal ismét jelentkeztek szívelégtelenségre utaló panaszai, melyek nehézlégzésből, köhögésből, alszárvízenyő jelentkezéséből és az ajkak és az ujjak cyanosisából állottak. Ezenkívül nyelési nehézségről és idült obstipációról is beszámolt. Családi anamnesise hasonló betegséget tekintve negatív volt.

Fizikális vizsgálatkor az ajkak és az ujjak cyanotikusak voltak, az alszáracon közepes fokú oedema volt. A tüdőkről közepes fokú emphysemát és a basisokon pangásos szörcsölést hallottunk. A szív bal-



CONTINUIN

CONTINUIN

tabletta

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 0,5 mg etinodioldiacetatot tartalmaz.

HATÁS: Folyamatos, megszakítás nélküli szedése az ovulációt általában nem gátolja. A fogamzásgátló hatás, amely a szedés megkezdése után 5—7 nap múlva kezdődik, főként azon alapul, hogy a cervicalis nyák fizikokémiai tulajdonságainak megváltozása miatt a spermiumok átjutása a nyakcsatornán akadályozott. A készítmény oestrogenet nem tartalmaz, így mentes azoktól a mellékhatásoktól, amelyek a kombinált sequentialis fogamzásgátlók adagolása esetén az oestrogen komponens jelenlétének tulajdoníthatók (thrombo-embóliás szövődmény,

mellfeszülés, émelygés, testsúlygyarapodás).

A Continuin szoptató nőknél nem csökkenti a tejelválasztást, így lactatio alatt is adagolható.

JAVALLAT: Oralis fogamzásgátlás

ELLENJAVALLATOK: Terhesség, pubertas, májműködési zavarok, Dubin—Johnson-syndroma, Rotor-syndroma, anamnesisben szereplő idiopathikus terhességi icterus.

ADAGOLÁS: Az első tablettát bevételenek időpontja a menstruációs cyclus első napja. A továbbiakban napi 1 tablettát kell szedni folyamatosan (menstruációk idején is) azo-

nos napszakban mindaddig, amíg a fogamzásgátlás biztosítása kívánatos.

MELLÉKHATÁSOK: A nők többségénél a Continuin szedése panaszt nem okoz. Egyeseknél mellékhatásként közti vérzések következhetnek be. Ezek többnyire csak átmeneti jellegűek és nem indokolják a kúra megszakítását.

MEGJEGYZÉS: Kizárólag orvosi utasításra és rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. Rendelhetőségét egészségügyi miniszteri utasítás szabályozza.

CSOMAGOLÁS: 42 tablettát 13,— Ft

GYÁRTJA: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
																	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3
																	

		I. eset				2. eset	
		I. 1968. aug.-szept.	II. 1969. márc.-máj.	III. 1969. szept.-okt.	IV. 1970. máj.-júl.	I. 1972. febr.-jún.	II. 1972. szept.
Se összfehérje	g%	7,0	6,4	5,0	3,2	5,3—6,8	6,9
<i>Elfo</i>							
Albumin	rel. %	56,5	45,5	49,5	49	60—63	59
Globulin							
alfa 1	rel. %	3,7	5,2	7,5	8,4	5,0—5,7	6,2
alfa 2	rel. %	6,4	10,3	12,2	20	6,6—8,3	8,3
béta	rel. %	8,9	13,1	11,4	17,6	12,0—9,7	12,6
gamma	rel. %	24,3	25,9	19,4	5,3	16,4—17,3	13,9
Alb./Glob.		1,3	0,8	0,9	0,9	1,5—1,7	1,4
Kryo	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.
Kürten p.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.
Latex p.	4+	1+	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.
Sia p.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.
LE-sejt	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.
<i>Haematologia</i>							
We	mm/ó	15—25	10—22	57—25	20—41	27—4	15
Htkr	%	43	35	39—47	39—26	50—53	58
Hb	g%	14,5	10,7	11,8—13,8	12,9—7,7	16,5—18,5	17,8
<i>Se ionok</i>							
Na	maeq/l	136	134	136—141	134—115	139,0	144
K	maeq/l	4	4,5	3,5—4,6	4,6—2,5	4,3	4,6
Cl	maeq/l	93	94	94—100	94—64	98,0	92,0
Mg	maeq/l	1,4	—	1,5—0,9	0,6—1,4	1,4—1,6	1,4
Ca	maeq/l	4,7	—	4,1—4,7	4,8	4,9	4,3
P	mg%	2,2	—	3,1	—	4,2	4,3
Fe	gamma %	100	112	74	—	117—95	133
<i>Vizelet</i>							
Sulkowitch	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.
Creatinin-clearance	ml/min.	43	—	—	—	38	40
Vizelet fehérje	op.	op.	op.	neg.	op.	op.	op.
Vizelet bact.	neg.	neg.	Klebsiella csoport	Klebsiella	neg.	steril	steril

ra egy ujjal volt nagyobb, rhythmusos, tachycardiás (radialis pulsus: 100—120/min frekvenciájú) szívűködés, a csúcson és a basison halk fúvó systolés zöreje volt észlelhető. RR: 110—120/100—90 Hgmm. EKG: sinus rhythmus, jobbra deviálódó R tengely, jobbszárblock. A tömött és sima felszínű máj 3 harántujjal ért a bordaív alá. Multiplex *teleangiectasia* volt az arcon, az ajkakon, a nyak és a mellkas felső részén, valamint mindkét tenyéren (4. ábra).

A bőr az arcon és a kéz ujjain sorvadt, feszes és fénylő volt, a kézen sclerodactylia. A jobb kéz II—III. és a bal kéz II—IV. ujjának körömpercei a korábban lezajlott száraz gangraenák miatt megrövidültek és a

körmök deformálódtak (5. ábra). A kezekről készített rtg-felvételeken mindkét I. ujj körömperce mellett a lágyrészekben szabálytalan alakú, színes gombostűfejnői és rizsszemnyi *mészlerakódást* észleltünk. Az ujjak csontjai atrophizáltak, jobb oldalt a II—IV. ujj körömpercei hiányoztak, a bal II. ujj körömperce feltöredezett. Hasonló elváltozások voltak észlelhetők a láb ujjainak részéről is.

A *nyelöcső* rtg-vizsgálata a betegség visceralis manifesztációját mutatta: a nyelvcső-passage nagymértékben lassult, az oesophagus kifejezetten tágult, a fala atóniás és merev volt, rajta peristaltica alig volt végig. A gyomor, a vékonybelek és a vastagbelek részéről lényeges eltérést nem észleltek.

A *mellkas rtg* szerint az emphysemas tüdőkből hálószerű rajzolatközvetítés volt észlelhető, mely pulmonalis fibrosis lehetőségét vetette fel, a szív mindkét irányban 1 ujjal volt nagyobb, jellegzetes konfigurációt nem mutatott. Vítálkapacitás: 2100 ml.

A fontosabb laboratóriumi adatokat a táblázat mutatja.

Az ismételt észlelt proteinuria és a beszűkült creatinin clearance a vese károsodására utalt. A *májlaesiót* támogatta a megnagyobbodott máj mellett a 30%-os BSP-retentio is. A standard oralis (50 g glukose per os) és prednisolonnal érzékenyített cukorterhelések latens diabetes mellitust derítettek ki. RN: 35 mg%. Az első bentfekvése alatt jobb oldali pneumonia lépett fel, mely antibiotikumokra gyógyult. 2 napig tartó vékonybél subileusos tüneteket is észleltünk, melyek spontán oldódtak. A vékonybél ileusa felvette a belek károsodását. Ismételt voltak *Raynaud-rohamai* és később mindkét kéz II. ujjának köröm-



5. ábra.

percén gangraena lépett fel, mely miatt a körömpercek amputációját kellett elvégezni.

A beteget digitalissal, spironolactonnal, diureticumokkal, K-mal és prednisonnal kezeltük. E terápiával sikerült a szívelégtelenséget tartósan megszüntetni.

2. felvételére 1972. szeptemberben kontroll vizsgálatok elvégzése céljából került sor. A beteg cardialis állapota kielégítő volt, szívelégtelenségre utaló panaszai és tünetei nem voltak. A fizikális vizsgálat lényeges változást nem mutatott. A megnagyobbodott máj miatt elvégzett *máj-scintigraphia* hepatomegáliát alátámasztotta. Otthonra digitalis, spironolacton, K és diureticumok adását javasoltuk. E terápián a beteg átmenetileg cardialisan optimális állapotban volt, azonban később súlyos szívelégtelenségben otthonában meghalt. Boncolás nem történt.

Megbeszélés

A progressiv systemás sclerosisban a bőr elváltozása oly jellegzetes, hogy a betegség diagnózisa legtöbbször nem ütközik nagyobb nehézségbe. Jóllehet a pss.-nak kezdetben nincsenek jellegzetes tünetei, mégis a betegség első tünete lehet a Raynaud-rohamok jelentkezése, melyek évekkel megelőzhetik a betegség bőr-manifestációjának fellépését. A bőr oedemája, rugalmosságának csökkenése és merevvé válása, mely végül az acrosclerosishoz vezet, leggyakrabban a felső végtagokra localizálódik. A betegség lefolyása alatt nem tartozik a ritka jelenségek közé a subcutisban a mézlerakódás megjelenése (egy-egy nagy beteganyagban 10%-ban észleltek calcinosist (12, 17). A calcinosis gócos vagy diffúz formában léphet fel. *Thibierge* és *Weissenbach* (25) 1911-ben elsőnek közölt 9 olyan scleroderma esetet, amelyben a kórkép tüneteit szerezte a diffúz calcinosis jelenléte. Ezután a szerzők a diffúz calcinosisal járó scleroderma eseteket *Thibierge—Wiessenbach-syndroma* elnevezés alatt közölték.

Teleangiectasia és csillag-naevusok viszonylag gyakran jelentkezhetnek pss.-ban. *Pl. Tuffanelli* és *mtsai* (27) betegek között 13,8%-ban észlelt teleangiectasia előfordulását. Az érelváltozások általában késői jel szokott lenni, és rendszeren multiplexek. Leggyakrabban az arcon, a nyakon, a mellkason, valamint a felsővégtagokon lépnek fel, és legtöbbször a betegség visceralis manifestációjára utalnak (7).

Winterbauer (32) elsőként írta le a calcinosis, Raynaud-phenomen, sclerodactylia és teleangiectasia tünetek kombinációját mint klinikai egységet és a tünetek kezdőbetűiről a betegséget CRST-syndromának nevezte el. A tünetek hosszú ideig való fennállásából, a betegség lassú progressiójából és a visceralis manifestációk hiányából azt a következtetést vonta le, hogy a CRST-s. különbözik a systemás sclerosistól. A Raynaud-phenomen és a calcinosis látszólag hasonló ahhoz, amelyet a pss.-ban lehet észlelni, ugyanakkor a bőr sclerosisa, mely végül a sclerodactyliához vezet, elsősorban a végtagokra localizálódik. Jellegzetesnek tartják, hogy a CRST-s.-ban a teleangiectasiák sohasem a kórosan elváltozott bőrterületekben lépnek fel, hanem az épnek látszó bőrben és nyálkahártyában jelentkeznek. Mindkét esetünkben mi is az érelváltozásoknak hasonló megjelenését észleltük. A CRST-s.-

ban észlelhető angiomatosis szinte megtevesztésig hasonló lehet a Rendu—Osler—Weber-syndromában (ROW-s.), a hereditaer haemorrhagiás teleangiectasiában látható érelváltozásokhoz, mely miatt fontos a két kórkép egymástól való eldifferenciálása. A CRST-s. és a betegségben fellépő érelváltozások azonban több szempontból különböznek a ROW-s.-ban látható teleangiectasiáktól. Így a CRST-s. 1. főleg nőknél jelentkezik; 2. a vascularis laesiók később lépnek fel, 3. kisebb hajlamot mutatnak a haemorrhagiára és 4. ami a legfontosabb: hiányzik a haemorrhagiás diathesisnek és a teleangiectasiának örökletes, familiaris előfordulása. Néhány esetben azonban CRST-s.-ban is láttak vérzéses komplikációk fellépését (3, 6, 11).

A CRST-s.-ban, szemben a pss.-sal, a betegség lefolyása alatt csak ritkán fejlődnek ki *visceralis manifestációk*, és ha fel is lépnek, csak később, az első tünetek jelentkezése után 10—20 évvel jelentkeznek és lassú progressiót mutatnak. A zsigeri manifestatio localisatiója azonban nemegyszer kedvezőtlenül befolyásolhatja a betegség prognózisát. Eseteinkben, hasonlóan mások által (10, 11, 16, 21) is közölt esetekhez az oesophagus károsodása mellett gastrointestinalis dysfunkciót is észleltünk.

Az utóbbi 10 évben többen felhívták a figyelmet (8, 12, 13, 14, 19, 20, 22, 31) a pss.-ban fellépő *myocardialis* és *pericardialis* elváltozásokra. *Weiss* és *mtsai* (31) egyenesen „sclerodermás szívbetegségről” beszélnek, mely előbb-utóbb szívelégtelenséghez vezet. Mindkét esetünkben is kialakult a betegség myocardium károsodása, mely végül a súlyos cardialis elégtelenséget okozta. Korábban *Carr* és *mtsai* (3) is beszámoltak már a CRST-s. komplikációjaként cardiorespiratorikus elégtelenség fellépéséről. Eseteinkben ezenkívül renalis és májkárosodás is jelen volt.

Amíg a legtöbb pss.-ban szenvedő betegen a betegség lefolyása alatt ízületi panaszok is jelentkezhetnek, melyek rendszerint arthralgiából, az ízületek merevségéből és megduzzadásából állnak, addig a CRST-s.-ban az ízületek elváltozásai csak ritkán lépnek fel, és csak elszórtan, egy-egy eset mutatja, hogy a CRST-s.-ban is jelentkezhetnek ízületi panaszok: így *Winterbauer* (32) egyik betegén osteoarthritiszt figyelt meg, *Schminke* és *mtsai* (21) egyik férfibetegének voltak ízületi panaszai és ugyanakkor ennek a betegnek serumában rheumatoíd faktort is sikerült kimutatni. *Karten* (10) egy CRST-s.-s. nőbetegét közölte, akinek könyökízületei a „neuropathiás” arthropathia képét mutatták. A mi betegeinknek lényeges ízületi panaszuk nem voltak. Az első esetben ugyan átmenetileg a latex próba pozitív volt, amely azonban később a betegség folyamán negatívvá vált.

Régóta ismert az autoimmun betegségek és a collagen betegségek közé tartozó kórképek családi előfordulása és örökölhetősége. Egyesek a pss.-ban is megfigyelték a betegség családi előfordulását (17, 19). A CRST-s. genetikus eredete mellett csak *Schminke* és *mtsai* (21) törnek lándzsát, ugyanakkor *Winterbauer* (32) gondos és széles körű családfakutatása a RCST-s. genetikus voltát nem támogatja. Mi sem láttunk betegeink családjában olyan megbetegedést, mely az öröklést alátámasz-

taná. Winterbauer (32) közleményében a klinikai megjelenés, a visceralis károsodások hiánya és a benignus prognózis alapján a CRST-s-nak az elkülönítését javasolja a pss.-tól. Eseteink ugyanakkor azt mutatják, hogy a CRST-s.-ban is ugyanúgy kifejlődhetnek a betegség visceralis manifestációi (gyomor-bél rendszer, szív, vese, máj), mint a pss.-ban. A zsigeri elváltozásoknak megjelenése, ezek közül is elsősorban a myocardium laesiója, amint azt eseteinkben is láttuk, súlyos, krónikus cardialis elégtelenséghez vezetve, nagymértékben rontja a prognózist.

Végül a terapiáról röviden csak annyit, hogy mint a collagen betegségek csoportjába tartozó kórképek kezelésében, itt is a különböző steroidok alkalmazásától várható átmeneti javulás, melyet visceralis komplikációk tüneti kezelésével lehet támogatni. Eseteinkben a prednisolontól láttunk kielégítő effektust.

Összefoglalás. A szerzők 2 nőbetegét közölnek, akikben a CRST-syndroma: calcinosis, Raynaud-phenomen, sclerodactylia és teleangiectasia tünetcsoport mellett a betegség visceralis manifestációi (oesophagus, vékonybél, myocardium, vese és máj károsodása) is kifejlődött. Mindkét betegük súlyos cardialis elégtelenségben halt meg.

A CRST-syndromát a progressiv systemás sclerosis egyik hosszabb lefolyású és jobb prognózisú formájának tartják, melyben azonban szintén kifejlődhetnek a prognosist erősen rontó, különböző localisatiójú visceralis manifestációk.

IRODALOM: 1. Baumgartner, P.: Dermatologica (Basel) 1959, 118, 217. — 2. Bossi, G.: Minerva Derm. 1960, 35, 494. — 3. Carr, R. D., Heisel, E. B., Stevenson, T. D.: Arch. Derm. (Chicago) 1965, 92, 519. — 4. Carr, R. D., Heisel, E. B.: Acta Dermatovener. (Stockholm) 1967, 47, 345. — 5. Dellipiani, A. W., George, M.: Brit. Med. J. 1967, 4, 334. — 6. Duperrat, De Sabelt, Gaulier, M.: Bull. Soc. Franc. Derm. Syph. 1957, 4, 463. — 7. Hauser, W.: Dtsch. med. Wschr. 1968, 93, 2010. — 8. Hurley, J., Coe, J., Weber, L.: Am. Heart J. 1951, 42, 758. — 9. Jaramillo, S., Goodman, C. R., Colin, A. M.: Arch. Phys. Med. 1967, 48, 667. — 10. Karten, I.: Arthritis Rheumatism. 1969, 12, 636. — 11. Kolodny, M. és mtsai: Gastroint. Endoc. 1968, 15, 16. — 12. Leinwand, I., Duryee, A. W., Richter, M. N.: Ann. Int. Med. 1954, 41, 1003. — 13. Meltzer, J.: Am. J. Med. 1956, 20, 638. — 14. Nasser, W. K., Mishkin, M. E., Rosenbaum, D., Genovese, P. D.: Am. J. Cardiol. 1968, 22, 538. — 15. Nieuwmeijer, A. H., Ketel, W. G.: Nederl. T. Geneesk. 1960, 104, 280. — 16. Oaks, W. W., O'Malley, F. J.: Postgrad. Med. 1969, 45, 94. — 17. Orabona, M. L., Albano, O.: Acta med. Scand. (Suppl.) 1958, 160, 1-170. — 18. Petter, O., Schubert, H.: Z. Haut Geschlechtskr. 1968, 43, 581. — 19. Rodnan, G. P.: J. Chron. Dis. 1963, 16, 929. — 20. Sackner, M. A., Heinz, E. R., Steinberg, A. J.: Am. J. Cardiol. 1966, 17, 542. — 21. Schminke, N., Kirkpatrick, Ch. H., Delp, M. H.: Arch. Inter. Med. (Chicago) 1967, 119, 365. — 22. Steinberg, I., Rothbard, S.: Radiology. 1964, 83, 292. — 23. Stevanovic, D. V.: Bull. Soc. Franc. Derm. Syph. 1966, 73, 483. — 24. Szodoray L.: Orv. Hetil. 1957, 98, 777. — 25. Thibierge, G., Weissenbach, R. J.: Ann. Derm. Syph. 1911, 2, 129. — 26. Thiers, H., Moulin, G., Ronhani, A.: Bull. Soc. Franc. Derm. Syph. 1966, 73, 528. — 27. Tuffanelli, D. L., Winkelmann, R. K.: Arch. Derm. 1961, 84, 359. — 28. Urai L., Nagy Z., Szinay Gy., Wiltner W.: Orv. Hetil. 1958, 99, 266. — 29. Urai L., Munkácsi I., Szinay Gy.: Magyar Belorv. Arch. 1960, 13, 36. — 30. Verel, D.: Lancet. 1956, 2, 914. — 31. Weiss, S., Stead, E. A., Warren, J. V., Bailey, O. T.: Arch. Int. Med. 1943, 71, 749. — 32. Winterbauer, R. H.: Bull. Hopkins Hosp. 1964, 114, 361.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



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

- felsőlégúti hurutos betegségeknél,
- időszakos felsőlégúti 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**

Az aplasia cutis congenita circumscripta és a Goltz syndroma kapcsolatáról

Fazekas Árpád dr., Megyeri József dr.
és Szegő László dr.

Az osteo-oculo-dermalis dysplasia (Goltz-syndroma) első hazai esetének leírásakor (8) utaltunk arra a szoros kapcsolatra, amely ezen körkép és az aplasia cutis congenita circumscripta között fennáll (24). Még 1972-ben (7), majd 1973-ban is sikerült 1—1 aplasia cutis congenita circumscriptás gyermeket is észlelnünk, s a továbbiakban ezen két beteg klinikai és szövettani adatait vetjük egybe Goltz-syndromás betegünk jellegzetességeivel.

Esetismertetések

1. eset: aplasia cutis congenita circumscripta, duplex formája fiúban. A beteget először 1½ éves korában vizsgáltuk. Dg.: *Gemini, A-magzat, Part. praemat. (1500 g), Dypstrophia* (ts.: 8850 g, testhossz: 75 cm, fejkörf.: 46,5 cm), *Simonart-kötég lefűződés a j. boka felett, Alopecia et aplasia cutis congenita circumscripta (duplex), Grippe pharyng. et bronch., Otitis med ac. l. s.* Ekkor készült az 1. a-b ábra a koponyatetőről és a lábokról. A hajas fejbőr középső részén, a vertexen két, egyenként lóbabnyi ovalis heges terület látható. Macroscoposan szőrszálak nem láthatók. Ez a kisfiú az általunk (7/a) 1972-ben közölt amnion-kötég



1. a-b. ábra.

Aplasia cutis congenita circumscripta 1½ éves fiú vertexén. Az elváltozás duplex jellegű. Az alapbetegség: Simonart-kötég okozta lefűződés, amely a jobb lábszáron jól látszik. Ikerestvére (öccse): nem mutat fejlődési rendellenességet



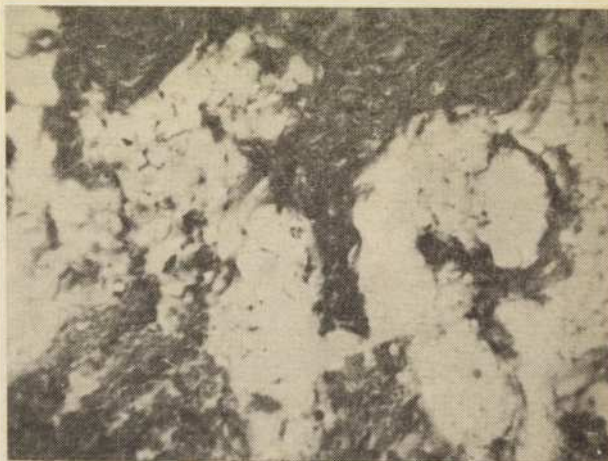
2. ábra.

A beteg 3 éves korában végzett szöveti vizsgálat: az irhában focalisan zsírszövet jelenik meg, a rácsrostok megkevesbedtek és töredeztettek. (Orcein festés, 16-szoros nagyítás)

okozta lefűződés 4 esetének leírása kapcsán a 4. sorszámú beteg. *Próba-excisio*: a hajas fejbőr leírt elváltozásából (1972. VI. 12-én). *Histologiai lelet*: az irhában számos helyen focálisan zsírszövet jelenik meg, az elasticus és a rácsrostok megkevesbedtek és az előbbiek töredeztettek (elastorrhexis). Helyenként a szőrtüszők magasságában és mellett is látható zsírszövet. Gyulladás vagy daganat nincs jelen (2. ábra).

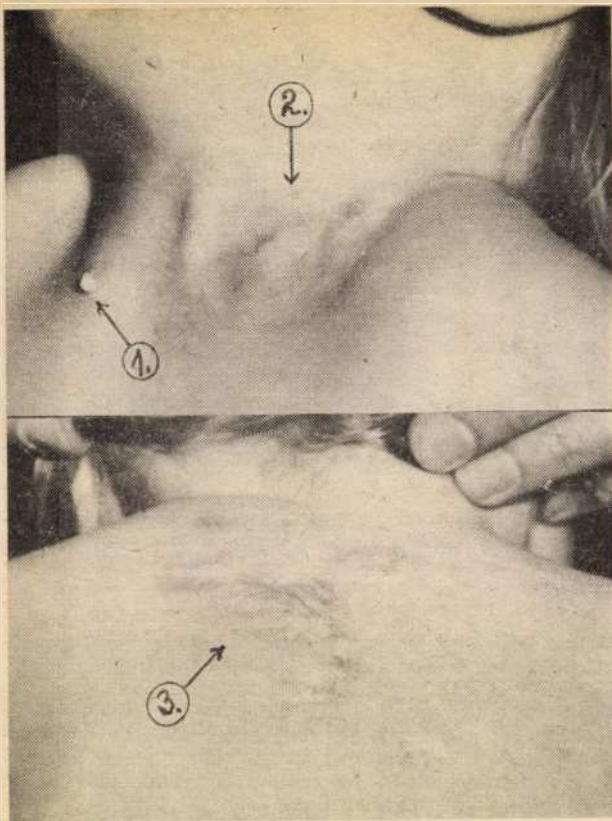
2. eset: aplasia cutis congenita circumscripta simplex formája leányban. B. Katalin, 16 hónapos leány fejlődésében való visszamaradottsága miatt került vizsgálatra 1973. szeptember 24-én. Dg.: *part. praemat. (2400 g), dystrophia (9000 g), paralysis cerebialis, laesio obstetricalis, debilitas, aplasia cutis congenita circumscripta (simplex)*. A vertex jobb oldalán 20 fillérnyi aplasia cutis congenita circumscripta jellegzetes képét láttuk. *Szövettani lelete*: az irhában gócszerűen érett zsírszövet jelenik meg, de a kapcsolat a subcutissal megtartott. Rácsrostokban gazdag. A rugalmas rostok töredeztettek és számuk feltűnően csekély. Mind a Gömöri-féle ezüsfestéskor, mind a van Gieson-féle kollagen festéskor a rostok foltos homogenizálódása figyelhető meg, mely által elvész a rostos szerkezet. Malignitas nincsen. Lob nincsen (3. ábra).

3. eset: osteo-oculo-dermalis dysplasia (Goltz-syndroma), kisleányban. K. Erika 1970. II. 11-én született,



3. ábra.

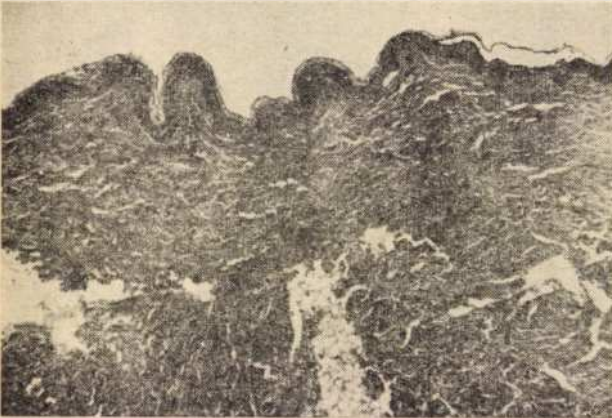
16 hónapos leány hajas fejbőrén levő aplasia cutis congenita circumscripta simplex szöveti képe: az irhában gócszerűen zsírszövet látható, de a kapcsolat a subcutissal megtartott (van Gieson-festés, 16-szoros nagyítás)



4. a-b. ábra.
20 hónapos Goltz-szindrómás leány poikilodermája: 1. papilloma a j. sternoclavicularis ízület felett, 2. cigarettapír-bőr a b. fossa supraclavicularisnak megfelelően, középen papillomával, 3. dystrophiás bőrterület a hátán

anyjának IV. terhességéből. Ezen terhesség IV. hónapjában az anyán metrorrhagia mutatkozott. A gyermek 3 testvére egészséges, az apán *hypertelorismus mamillae* észlelhető. Ezen esetet csak röviden érintjük, miután a kisleány Goltz-szindrómáját 20 hónapos korában már részletesen ismertettük (8). Ez az első hazai közlés (4. a-b ábra).

Betegünk szövettani leletei: az 1. helyről excidált bőr szöveti képe: hypertrophia fibroepitheliomatosa polyposa cutis sine malignitate. Feltűnő a fibroma szöveti képében az elasticus rostok pusztulása (elastorrhaxis), illetve hypoplasziája. A 3. helyről (a hátból) kimetszett bőr szöveti képe: az egyenetlen felszínű bőrterület hámla néhol verrucosusan-papillomatosusan hullámos lefutású, bár a papillák elsimultak. Az irha collagen rostjai vastagabbak, a rácsros-



5. ábra.
Goltz-szindrómára jellegzetes szöveti kép (3. sz. helyről kimetszve, haematoxylin festés, 16-szoros nagyítás)

tok mennyisége nagy, viszont a rugalmas rostok sokszor töredeztettek és mennyiségük kisebb, mint amennyi az ép háti bőrben szokott lenni. Simaizmokat bőséggel találunk. Bőrfüggelékek nem láthatók. Néhol a subcutis zsírszöveve magasabbra emelkedik, itt az irha vékonyabb és a zsírszövetben corium-maradványok láthatók, fenntartva az összefüggést a coriummal (5. ábra).

Megbeszélés

Az orvosi megfigyelés számára leghozzáférhetőbb szervrendszerünk a kültakaró, mégis viszonylag kevés figyelmet fordítunk a bőr vele született rendellenességeire. Így ismereteink is sok kívánnivalót hagynak (21, 28) maguk után a congenitalis bőrdefectusok terén. De az is igaz, hogy ezek felettébb ritkák. Jelen dolgozatban az epidermolysis bullosa örökletes formája, illetve a striae distensae elasticae és anetodermia (7/b) nem kerül tárgyalásra, mert a vele született bőr-dystrophiák két jellegzetes alakja: az aplasia cutis congenita circumscripta (a továbbiakban: a. c. c. c.) és osteo-oculo-dermalis dysplasia (vagy Goltz-syndroma, a továbbiakban: o. o. d. d.) kórképével kívánunk foglalkozni. A bőrelváltozások megegyezésén vagy nagyfokú hasonlóságán kívül az is érdekessége e két kórformának, hogy mindkettő elsősorban a női nemet érinti. Már előző közleményünkben (8) említettük: általánosan elfogadott, hogy a Goltz-syndroma a női nem betegsége. Goltz (11), Gorlin (12) szerint e betegség autosomalis dominans módon öröklődik, csekély penetrantiával, s a női nemet betegíti meg, X nemhez kötődése mégiscsak látszólagos, minthogy a fiú nemű foetus számára letalis faktort jelent. Újában ugyan jelent meg közlemény (27) o. o. d. d.-s fiúról, akinek azonban megítélésünk szerint a Goltz-syndromája nem jellegzetes és szemészeti, valamint idegrendszeri eltérések hiányában nem lehet alkalmas ilyen lényeges kérdésekben határozott állásfoglalásra. A két kórkép szoros kapcsolatát tükrözi, hogy a Goltz-syndroma synonymái között (9, 10, 15) ismeretes a következő is: „Az aplasia (hypoplasia) cutis congenita sajátos formájú multiplex hypoplasticus torzképződéssel” (24). Ismereteink szerint a magyar Kriesch (22) által még 1924-ben közölt a. c. c. c. multiplex formáját és emellett még nyúlajak, farkastorok, polydactyilia, vitium cordis congenitum tüneteit is mutató esete, éppen cryptorchismus (fiú újszülött volt) miatt nem minősíthető Goltz-syndromának, különben pedig a világ első ilyen észlelésének számítana.

Még 1826-ban ismertetett Campbell (cit. 21) ugyanazon anyától származó 2 gyermeket, akik fejükön „fekéllyel” születtek. Az adatok azonban azóta is csak lassan szaporodtak. Korting (20) szerint eddig mintegy 200 a. c. c. c. esetet közöltek, Warkany (28) pedig 1971-ben 213-ban jelölte meg a közölt esetek számát azzal, hogy 112 betegben csakis a fejen volt bőr-laesio. Tudjuk továbbá, Ingals (16) 1932. évi statisztikai feldolgozásából, hogy a. c. c. c. kapcsán a localisatio az esetek 70%-ában csupán egyszeres (simplex), 20%-ában duplex, 8 százalékában mutatható ki 3 helyen és csak 1%-ában 4 vagy ennél is több helyen vele született bőrdystrophia. Az a. c. c. c. duplex alakjából tehát

eddig kb. 45—50 esetet publicáltak, ami csaknem megegyezik a Goltz-syndroma felismert eseteinek (26) számával.

A születéskor már meglévő, gócos bőr-hypoplasia egyidejű szem- (leggyakrabban: microphthalmia) és csonttünetek (syndactylia, csigolya- és borda-anomáliák) egyedülállóan jellegzetes és nyilván régóta megmutatkozó klinikai kép, mégis külön entitásként csak 1962-ben határozták el *Goltz és mtsai* (11).

Ezekután meglepő, hogy a régebbi magyar szülészeti irodalom mégis milyen bőségesen foglalkozott az a. c. c. c.-val. *Kovács* (21) 1928-ban azzal indokolta esetének közlését, hogy a szülészeti kézikönyvek is alig érintik e kórképet, amelynek létrejöttéért a méltatlankodó szülők többnyire a szülést vagy a bábát okolják. Ezen igazságügyi orvosi vonatkozás különösen jelentős volt régen, amikor a szülések zöme háznál folyt le. Nagyobb bőrhiány esetén a makacs vérzés, illetve az infectio folytán kialakult következményes gennyes agyhártyagyulladásra példaként *Kovács* a koppenhágai és bécsi szülészeti klinikán előfordult fatális eseteket hozta fel. Igen fontosnak tartja, hogy legalább az orvosok legyenek tisztában az elváltozás lényegével, s ezért sürgeti minden új eset közlését (különben színes „műmellékleten” bemutatott betegén az a. c. c. c. duplex elhelyezkedése teljesen azonos 1. sorszámú betegünk bőrelváltozásával).

Kolbe (19) 1934-ben *Kovács* (21) és *Kriesch* (22) már említett esetén kívül még *Burger* közlése utal. Említi *Kehrert*, aki már 1910-ben állást foglalt a vele született bőrhiányok ún. amniogen eredete, a Simonart-kötegek okozta lefűződés mellett. *Kovács* esete öröklésre utalt. Saját 1. sorszámú betegünk adatai Simonart-köteg lefűződés ténye mellett szólnak. *Berndorfer* (2) a vérző bőrdefectusért szintén az amnionitist és a következményes adhaesiókat teszi felelőssé, s hangsúlyozza a foetus jelentős regenerációs képességét. A modern szülészeti eljárások sem küszöbölték ki a régi hiedelmeket, mert a bolgár *Byanov* (6) 1970-ben egyenesen a vacuum extractio következményének gondolta az újszülött hajas fejbőrének typosus helyen (a vertexen) mutatkozó heges alopeciáját, ami nyilvánvalóan a. c. c. c. velejárója.

Goltz és mtsai (11, 12) eredeti leírása szerint a megtekintéskor elvékonyodott bőrterületek szövettanilag a kötőszövet változó mértékű hypoplasziáját mutatják. Ennek jellegzetessége, hogy a corium néhol majdnem teljesen hiányzik és helyét normális zsírszövetek foglalják el. Szövettani vizsgálataink arra utalnak, hogy a. c. c. c. kapcsán hasonló szöveti folyamat játszódik le: a rácsrostok, de főként az elasticus rostok megkevesbednek, széttöredeznek, tönkre mennek (elastorrhaxis), s helyüket gócosban megmutatkozó normális zsírszövet foglalja el. Az osteo-oculo-dermalis dysplasia bőrtüneteit az eddig közölt kb. 50 esetben mindig leírták (16, 26). A bőrtünet jellemzője fizikális vizsgálatkor *poikilodermia*, vagyis különféle bőrelváltozások (atrophia, hypopigmentatio, teleangiectasia, angiofibromák) egyidejű előfordulása. Ha tehát ma felmerülne, hogy vitás esetben a. c. c. c. avagy szülési bőrsérülés forog-e fenn, a szöveti le-

let (9, 29) sokban segítségünkre lehetne. Figyelemre méltó, hogy mindkét a. c. c. c.-s betegünk koraszülött és oligophren a debilitas fokán. Lehetséges, hogy az értelmi fogyatékoság a koraszülöttséggel függ össze, de az a. c. c. c. esetleges velejárója is lehet.

Mindenesetre úgy látjuk eseteink alapján, hogy az a. c. c. c. több mint localis bőr-dystrophia és egyidejűleg más szervrendszerek (3, 11, 19) is megbetegedhetnek. Ilyen vonatkozásban is hasonlít a Goltz-syndromához, s *véleményünk szerint az a. c. c. c. a Goltz-syndroma abortiv (incomplet) formájának fogható fel.*

Eddig a két kórkép iránt elsősorban a szülész, gyermekgyógyász, bőrgyógyász, szemész, pathohistológus, radiológus és a törvényszéki orvostan képviselője mutatott érdeklődést. Újabban azonban a neonatologia és a humangenetika is foglalkozik a bőr vele született rendellenességeivel, s egyre gyakrabban végeznek chromosoma-vizsgálatokat is. Így *Brögger és mtsai* (4) 1965-ben, *Schuler és mtsai* (25) pedig 1972-ben különbséget tudtak igazolni asymmetria congenitalis kapcsán a vérből, illetve a bőr-dystrophiás testfél fibroblast-tenyésztéséből készített karyogramok között. *Warkany* (28) adatai szerint a congenitalis bőr-dystrophia járhat a 13—15. chromosoma trisomiájával.

Még ma is indokolt tehát minden a. c. c. c. eset alapos megfigyelése és közlése. A család- és chromosoma-vizsgálatok hozzásegíthetnek bennünket a kültakaró vele született rendellenességeinek behatóbb megismeréséhez. Megemlíthjük végül, hogy a histológiai vizsgálat előtti excisio beteginkben egyben a dystrophiás bőrterületek kozmetikai javulásához is vezetett.

Összefoglalás. Aplasia cutis congenita circumscripta 2 esetét hasonlítják össze Goltz-syndromás betegük klinikai és histológiai jellegzetességeivel. Adataik alapján kifejezik azon felfogásukat, hogy az aplasia cutis congenita circumscripta nem más mint a Goltz-syndroma (saját megjelölésük szerint: osteo-oculo-dermalis dysplasia) incomplet formája. Az aplasia cutis congenita circumscripta duplex alakjának és a Goltz-syndromának eddig egyaránt kb. 45—50 között esete ismeretes. Ma már mindkét kórkép a neonatologia és humangenetika számára is nagy jelentőségű. Fontos ezért minden egyes eset alapos feldolgoása és közlése.

IRODALOM: 1. *Barta L., Lengyel J.*: Ann. paediat. 1966, 207, 258. — 2. *Berndorfer, A.*: Arch. f. Kinderheilk. 1963, 1968, 281. — 3. *Bilz, D., Donalies, C.*: Pädiat. Grenz-geb. 1970, 9, 2, 101. — 4. *Brögger, A., van der Hagen, C. B., Storen, A.*: Acta Paediat. Scand. Suppl. 1965, 159, 44. — 5. *Burger*: cit.: *Kolbe* (19). — 6. *Byanov, B.*: Dermatol. Venereol. (Sofia) 1970, 9, 2, 134. — 7/a. *Fazekas A., Illyés Zs.*: Orv. Hetil. 1972, 113, 1069. — 7/b. *Fazekas A., Szegő L., Vígváry L.*: Orv. Hetil. 1973, 114, 2288. — 8. *Fazekas A. und Mitarb.*: Z. f. Haut- u. Geschlechts-Kr. 1973, 48, 307.; és Gyermekgyógyászat. 1973, 24, 322. — 9. *Friedrich, H. C.*: Aplasia cutis congenita circumscripta des behaarten Kopfes. In: Schönfeld-Gottron's Handbuch, III/2. Thieme Verlag, 1959, Stuttgart, S. 859. — 10. *Ginsburg, L. D., Sedano, H. O., Gorlin, R. J.*: The Amer. J. Roentgenol. 1970, 110, 3, 561. — 11. *Goltz, R. W.*: Arch. Dermat. (Chicago) 1962, 86, 708. — 12. *Gorlin, R. J.*:

Acta derm. venerol. (Stockh.) 1963, 43, 427. — 13. Graff, E.: Zbt. f. Gynäk. 1921, S. 705. — cit.: Kovács (21). — 14. Haas, W., Lehnert, W.: Derm. Wschr. 1971, 157, 853. — 15. Hall, J. G., Moyer, F. G.: Birth Defects Orig. Article Series. 1969, 5, 2, 217. — 16. Ingals, N. W.: Amer. J. Path. 1932, 8, 525. — 17. Ishibasi, A., Kurihara, Y.: Dermatologica. 1972, 144, 156. — 18. Kehrer: Mschr. Gyn. 1910, 31, 183. — cit.: Kolbe (19). — 19. Kolbe L.: Orv. Hetil. 1934, 78, 1039. — 20. Korting, G. W.: Gyermekek- és fiatalkori bőrbetegségek. Schattauer, 1970, Stuttgart, New York, 92. — 21. Kovács F.: Orv. Hetil. 1928, 72, 304. — 22. Kriesch, L.:

Magyar Nőgyógy. 1934, 3, 5. — 23. Palo, J., Iivanainen, M.: Acta Paediat. Scand. 1971, 60, 346. — 24. Salamon, L., Jevtic, Z., Lazovic, O.: Zbl. Hautkr. 1963-64, 115, 296. — 25. Schuler D. és mtsai: Orv. Hetil. 1972, 113, 1585. — 26. Sundhaussen, G.: Die Klinik der fokalen dermalen Hypoplasia (Inaugural-Dissertation, 1971, Mainz, 78 S). — 27. Walbaum, R., Samaille, G., Dehaene, P.: Pédiatrie. 1970, 25, 8, 911. — 28. Warkany, J.: Congenital malformations. Year Book, 1971, Chicago, 1147. — 29. Weichardt, H.: Dermat. Wschr. 1950, 121, 313.

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 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: arthrosisek, 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 aktiválólólag 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 gynekológiai területen)



A syndromáról

Hippokratész műveiben a „szündernómé” szó egyértelmű jelenségcsoportok megjelölésére szolgált, melynek tünetösszetevői külön-külön több betegségre is jellemzőek lehetnek. Galenus a „szündernómosz” fogalmat lényegében azonos értelemben, „tünetegyüttes”-ként alkalmazta. A görög „dromosz” futást, folyást jelent, a szóösszetétel (szündernómosz) fordítása azonban nem egységes és a különböző értelmezésekben: találkozó, együtt előforduló, együtt ható, párhuzamos, kísérő jelenségek megjelölésére használják (4).

Gooddy megemlíti, hogy a legtöbb orvosi kézikönyv alig érinti a syndroma fogalmát, tisztázására pedig általában nem helyeznek súlyt, tetszés szerint értik félre vagy alkalmazzák helyesen, helytelenül (3).

Mint hogy egy-egy új syndroma leírásához alapos, elmélyült, huzamos megfigyelés és az aetiológiai faktorok igazolása helyett nem ritkán némi találékonyság és a tünetegyüttes többé-kevésbé ötletes elnevezése elegendő lehet — kézenfekvő, hogy gyorsan célhoz érni akaró, a teljesség igényével szívesen megalkuvó korunk megkedvelte az új syndromák alkotásának kényelmes, bár gyakran homályos és erőszakolt megoldását.

A kétségek két kérdés körül merülnek fel: egyfelől nagy számuk kétségessé teszi a syndromák gyakori előfordulásának jogosságát, másfelől megjelölésük, elnevezésük gyakran provokál vitát.

A betegség és a syndroma között a határ elmosódott. A syndromák ugyanis Leiber szerint azokban a tág nosológiai „gyűjtőmedencékben” jelennek meg először, amelyekben az egyes kórképek mintegy a „várakozás állapotában” vannak. Arra várnak, hogy ismereteink gyarapodásával tovább differenciálódjanak, további jellemző aetiológiai és tüneti részleteik konkretizálódjanak. Az egyes syndromák tehát differenciálódásuk fokától függően, önálló entitássá válásuk útján különböző szinten vannak (5). Alkalmazásuk ideiglenes és szinte felszólít létjogosultságuk tisztázására — ha valóban megbizonyítható létjogosultságuk. Ezzel magyarázható az az óvatosság, nem ritkán türelmetlenség, sőt elutasítás, amellyel egy-egy új syndroma jelentkezését fogadják.

A neurológiai terminológia kezdte mintegy száz évvel ezelőtt bevezetni a betegségtünetek és syndromák megnevezésére a tünet, syndroma első leírójának említését. Ily módon próbálták emléket állítani szakmai példaképeiknek. Ugyanakkor jogos O. Marburg méltatlankodása, aki 1910-ben azt

vetette a Babinsky—Nageotte-syndroma francia leírói szemére, hogy „...itt mutatkozik meg élesen a francia syndroma-nomenklátúra visszaélése amikor egy-egy régóta ismert és helyesen értelmezett kórképet egyetlen egyszerű kazuisztikai közlés nyomán bizonyos szerzők érdemüként könyvelnek el” (cit. 6).

A névadás logikája is gyakran sántít syndromák esetében, amint erre Gooddy is rámutat (3). Az interstitialis progressiv hypertrophiás familiaris polyneuritist pl. Déjerine és Sottas-ról nevezték el, noha ezt a syndromát Gombault és Mallet már négy évvel korábban, 1889-ben leírták. E téren azonban gyakran érvényesül a nemzeti öntudat, ezért megengedhetőnek tartották, hogy ugyanazon syndroma megnevezésében több nemzetiségű, több szerző is osztozzék (pl. Laurence—Moon—Biedl—Bardet-syndroma).

Gooddy másutt, a legteljesebb komolysággal, de nem minden ironia nélkül írja, hogy a syndromák keletkezésének egyik célja, hogy megfigyelőik nevét emlékezetünkbe idézze és ürügyet találjon ünneplésükre, de klinikai ismereteink kiegészítéséhez egyúttal olyan strukturális elemekkel is szolgálhatnak, amelyek tetszetősen elfedik, látszólag pótolják tudásunk hiányosságait (3).

A syndroma-képzés módszerei között Leiber említi az egységes, állandó, illetve definiálható aetiológia hiányát és az ismeretlen, nem egységes pathogenezist mint tényezőket, amelyeknek bármelyik variációja a syndromák alkotásában előfordulhat (4). Asher (1) a folklór, a mágikus világszemlélet sajátosságaira utal, amely szerint: nevet adni valaminek, afelett egyben uralmat is jelent — különösen, ha természetét még nem tisztáztuk. Ennek egyik modern változata: az orvos syndroma-teremtő, névadási kényszere, amely önmagában is syndroma: a „syndrome de baptême” (cit. 4) és abból a különös logikából táplálkozik, hogy csak akkor lehet a tünetek egy csoportjáról mint önálló syndromáról beszélni, ha azt tulajdonnévvel ruházzuk fel. Ennek hiányában akár a syndroma létezése is kétségbe vonható, nevének nevezve azonban, a létezését illető minden aggodalmunk szertefoszlik.

Kétségtelen, hogy egy találoán megválasztott mitológiai, bibliai eponym alkalmas arra, hogy szimbolikájával felidézze számunkra egy syndroma legjellemzőbb összetevőit. Ugyanakkor e költői fogások figyelmünket a lényegről terelhetik el. Ne feledjük, hogy a legtöbb gyanakvásra éppen ezek az eponym syndromák szolgálnak rá, amelyeket az ókor isteneiről, hőseinek ismert tulajdonságairól vagy az orvosi szakirodalomban ismert ismeretlen mesterekről neveztek el és egyaránt tanúskodnak névadóik leleményességéről, interdiszciplináris tájékozottságáról, hiúságukról vagy éppen játékoságukról. Kivételképpen az is előfordul, hogy a beteg tulajdonneve — kinek betegségéről első ízben írták le a syndromát — marad a syndroma névadója (Christmas-syndroma). A figyelemfelhívó elnevezések vonzására, a képzelet erejére számítanak nem ritkán — a valódi cél, a diagnosztikai döntés tartalmi lényegének feláldozása árán. Túlzó példa erre az „Ulysses-syndro-

ma". A syndroma névadója itt abból az alaphelyzetből indul ki, hogy a laboratóriumi szűrővizsgálat egyetlen hamis pozitív eredménye végtelen vizsgálatot indíthat meg, míg nem a beteg fáradtan és iatrogen károsodással úgy tér meg első vizsgálatának színhelyére, mint Ulysses húsz évi távollét után Ithakába — mikor pedig csupán az alapvizsgálatot kellett volna megismételni ahhoz, hogy helyes eredménye: a negativitás, bebizonyosodjék. Ilyen túlzás a bibliai Lázárt idéző „Lázárkomplexum”, amely a cardialis arrestet követően resuscitált betegek tünetegyüttese, mintegy a traumatisáló tapasztalat emlékeként: szorongással, lidérces álmokkal, depressióval, az elidegenedés érzésével. Szándékosan és hatásosan túlzó a tolvajok patrónusáról, Hermészről elnevezett „Hermész-syndroma”, amely az angolszász világ orvosi könyvtáraiban terjedő szakkönyvlopási hullám képviselőit bélyegzi meg ezzel a megjelöléssel — nyilvánvalóan tréfálkozó tendenciával, de nem titkolt oldalvágással a syndroma-gyárosok címére (8). Nem kétséges, hogy egy-egy közismert syndroma találó megjelölése szobor helyett népszerűséget biztosíthat, emlékművet állíthat leírójának, akikben nem ritkán a prioritás körül sürgölődők ambíciója is érvényesül.

Ha nem is utasítjuk el a syndroma-képzés jogosságát, és elfogadjuk *Leiber* fogalmazását, amely szerint az alakuló nosologia legjelentősebb és legdinamikusabb fejezete a syndromák önálló kórképekké való sedimentálódása — amint ez az endokrin-, anyagcsere-betegségek és genetikai kórképek esetében szinte a szemünk előtt zajlik — azellen azonban tiltakoznunk kell, hogy visszaélhessenek a syndroma-fogalom kényelmes, revízióra mindig kész alkalmazásával. Az orvos képzettségén, tapasztalatain és érzékenységén múlik, hogy több beteg betegségének, kórelőzményi adatainak, tüneteinek, kórlefolásának közös vonásait felismerje. Ahhoz azonban különös megszállottságot és a józan kritika elégtelenségét kell feltételeznünk, hogy egyesek ott is összefüggéseket véljenek felfedezni, ahol arra elégséges ok nincs.

A syndroma-képzésnek „játékszabályai” vannak, amelyek szerint matematikai-statisztikai számításokkal kell kizárni az adott populációban a tünetek, jelenségek együttes előfordulásának valószínűségét. Az ugyanis magától értetődő, hogy bizonyos tünetek, jelenségek, sőt akár banális kórképek egy adott populáció egyedeiben összefüggés nélkül találkozhatnak, a valószínűségszámítás törvényeinek engedelmeskedve. A syndroma-képzés azonban csak akkor indokolt, ha ezen tünetek, jelenségek együttes előfordulása a várható statisztikai valószínűségnél szignifikánsan nagyobb (*Trencsényi T.*) (7).

Anélkül, hogy vállalkoznánk a syndromaromboló egyoldalú álláspontjának megvédésére, szilárd meggyőződésünk, hogy új syndromák alkotása és alkalmazása „minden áron” és megfontolás nélkül — nem szükséges és nem is jogos. Néha arra is gondolnunk kell, hogy a nosologia egyes fejezetei egy-egy új syndroma fedőneve alatt újraíródnak, ahogyan arra jelen számunk „Levél a szerkesztőhöz” rovatában *Csermely dr.* figyelmeztet. A synonymák is annak veszélyét rejthetik, hogy több, eltérő syndromaként tarthatjuk őket számon, amely a terminologia zürzavarát fokozza. Példa erre 1975. évi évfolyamunk egyik korábbi számában *Henochról* megemlékező cikk (1975, 116, 453.).

Jelen számunkban közölt syndromák mindegyikével kapcsolatban vannak fenntartásaink, amelyek természetesen a dolgozatokban foglalt megfigyelések értékéből semmit nem vonnak le — legfeljebb esetenként a syndroma megjelölés jogosságát teszik vitathatóvá. — A Saint-syndroma esetében a hiatus hernia és colon diverticulosis együttes előfordulásának syndroma-alkotó jelentőségét nem vonjuk kétségbe, de a cholelithiasis gyakori előfordulása az átlagpopulációban a „véletlen” incidenciát teszi valószínűbbé. A CRST-syndroma négy tünetéből legalább kettőben nem egymástól független klinikai megnyilvánulás párhuzamos fennállásáról, hanem ok-okozati kapcsolatról van szó, amely nem fér össze a syndroma kritériumával. Az aplasia cutis congenita circumscripta, az osteo-oculo-dermalis dysplasia, ill. a Goltz-syndroma váltakozó említése zavaró a címben, ill. a dolgozatban, minthogy lényegében synonymákról, ill. ua. syndroma incomplet formájáról van szó.

Korunk syndroma-alkotási epidemiájában talán a leginkább elgondolkodtató és fékező tényezőnek érezzük — amelyre *Leiber* is figyelmeztet — a 10–15 éven belül várhatóan duplájára duzzadó, már ma is mintegy 30 000 kórkép és syndroma nehezen áttekinthető tömege, amelynek természetes következménye a nosologia és syndromatologia zürzavara. Ehhez a fenyegető bőséghez felelőtlenül hozzásegíteni csak a diagnosztikai bizonytalanságot fokozza, mert zavarja és megnehezíti a tisztán látást és tájékozódást.

W. R. dr.

IRODALOM: 1. *Asher, R.*: Trans. Med. Soc. London. 1959, 75, 66. — 2. *Engle, R. L., Davis, D. J.*: Arch. Int. Med. 1963, 112, 512., 520. és 530. — 3. *Gooddy, W.*: Lancet. 1961, 2, 1. — 4. *Leiber, B., Olbrich, G.*: Die klinische Syndrome. Urban & Schwarzenberg, München, 1972. — 5. *Leiber, B.*: Med. Klin. 1973, 68, 491. és 525. — 6. *Schönfeld, D.*: Dtsch. med. Wschr. 1954, 79, 324. — 7. *Trencsényi T.*: Személyes közlés. — 8. *JAMA*. 1972, 220, 724. (Szerk. közl.)

A csípőízület röntgen-vizsgálatáról a csecsemőkorban

A gyermekegészségügyi ellátás fejlődése, a csecsemők rendszeres orvosi ellenőrzése lehetővé tette, hogy minden csecsemő 2–4 hónapos korban csípőszűrő vizsgálatban részesüljön. A vele született csípőficam és dysplasia fennállásának, illetve kizárásának megállapítása részét képezi a gyermekorvosi vizsgálatnak. Ha a gyermekorvos nem tudja teljes biztonsággal kizárni a csípőízület kóros elváltozását, ill. ha csípőficamot vagy csípőízületi dysplasiát diagnosztizált, orthopaediai vizsgálatra kerül sor, amelyet fontos legkésőbb 3–4 hónapos korban elvégezni.

A korai kezelés jó eredményeinek és a megelőzés lehetőségének ismeretében egyre fiatalabb életkorban jelölték meg az első csípővizsgálat elvégzésének optimális időpontját. Svédországban és néhány helyen hazánkban is már évek óta újszülöttkorban végzik a csípőszűrő vizsgálatot, ami a világra hozott csípőficam korai kezelésbe vétele szempontjából fontos. Az újszülöttkorban végzett csípőszűrő vizsgálat azonban megismétlésre szorul — legkésőbb 4 hónapos korig — azokban az esetekben is, ahol az első vizsgálat alkalmával kóros eltérést nem találtak, mert így még időben felismerhetők azok az esetek is, amelyek újszülöttkorban nem bizonyultak kórosnak. Az ekkor kórosnak talált vagy klinikai eszközökkel egyértelműen nem tisztázható esetekben röntgenfelvétel készítenendő, amely segítséget nyújt a pontos diagnózis felállításában, és támpontot ad a kezelés eredményének megítélésében. Az elmondottak alapján a világra hozott csípőficam, illetőleg dysplasia felismerése és kezelési eredményeinek megítélése végett készített röntgenfelvételekkel kapcsolatban irányadó elvek a következők:

1. Röntgenfelvételt *csak orthopaediai vizsgálat után*, a vizsgálatot végző orvos kérésére készítsünk. *A röntgenvizsgálat szűrőszert alkalmazása káros és elvetendő.* 4 hónapos kor alatt — kivételes esetektől eltekintve — nem szükséges felvételt készíteni. Ha ugyanis luxatio áll fenn, az fizikális vizsgálattal megállapítható: a megfelelő kezelést (Pavlik-kengyellel) el kell kezdeni, és ha a ficam megoldódott, 3 hónap múlva készített röntgenfelvételen ellenőrizhető a csípőízület fejlődése. Dysplasia gyanújának esetében is alkalmazhatunk megfelelő kezelést röntgenfelvétel nélkül. Ebben a korban ugyanis a röntgenfelvétel sem nyújt a kialakult dysplasia kérdésében olyan határozott, egyértelmű információt, mint később. Célszerű tehát a klinikai tünetek alapján a kezelés megkezdése, an-

nál inkább, mivel az ilyenkor általában alkalmazott eljárások (Rugi bugyi, abductió pelenkázás, gyakori hasra fordítás, tornáztatás) veszélytelen, s inkább vállalhatjuk kétes esetekben e fölösleges, de ártalmatlan kezelést, semmint hogy elmulasszuk az optimális időpontot. Dysplasia klinikai gyanúja esetén a 4 hónapos korban készített röntgenfelvételen eldönthető, hogy szükséges-e a további kezelés.

2. A kezelési eredmény megítélése végett időnként szükséges röntgenfelvétel készítése. Ha a kezelés menete zavartalan — tehát a repositio létrejött és a femur-fej többé nem luxálódik —, elegendő 3–4 hónaponként ellenőrizni a csípőízület röntgenanatómiai fejlődését. A problematikus esetekben, ha a repositio nem jön létre, vagy a femur-fejet nem sikerül a helyén megtartani, szükség lehet gyakoribb vizsgálatra vagy több felvétel elkészítésére. Ilyen esetekben informatív értékét lényegesen növelheti, ha az orthopaed orvos a röntgenvizsgálatoknál jelen van és konzultálja a célszerű beállítást.

3. A csecsemő elhelyezése értékelhető csípőfelvételi készítéséhez. A csípőízületi viszonyokról jó tájékozódást csak akkor kaphatunk, ha a medencét szabályosan, szimmetrikusan helyezük el a kazettán, a fősugarat a középvonalra centráljuk, és pontosan beállított a. p. sugáriránnyal készítjük a felvételt. Igen fontos az alsó végtagok helyzete; azokat rotációs középpállásban, szimmetrikusan kell elhelyezni. Egyéb helyzetben készült kiegészítő felvételekre (ab- és adductio) ritkán van szükség. A kezelés folyamán előfordul, hogy a kialakult flexiós abductió csípőcontractura miatt a végtagok nem hozhatók középpállásba. Ilyenkor a középpállás erőltetése céltalan, mert a medence kerül olyan helyzetbe, amely megnehezíti az értékelést.

Lorenz-helyzetben csak akkor indokolt a felvétel készítése, ha a repositio eredményessége kétséges. Ha a csípőízületben olyan fokú contractura alakult ki, hogy nem lehet nyújtott helyzetben felvételt készíteni, akkor egy időre csökkenteni kell a készülék viselését, és akkor készíteni a felvételt, amikor a mozgások szabadabbá váltak.

4. Megfelelő gonádvédelem alkalmazása kötelező. Ez annál fontosabb, mert csípőficamos csecsemőkről az évek folyamán rendszerint több felvétel készül. (Fiúgyermek gonádvédelme az ólomgumi lapon átfűzött és a combokon rögzített leukoplast révén könnyen kivitelezhető. Leánygyermeken igen hasznos az egész hasat fedő ólomgumi lap, amelynek középső csapszerű, ívelt nyúlványa ráterül a kismedencére, laterálisan viszont magasabban végződve, a csípőízületeket fedetlenül hagyja.)

5. A congenitalis csípőficam diagnosztikájában a röntgenorvos és az orthopaed konzíliuma általában elengedhetetlen. A diagnózis felállításához és a kezelés eredményének megítéléséhez az orthopaed orvosnak rendszerint a röntgenfelvételt is látnia kell. Annak eldöntéséhez ugyanis, hogy dysplasia esetén szükséges-e egyáltalán kezelés, illetve hogy milyen kezelést kell alkalmaznunk, vagy hogy milyen mértékben csökkentjük a kezelést, elengedhetetlen a klinikai tünetek és a röntgenkép pontos összevetése.

6. Ha a csecsemőről röntgenfelvétel készült és az orthopaediai ellátás helyi nehézségei miatt további

vizsgálatra vagy kezelésre más intézetbe küldik, küldjük a beteggel a röntgenfelvételt is. Ezzel elkerülhetjük újabb felvétel készítését, nem tesszük ki a beteget felesleges sugárzásnak, s időt, munkát, anyagot takarítunk meg.

7. Fokozottabb gondot kellene fordítani arra, hogy a gyermekorvosok és orthopaed orvosok csípővizsgálati módszerei biztonságosak legyenek és túlzott aggodalomból minél kevesebb csecsemő kerüljön röntgenfelvételre és kényszerüljön korrekciós eszköz viselésére. Nemcsak a korai felismerésre és a helyes csecsemőgondozásban rejlő prevenció lehetőségeire kell figyelemmel lenni, hanem a kellően megalapozott diagnózis nélkül végzett kezelések következményeire is mind az anya, mind a gyermek szempontjából.

Összefoglalva a csípőficam, illetve dysplasia röntgendiagnosztikájában a következő szempontok szem előtt tartását javasoljuk:

1. Röntgenfelvétel csak orthopaediai vizsgálat után, a vizsgálatot végző orvos javaslata alapján készítenendő, ha csípőficam vagy dysplasia gyanúja merült fel. A röntgenvizsgálat szűrőszertű alkalmazása káros és elvetendő.

2. Röntgenfelvétel készítése 4 hónapos kor előtt csak kivételes esetben indokolt. Kezelés közben az eredményt kezdetben 3—4 hónaponként szükséges röntgenológiai ellenőrizni, később csak ritkább kontrollra van szükség.
3. Fontos a medence és a végtagok pontos beállítás, mert csak így készíthető jól értékelhető felvétel.
4. A gonádvédelem kötelező.
5. Az orthopaed és a radiológus konzultációja általában nélkülözhetetlen, ugyancsak szükséges az orthopaed és gyermekgyógyász konzultációja is.
6. Ha a beteg más intézetbe kerül kezelésre, küldjük vele a röntgenfelvételt is.

Országos Csecsemő
és Gyermekegészségügyi
Intézet
Országos Orthopaediai
Intézet
Országos Röntgen
és Sugárfizikai
Intézet

FENTANYL

injekció

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (10 ml) 0,5 mg fentanylumot tartalmaz 10 ml vizes oldatban.

JAVALLATOK: Műteti előkészítés, valamint különböző típusú narcosisok praemedicációjaként Droperidol injekcióval kombinálva. A neuroleptanalgeszában műteti fájdalomcsillapításra: a hasi és mellkasi, az ideg- és érsebészetben, nőgyógyászati, orthopaediai stb. műtéteknél. A neuroleptanalgeszában Droperidol inj.-val együtt alkalmazható.

ELLENJAVALLAT: Sectio caesarea a magzati légzőközpont nagyfokú depressója miatt.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek: Műteti előkészítésre: 0,05—0,1 mg (1—2 ml) Fentanyl 2,5—5 mg (1—2 ml) Droperidollal együtt adagolandó intravenásan 10—15 perccel, vagy intramuscularisan 15—45 perccel a műteti beavatkozás megkezdése előtt. Műteti érzéstelenítésre: 0,4—0,6 mg (8—12 ml) Fentanyl adagolandó intravenásan.
Műteti érzéstelenítés fenntartására:

0,05—0,2 mg (1—4 ml) intravenásan. Ez az adag szükség esetén általában 20—30 percenként ismételtető.

Gyermekeknek: Műteti előkészítésre: testsúlykilogrammonként 0,002 mg Fentanyl testsúlykilogrammonként 0,1 mg Droperidollal együtt adagolandó, a műteti beavatkozás megkezdése előtt, intramuscularisan. Műteti érzéstelenítésre: testsúlykilogrammonként 0,010—0,015 mg Fentanyl adagolandó intravenásan vagy 0,015—0,025 mg intramuscularisan. Műteti érzéstelenítés fenntartására: testsúlykilogrammonként 0,001—0,002 mg adagolandó intravenásan vagy 0,002 mg intramuscularisan.

MELLEKHATÁSOK: Nagyobb dózisok alkalmazásakor kifejezett légzés-depressio alakul ki. A készítmény vagus-tonust fokozó hatásának következtében bradycardia jelentkezhet. Ritkán bronchospasmus, izom-rigiditas léphet fel. A mellékhatások nalorphinnal, atropinnal, illetve izomrelaxánsokkal és lélegeztetéssel megszüntethetők. Megfelelő anaesthesiologiai felkészültség hiányában a készítmény alkalmazása rendkívül kockázatos.

MEGJEGYZÉS: Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználás céljára. Lejáratási idő: 2 év.

CSOMAGOLÁS: 5 × 10 ml 48,80 Ft,
50 × 10 ml 470,— Ft.





Vesebetegségek

Tartós peritonealis dialysis. Szerkesztéségi közlemény. Lancet, 1974, I, No. 7845, 18.

Peritonealis dialysis az *acut* veseelégtelenség adaequat kezelése. *Ganter* már 1923-ban sikeresen alkalmazta, majd *Frank* és munkatársai használhatóságát 20 évvel később ismét „felfedezték”.

A dialysisre szoruló *idült* veseelégtelenségben szenvedő betegek peritonealis dialysissel történő kezelésének a 60-as évek elejéig a gyakori fertőzés, elsősorban a peritonitis fellépése képezte gátját. Amióta azonban *Maxwel* és *Boen* kifejlesztették a zárt automata, ill. fél automata dialysáló rendszerrel és a peritoneum ismételt punctióját felváltotta a hasüregben megszákítás nélkül tartható szilikon gumból készült szövetbarát, úgynevezett *Tenckhoff* katéther, a figyelem az *idült* vesebeteg peritonealis dialysissel történő kezelésének irányába fordult.

Tenckhoff és munkatársai 69, 3—78 éves korig terjedő „long-term” peritonealis dialysissel kezelt beteg 10 éves eredményét elemezték. A vizsgált csoport összesen 11 921 peritonealis dialysisben részesült. A dialysisek összideje 1018 hónapig tartott. A betegek több mint kétharmadát otthon kezelték, döntő többségét heti 3 ízben éjjel alvás alatt dialysálták. A maradék nitrogén dialysis előtti szintje általában 160—200 mg/100 ml, a se. kreatinin pedig 18—22 mg/100 ml között ingadozott. E magas értékek azonban nem okoztak súlyos klinikai tüneteket feltételezhetően azért, mert peritonealis dialysissel az azotaemiával járó toxikus állapotot állítólag felelős ún. „middle molecules”, a peritonealis dialysis alkalmazásával fokozott mértékben ürülnek. A betegek táplálása ill. diétája a peritonealis dialysis alkalmazásával fellépő fehérjevesztés miatt változatosabb volt és minütiosus beállítása is kisebb gondot okozott.

69 beteg közül 35-ben 3166 dialysis peritonealis fertőzés nélkül történt. Peritonitis a dialysisek 0,6%-ában fordult elő és ennek több mint fele a sterilizációs szabályok megszegéséből származott. Peritonitis eredetű halálestet nem fordult elő. Kisebbségű problémákat, mint pl. katéther eltömődést, hasi fájdalmat vagy a szurcsatorna gyuladást nagyobb nehézségek nélkül megoldották. A 69 vizsgált beteg közül 10 év alatt húszan haltak meg, többségük myocardium infarctus vagy egyéb cardiovascularis megbetegedés miatt. A haemodialysissel kezelt *idült* veseelégtel-

lenségben szenvedő betegek cardiovascularis eredetű mortalitása hasonló nagyságrendű.

Az eredmények *Tenckhoff* katéther alkalmazásával nem voltak mindenhol ilyen egyértelműen pozitívak. Az *idült* veseelégtelenségben szenvedők peritonealis dialysise a haemodialysissel szemben alkalmazható:

— olyan gyermekeken, akikben az erek kis kalibere technikai nehézséget okoz,

— olyan betegeken, akiknek erei a haemodialysis során már „elhasználódtak”,

— egyedül álló dialysisre szoruló szaksegítség nélküli betegeken,

— betegeken, akiknek hozzátartozói a viszonylag bonyolult haemodialysis technikáját nem képesek elsajátítani,

— transzplantációra váró betegeken, akik helyhiánya miatt kórházban nem kezelhetők.

A peritonealis dialysis előnye a viszonylagos biztonság, egyszerűség és megvalósíthatóságának könnyű volta. Olyan betegek számára, akiknél a haemodialysis valamilyen ok miatt nem alkalmazható és akik emiatt halálra kárhoztak, a „long-term” peritonealis dialysis elfogadható életet biztosíthat.

[*Ref.: a Lancet szerkesztéségi közleményének a szokásosnál bővebb referálása azért indakolt, mert olyan therapiás lehetőségre hívja fel a figyelmet, amelyet hazánkban még távolról sem alkalmaznak kellő mértékben. Mint ismeretes, a hazai dialysáló központok művese parkja rendkívül szűkös (összesen kb. két tucat gép működik rendszeresen) és a dialysálásra váró betegek száma a lehetőségeket messze túlhaladja. A peritonealis dialysis minden kórház intenzív betegellátó osztályán vagy őrzőben, sőt hagyományos osztályokon is megvalósítható. Az eljárás nem igényel különös ismeretekkel rendelkező nagy számú személyzetet, a megfelelő oldatokat a gödöllői „Human” gyár gyártja és a katétherek is elérhető áron az OMKER-nél kaphatók. Kellő elterjedését kizárólag szubjektív okok gátolják.]*

Varga Péter dr.

A hasüregben folyamatosan bentlevő silastic katéteren át végzett peritonealis dialysissel szerzett négyéves tapasztalatok. *Heal, M. R., England, A. G., Goldsmith, H. J.: Brit. med. J. 1973, 4, No. 5892, 596—600.*

A peritonealis dialysis alkalmazását a krónikus veseelégtelenségben szenvedő uraemiás betegek kezelésében hosszú időn át a technikai előfeltételek hiánya akadályoz-

ta. Nem állt rendelkezésre olyan megfelelő katéter, amely szövődménymentesen, tartósan — hónapokon, esetleg éveken át — a beteg hasüregében tartható.

Az *acut* veseelégtelenségben szenvedő betegek kezelésekor alkalmazott merevfallú katéter a peritonitis veszélye, a bevezető szurcsatorna befertőzése miatt nem tartható hosszabb ideig a hasüregben. A betegeket az ilyen katéter mozgásban, munkában is nagy mértékben gátolja.

A szerzők a nehézségek áthidalására egy 35 cm hosszú silastic gumiból készült és dacron-velour mandzsettával ellátott katétert szerkesztettek és alkalmazták. A katéter 18 cm-es sűrűn perforált szakaszát *Tenckhoff* trokárrel — 3—5 cm-es bőrmetszés után — a hasüregbe vezetik. A mandzsetta a peritoneum és a fascia között helyezkedik el, és ezáltal a peritoneumon ejtett nyílás biztonsággal zárul. A katéter megmaradt részének a kivezetése a peritoneum át-szűrési helyétől egy 5 cm-es subcutan csatornán át történik, annak érdekében, hogy a bőrnyílás a bevezetés helyétől távolabb essék.

A szigorú aseptis körülményei közt történő katéter behelyezésnek a technikája könnyen elsajátítható, avatott kezekben biztonságos és veszélytelen. Közvetlenül a katéter bevezetése után, az összenövés elkerülése céljából a dialysist azonnal meg kell kezdeni és több napon át megszakítás nélkül folytatni. Amennyiben szövődmény nem lép fel, áttérnek a szakaszos — általában ambuláns módon, heti 1—2 ízben, éjszaka folyamán végzett — dialysisre. Egyes betegek otthonukba is távoznak, ahol a dialysist vagy önmaguk — automata gépekkel —, vagy hozzáértő segítségével végzik.

A tartósan behelyezett katéter módszerével összesen 41 betegen 3800 dialysist alkalmaztak. A kezelést általában a haemodialyzálásba vételig, vagy a transzplantációig folytatták. A leghosszabb idő 46 hónap volt. 26 beteget szövődménymentesen kezeltek, 15 betegen különböző súlyosságú, többségében azonban könnyen megoldható szövődmények léptek fel. A szövődmények közé tartozott a katéter elzáródása, a dialyzáló folyadék „szökése”, a bevezető szurcsatorna befertőződése. 11 esetben peritonitis lépett fel, 2 esetben a beteg halálát okozta.

Az eljárást értékelve megállapítják, hogy a kiterjedt műveseálmások hálózatával rendelkező országok sem képesek még megközelítőleg sem ellátni a dialysisre szoruló uraemiás betegeket. Figyelembe véve továbbá a kadaver vesék alacsony számát a transzplantáció útjára is lassú és elmarad a szükségletektől. A tartós haemodialyzálási programba vagy transzplantációra kerülés várakozási ideje alatt számos beteg az eljárással — még otthon is — kezelhető, elkerülve

ezen időszakban az állapot romlását. A tartós peritonealis dialysis módszerének elterjesztésével a potentialis recipiensek száma is tetemesen növelhető és ezáltal a transzplantáció kilátásai is javulnak.

Varga Péter dr.

Jódtartalmú kontrasztanyagok hatása a húgyutak pathogen csíráira. H. Bignon és mtsai (II. Belgyógyászati Klinika, Temesvár): Fortschritt auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin. 1974, 121, 467—471.

A kontrasztanyagoknak a húgyutakban levő pathogen csírákra kifejtett hatásával kevesen foglalkoztak eddig. A szerzők in vivo és in vitro vizsgálatokról számolnak be ezzel kapcsolatban.

53 pyelonephritises beteg vizeletéből végeztek bakteriologiai vizsgálatokat csíraszámolással 1 ml/75% testsúlykg mennyiségű methylglucamin-diatrizoat típusú kontrasztanyaggal történt kiválasztásos urographia előtt és utána 5, ill. 24 órával. 28 beteg vizeletében találtak pathogen csírákat. 5 órával az urographia után végzett csíraszámolás 16 esetben igazolt bakteriostatikus hatást. Ez 8 esetben 24 óra múltán sem csökkent, 4-ben kissé csökkent, további 4 esetben már nem volt kimutatható. A csíraszámolással nyert értékeket táblázat és grafikon szemlélteti.

In vitro coli, klebsiella és proteus tenyészetekhez különböző töménységben adott kontrasztanyag hatását vizsgálták. Az intenzív urographia vizeletszintjének megfelelő töménységű oldat a legtöbb esetben kifejezett bakteriostatikus hatású volt, némelykor éppenséggel bactericid. A töménység növelésével a bactericid hatás került előtérbe. A hatás a különböző törzsekben lényegében azonosan érvényesült.

Az urographiás kontrasztanyagok bakteriostatikus hatása a vizsgálatot követő időben a vizelet bakteriologiai vizsgálatának eredményét negatív irányban megváltoztathatja. Veseműködési zavar esetén a bakteriostatikus hatás elhúzódhat. Ezt a vizeletleletek értékelésében figyelembe kell venni.

Laczay András dr.

Szervátültetés

Vesetransplantatio urológiai szövödményei. Marx, W. L. és mtsai: J. Urol. 1974, 112, 561—563.

A szerzők 1968 júniusa és 1973 novembere között végzett 87 vesetransplantatio urológiai szövödményeinek értékelésével foglalkoznak. 48 cadaver és 39 élő, rokon donorból történt a vese átültetése. Elemzésükben nem szerepel az a két beteg, akinek a transzplantatiót megelőzően ileum-hólyagja volt.

A vizeletelvezető tractus folyto-

nosságát uretero-neocystostomiával állították helyre, lényegében Leadbetter—Politano módszere szerint. Ureter kathetert nem használtak. 24—48 órára a hólyagba — a pontos vizelet gyűjtés céljából is — Foley katheter került.

Ureter-obstructio, ill. vizelet csurgás az uretero-neocystostomiából a 85 esetben nem fordult elő. Urológiai szövödmény miatt halálos esetük nem volt. 1 nagyobb és 2 kisebb jelentőségű szövödmény fordult elő, ez összesen 3,5%. A jelentősebb zavart egy necrotizáló seb-fertőzés után kialakult vesico-cutan fistula okozta, ez 1,2%-nak felel meg. Ebben az esetben a transzplantatum nephrectomiájára is sor került rejectio miatt. Ezután a fistulát zárták. Kisebbségi nehézséget okozott egy postoperatív vérzés az uretero-vesicalis anastomosisból és egy vizeletátütés a cystostomiás sebből, ami Foley katheter visszahelyezése megoldódott.

Részletesen elemzik nagyobb nemzetközi statisztikák alapján az urológiai szövödmények gyakoriságát. Táblázatban foglalják össze az egyes szerzők eredményeit. Meg erősítik, hogy az uretero-neocystostomia látszik a legjobb eredményeket szolgáltató módszernek. A szövödmények gyakorisága 10% körül van. Saját alacsony szövödményeik okát a standard technikában látják.

Gervain Mihály dr.

Urológiai szövödmények vesetransplantációban. Colfry, A. J. és mtsai: J. Urol. 1974, 112, 564—566.

A louisianai Tulane Egyetem beszámolója 1959 és 1973 között végzett 126 vesetransplantatio urológiai szövödményeinek kiértékeléséről szól — összehasonlítva eredményeiket a nemzetközi adatokkal. Közleményük egyik értéke, hogy 13 centrum eredményeinek összeállításával széles körű áttekintést adnak a sebészi, urológiai szövödményekről.

103 betegen 126 transzplantatio történt: 55 cadaver, 68 élő rokon és 1 identikus iker donor szerepelt veseadóként. A korábbi periódusban 21 élő, nem rokon donor is szerepelt a sorozatukban.

125 esetben Starzl szerinti módosításban uretero-neocystostomiát végeztek, 1 esetben uretero-ureteralis anastomosis készítették a donor ureter alsó szakaszának alkalmatlansága miatt. Prophylaktikus antibiotikum terápiát nem végeztek. Foley katheter 12—36 órára került a hólyagba. Összesen 15 lényegesebb urológiai szövödmény jelentkezett, 14 betegnek, ez 11,9%-nak felel meg. Megoszlása: 4 ureterovesicalis obstructio, 5 vizelet csurgás az uretero-neocystostomiánál és 6 vizeletes ázás a cystostomiás sebből. 2 betegnek már a transzplantatiót megelőzően hólyag-nyak sclerosisa volt, amit plasztikai úton oldottak meg. Részletesen elemzik az egyes szövödményeket,

ill. megoldásaikat. Kiemelik, hogy a scintillációs camerával végzett kontroll-vizsgálatok alkalmasak a vascularis és urológiai szövödmények időben történő felismerésére és javasolják ennek használatát. Az urológiai szövödmények következtében elvesztett betegek száma nem jelentéktelen, 28,5%.

A nemzetközi irodalom összeállításából kitűnik, hogy még mindig tág határok között mozog az urológiai szövödmények gyakorisága: 4—30%-nak felel meg. A szövödmények rovására írható mortalitás is széles skálájú: 0—68% között van.

Ezek az adatok azt is mutatják, hogy az egyes centrumok munkáját a therapiás és diagnosztikus eljárások standardizálása mellett még mindig javítani lehet a technikai munka tökéletesítésével.

Gervain Mihály dr.

173 vesetransplantatio urológiai szövödményei. Barry, J. M. és mtsai: J. Urol. 1974, 112, 567—571.

Az oregoni centrum munkájáról szóló beszámoló 1968 január és 1974 január között végzett 173 veseátültetés technikai szövödményeit elemzi. Az előző közleményekhez hasonlóan több amerikai és európai transzplantációs központ munkájával hasonlítja össze eredményeit.

A 173 átültetés 155 betegen történt, 86 cadaver donorból és 87 élő, rokon donorból nyerték a veséket. 172 esetben uretero-neocystostomiát használtak, 1 esetben ureteroleostomiát. 15 jelentősebb urológiai szövödmény jelentkezett, ez 9%-nak felel meg. Táblázatban foglalják össze a szövödmények részletes elemzését, ill. kezelésüket, ennek eredményét. A szokásos vizelet csurgás mellett figyelemre méltó a distalis ureter necrosis és 2 teljes necrosisra járó esetük. Kezelésében contralateralis pyeloureterostomiát végeztek. Ismertetik hasonló esetek megoldására Herwig és Konnak vesico-pyelostomiáját.

15 esetükből 11-ben kielégítő eredménnyel avatkoztak be és a vese funkcióját megőrizték, 3 betegnél a sepsis a transzplantatum nephrectomiájára kényszerítette szerzőket, 1 beteget septicaemiában elvesztettek.

Gervain Mihály dr.

Vese transzplantatio bélcső alkalmazásával. Stenzel, K. H. és mtsai: JAMA, 1974, 229, 534—537.

Általánosan ismert, hogy az abnormálisan dilatált alsó húgyúti rendszer a vese transzplantatio contraindikációját jelenti. A tanulmány bemutatja, hogy milyen kitűnő eredményt lehet elérni bélcsővel, ha a húgyhólyag irreversibilisen károsodott. 9 transzplantatumot kapott 8 beteg, akiknél előtte a hólyagot izolált bélcsővel helyettesítették, a 300 egymást követő transzplantált sorozatuk 3%-át jelentette.

A betegek kora 8—45 év között volt, öt beteg 14 éves volt. 7 donor a beteggel rokonságban volt, ketten cadaver vesét kaptak. Az utóbbi két beteg meghalt. A többi 6 beteg kitűnő veseelégtelenségű, 1—5 évvel az átültetés után.

Sokszor az alsó húgyúti traktus problémája megoldható bélső alkalmazása nélkül, de ha szükséges, transplantatio előtt kell elkészíteni. Intestinalis bélső készítésének kritériuma az irreversibilisen károsodott, nem működő hólyag. Az utóbbi, majdnem mindig az alsó húgyúti traktus congenitalis vagy szerzett elváltozásainak a következménye. A hólyag gyakran annyira tönkrement az egymást követő rekonstrukció sebészeti beavatkozások következtében, hogy a bélső előtt húgyúti diversio válik szükségessé.

A részletes betegismertetések közül egy 8 éves kisfiú esetét emelném ki, aki anyjától kapott transplantatumot, 1972 januárjában. Születésekor nem működő bal vesét és alig funkcionáló jobb vesét találtak. 10 napos korában jobb oldali nephrostomiát készítettek. Három évvel ezután izolált ileum kacsot képeztek ki, zsugorhólyag és két oldali ureteralis reflux miatt. A beteg veseelégtelensége fokozatosan romlottak, ezért transplantatio mellett döntöttek. Előtte mindkét veséjét eltávolították. A bal vese multicystás volt, részleges ureter atresiával, a jobb vese pedig dysplásis. A transplantatio után ismétlődő pyelonephritisek zajlottak le. Az iv. pyelographia részleges obstrukciót fedezett fel a pyeloureteralis junctionnál. Egy évvel az átültetés után pyelonplastikát végeztek. Azóta a beteg jól van, a veseinfecio nem ismétlődött.

A bemutatott eset a szerzők munkamódszerét is demonstrálja. Az első beavatkozásukat az ileumból készített bélső jelentette, az ileostomiás nyílás a has bőrére nyílt. Ezután következett a két vese eltávolítása és a beteg felvétele a dialízis programba. A transplantatiót minimálisan hatéves várakozás után végzik el. A szerzők elfogadhatónak tartják a cadaver vesét is, ha élő nem áll rendelkezésre.

Fontos, de reversibilis problémát jelent az izolált bélkacs társulása ureter stenosisal. Minden olyan esetet, amikor visszatérő húgyúti infekcio volt jelen, a drainage romlásának jeleként értékelték. 8 közül 3 betegnek második műtétet végeztek az ureter implantatum revisiójára. Ezután minden esetben steril lett a katheterrel nyert vizelet, és a vese funkciók normalizálódtak. Figyelemre méltó volt, hogy az izolált bélső elfogadása a beteg által kitűnően sikerült, a kis csoportban emocionális problémák nem jelentkeztek.

A tapasztalatok alapján bizonyítottnak tekinthető, hogy az alsó húgyúti rendszer megbetegedése nem jelenti a transplantatiós sebészet contraindicációját. A szövöd-

mények és mortalitás aránya nem nagyobb, mint a normális viszonyú transplantatiónál. *Perjés Gábor dr.*

Veseátültetés utáni megbetegedések. Corrodi P. és mtsai: (Department für Innere Medizin, Chirurgische Klinik und Institut für Pathologische Anatomie der Universität Zürich). Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 1974, 104, 873—877.

A szerzők 147 veseallotransplantatio eredményeit értékelik, amit a zürichi Sebészeti Klinika munkaközössége 1964 és 1972 között végzett. A betegek kora 6 és 60 év között változott, az alapbetegség esetük többségében chronikus glomerulonephritis, chronikus pyelonephritis, polycystás vese, illetve chronikus interstitialis nephritis volt. Átültetés előtt valamennyien immunsuppressív terápiában részesültek (prednisonon, lokális rgt-besugárzás, Actinomycin D, antilymphocytás globulin). 13 betegen kilökődési reactio miatt ismételt átültetés történt.

Eredményeik a túlélési időt, a szövödmények gyakoriságát tekintve a világstatisztika középmezőnyét reprezentálják. A complicatiók fele a transplantatio közvetlen következménye és a húgyutakra lokalizálható. Észleltek szövödményeket a gastrointestinalis- és a cardiovascularis rendszer, valamint az endocrin systema részéről is. Utóbbiak másodlagos jellegűek, mint hyperparathyreosis, vércukorszintemelkedés, steroid psychosis.

Az összes szövödmény fele a transplantatio utáni első hónapra esik, kétharmada az első fél évre. Három év múlva a betegek 60%-a még életben volt, 3 beteg túlélési ideje 7 év. Transplantatum eltávolítást 31 esetben végeztek 29 betegnek. Heveny kilökődési reactio az összes szövödmények egyegyede volt. Megelőzésére nagydosisu immunosuppressiv kezelés szükséges, ami megkönnyíti az infekciók létrejöttét, maga a therapia pedig leukopenia, gastrointestinalis vérzés, diabetes, aseptikus csontnecrosis, pancreatitis, immuran-cholostasis okozója lehet. A transplantatiós reactiók száma csupán az első fél év után csökken, de azután is az immunsuppressio mértékével áll arányban.

A szerzők külön kiemelik, hogy a halálozások fele az infekciók következménye. A 31 infekciós megbetegedésben elhunyt közül 21 beteg halála előtt még 50 mg steroidot kapott, 7 esetben egynélkül leukopenia is fennállt. Technikai probléma csak az esetek egytizedében adódott, így a szövödmények számának további csökkentése elsősorban a klasszikus immunosuppressív kezelés minimumra csökkentése, a kezelés effectusának pontosabb lemerése alapján valósítható meg. *Bartók András dr.*

Máj- és epeútbetegségek

Májbetegségek és májtumorok a diagnosztika szemszögéből. Radioizotóp módszerek. V. R. McCready, J. J. Barrett (Royal Marsden Hospital, Sutton, Surrey): Proceedings of the Royal Society of Medicine 1974, 67, 207.

A máj izotópvizsgálatára alkalmazható készítmények három csoportra oszthatók. Az elsőbe tartoznak azok, melyeket a máj választ ki. Ezek közül legismertebb a ¹³¹I bengálvörös. A második csoportban említendő a kolloid-készítmények, melyek a máj reticuloendothelialis rendszerében tárolódnak. Ilyen a ¹⁹⁸Au kolloid, a ^{90m}Tc albumin vagy kén-kolloid, valamint újabban a ^{113m}In ferrohydroxid. A harmadik csoportot a ⁷⁵Se-methionin és ⁶⁷Ga-citrát képviseli. Ezek általában fokozott affinitást mutatnak a növekvő folyamatokhoz, így a malignus tumorokhoz.

A májba jutott sugárzó anyagok detectálása történhet rectilinearis scannerrel vagy gamma-camerával. Utóbbi gyors képalkotása miatt dinamikus vizsgálatokra is alkalmas. A máj vizsgálatára legalább három projectio szükséges, ventralis, dorsalis és lateralis. Ezekben a felvételeken megítélhető a máj nagysága, alakja, elhelyezkedése, az aktivitás májon belüli eloszlása. A májon belüli kóros képletek kiesés formájában mutathatók ki. Ezek lehetnek jó- vagy rosszindulatú folyamatok egyaránt. Természetük megítélését lehetővé teszi egyrészt a keringésdinamika gamma-camerával végzett functionális izotópvizsgálata, másrészt a ⁷⁵Se-methionin és a ⁶⁷Ga-citrát alkalmazása. Némelykor előnyösen lehet kombinálni a máj izotópvizsgálatát egyéb szervekével, így pl. a tüdőscintigraphiával együtt végezve értékes adatokat szolgáltat rekesz alatti tályog esetén.

A módszernek fő előnye egyszerű és veszélytelen volta. Ezért szűrővizsgálatként is alkalmas. A pozitív esetek további tisztázása azután egyéb radiológiai módszerek tehet szükségesé, mint ultrahangvizsgálat, angiographia.

Laczay András dr.

Angiographia a májtumorok diagnosztikájában. L. Kreef (Northwick Park Hospital, Harrow, Middlesex): Proceedings of the Royal Society of Medicine. 1974, 67, 208.

A májtumorok vizsgálatára a következő angiographiás módszerek jöhetnek szóba:

1. Hepatikus venographia. Teljesíthetősége korlátozott, egyetlen indikációs területe a vena hepatica elzáródás kimutatása.

2. Splenoportographia. Elsősorban a portalis rendszer állapotának tisztázására alkalmas, de használják tumor-lokalizálásra is.

3. Umbilicalis portographia. Teljesíthetősége az előzőhöz ha-

sonló, de szükséges hozzá a vena umbilicalis kiperarálása.

4. Cavographia inferior. A májnak a vena cava inferiorral határos dorsalis területén levő tumoros elváltozások vizsgálatában értékesíthető.

5. Arteriovenographia. Ezen a katéterrel végzett selectiv visceralis arteriographia értendő. Ez a legértékesebb eljárás, mert nemcsak a májbeli tumorok elhelyezkedését, kiterjedését mutatja, hanem azok érszerkezetének ábrázolásával bizonyos határokon belül következtetni enged azok benignus vagy malignus jellegére, szöveti szerkezetére is. Az avascularis laesiók, melyek környezetük ereit ívben dislocálják, általában jóindulatúak szövetszinten. Az elsődleges vagy másodlagos malignus tumorok többnyire hypervascularisak, többé-kevésbé jellegzetes atypusos érszerkezettel. Cirrhosisos májban kialakuló malignus tumor kimutatása azonban problematikus lehet, mert a cirrhosisos rendszerint előforduló hypervascularisatio nehezen különíthető el a tumoros érájráképződéstől.

(Ref.: Egy ilyen áttekintő jelleget munkában említést érdemelt volna még az angiographiás módszerek között a Lipiodol készítményekkel végzett portohepatographia, mely a májbeli tumorok kimutatásának egyik egyszerű és értékes módszere. Tökéletesítésén főként francia kutatók fáradoznak.)

Lacza András dr.

Ultrahang a májbetegségek diagnosztikájában. F. G. M. Ross (Bristol Royal Infirmary, Bristol): Proceedings of the Royal Society of Medicine. 1974, 67, 211.

A máj vizsgálata során az ultrahang-detectort intercostalisán vagy subcostalisán kell elhelyezni, hogy a bordák ne zavarják a vizsgálatot. Utóbbi esetben a máj helyzetétől függően enyhe cranial irányú döntés is szükséges. A-típusú scan alkalmazása esetén a máj ventralis és dorsalis felszíne nagy intenzitású echót ad, ezen belül alacsonyabb hullámok láthatók az érfaalaknak és epeutaknak megfelelően. Az echók magassága függ az alkalmazott ultrahang intenzitásán kívül a hasfal vastagságától és a máj esetleges kórállapotától is. B típusú scanen ívelt vonalként rajzolódik ki a máj ventralis és dorsalis felszíne, ezen belül pedig vonalas echót adnak a májbeli erek, epeutak. A detector helytelen angulációja esetén zavaró echók lépnek fel a máj concav alsó felszínének megfelelően. Oka a ventralis felszínen kilépő és a dorsalis részbe újra belépő hullámok echójának összegeződése. Ez kiküszöbölhető a detector döntésének helyesbítésével. Nehezíthetik a vizsgálatot hasfali hegek, szűk bordaközök, vastag hasfal, zavaró gáz a tüdőből.

Májbeli terimék bennének vizsgálatában az ultrahang, az izotóp- és angiographiás technika előnyösen egészíti ki egymást. Az izotópvizsgálat mutatja a kiesést, az angiographia tisztázza az érszerkezetet, az ultrahangvizsgálattal pedig eldönthető, hogy a terime sodlódás képlet-e vagy pedig cysta. Difúúz májbetegségek vizsgálatában mindig célszerű ugyanazon ultrahang-energia mellett normális májjal való összehasonlítás.

Lacza András dr.

A hepatitis B antigen — és antitest gyakorisága prostituáltakban. Papaevangelou, G. és mtsai (Dept. of Hygiene and Epidemiol., School of Med., Univ. of Athens, Greece): Brit. Med. J. 1974, 2, 256.

Újabb tanulmányok alapján úgy látszik, hogy a hepatitis B non-parenchymalis vagy inapparens módon egyaránt átvihető, és hogy a fertőzés sexualis útja fontos szerepet játszik a betegség terjesztésében.

293, ellenőrzött athéni prostituált serumában vizsgálták a HBAG-t és a HBA-antitestek (HBA), 379 kórházban észlelt terhes nő szolgált kontrollként (ez utóbbiak alacsony socioeconómikus szinten éltek).

A HBAG-t a prostituáltak 4,4%-ában, a kontrollok 3,4%-ában mutatták ki (ez statisztikailag nem szignifikáns). Az előbbi csoportból kettőben, az utóbbiból 1-ben volt a normális felett a GPT. A HBAG arány az életkorral csökkent (ismételt vizsgálat során legalább 6 hónapig persistált).

A HBA-t a prostituáltak 56,7%-ában, a kontrollok 24,5%-ában észlelték (ez szignifikáns). A 20 évnél fiatalabb kontroll egyének 12,1%-os HBA aránya, a 35 év feletiekben 31,8%-ra emelkedett. Az emelkedés nem szembetűnő a prostituáltak csoportjában: a 20–24 évesekben 50%, a 35 évnél idősebbekben 65,9%. A HBA mindkét csoportban életkor-dependens volt.

A HBA gyakorisága a prostitúció első évében 37,9%, öt évnél hosszabb prostitúcióban 64,4% vagyis egyenes arányban van a prostitúció időtartamával. A HBAG gyakorisága a prostitúció első öt évében nagyobb, utána csökken. A prostituáltak nyilvánvalóan fokozott fertőzés aránya arra utal, hogy a HB infectio sexualis úton átvihető.

Barna Kornél dr.

Phytohaemagglutinin indukált lymphocita transformatio és toxoplasma ellenes antitest vizsgálatok primer biliaris cirrhosisos betegeknél. MacSween, R. N. M. és mtsai: Clin. exp. Immunol. 1973, 15, 35–42.

A szerzők különböző phytohaemagglutinin (PHA)-dosisek alkalmazásával vizsgálták 18 primer biliaris cirrhosisos beteg lymphoblastos transformatióját, mint a sejt-hez-kötött immunválasz mutatóját. Mivel véletlen előfordulásként, co-

incidentalisan egyik betegükben akut toxoplasmosist észlelték, 110 primer biliaris cirrhosisos beteg serum mintáját vizsgálták toxoplasma ellenes antitestekre.

Eredményeik szerint a kontrollcsoporthoz képest primer biliaris cirrhosisosban szignifikánsan csökkent mértékű PHA-indukált blastos transformatiót találtak. A károsodott válasz-készség különösen a kis dosis PHA-nél végzett stimulatio esetén volt szembetűnő. Ez a lelet megfelel a korábbi adatoknak, amelyek arra utaltak, hogy primer biliaris cirrhosisosban károsodott a sejt-hez-kötött immunválasz.

A toxoplasma antitest vizsgálatok jelentőségét az a megfigyelés hangsúlyozta, hogy más károsodott cellularis immunitással járó állapotokban is észlelték már ezen antitestek titerének emelkedését. A szerzők a 110 primer biliaris cirrhosisos beteg 44%-ában találtak 1:8 vagy magasabb titerben kimutatható toxoplasma ellenes antitestet, az esetek 7%-ában a titer 1:256 vagy magasabb volt.

Lehetséges, hogy primer biliaris cirrhosishoz is a csökkent sejt-hez-kötött immunitás következtében a latens toxoplasma infekciók aktívabbá válnak, s mivel a humoralis immunválasz nem érintett, gyakrabban észlelhető az antitest titer-emelkedése.

Ahogy a T-sejt functio károsodását teszik felelőssé a hepatitis vírus nem megfelelő eliminálásáért Australia-antigen-pozitív krónikus májbetegségben, elképzelhető, hogy más infectiv agensekkel kapcsolatban is hasonló a helyzet a cellularis immunválasz zavarásával járó kör-
képekben.

Pár Alajos dr.

Lymphocita transformatio phytohaemagglutininre primer biliaris cirrhosisos betegeknél. Plasma inhibitor vizsgálatok. Fox, R. A. és mtsai: Gut. 1973, 14, 89–93.

A szerzők és mtsai már korábban megállapították, hogy primer biliaris cirrhosisos betegek lymphocytáinak károsodott volt a phytohaemagglutininre bekövetkező blastos transformatiója. Ezen jelenség oka nem volt tisztázott, bár az észlelt csökkent válasz-készség párhuzamot mutatott a T-lymphocyták más functió-próbaival (tuberculin bőrpróba, dinitrochlorbenzenre való érzékenység).

A szerzők most azt a kérdést vizsgálták, hogy vajon nem gátló hatású plasma factorok jelenlétével lehet-e kapcsolatos a tapasztalt jelenség. 12 primer biliaris cirrhosisos betegen szervenő és 12 egészséges egyén lymphocytáival és plasma mintáival végezték kísérleteiket. Vizsgálták a lymphocyták phytohaemagglutinin — (PHA) indukált blastos transformatióját különböző körülmények között: autolog, normál, ill. biliaris cirrhosisos plasma jelenlétében.

Eredmények: a primer biliaris cirrhosisos betegek lymphocytái az



BISECURIN

BISECURIN

tabletta

ÖSSZETÉTEL: A tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot 0,05 mg aethynil oestradiolumot tartalmaz.

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

ELLENJAVALLATOK: Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosiskészség, súlyos organikus szívbetegségek, chronicus colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlő-

carcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. A fogamzásgátló hatás rendszeres szedés esetén az egyhetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tabletta bevétele egy napon elmarad, lehető leghamarabb pótolni kell. 2 tabletta bevétele között 36 óránál hosszabb idő ne teljen el,

különben az ovulatiogátló hatás folyamatosága nem biztosított. Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség.

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

MEGJEGYZÉS: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

FORGALOMBA KERÜL:

21 tabletta 24,— Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
												
16	17	18	19	20	21	1	2	3	4	5	6	7
												

autolog plasma jelenlétében 12-ből 5 esetben kórosan alacsony fokú blastos transformatiót mutattak PHA stimulációra. A normál lymphocyták reakciójára a homolog normál plasmának nem volt egyértelmű hatása. A primer biliaris cirrhotikus betegek plasmája 3 esetben gátolta a normál lymphocyták blastos transformatióját.

Úgy látszik tehát, hogy a csökkent transformatív készségben primer biliaris cirrhotisban szerepe van egy gátló plasma factornak, de ez önmagában nem magyarázza meg teljesen a megfigyelt jelenségeket. Más tényezők is fontosak lehetnek, mint pl. a T-lymphocyták hiánya, vagy kóros lymphocytá populatio jelenléte.

Pár Alajos dr.

Lymphocytá transformatio és leukocytá migratio gátlás Australia-antigennel. Yeung Laiwah és mtsai: Clin. exp. Immunol. 1973, 15, 27—34.

A szerzők az Australia-antigennel kialakult sejthez-kötött immunválaszt in vitro módszerekkel tanulmányozták. 14 serum (*B-vírus*) hepatitisen, 23 infectió (*A-vírus*) hepatitisen átesett beteg, 2 tünetmentes A.-antigen hordozó, valamint nem máj-betegek és egészséges egyének lymphocytáinak blastos transformatióját és sejt migratio gátlását vizsgálták A.-antigen hatására.

Eredményeik szerint a *B hepatitisen* átesett betegek lymphocytái mind az Au.-antigént tartalmazó serumra, mind a tisztított Au.-antigen preparatumra blastos transformatióval reagáltak, ill. a sejt migratio gátlás jelenségét mutatták — a specifikus sejthez-kötött immunválasz jeleként. Mindezt nem észlelték a tünetmentes antigen hordozók, sem — egy kivételével — az infectió hepatitisen átesettek, sem a kontroll egyének esetében.

A vizsgálati eredmények támogatják azt az elképzelést, hogy *B hepatitisen* számolni kell az Au.-antigennel szemben kialakuló celluláris típusú immunreakcióval.

Pár Alajos dr.

Tünetmentes primer biliaris cirrhosis. Fox, R. A. és mtsai: Gut. 1973, 14, 444—447.

Primer biliaris cirrhotisban rendszerint a lappangva kezdődő vizketés az első tünet, ami esetleg évekkel megelőzheti a sárgaságot. A betegek együtöde anicterosus a diagnosis feállításakor. A májbiopsia elterjedésével a pathognomikus histologiai jelek alapján a kórisme könnyebben felállítható lett, a betegség korábbi szakában. Másrészt a mitochondrium ellenes antitest felfedezése hozott előrelépést a diagnosztikában. Walker és mtsai 1970-ben mitochondrium ellenes antitest-pozitív tünetmentes egyének részletes vizsgálatát során számos esetben „szubklinikailag” zajló

májbetegséget állapítottak meg. Ma már jól ismert, hogy a primer biliaris cirrhosis kifejlődhet anélkül, hogy sokáig tünetet okozna.

A szerzők 4 olyan tünetmentes nöbeteg kórtörténetét ismertetik, akikben a májbetegségre a mitochondrium ellenes antitest-pozitivitás és az emelkedett serum alkalicus phosphatase szint utalt, és akiknek a máj szövettani vizsgálata mindegyik esetben a primer biliaris cirrhosis első stádiumának histologiai jeleit mutatta.

Az első beteg rheumatoid arthritis gyanúja miatt került orvoshoz, nyaki fájdalommal — a második betegségét családvizsgálat kapcsán fedezték fel —, a harmadik beteget metrorrhagia miatt vizsgálták és májnagyobbodást észleltek —, a negyedik beteg esetén pedig rheumatoid arthritisrel kapcsolatos antitest vizsgálatok kapcsán találták a magas titerű mitochondrium ellenes antitesteket.

Simaizom és antinuclearis ellenanyagot nem találtak egyik esetben sem. IgM szint emelkedést 3 betegben mutattak ki. Phytohaemagglutininre 3 esetben normális, egy esetben csökkent lymphoblastos transformatiót észleltek.

Két beteg sorsát követték két éven át. Az egyiknek a kóros májpróbái és a statusa változatlan két év elteltével is, a másiknak egy év múlva kifejlődött a cholestasis tünete, vizketés jelentkezett. A biopsia azonban a második év végén is a biliaris cirrhosis első stádiumának megfelelő képet mutatta. Ez utóbbi beteg napi 100 mg azathioprint kapott. A vizketés kiújult, amikor az azathioprint elhagyták, és megszűnt a gyógyszer újra adását követően.

A szerzők rámutatnak: hogy nem tudni mennyi idő telik el a betegségben, amíg a biliaris cirrhosis klasszikus tünetei megjelennek. Lehet, hogy az egyik betegben soha sem fejlődnek ki a klasszikus tünetek —, míg a másik esetben „tünetmentes szakban” felfedezett betegben, előbb-utóbb kialakulnak a májbetegség manifesztációi.

A mitochondrium ellenes antitest, a serum alkalicus phosphatase és a májbiopsia együtt hasznos segítség a korai diagnosisban, ami lehetővé teszi, hogy a hatékony terapia bevezetésére a betegség minél korábbi stádiumában sor kerülhessen.

Pár Alajos dr.

Therápiás drogok okozta májkárosodás májbiopsiás diagnosisának irányelvei. Scheuer, P. J. és mtsai (Dept. of Histopathol., Royal Free Hosp., Gray's Inn Road, London WC1X 8LF, England): Lancet, 1974, I, 854—857.

A gyógyszerek okozta májkárosodások sokszor problematikussá teszik a diagnosis és dilemma elé állítják a klinikust, vajon az adott szer a felelős-e az észlelt elváltozásokért, le kell-e állítani a szer to-

vábbi szedését, egy újabb gyógyszer az észlelt elváltozások alapján potenciálisan hepatotoxikusnak kell-e minősíteni, s adott esetben a fellépő icterus gyógyszeres vagy sebészi eredetű-e. Ezekre a kérdésekre igyekszik választ adni annak a 11 kitűnő hepatológusnak (Korb, Papper, Thaler, Paulsen, stb.) 3 éves megfigyelése, akiknek adatait a londoni Scheuer és a baseli Bianchi rendszerezte. Az irányelvek a drogok előre meg nem mondható és általuk okozott májkárosodásának histologiai képével foglalkoznak, s mielőtt a 3 fajta szövettani eltérés képét részletesen ismertetik, az összeállítók utalnak arra, hogy a szövettani kép önmagában sokszor nem diagnosis, a klinikai képet, a betegség lefolyását is ismerni kell annak, aki a végső diagnosis ki mondja.

A 3 fajta szövettani elváltozás a következő: *cholestasis*, *gyulladásos reactio* és *májsejt károsodás*. Mind ezen elváltozások széles skálája fordul elő egyéb májbetegségekben is, éppen ezért érthető, hogy adott esetben a klinikai kép egybevetésével lehet csak dönteni. Talán a gyulladásos reactió mutató szövettani kép könnyítheti meg a vizsgáló dolgát akkor, ha nagyobb számú eosinophil sejtet is lát, mert ez utalhat parazitás betegségek kizárása után hypersensitivitásra. Egyébként vírus hepatitisről az elkülönítést elősegíti többek között a necrosis súlyosságának aránytalan volta a beteg állapotával összehasonlítva, zsíros elváltozás a hepatitis teljesen kialakult stádiumában, granuloma kialakulás egyéb biztos ok nélkül, az említett jelentősebb eosinophil sejt infiltratio, a betegség korai szakában észlelt periportalis cholestasis és az epecsatornák károsodása. Fatális májnecrosis esetében természetesen ezek a különbségek elmosódnak és a szövettani kép alapján nem lehet eldönteni a drogkárosítás szerepét. A halothan és a vírus okozta hepatitis necrosisanak képét (halothan esetében esetleg demarcálódott a necroticus area) elektronmicroscoppal sem lehet egymástól elkülöníteni. Az alphas-methyl-dopa okozta májkárosodás néha teljesen a vírus hepatitishez hasonló, csak a szövettani kép enyhébb súlyosságú és a necrosis inkább foltos, mint összefolyó.

Ugyancsak nehéz a döntés akkor, amikor cholestasis mellett egyidejűleg inflammatio és májsejt károsodás is van. Ilyet a chlorpromazin tud produkálni. Kezdetben a portális részben a lymphoid-sejt infiltratio, majd centrilobularisan májsejt károsodás következik a hepatocyták eltűnésével vagy duzzadásával, nagyságbeli variációjával és a nucleusok számának növekedésével. Ha a betegség több hétre elhúzódik, a cholestasis periportalisan is megtalálható és a portális tractusban és a sinusoidokban látható nagyszámú eosinophil sejt lehet ismét értékes a diagnosis számára. Tiszta cholestasist elsősorban az

anabolikus steroidok és a contractív steroidok tudnak okozni, itt portalis inflammatio nem szokott előfordulni és a májkárosodás mértéke is csekély.

Mindezekon kívül vannak olyan szerek is (halothan, sulfonamidok, phenylbutazon), melyek granuloma-képződéssel járnak, s a szer abahagyásával gyors regressio következik be. Olyan közlések is vannak, amikor gyógyszerek szedése során pl. Budd—Chiari-syndroma alakul ki.

Az elmondottak utalnak a májbiopsiával nyert adatok fontosságára. Adott esetben a beteg sorsát a szövettani kép helyes értelmezése döntően befolyásolhatja (vírus hepatitis vagy valódi mechanikus obstructio, műtét vagy konzervatív kezelés, gyógyszer kihagyása vagy másik beiktatása, megmagyarázhatatlan májbetegség esetén a szövettani kép segítségével májkárosító gyógyszer utáni kutatás a körelőzményben).

Iványi János dr.

Kórbonctan

Amyloid a pajzsmirigyben. Kennedy, J. S., Thomson, J. A., Buchanan, W. M. (University Departments of Pathology and Medicine, Glasgow Royal Infirmary, and Department of Pathology, Stobhill Hospital Glasgow.): Quarterly Journal of Medicine, 1974, 43, 127—143.

A pajzsmirigyben primer v. secundar amyloidosis előfordulása ismert jelenség, de nincsen jól dokumentálva. Az amyloid golyva ritkaság, eddig 55 esetet írtak le. Ebben a témakörben jelenleg a legnagyobb érdeklődést a pajzsmirigy medullaris carcinomájában előforduló amyloid váltotta ki és ennek összefüggése a stroma amyloidjával. A szerzőknek újabb lehetőségük volt 7 amyloid-golyvás esetet tanulmányozni és ez vezette őket arra az elhatározásra, hogy általánosabb képet adjanak a pajzsmirigyben előforduló amyloid manifestációról.

A 7 amyloid-golyvás eset közül 4 sebészeti anyagból és 3 boncolásból származott. A szerzők részletesen tárgyalják eseteiket. A pajzsmirigy súlya 40—150 g között változott, a golyva diffúz, tömött tapintatú volt. Halvány metszslapot figyeltek meg, néhány esetben megnagyobbodott folliculusokat és egy esetben 2 cm átmérőig terjedő cystákat észleltek, környezetükben régebbi és újabb vérzéssel. Mikroszkópos vizsgálattal nem volt különbség a primer és secundar amyloid között. Erezt zsírszövet előfordulása 5 esetben volt kifejezett. A zsírszövet a perifollicularis stroma amyloidja mellett helyezkedett el. A folliculusok közelében a capillarisok fala amyloidtól megvastagodott, a nagyobb erek általában nem voltak érintettek. Egy esetben thyroglobulin kisebb molekula súlyú jódhoz kötött proteint nyertek, ezenkívül thyroglobulint. Autoradiogra-

phia azonban nem bizonyította, hogy az amyloid jódhoz kötött.

Golyva nélküli pajzsmirigyben amyloidot 15 esetben figyeltek meg, 2 primer volt, 12 secundar és 1 esetben az amyloidosis rheumás carditissal együtt fordult elő. Klinikailag nem észleltek rendellenességet a pajzsmirigy méretében és funkciójában. A nemi előfordulásban nem volt lényeges különbség. A 12 secundar amyloidosis rheumatoid arthritishez, tuberculo-sishoz és bronchiectasiához társult. Mikroszkóposan ugyancsak nem tudtak különbséget megfigyelni a primer és secundar amyloid között. Zsírszövet nem fordult elő. Az amyloid néha csak a kis erek falában volt megtalálható. Arterioliánál nagyobb erek ritkán voltak érintettek. A stromalis amyloid kezdetben perifollicularis megjelenésű discontinuus rostok formájában volt látható. A legtöbb esetben speciális festés és polarizációs mikroszkópos vizsgálat volt szükséges az amyloid kimutatására.

Pajzsmirigy medullaris carcinoma 10 esetében vizsgálták az amyloid depositumokat, közvetlenül a tumor amyloid tartalmát és a secundar előfordulást. 6 esetben sebészileg, 4 esetben boncolás kapcsán nyerték az anyagot. Mikroszkópos vizsgálattal amyloidot találtak a primer tumorban és a másodlagos depositumokban. A capillarisok falában általában nem találtak amyloidot és a nagyobb erek falában sem, kivéve azt, amikor a tumorban a nagyobb erek adventitiájában néha előfordult. Zsírszövet nem volt az amyloiddal összefüggésben. Autoradiographiás vizsgálattal itt sem tudták a jódhoz kötött amyloidhoz történt kötődését igazolni.

Kísérleti amyloidosis aranyhórcsógben hoztak létre. Ebben az állapotban leishmaniasis után amyloidosis fejlődik ki, ami jó kísérleti modell a human secundar amyloidosis tanulmányozására. Az állatok veseamyloidosisban pusztulnak el. 9 állatban vizsgálták a pajzsmirigyben az amyloidot és lényegileg a human anyagnak megfelelő elváltozásokat tapasztaltak. Sulphatált mucopolysaccharidákat is kimutattak, azonban még nem tudjuk, hogy milyen szerepük van ezeknek az amyloidosis pathogenesisében.

Honti József dr.

Genetika

A cysticus fibrosis genetikája. G. A. Bearn., (Cornell Univ. Med. Coll., Dep. Med., New York): Clinics in Gastroenterology. 1973, 2, 515—521.

A cysticus fibrosis az egyik leggyakoribb autosomalis recessiv öröklődő betegség a fehér népeesség körében. Megközelítőleg minden 2500 élveszülésre kell számítani egy beteget. A hordozók a fehér lakosság 4%-át teszik ki. A felmérések alapján a betegség igen ritka az

amerikai négek és a keleti népek között.

Bár a populáció-genetika ismert kutatási módszereivel nem lehet bizonyítani a cysticus fibrosis genetikai heterogenitását — a közlemény adatai szerint a betegek és hozzátartozóik, úgymint obligát heterozygotok, fibroblasztjainak szövettenyésztete az összes eset 80%-ában intracellularis metachromasiát mutat. A fennmaradó 20% (beteg és hozzátartozói) a metachromasiát nem mutatja. Ez a felmérés, bár a vizsgálat nem specifikus, alátámasztani látszik a genetikai heterogenitást. A kritikus házaszásgötések szempontjából nem közömbös, hogy mindeddig nem találtak olyan cysticus fibrosissal beteget, akinek egyik hordozó szülőjénél metachromasiás fibroblasztok, a másik hordozó szülőnél pedig amechromasia lett volna. Valószínűsíthető, hogy ilyen típusú házaszásgötések esetén normális pheno-típusú gyermekek születnek.

Az a feltevés, hogy a cysticus fibrosisért felelős gén-locus az ötödik chromosoma rövid karján van, nem nyert megerősítést, és egyelőre ismeretlen a felelős gén vagy gének helye.

Csapó Ágnes dr.

Cysticus fibrosis: A betegség genetikai eredetének hatása a szülőkre. McCrae W. Morrice, A. M. Cull, L. Burton, J. Dodge. (Dept. Child Life and Health, Univ. Edinburgh): The Lancet. 1973, 2, 7821, 141—143.

A szerzők ötven skóciai és ötven írországi, cysticus fibrosissal érintett családot vizsgáltak. Felmérték a szülők tájékozottságát a betegség genetikai eredetét illetően, és a kapott információkra adott válaszreakciójukat.

Kérdőívek feldolgozásával, és ezeket összekapcsolva szóbeli felmérésekkel, a következőket találták: 1. Jól értékelhető különbség volt a magasabb és alacsonyabb intelligenciájú szülők megértése és reakciója között. (Az intelligenciát az iskolai végzettség és a betöltött munkakör alapján állapították meg) 2. Míg Skóciában a megkérdezett szülőknek csak 36%-a érezte kötelességének, hogy az eredetileg tervezettnél kevesebb gyermeke legyen, addig Írországból szinte általános volt, hogy hátrált szabták a család létszámának. 3. A bűnösség, felelősség érzése, ill. a házastárs okolása csak a betegség-eredet megértésének hiányában mutatkozott. A szülői értetlenség faktorai az alacsony iskolázottság és alacsony szintű intellektuális képesség, pszichés hatások, és a diagnosztizáló orvos által adott pontatlan, kevésbé közérthető és rosszul időzített felvilágosítás voltak.

Általánosságban jellemző volt, hogy a hiányos orvosi felvilágosítás és a nem eléggé hatásos családtervezési tanácsadás tehető felelőssé az érintett családok konfliktusaiért és az újabb cysticus fibrosissal gyermekek születéséért.

Leszögezték, hogy több aktív lépést kell tenni, hogy ellássuk pontos családtervezési tanácsokkal a cysticus fibrosisban szenvedő gyermekek szüleit. *Csapó Agnes dr.*

Emberi géntérképezés: bizonyíték a Rhesus vércsoport lokuszának az 1-es kromoszóma rövidkarjában való elhelyezkedése mellett. Marsh, W. L. és mtsai (New York Blood Center, 310 East, 67 Street, New York 10 021): Science, 1974, 183, 966—968.

Myelofibrosisban megbetegedett Rh pozitív férfi vérében Rh negatív vértesteket találtak. Anyja Rh pozitív (R¹R¹), apja Rh negatív. Így a beteg heterozygota: R¹r. Az Rh negatív vörösvértestek léte tehát megmagyarázhatatlan volt. A beteg vérében magas haematopoetikus precursor sejtek is nagyszámúak voltak kimutathatók és ezek kromoszóma-vizsgálata egy jellemző kromoszóma-aberrációra hívta fel a figyelmet. A lényeg az volt, hogy — egy bonyolult kromoszóma átrendeződés következtében — az egyik 1-es kromoszóma rövidkarjának a distalis része (szegmentje) hiányzott. Ennek — és más serológiai, klinikai és korábbi citogenetikai adatok — alapján feltételezik, hogy az Rh vércsoport génjeinek helye, lokusza az A1 kromoszóma rövidkarjának végén helyezkedik el. Ugyanis csakis ezen rész elvesztése és így az Rh pozitívásáért felelős R¹ gén hiánya magyarázhatja meg a beteg Rh negativitását.

Czeizel Endre dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

A Reye-szindróma klinikai diagnózisa. Szerkesztőségi közlemény: British Medical Journal 1973, 3, 308—309.

A Reye-szindróma túlnyomórészt csecsemőkön és kisgyermeken előforduló, legtöbbször letalisan végződő, encephalo-hepatikus megbetegedés. A szindróma klinikai tünetei: hirtelen fellépő tudatzavar, rohamokban jelentkező izomtónus fokozódás, a felső végtag flexióban, az alsó végtag extenzióban való megmerevedése, hyperpnoe, vagy szabálytalan légzés. Góctünet és meningealis izgalmi jel nincs. A zsigerek érintettségének egyetlen klinikai tünete enyhe, vagy mérsékelt fokú hepatomegalia. Egyre mélyülő coma és 24—48 óra belüli halál a leggyakoribb kimenetel.

A klinikai diagnózis alátámasztható olyan laboratóriumi leletekkel, amelyek a máj megromlott funkcióját tükrözik. Jellemző a serumban acidosis, hypoxia, hypoglycaemia, emelkedett kálium- és ammóniaszint. A liquor normális, de csökkenhet a cukorszint és ritkán lymphocytosis észlelhető. Kórbonctanilag sejtes infiltratio nél-

küli agyödéma és a zsigerek, különösen a máj zsíros elfajulása jellemzi a kórképet.

Minden eddigi, a Reye-szindrómával foglalkozó közlemény hangsúlyozza a betegség magas mortalitását, ismeretlen aetiologiáját és hatásos kezelés hiányát.

A javasolt kezelés: alacsony fehérje tartalmú diéta, gyomorszondán át neomycin adása, tisztító beöntések. Dexamethasone vagy mannitol infusio csökkenti az agyödémát, peritoneális dialysis, cse-retransfusio kiszűrheti a feltételezett toxinokat. A betegség mortalitása 25—80%. *Vámos Klára dr.*

A sugárzó hő hatása az újszülött csecsemő insensibilis vízvesztésére. William, P. R., Oh, W. (Department of Pediatrics, Harbor General Hospital, UCLA School of Medicine, Torrance, Calif.): American Journal of Diseases of Children. 1974, 128, 511—514.

Az insensibilis vízvesztés (i. v.) fontos szerepet játszik az újszülött csecsemők víz és elektrolit háztartásában is. Hatását tanulmányozták már szinte minden életkorban és számos ismert betegségben. Az alapanyagcsere, a környezeti hőmérséklet, a relatív nedvesség, a testhőmérséklet, az aktivitás és phototerápia mind-mind befolyást gyakorol alakulására. Mivel a különféle hőszugárzók egyre fontosabb szerepet játszanak a csecsemők — különösen az újszülöttek és koraszülöttek — környezeti és testhőmérsékletének a biztosításában, kézenfekvőnek látszott, hogy ennek hatását is megvizsgálják az i. v.-re.

24 újszülöttről számoltak be; számukra olyan feltételeket teremtetek, hogy közel fele-fele arányban normál incubatorba, illetve sugárzó hő alá kerültek észlelésük közben. Igen nagy érzékenységi mérleget alkalmaztak, amely 10 kg-ig mért ± 5 g pontossággal. Mérték mindkét csoportban külön a bőr hőmérsékletét, a rectalis temperatúrát, a relatív környezeti nedvességet és a légzésszámot. Kívülről, hogy ezek semmi különbséget nem jeleznek. Az incubatoros csoport környezeti hőmérséklete átlagban lényegesen magasabb volt (33,4 °C), mint a sugárzó hő alatt tartottaké (27,6 °C).

Ismeretes, hogy a hőcsere a csecsemő teste és környezete között négy tényezőtől függ: 1. relatív páratartalom, 2. a levegő mozgásbessége, 3. a sugárzó felület, 4. a környezeti hőmérséklet.

A környezet relatív páratartalma — megfigyelés közben — a két csoportban lényegében azonos százalékos értéken maradt. Mivel azonban a hőmérséklet különböző volt, a sugárzott csoportban a bőr párányomása, illetve a környezet párányomása közötti gradiens értéke nagyobbak adódtak. Ez a tény elősegítette a magasabb i. v.-t, mivel az egyenes arányban áll azon gradiens értékével, amely a bőr és

a környezet párányomása között fennáll.

A környezeti levegő ugyan nem volt mozdulatlan az észlelés ideje alatt, szélerősség azonban egyik csoportban sem keletkezett, így ez a hatás elhanyagolható lett.

Az újszülött hővesztését 50—75%-ban a radiatio okozza. Az ilyen jellegű hőleadás mindig függvénye az ún. „tényleges” hőmérsékletnek, amely tulajdonképpen a testközeli környező és a szobahőmérséklet bonyolult eredője. Az incubatoros csoportban a bura hőmérséklete 33,1—33,7 °C között változott, a szoba hőmérséklete ellenben csak 25—26 °C-os volt. Ismeretes, hogy az operatív hőmérséklet 1 °C-szal esik, amennyiben a közvetlen környezeti, valamint a szoba levegője között 7 °C a hőmérsékleti különbség. Jelen esetben — éppen ezért — a tényleges operatív bura hőmérséklet 32—33 °C-nak felelt meg. Ez közel semleges környezeti hőmérséklet az újszülött számára, így az incubatoros csoport i. v.-e — érthetően — a basal-normál érték szint körül alakult.

Más a helyzet a sugárzott csoportban. Ott a szobahőmérséklet, illetve a bőr felszínének hőmérséklete között kell az említett különbséget számításba venni; ez pedig jelentékeny. Amíg az interscapularis bőr környezeti hőmérsékleti gradiens értéke az incubatoros csoportban 2,3—2,9 °C-nak bizonyult, addig ugyanez a besugárzott csoportban 8,4—8,9 °C-t tett ki. Ez is oda vezetett, hogy az utóbbi csoportban a sugárzással veszített hő jóval nagyobb lett.

Természetesen az ismertetett utakon-módokon elvesztett jelentékeny hőmennyiség arra kényszeríti az újszülöttet, hogy szervezete valamilyen formában — energetikailag — pótoljon. A vizsgálatok azonban — érdekes módon — azt bizonyítják, hogy a változt körülmények között nem emelkedik meg a csecsemő O₂-fogyasztása, amint az egyébként várható lenne. Éppen ezért egyesek azt valószínűsítik, hogy az újszülött szervezete — különös formában — bőrön keresztül abszorbeálja az infravörös energiát.

Mindenesetre a vizsgálati eredmények figyelmeztetnek: a koraszülöttek olykor nincsenek abban a helyzetben, hogy per os biztosítsák maguknak a szükséges folyadék mennyiségét és pótolják a veszteséget. Feltétlenül ide sorolnak azok, akik huzamosan hőszugárzó alatt tartózkodnak; ezek a fokozott vízvesztés miatt intravenás infúziós kezelésre szorulnak.

Kiss Szabó Antal dr.

Az elhalt csecsemők üvegtest vizének biokémiai összetétele. Swift, P. G. F., Worth, E., Emery, J. L. (The Children's Hospital, Sheffield): Archives of Disease in Childhood. 1974, 49, 680—685.

Az üvegtestvíz a szervezet sajátos, körülhatárolt folyadéktere,

amely helyzeténél fogva nincs kapcsolatban a vér alakos elemeivel, kémiailag tekintetben azonban a vérplasma tükröképe. Halál után jóval lassabban változik a bomlási folyamatokban, mint akár a plasma, akár a liquor. Vizsgálata a felnőtt diagnosztikában, már régebben ismeretes, különösen bizonytalan halálok esetén. Eppen ennek nyomán merült fel a kérdés, hogy vajon mi a helyzet a hirtelen, váratlanul elhalt csecsemők üvegtest biokémiájában, miután a halál okait gyakran itt sem ismerjük.

A sclerán át a szemgolyó tengelyéből szívták le a vizsgálati folyadékot, s módszerükkel mintegy 50–800 μ l mennyiséget nyertek egyszerűen. Az egyik szemgolyót a halál bekövetkezése után azonnal punálták, a másikat ellenben csak órákkal vagy napokkal később. Vizsgálták a nátrium, urea, calcium és magnézium, illetve glukóz tartalmát.

A nátriumot illetően három csoportba sorolták az ante mortem plasma értékek alapján: hyper-, normo-, hyponatraemia. Megállapították, hogy a post mortem üvegtestvíz értékek — közvetlenül halál után — a megelőző plasma értékeknek teljesen megfelelően alakultak, a későbbi szintek (12–24–36–48 óra múlva) ellenben egyre alacsonyabbak lettek. Ebben volt bizonyos törvényszerűség. Amennyiben halál után magas értékeket kaptak (több mint 141 mEq/l), úgy a későbbi értékek alakulása már nem volt ilyen egyértelmű.

Az urea értékekkel kapcsolatban azt találták, hogy akikben — halál előtt — a plasma értékek a normál szórásba estek (20–60 mg%), azokban a halál utáni üvegtest értékek egységesen emelkedtek; az emelkedés az eltelt idővel arányos volt; ezzel szemben azokban, akikben ante mortem magas (60 mg% fölött) plasma értékeket kaptak, azokban a halál utáni üvegtest szintek nem, vagy alig változtak.

Az üvegtest magnézium értékek a halál után — időben — egyre emelkedtek. Jellemzőnek tartják, hogy a csecsemőben kapott értékek általában fölülte szólnak annak, amit általában normál felnőtt plasma szintnek elfogadunk. Ebből arra következtetnek, hogy az üvegtest magnézium értéke az életkor előrehaladtával fokozatosan csökken.

Az eddigiekkel ellentétben a calcium értékek nem viselkedtek jól követhető egységben: az ante mortem plasma és post mortem üvegtest szintek ugyan közel azonosan graduson helyezkedtek el, a halál után különböző időben mért üvegtest értékek azonban emelkedő és csökkenő tendenciát is egyaránt mutattak.

A glukóz értékek sem bizonyultak egységesnek: az ante mortem plasma, illetve a post mortem üvegtest szintek nem haladtak párhuzamosan; a post mortem üvegtest értékek általában jóval alacsonyabban maradtak a plasmáénál. A post

mortem különböző időben meghatározott üvegtest értékek pedig csökkenő tendenciájúak voltak.

Végeredményben meg lehetett állapítani, hogy a csecsemő vizsgálatával nyert biokémiai értékek ugyanúgy minősíthetők, mint a felnőtteké. Az is bebizonyosodott, hogy az üvegtestfolyadék — post mortem — csecsemőben sincs olyan változásnak alávetve, mint a vér, vagy a liquor. Különösen két tartozék: a nátrium és az urea viselkedése látszik biztatónak; ugyanis ezekben a post mortem értékek pontosan tükrözik az ante mortem szinteket: halál után is egységesen és jól követhetően módosulnak. A szerzők úgy látják, hogy az üvegtestvíz elektrolit tartalmának vizsgálata különösen előnyös lehet az ún. hirtelen, váratlan csecsemőhalál esetén, ezért megfigyeléseiket ebbe az irányba kívánják tovább fejleszteni.

Kiss Szabó Antal dr.

Hypernatraemia és uraemia szerepe a váratlan csecsemőhalálban.

Emery, J. L., Swift, P. G. F., Worthy, E. (Department of Pathology, Children's Hospital, Sheffield): Archives of Disease in Childhood. 1974, 49, 686–692.

A szerzők megelőzően olyan kísérletes adatok birtokába jutottak, hogy a szem üvegtest vize — amely a szervezetben belül zárt folyadék-egység — jól tükrözi a vérkeringésben lezajló biokémiai változásokat, sőt halál után tartósabban megőrzi eredeti összetételét, mint a gyors bomlási folyamatoknak kitett plasma. Az üvegtest vizének alkotó elemei közül különösen kórjelző lehet a nátrium és az urea.

40 váratlanul elhalt csecsemő adatait dolgozták fel az említett figyelembevételével. Elhalálozás után azonnal megcsapolták az egyik szemgolyót, majd — összehasonlító adatok nyeréséhez — ismételt elvégezték azt, néhány órával később, a másik szemén is. Az így kapott minimális folyadékot mikrokémiai analysisnek vetették alá és vizsgálták a nátriumot, káliumot, magnéziumot, calciumot, ureát és glukózt.

A feltételezések légiója ismeretes az irodalomban a váratlan csecsemőhalál biokémiai okairól, nagyon kevés azonban az ide vágó igényes, részletes tudományos vizsgálat. Ennek megvan a magyarázata, egyebek között az, hogy elhalt csecsemőből nehéz alkalmas és megbízható vizsgálati anyagot nyerni.

A pályában hirtelen elhalt csecsemők plasma urea értékére vonatkozóan szerepel néhány vizsgálat az irodalomban, ezeket azonban valójában tartózkodással kell fogadnunk, mivel a plasma — halál után — gyorsan változik. Találhatók az üvegtest folyadékára irányuló vizsgálatok is, ki kell azonban hangsúlyozni, hogy a nem tisztázható diagnózissal elhaltakban inkább csökkent Na, Cl és K érték-

eket kaptak a kutatók, és szinte sohasem magasabb szinteket. A szerzők vizsgálataiban viszont — a váratlanul elhaltak mintegy 25%ában — a Na érték a normális plasma szint fölött helyezkedett el.

Jó néhány elhaltban az üvegtest urea szintje is jelentősen megemelkedett. Feltételezhető, hogy a mérsékelt emelkedés esetleg agonalis jelenség, nagyobb emelkedés azonban már szinte biztosan kóros nitrogén retentio. Több esetben azt találták, hogy a magas urea értékhez szintén magas Na érték csatlakozott.

A hypernatraemia és a hyperosmolaris dehydratio komoly következményeit csak az utóbbi években ismerték fel. A kérdés közelebbi vizsgálói bebizonyították, hogy nem kevés az olyan csecsemő, akiben a hypernatraemia ugyan jól felismerhető, a dehydratio jelei azonban hiányzanak. Ez arra utal, hogy a mesterségesen táplált csecsemők között meglehetősen gyakori jelenség, hogy a csecsemő ugyan tünetmentes, plasma osmolaritása azonban jócskán fölülte a normálisnak. Csaknem bizonyos, hogy ezek közül egyesek haláluk előtt tömény hyperosmolaris tejet kaptak az egyidejű kompakt egyéb táplálékkal, miközben esetleg minimális fertőzés is zajlott szervezetükben.

A Mg, Ca és glukóz szerepe ma még nem tisztázott egészen, az azonban mindenesetre megdőlt, mintha a hirtelen halál közvetlen oka a Mg hiánya lenne, ahogyan azt egyesek eddig gondolták.

Újra és újra meg kell győződ-nünk arról, hogy milyen nehéz egy csecsemő pontos halálukat megadni akkor, amikor az anatómiai laesióból nem következtethetünk a letális kimenetelre. Mindenestre az üvegtest kémiai vizsgálata bebizonyította, hogy a pontos kutatások nyomán egyre szűkül azoknak a száma, akik abszolút értelemben „egészségeseknek” tekintethetők a halál pillanatában.

A jelenlegi vizsgálatok két kérdés fontosságát emelik ki. *Először:* az ún. „agyhalált” halt csecsemők mintegy felében megtalálható a hypernatraemia, miközben semmi kóros anatómiai elváltozás nincs. Feltételezhető, hogy a hypernatraemia és uraemia ugyan nem közvetlen halálok, jelenlétük azonban meghatározó tényező. A hypernatraemia és uraemia ugyanis olyan csecsemőkben található, akiket hígítatlan, koncentrált tejszűrtménnyel tápláltak, azaz a biokémia táplálási formát takar, amelyet mindenképpen üldöznünk kell, ha csökkenteni kívánjuk a váratlan halálesetek számát. *Másodszor:* bebizonyosodott, hogy az üvegtest folyadék vizsgálata alapvetően fontos a váratlan és kelletlenül nem magyarázott halál közelebbi megismeréséhez.

Kiss Szabó Antal dr.

Angiosarcoma a májban egy vinyl-chlorid munkáson. Lee, F. J., Harry D. S.: *The Lancet*. 1974, 1, 1316—1318.

Egy 71 éves férfit szállítottak be a mentők a kórházba, mivel egy hét óta megdagadt kezdetben a bokája, majd mindkét lábszára. Diureticumok nem használtak. Két nap múlva megdagadt a hasa és légszomja lett; egyébként mindig egészséges volt. 20 évvel ezelőtt gyárban dolgozott, ahol vinyl-chloridból polivinylchloridot (PVC) állítottak elő.

Vizsgálatkor masszív oedema, mérsékelt ascites, 2 ujjal tapintható máj. Vérkép normális thrombocyták kivételével (80 ezer), serum bilirubin 2,7, prothrombin 35—65%. Máj-scintigraphia: foltosan megnagyobbodott máj, biopsia nem mutatott hepatoma jeleket. Két hét múlva a beteg hirtelen meghalt. Boncolásnál tüdő és pleurális oedema, jelentéktelen ascites, máj 2625 g, szövettan: malignus haemangi endothelioma (angiosarcoma).

Az utóbbi időben 19 májgangiosarcoma esetet közöltek a világon (USA, NSZK, Svédország) vinyl-chlorid munkásoknál, akik 12—27 évig dolgoztak az üzemekben. A máj elváltozásokon kívül a kezeken a bőrön scleroderma jellegű elváltozásokat, Raynaud-típusú kerinogézi zavarokat, acroosteolysist, thrombocytá csökkenést, lépmeagnagyobbodást is találtak.

Viola és munkatársai patkányokon vinylchlorid inhalációval bőr-, tüdő-, máj-, stb. tumorokat idéztek elő. A vinylchloridnak carcinogén hatása tehát biztosan megállapított tény.

Németh László dr.

Vinylchlorid, PVC és rák. Szerkesztőségi közlemény: *Lancet*, 1974, 1, 1323.

Az előbbiekből láttuk a vinylchlorid bebizonyított rákkeltő hatását. Amidőn *Viola* és munkatársai patkányokon carcinogének találtak, felhívták a gyárak figyelmét. Letorkolták őket, mondván, hogy a kísérletezők azonnal „farkast” kiáltanak és a patkányokon alkalmazott koncentráció embereknél nem jöhet szóba.

Ma már nemcsak a vinylchloridot, hanem a belőle előállított PVC-t is figyelembe kell venni, amelyet tudvalevően élelmiszerek csomagolására is felhasználják. A friss PVC vinylchloriddal lehet szennyezve és esetleges hevítés esetén lead vinylchloridot. Ezt a kérdést tehát figyelemmel kell kísérni.

Elsősorban a munkások védelmét kell tekintetbe venni. Az optimisták szerint 15—20 évvel ezelőtt sokkal kedvezőtlenebb volt a munkásvédelem mint ma. A pesszimisták szerint nem tudjuk, hány angiosarcoma fog még felbukkanni. Ahogy a thalidomid mérőföldkő volt a vegyszerek veszedelmes hatásának fel-

ismerése terén, úgy a vinylchlorid angiosarcoma ugyanilyen mérőföldkő a környezeti higiénia terén.

Németh László dr.

A mammographia találati biztonságának vizsgálata. Kísérlete felállítása a klinikai lelet ismerete nélkül. J. Hüttner és mtsai (Akademie der Wissenschaften der DDR, Zentralinstitut für Krebsforschung, Robert-Rössle-Klinik, Berlin-Buch): *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin* 1974, 120, 588—593.

A szerzők azt vizsgálták, hogy milyen biztonsággal lehet pusztán a mammographiás kép alapján a klinikai adatok ismerete nélkül felállítani az emlő malignus vagy benignus elváltozásának kórismjét. E célból tíz radiológus egymástól függetlenül adott véleményt 300 mammographiáról úgy, hogy a betegről semmi mást nem tudott. Az anyagban 169 carcinoma és 131 jóindulatú elváltozás szerepelt, a felvételek technikailag optimálisak voltak. A kórismet összesítve 90%-ban sikerült helyesen megállapítani. A 300-ból 237 felvételt valamennyi leletező egységesen helyesen értékelt. 10 esetben valamennyi radiológus véleménye téves volt, ez 3%. E 10 eset között 8 carcinoma és 2 benignus elváltozás volt. A téves értékelések kor szerinti elemzése azt mutatta, hogy fiatalabb betegek rákjának felismerésében több a hiba, mint az idősebb korosztályban.

Ugyanezen radiológusok másodszor is átnézték a felvételeket, ekkor már a klinikai adatokat is ismerték. Ennek ellenére egyetlen esetben sem változott lényegében a véleményük, vagyis azt a klinikai lelet ismerete nem befolyásolta.

A malignus folyamatok helyes felismerését nehezíti, ha a tumor izolált, jól elhatárolt, ha summatioos képen mastopathia fedti, ha a rákszövet diffúzan átszővi az emlőt, ha ductusrák meszesedés nélkül alakul ki, és természetesen ha a rák nem éri el a röntgenképi ábrázolásokhoz szükséges nagyságot. Benignus folyamatok malignusnak vélhetők, ha határuk elmosódott, vagy fibrosisos környezetük „ráklábat” utánzó.

A vizsgálatok eredménye azt igazolja, hogy a mammographia megfelelő technikai feltételek mellett 85—90% biztonsággal, értékes diagnosztikus módszer. Téves lenne persze azt a következtetést is levonni, hogy nincs szükség a továbbiakban a klinikai lelet ismeretére!

Lacszay András dr.

Hörsög embrió sejtek oncogen transformatiója inaktívált 1-es típusú herpes simplex vírussal. Duff, R., Rapp F. (Dep. Microbiol. Coll. Med., Milton Hershey Center of Pennsylvania State Univ., Pennsylvania): *J. Virol.*, 1973, 12, 209—217.

Oncogen potenciállal bíró herpes vírusokat már több állatfajban sikerült kimutatni, így pl. a Marek-féle betegségben, vagy ilyen a herpesvírus saimiri, mellyel majmokban lymphomák és lymphoid leukæmiák hozhatók létre. Az emberi eredetű herpesvírusok közül epidemiológiai módszerekkel többnek szerepe valószínűsíthető volt carcinomában. Eddig úgy látszik, az Epstein—Barr-vírus összefüggésbe hozható a gyermekek Burkitt-lymphomájával, a 2-es típusú herpes simplex vírusról pedig feltételezik, hogy a humán cervix carcinomával áll összefüggésben. Az 1-es típusú herpes simplex vírus oncogen potenciálját szintén feltételezték, de eddig direkt bizonyítékok nem álltak rendelkezésre.

Jelen munkában több olyan 1-es típusú herpes simplex vírus vizsgáltak, melyeket előzőleg UV besugárzással inaktíváltak. A vírusokat hörsög embrió sejtekkel hozták össze és hosszabb ideig inkubálták. Tizenkét 1-es típusú herpes simplex vírustörzset vizsgálva, két törzs esetében találtak transformált sejteket több hét után és ezekből alakították ki a sejtvonalakat. A transformált sejtek nem emlékeztettek a kiinduló hörsög embrió sejtekre, elsősorban epithelialis sejtek voltak kevés fibroblasttal és számos óriássejttel. Ez figyelemre méltó azért, mivel a korábban leírt, 2-es típusú herpesvírussal transformált sejtek dominánsan fibroblast típusúak voltak. Az 1-es típusú herpes simplex vírussal transformált hörsög embrió sejtekben indirekt immunfluorescens módszerrel a sejtek 1—10 százalékában herpesvírus antigéneket tudtak kimutatni.

Mindkét transformált sejtvonal sejteit újszülött szíriai hörsögbe is beoltották, hogy vajon hoznak-e létre daganatot? Az egyik sejtvonal beoltása negatív eredménnyel járt, míg a másik 3—11 hetes latencia idővel az állatok 47 százalékában tumor képződést produkált, mely daganatok adenocarcinomához hasonlóak voltak — és nem fibrosarcomák, mint a 2-es típusú herpesvírussal transformált sejtek esetében. A tumor-hordozó hörsögök savója alacsony titerben tartalmazott neutralizáló ellenanyagokat a herpesvírusok ellen. Az alacsony titerrel azal magyarázzák, hogy a rövid tumor kialakulási ideje, valamint, hogy a beadott sejtek gyors növekedése az újszülött hörsögökben részleges immuntoleranciát is eredményezhetett. Ha a hörsög-tumorkból sejtvonalakat alakítottak ki, azoknak a morfológiája is eltérő volt, így egyikből zömmel fibroblast, a másikból elsősorban epithelialis sejtvonalat nyertek (az eredmények publikálása idején a daganatok és a sejtvonalak részletes patológiai vizsgálata még folyamatban volt).

A neoplasmák keletkezésének oncogen elmélete úgy véli, hogy minden malignus tumor annak a következménye, hogy a vírus által

transformált sejtekben aktiválódik egy oncornavírus. Ezért a szerzők az 1-es típusú herpes simplex vírussal transformált sejteket igen alaposan megvizsgálták, de ilyen jellegű antigént, vagy partikulákat egyik sejtvonalban sem találtak. Mindezek alapján valószínűtlen (bár nem kizárt), hogy a transformálási folyamatban C-típusú részecskék részt vettek volna.

Jelen eredmények az első adatok arra vonatkozóan, hogy az 1-es típusú herpes simplex vírus is rendelkezik oncogen potenciállal és szerepet játszhat carcinomában. A legtöbb experimentális vírus-tumor rendszer leukaemia, lymphoma vagy sarcoma vonatkozású, amelyek bár fontosak, de nem képezik a humán neoplasmák nagyobb részét. Ez ideig nem ismert olyan DNS vírus transformatio, amely carcinomával állna összefüggésben. Ezért jelentős, hogy az 1-es típusú herpes simplex vírussal transformált sejtek morfológiailag epithelialis sejteknek felelnek meg, és hőrsögbe oltva carcinomák kifejlődéséhez vezetnek.

Alig néhány éve írták le, hogy UV besugárzott 2-es típusú herpes simplex vírus hőrsög embrió fibroblast sejteket képes malignusan transformálni. Az 1-es típusú herpesvírus transformáló hatásának igazolása logikus kiegészítése volt az előző eredményeknek, mivel a két vírus rokon, rendelkeznek közös antigénnel és közös nukleotid szekvenciákkal is. Mégis, mivel az 1-es típusú herpesvírus igen elterjedt a természetben, nehéz volna szerepét a humán carcinomákban valószínűsíteni azokkal az epidemiológiai módszerekkel, amelyek a 2-es típus esetében használhatónak bizonyultak. Az emberek túlnyomó többsége ugyanis még a pubertás előtt rendelkezik antitestekkel az 1-es típusú herpes simplex vírus ellen, így itt azoknak a sero-epidemiológiai módszereknek az alkalmazása, amelyeknek segítségével a 2-es típusú herpesvírus és a cervix carcinoma összefüggését felismerték, rendkívüli nehézségekkel járna. Mindenesetre indokoltnak látszik nagyszámú 1-es típusú herpes simplex vírussal transformált sejtvonal alapos vizsgálata annak a megállapítására, hogy milyen összefüggés van a vírus és az epithelialis transformatio között?

Kulcsár Gizella dr.

Rosszindulatú csonttumorkok klinikai és morfológiai szempontból. Adler C. P. (Pathologisches Institut der Universität, Freiburg i. Br. BRD.): Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1974, 99, 665—671.

Az 1945—1970 időszakban a szerző 308 rosszindulatú csontdaganatot dolgozott fel, köztük szerepelt 89 plasmocytoma, 26 reticulum sejt sarcoma, 23 Ewing sarcoma és néhány igen ritka daganatfajta. A

csontdaganatok diagnózisa különösen nehéz, mert alig van olyan szerv, amelynek tumorai olyan sok alakban és értelmezési lehetőséggel jelennének meg, mint a skeletalis neoplasmák. A primer csonttumorkok klasszifikációja Lichtenstein beosztása alapján történt a szövettani, röntgenológiai és klinikai adatok figyelembevételével.

A legnagyobb számban a medullaris plasmocytomák szerepeltek (30,4%). Mivel ez a daganat klinikailag is, szövettanilag is könnyen felismerhető, nem valószínű, hogy a diagnosztika javulása miatt növekedett volna a diagnosztizált plasmocytomák száma. Az osteosarcomák 22,5, a chondrosarcomák 16 százalékát tették ki az anyagnak. A gyakorisági sorrend megfelel Dahlin statisztikájának. Feltűnő volt viszont a fibrosarcomák gyakorisága (10,9%). Ez jóval magasabb, mint amennyit az eddigi statisztikák mutattak. A myelogen csonttumorkok között a reticulum sejt sarcoma (8,9%) és az Ewing sarcoma (7,9%) megközelítőleg azonos arányban foglaltak helyet.

A férfiakon meglévő csonttumorkok száma (161) meghaladta a nőknél fellépő csontdaganatok számát (132). E neoplasmák leggyakrabban a második és hetedik évtized között jelennek meg. A localisítók tekintetében első helyen a térd környéke áll (36,3%) ezt követi a koponya (11,8%), a bordák (8,3%), a medence (7,4%), a femur proximalis (5,4%), és a humerus proximalis része (4,9%).

A leggyakoribb klinikai tünet a fájdalom és a localis duzzanat. Az összes betegek 77,8%-a az első panaszok után két hónapon belül felkereste orvosát, de csak az esetek 29,6%-ában állították fel az első három hónapon belül a rosszindulatú csontdaganat diagnózisát. A hosszabb túlélést biztosító optimális terápiát megjelölni jelenleg nem lehetséges. A betegek 87,3%-a a diagnózis felállítását követő első három évben meghalt.

Lénárt György dr.

Bronchosopia prognosztikus értéke elsődleges tüdőcarcinoma esetében. Egy régi eljárás új perspektívái. Stoloff, I. L. (Thomas Jefferson Medical College, Philadelphia.): JAMA 1974, 227, 299—301.

A philadelphiai röntgen szűrőállomáson az 1947 óta eltelt 25 év alatt mintegy 75 000 röntgen-vizsgálat történt. 1038 eset radiológiaiilag primér tüdőcarcinomának bizonyult, melynek kórlefolysását éventéként követték.

860 tüdőrákos betegen bronchoscopos vizsgálatokat végeztek, ezek közül 132-nek (15%) hörgőtörzs, 141-nek (16%) perifériás carcinomája volt. 251 esetben a bronchoscopos lelet negatív volt (29%) és 34 esetben egyéb változást — pl. külső kompressziót — találtak (40%).

A szerző felhívja a figyelmet

arra, hogy több radiológiaiilag észlelt perifériás kerekárnyék bronchoscopos vizsgálattal hörgőtörzs-tumorok bizonyultak. A 132 hörgőtörzs carcinoma esetből 86-ot inoperablisnak ítélték (65%). 46 esetben (35%) történt thoracotomia, ebből 22 exploratív, 19 palliatív resectio és mindössze 5 műtétkor curativnak ítélt resectio volt. A műtét — 30 napon belüli — mortalitás 9% volt. A hörgőtörzs carcinomák 61%-a laphám-, 30% differenciálatlan, 4%-a adenocarcinoma volt, 5%-ban egyéb carcinoma típust találtak.

A hörgőtörzs carcinomás betegek közül a közlemény megírásakor csak 8 élt, 5 éves túlélést mindössze egy betegen észleltek: ez utóbbin műtét nem történt, radiotherapiában részesült.

A hörgőtörzs carcinoma utáni 2—5 éves túlélés statisztikailag szignifikánsan kisebb volt, mint perifériás tumorok esetében. (Az 5 éves túlélés hörgőtörzs carcinoma esetében, 1,7%, perifériás carcinoma esetében 14% volt).

A szerző véleménye szerint a tüdőrák műtét javallatai felülvizsgálatra szorulnak. Bronchoscopos bizonyított carcinoma esetében sebészeti beavatkozás nem indokolt, mivel ettől az élettartam meghosszabbítása nem várható.

(Ref.: a szerző által által ismeretett statisztikai adatok elsősorban a hörgőtörzs carcinomák korai elhanyagolására hívják fel a figyelmet. A kisszámú műtét eredménytelenségéből levont indikációs következtetések nem kellően meg-alapozottak).

Sitkéry Iván dr.

Felszínesen terjeszkedő malignus melanoma. („Superficial spreading melanoma”, illetve „Pagetoid melanoma”). U. W. Schnyder, M. Goos, K. Riederer (Unversitäts-Hautklinik, Heidelberg): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 1899—1901.

A „superficial spreading melanoma” kórkép változatot Clark 1967-ben írta le. Szembe állította a melanosis circumscripta praeblastomatosa Dubreuilh-el és a melanoma malignum nodosus alakjával. E kórkép variáns ívelt szegéllyel, különböző színtollakkal és relatíve jó prognózzal rendelkezik. A histológiai képen figyelemre méltó a lassú intraepidermalis növekedés, a szövettani kórképen pedig a monomorph, malignus melanocyták jelenléte. McGovern ezt a melanoma típust „pagetoid melanomá”-nak nevezte el.

A szerzők szerint ez ideig az európai irodalomban a superficialis spreading melanomáról említés nem történik. Ez annál inkább feltűnő, mert Clark és munkatársainak közlése szerint a melanoma malignum eseteknek 50%-a ezen típusúhoz tartozik (!). A szerzők három és fél év alatt csupán egy esetet figyeltek meg.

Ebben az esetben 69 éves nő láb-szárának hátsó oldalán, a születése óta meglévő anyajegyét megsértette. 8 év óta a laesio lassú növekedést mutat, középső része világosabb lett. Az első vizsgálatnál 60×60 mm kör alakú elváltozás volt észlelhető, melynek szegélye kismértékben kiemelkedett, barnás-feketén elszíneződött. A laesio területéből nyelv alakú, ív alakú nyúlványok indultak ki. Az elváltozás centrumában a normális bőrhöz hasonló rajzolatú, lilásvörös elszíneződés volt látható. A széli részek szövettani képen akantosis, intra-epidermalisan nagy, világos protoplasmájú sejtek mutatkoztak, világos magvakkal. A pigmentgranulátum tartalmazó sejtek a stratum granulosumig nyomultak elő. A subepidermalis kötőszövetben infiltratio jelentkezett, mely lymphocytákból és melanophagokból állt.

A laesio depigmentált területén az epidermis keskeny, a sratum spinosumban néhány vacuolus sejt, piknotikus magvakkal. A corium erei részben dilatáltak, közöttük számos melanophag, lymphocytá, histiocytá, többmagvú granulocytá és néhány plasmasejt található.

Clark és Mihm szerint a superficial spreading melanoma elkülönítése úgyszólván lehetetlen, tumort kimutatni legtöbbször csak histologiai vizsgálattal lehetséges. A hyperpigmentált területeken a melanocyták pagetoid eloszlása figyelhető meg. Az atypias sejtek egyével vagy fészekszerűen helyezkednek el. Schnyder és munkatársai a melanosis praeblastomatosa circumscripta Dubreuilh területén is az epidermis basalis rétegében proliferált, atypias melanocytákat mutattak ki.

A szerzők szerint vitatható, hogy a „superficial spreading melanoma” valóban különálló típusnak fogható-e fel, vagy klinikailag és histologiailag inkább a Morbus Dubreuilh variánsának tekinthető. A szerzők szerint ezt inkább a Morbus Dubreuilh egyik variánsának kell tartani.

Clark és munkatársainak megfigyelései, melyek a melanoma malignum pagetoid, histologiai elváltozásaira utalnak, figyelemre méltóak. Az ilyen variánsok — a szerzők szerint — minden esetben jobb prognózissal rendelkeznek, mint a primer nodosus melanomák.

Venkei Tibor dr.

Máj-tumor regressiója urea kezeléssel. Danopoulos, E. D., I. E. Danopoulos: Lancet, 1974, 1, 132.

A szerzők egy korábbi 1970-es munkájukra hivatkoznak, amelyben vizsgálták az urea tumor-gátló hatását. Ebben a közleményükben 18 májtumoros betegük urea kezeléséről számolnak be. 8 betegnek primer májtumora, 10-nek pedig májmetastasisa van. Az ureát per alakban (capsulában, vagy szirupban) adták 2—2,5 g dosisban, na-

ponta 4—6-szor, megszakítás nélkül. Ezáltal nagy koncentrációt értek el a májban a portalis keringésen keresztül. Contraindicációt képezett: cirrhosis hepatitis, veseelégtelenség, továbbá azok az esetek amelyekben a progresszív primer máj-tu. vagy metastasis elpusztította a májnak több mint 30—35%-át. Ágynyugalmat ajánlottak az első 2—3 hónapra.

A primer tu. csoportban 2 beteg életben van 56, ill. 36 hónappal a kezelés megkezdése után. 4 meghalt, ez feltehetően kapcsolatban van az urea kezelés megszakításával, ugyanis a betegek előtt a dg. nem volt ismert, és amikor jobban érezték magukat, a kezelést abbahagyták. A további 2 beteg ugyancsak meghalt, ez láthatóan az alapbetegséggel nem szorosan összefüggő pneumonitis, ill. myocarditis következménye volt. Az átlagos túlélés az urea kezdetétől számítva 26,5 hónap.

A metastatikus csoportban az urea kezelés hatásosságát nem lehet megítélni a túléléssel, mivel a májon kívüli tu. szövetre az urea valószínűleg nem hat. Ezért a máj állapotát kísérték figyelemmel és az urea kezelés alatt azt találták, hogy minden betegben csökkent a máj nagysága. 4 beteg még él, ebből 2, akinek emlő-, ill. colon tu.-ból származó máj metastasisai vannak, klinikailag jó általános állapotban vannak a kezelés 19., ill. 23. hónapjában. A másik 2 melanomás beteg májmetastasisokkal él, az egyik jó általános állapotban van 17 hónapja, a másiknak generalizált metastasisai vannak 40 hónapja és az utóbbi 8 hónap alatt a mérsékelt májmegnagyobbodása stagnál.

Primer máj cc.-ban az átlagos túlélés 26,5 hónap. A megelőző közlemények adatai szerint egyébként kezeléssel vagy kezeléssel nélkül a túlélés ennél ötször rövidebb! Az urea kezelés jó eredményei mellett még figyelemre méltó az, hogy olcsó, nem toxikus, mellékhatásai gyakorlatilag nincsenek.

Balázs Mihály dr.

Szív- és keringési betegségek

Jóga és „bio-feedback” a hypertonia kezelésében. C. H. Patel (Croydon, Surrey): The Lancet, 1973, 2, 1053—1055.

Ismeretes, hogy a szellemi és fizikai relaxációt eredményező jóga-gyakorlatok csökkentik a vérnyomást. A „bio-feedback” metodika révén a kísérleti személy (ezúttal a hypertoniás beteg) folyamatos vizuális vagy auditív tájékoztatást kap egyes visceralis funkcióinak befolyásolására irányuló erőfeszítéseinek eredményéről. Különböző aetiologiájú hypertoniában szenvedő 20 betegten végezték a vizsgálatokat. 3 hónapon át heti 3 alkalommal próbálták elérni a teljes relaxációt oly módon, hogy a ké-

nyelmesen háton fekvő beteg bőréhez ún. relaxometert csatlakoztatnak, amely a bőr elektromos ellenállásának folyamatos mérése révén mutatta a sympathicus aktivitás aktuális szintjét. Ez utóbbi ugyanis egyenesen arányos a bőrellenállást meghatározó perspirációval. A műszer az aktivitással arányos erősségű hangot adott ki folyamatosan, tehát a betegnek a relaxációra irányuló igyekezetét a hang halkulása vagy elhallgatása jutalmazta. A kúra eredményeképpen az arteriális középnyomás átlagértéke a kezdeti 121 Hgmm-ről (160/102) 101 Hgmm-re (134/86) csökkent. Különösen szép eredmény, hogy 5 beteg teljesen elhagyhatta az antihypertensív gyógyszereket, 7 beteg pedig 33—60%-kal csökkenthette az adagot. Az autonóm funkciók ily módon jutalmazott akarlatlagos befolyásolása a sympathicus praedominantia elfojtása útján vezet eredményre.

Bálint Tamás dr.

Pitvari fibrillatio elektroconverziója coronaria őrzőben. O. Edhag és mtsai (Serafimerlasarettet, Stockholm): Acta Med. Scand. 1974, 195, 105—110.

Coronaria őrzőben pitvar-fibrillatio miatt 35 betegten elektromos cardioversiót (DC shock) végeztek. 19 betegnek acut szívinfarktustal társult volt, a többi 16 betegten friss infarctus kizárható volt, bár túlnyomó többségük ischaemiás szívbetegségben szenvedett.

29 betegten (83%) a sinus rhythmus helyreállt, de 11 esetben még az őrzőben visszatért a pitvari fibrillatio. Ez 7 betegten néhány percen belül következett be (közülük 4 meg is halt). A 35 beteg 2028 közül került ki, akiket 1968. januárja és 1971. június között vettek fel. Pitvar-fibrillatiót észleltek az őrzőben 315 betegten (89%).

Magas kamra-frekvencia esetén digitalist adtak, ha 2 órán belül nem csökkent a frequentia, altásban vagy intravenásan diazepam sedálás után cardioversiót végeztek. Súlyos esetekben (pl. hypotonia, decompensatio, anginás fájaldalmak) azonnal cardioversiót alkalmaztak. Régi pitvari fibrillatio vagy biztosan paroxysmalis forma esetében nem elektromos módszerrel kezelték a beteget. 6 infarctusos és 3 nem infarctusos betegük halt meg, egyik halálát sem tartják összefüggésbe hozhatónak az elektroshockkal.

Egyetlen betegten fordult elő szövődmény: kamrai fibrillatio, mely defibrillálható volt, a beteg sinus rhythmusba került.

Az infarctusos betegek 1 kivételével digitális és/vagy furosemid előkezelést kaptak, 3 beteg tartós hatású chinidin készítményt szedett a cardioversio előtt.

Acut szív-infarctusban vitatható a pitvari fibrillatio elektromos terapiája, mert a rhythmus-zavar

általában nem tartós jellegű, és maga az elektroshock is okozhat szívizomkárosodást (pl. emelkedett transaminase szinteket), sőt egyesek a sinus rhythmus helyreállítása után heveny balkamra-gyengeséget is leírtak. Ugyanakkor többen, és maguk a szerzők is, azt tapasztalták, hogy ha acut infarctusban pitvar-fibrillatio lép fel, rosszabb a prognosis, ezért hajlanak a cardioversio elvégzésére ilyen betegekben. Álláspontjukat nem tekintik véglegesnek, mivel retrospektív felmérést végeztek kontroll csoport nélkül. Az infarctusos és az egyéb betegek között nem volt lényeges különbség az eredményeket illetően, ezért úgy vélik, hogy nem maga az infarctus az a tényező, amely problematikusá teszi a cardioversiót pitvar-fibrillatioiban. Hypotensív állapotokban feltűnően jó hatásúnak találták az elektromos cardioversiót.

(Ref.: Külön hangsúlyozni kell, hogy a közlemény sürgősségi esetekkel foglalkozik. Chronikus pitvari fibrillatioiban a cardioversio előtt a digitális készítményeket, antiarrhythmias szereket néhány napig szüneteltetjük.)

Bajkay Gábor dr.

Cardialis denervatio diabetesben.

Wheeler, T., Watkins, P. J.: Brit. med. J. 1973, 4, 384—386.

Diabetesben polyneuropathia következtében a cardiovascularis reflexek is módosulhatnak. Több szerző számolt be arról, hogy polyneuropathias egyénekben Valsalva-mánőverrel a normálistól eltérő választ kaptak. Az ilyen betegek nyugalomban tachycardiások, ami a vagus tónuscsökkenésével lehet kapcsolatos. Az utóbbi években monitorok alkalmazásával lehetővé vált a szívfrekvencia változás pontos, folyamatos ellenőrzése és regisztrálása. A szerzők által alkalmazott monitor ütésről ütésre megadta az R—R távolság változásának nagyságát. A szerzők 9, insulinall kezelte, 23 és 46 év közötti (5 férfi és 4 nő) súlyos peripherias neuropathiaiban szenvedő cukorbetegben vizsgálták az R—R távolság és a szívfrekvencia alakulását a vagus tónus fokozása, illetve vago-lyticum adása után. A neuropathia 9 esetben retinopathia, mind az 5 férfi esetében impotenciában, 6 diabeteses diarrhoe, 5 betegen étkezés közben verejtékezésben nyilvánult meg. Valsalva-próba 1 esetben normális volt. A két kontroll csoportot 25 egészséges, illetve 15 neuropathiaiban nem szenvedő diabeteses beteg alkotta. Neuropathias egyénekben mély légvételre az R—R távolság nem, vagy alig változott, míg a két kontroll csoportban a változás kifejezett volt. A légzés befolyásának elmaradását a szívhez menő vagus rostok functio-zavarára vezeték vissza, bár az afferens rostok laesioja sem zárható ki. Vagus defectusra utal a 7 eset-

ben észlelt nyugalmi tachycardia, Valsalva-mánőver utáni reflex-bradycardia elmaradása, valamint az 1,8 mg atropin iv. beadása után észlelt minimális frekvenciaváltozás (a gyorsulás 20/min alatt maradt).

Az R—R távolság változásának szabályozása a vaguson keresztül történik. Fokozott vagus tónusban bradycardia alatt az ütések közti távolság váltakozása maximális. A vagus tónusa csökken a korrall, decompensatio következtében vagy a vasomotor centrum tónusváltozása esetén is, teljes felfüggesztést atropinnal vagy denervációval érhetünk el.

Az R—R távolság változásához intakt vagus innervatio nélkülözhetetlen, béta-receptor blokkolók nem befolyásolják. A szerzők a vagus tónus csökkenésének, illetve kiesésének kiderítését jelentősnek tartják, mivel egyrészt persistáló tachycardia magyarázatát adhatja, másrészt a vagus tónus kiesése polyneuropathia lehetőségére hívhatja fel a figyelmet.

Schmidt János dr.

Szívruptura. Cobbs, B. V., Hetcher, C. R., Robinson, P. H.: JAMA 1973, 223, 532.

A szív-infarctus haláloka 5—10 százalékban szív-ruptura. A jobb kamrai ruptura ritka, leírták myocarditis, sőt megelőző szívbetegség nélküli előfordulását is.

Bármelyik kamra spontán rupturája sebészi beavatkozás nélkül eddig halálos kimenetelű volt. A ruptura gyakran teljesen jó állapotban levő betegen, néha kis kiterjedésű necrosis szövődeményeként alakul ki, amikor a szív túl jó állapotban van ahhoz, hogy a beteg ezért meghaljon.

A szerzők 5 év alatt 16 szív-rupturás beteget észleltek, ebből három megoperáltak, kettőnél hosszabb túlélést értek el (3, ill. 1 év). Szív-infarctusos betegen, ha megelőzőleg súlyos haemodinamikai zavar nem áll fenn és hirtelen alakul ki elektromechanikus dissocitio, ez rupturára jellemző.

Eseteiket elemezve megállapították, hogy a ruptura nyílása nem egyenesen, hanem zezugosan halad át a kamra falán és a vérzés fokát erősen befolyásolja az epicardium állapota. Egy esetükben ruptura után 40 perces spontán túlélést észleltek. Fontos megfigyelés volt, hogy a vér lebecsátása után a pericardium feltelődése egyre lassabban következett be, ami spontán tamponálás lehetőségére utal. Emellett szót a szájadék körül kialakult vérrög is. A ruptura kialakulása alapján megkülönböztetnek akut és fokozatosan kialakuló rupturát. Ez utóbbiban a spontán túlélés hosszabb. Kezelési elvük: lumbalpunkció vagy hasonló nagyságú tűvel az epigastrium felől megpungálják és leszívják a pericardiumból a vért. Folyamatos peri-

cardiocentesis sem vezet gyors ki-vérzéshez. Fontos a megfelelő volumenű folyadék bevitele, pozitív inotrop hatású gyógyszerek adása és a metabolikus acidosis folyamatos rendezése. A volumenterhelés elősegíti a comprimált szív-telítését, míg az inotrop hatású szerek fokozzák a coronaria-keringést és javítják a kamrai izomzat összehúzódását. Nagy dózisú atropin adása bradycardiás egyénekben tovább javíthatja a szív munkáját. Ruptura esetén a szív-massage hatástalan és veszélyes is. Acut elektromechanikus dissocitio észlelése esetén extracardialis szív-massage-t csak akkor alkalmazunk, ha azt közvetlenül defibrillatio után, túladagolt narkotikum, illetve antiarrhythmias gyógyszer következményeként észleljük.

Schmidt János dr.

Bal pitvari rhythmusok. Belz, G. G., Bernuth, G. v. (Sektion für Kardiologie und Angiologie des Zentrums für Innere Medizin und Kinderheilkunde der Universität Ulm und Bundeswehrkrankenhaus, Ulm): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 257—260.

A szerzők saját munkásságuk és az irodalom alapján rövid áttekintést adnak a bal pitvari rhythmusokról. Bár ezt a rhythmus-zavart már 70 éve leírták, csak 10 éve ismeretesek EKG kritériumai: neg. P a V₆-ban, „dóm és dárda” P a V₁-ben, neg. P_I-ben (ez utóbbi hiányozhat). Felhívják a figyelmet, hogy több szerző kételt a bal pitvari rhythmus létezését, mert például neg. P V₆-ban előfordul coronarsinus rhythmusban is.

A bal pitvari rhythmus létét haemodinamikai vizsgálatokkal igazolták. Sinus rhythmusban a jobb pitvar előbb contrahál, mint a bal; ezért a P hullám és a jobb pitvari nyomásgörbe „a”-hulláma közötti távolság kisebb, mint a P—bal pitvari „a” távolsága. A két „a” időeltolódása arányos a bal pitvari középnyomással. Alacsony bal pitvari nyomás esetében azonban a bal pitvari „a” jöhet hamarabb. Sinus rhythmusban a jobb pitvari „a” 30—34 msec-mal megelőzi a bal pitvarit, pacemakerrel indukált bal pitvari rhythmusban a jobb pitvari „a” 90 msec-mal késik.

A bal pitvari rhythmus oka ismeretlen. Egyesek kizárólag organikus szívbetegségeket észleltek, mások és a szerzők saját anyaga ezt nem erősítette meg.

Kállay Kálmán dr.

Elhízás hatása 20—70 éves férfiak szív és testi teljesítőképességére. Schwab, H., Schwendemann, P. A.: Münch. med. Wschr. 1973, 115, 2113.

A szerzők felvetik a problémát, hogy napjainkban az elhízás gyakorisága nő és ez indokolja, hogy

megvizsgálják a szív teljesítőképességét kövér embereknél. A szív teljesítőképességét a test-dimenziókra vonatkoztatják és így igyekeznek összehasonlítani a vizsgált egyéneket.

487 nem sportoló, 20–70 éves, egészséges férfit vizsgáltak. Ezeket az egyéneket koruk szerint dekádokba osztották. A következő vizsgálati módszereket alkalmazták.

Kerékpár-ergometerrel vizsgálták a testi teljesítőképességet, különböző ideig tartó, különböző nagyságú terheléssel. Mérték EKG-val a pulzusfrekvenciát, spiográf-fal a per centkénti oxigénfelvételt, a légzés-equivalenst (légzés perc-volumen százalékban, osztva a ml/min-ben kifejezett oxigénfelvétellel), az oxigén-pulsust (pulsusonkénti oxigénfelvétel), és a szív-volumen: oxigén-pulsus quotient. A szív-volumen rtg-kymographiás felvételekkel határozták meg. Az eredményeket statisztikusan értékelték. A következő megállapításokat tették:

Normál, nem elhízott embereknél mért oxigén-pulsus, arányítva a testhosszal, testsúllyal és testfelülettel, elvben a kövér emberre is érvényes, mint a szív-kerékpár rendszer hatásosságának elméleti mértéke. A mért adatok azonban, melyet a szerzők sok táblázaton és ábrán mutatnak be, arra utalnak, hogy a testsúly növekedését a szív tartalék erő nem követik. Ez minden életkorban érvényes, azonban a kor előrehaladtával fokozódik.

Kammerer László dr.

Angiotensin-II. blokádtal emberen sar¹-ala⁸-angiotensin II.-vel a hipertonia diagnosztikájára és kezelésére. Brunner, H. R. és mtsai: The Lancet. 1973, 2, 1045.

Még ma sem teljesen tisztázott, hogy milyen szerepet játszik a hipertonia fenntartásában az angiotensin-II. (A-II.) magas, normális vagy éppenséggel alacsony plasma szintje. A szerzők egy specifikus A-II. inhibitor, a Sar¹-ala⁸-angiotensin II. (SAA-II.) iv. befecskendezésével kísérelték meg előmozdítani a hipertonia betegség pathogenesisének és terápiájának kérdését.

A vizsgált 12 beteg kora 17–66 év, vérnyomása 170–225/110–160 Hgmm volt (3 malignus, 4 III. stádiumban levő essentialis, 4 renovascularis és 1 chr. pyelonephritises hipertonia). A három hete gyógyszermentes betegekben meghatározták a plasma renin-aktivitást (8 magas, két normális, két alacsony). 10 µg/min/kg. SAA-II.-t infundáltak két órától több napig terjedő időn át. Az aetiológiától függetlenül szignifikánsan csökkent (196/130–153/97) a vérnyomás a 8 magas reninaktivitású, de nem változott (205/143–200/136) a 4 alacsony, illetve normális reninaktivitású betegeknél. Bár az infusio hatására a renin szint átlagosan 187

százalékkal emelkedett, a vérnyomás tartósan a csökkent szinten maradt.

Ily módon az A-II. kompetitív blokádjának gyakorlati jelentősége háromrétű: 1. diagnosztikus: kiszűrhetők azok az A-II. dependens renovascularis hypertoniás esetek, amelyekben sebészi korrekció gyógyulást hozhat; 2. terápiás: a magas reninaktivitású betegek hypertensiv criseiben igen eredményes és veszélytelen eljárás; 3. prognosztikus: az SAA-II.-vel blokkolható esetek hajlamosabbak a cardiovascularis szövődményekre, tehát fokozottabb védelmet is igényelnek.

Bálint Tamás dr.

Ideg- és elmegyógyászat

„Locked-in” syndroma: tapasztalatok 7 eset megfigyelése során. C. H. Hawkes (Wessex Neurol. Centre, Southampton Univ. Hosp., Southampton SO9 4XY): Brit. Med. J. 1974, 4, 379–382.

A „locked-in” syndroma fogalmát Nödrgren, R. E. és mtsai 1971-ben alapították meg (Neurology. 1971, 21, 1140.). Olyan mutistikus tetraparesissel járó állapotot jelent, amely a pons ventralis részének infarctus okozta károsodását kíséri. A tiszta tudatú beteg mintegy „be van zárva” (locked-in) mozgásra, válasza képtelen testébe. Környezetével azonban korlátozott kapcsolatot tarthat fenn oly módon, hogy a szem és a szemhéj megtartott akaratlagos mozgásaival jelezheti szükségleteit, a vele közlő tudomásulvételét. A beteg állapotának helyes megítélése csak akkor várható az orvostól, ha tudomása van a „locked-in” syndroma létezéséről.

A több mint 30 éve ismert akinetikus mutismus elégtelenül definiált syndroma, amely abban különbözik a „locked-in” syndromától, hogy a beteg ott — bár ébernek látszik, valószínűleg öntudatlan.

A szerző öt év alatt 7 „locked-in” syndromás beteget észlelt, amelynek nyomán arra a következtetésre jut, hogy a syndroma feltehetőleg gyakrabban fordul elő, mint amilyen gyakran felismerik. Az egyes esetekre vonatkozó lényegesebb adatokat táblázatból tudjuk meg, egy esetet részletesen is közöl. — Mind a 7 betegre jellemző volt a tetraplegia, fájdalmas ingerek hatására a decerebratiós tartás, a pupillák normális fényreakciója. Informatio-csere korlátozott szinten mindegyik beteggel létesíthető volt, bár az esetek egy részében igen csökkenés színtre degradálódott. Egyetlen eset kivételével nem mutakoztak sem voluntaris, sem passiv fejlődéssel kiváltható oldalirányú szemmozgások. 2 esetben a külső hallójáratot hideg vízzel átfeccskendezve az azonosoldali m. rectus lat. contractióra volt bírható. — 4 esetben a sectio súlyos ventra-

lis pontin laesiót igazolt. 2 további esetben pedig feltételezték a pontin károsodást, ahol a tetraplegiát hirtelen agytörzsi tünetek (dysarthria, vertigo, tinnitus) előzték meg.

A szerző által észlelt betegek átlagos életkora 39 év volt, és az akut állapotot 14 hónappal élték túl, szemben a syndroma első leírói által megfigyelt átlagos 60 év feletti életkorral és legfeljebb 1 hetes túléléssel. A 7 betegből 2 maradt életben, akiknek beszédkézsége is visszatért, de toloszékhez kötöttek maradtak. A tetraplegiát az okozza, hogy az akaratlagos mozgásokhoz szükséges impulzusokat a végtagokhoz szállító corticobulbaris és corticospinalis pályák a pons ventralis portiójában haladnak. Ritka esetben — ha a pons felső szakaszában keresztvezető cortico-facialis pályák megkíméltek — az arc mozgásai épek maradnak. A medialis lemniscus általában involvált, de a szerző saját eseteiben — feltehetően a lateralisabban haladó spinothalamicus pályák közvetítésével — a durva bőrérzés nem károsodott. — Az oldalratakintés zavarának oka az abducens mag vagy a cortexszel való kapcsolatok laesiója. Többnyire megkímélt marad a verticalis tekintés, amelynek központja a colliculus superiorban van. Megtartottak a pupillaris fényreflexek is, bár a sympathikus rostok érintettsége pupillaszűkülethez vezet.

Az agytörzsi funkciók kiesésének localisatiójában segítenek a calorális vizsgálatok, amelyek a reflexes oldalirányú tekintés vizsgálatára alkalmasak. Ezt egészíti ki az akaratlagos oldalratakintés értékelése. — Meglepő lehet, hogy az igen súlyos állapot ellenére a tudat megtartott. Ennek magyarázata, hogy a tudat egyik feltétele a pons rostralis szakaszának és a mesencephalon formatio reticularisának épsége és éppen ennek a régióknak megkíméltsége lenne a „locked-in” syndroma kialakulásának feltétele. Az EEG is minden vizsgált esetben ép, éber állapotra volt jellemző.

A „locked-in” syndroma felismerését feltehetően az akadályozza, hogy nem helyeznek súlyt a verticalis tekintés vizsgálatára, amely ismételt az egyedüli, felszólításra akaratlagosan kivitelezhető motoros megnyilvánulás. A legtöbb megfigyelt esetet — az ép EEG ellenére — tisztázatlan comának tartották. Jennett és Plum azt javasolják (Lancet, 1972, 1, 734.), hogy a „locked-in”, az akinetikus mutismus elnevezések helyett a „persistáló vegetatív állapot” lenne a helyes elnevezés. Ha nem is a legszerencsésebb megjelölés a „locked-in” syndroma, felhívja a figyelmet ezekre a betegekre, akik — kilátástalan állapotuk ellenére, de többé-kevésbé tiszta tudatuk miatt — a szokásosnál is megértőbb és együttérzőbb bánásmódra tarthatnak igényt.

Walsa Róbert dr.

Az idiopathiás polyneuritis betegek EKG-ja. Kunst, H., Grosser, K. D. (Universitäts-Nervenkl. und Medizinische Universitätsklinik, Köln): Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1974, 99, 1350—1354.

A szerzők nyolc év alatt 58 idiopathiás polyneuritis beteget észleltek. A beteganyag összetétele: 34 férfi, 24 nő; az életkor 18-tól 76 évig terjedt, átlagosan 47,1. Betegeiket a bénulások súlyossága alapján két csoportba osztották: 1. könnyű-közepesen súlyos paresis, 2. súlyos paresis-paralízis betegek. 26 betegükben agyidegek is részt vettek a polyneuritis folyamatban; 11 esetben a légzőizmok bénulását észlelték. E beteganyag EKG-át a neurológiai kép, liquor lelet, laboratóriumi leletek viszonylatában dolgozták fel. Az EKG kép értékelésében különválasztották az izolált T-lelapulást a kifejezett repolarisációs zavartól: az ST-súlylyesztettségel együtt jelentkező negatív T-től.

Vizsgálataik eredménye: 1. 44

esetben találtak kóros EKG-t. A 2. csoporthoz tartozó betegekben a kifejezett repolarisációs zavar jelentősen gyakoribb, mint az 1. csoportban. A 23 kifejezett repolarisációs zavart mutató EKG minden esetben súlyos paresis-paralízis betegé volt. 14 kisfokú bénulásnál az EKG eltérés nélküli volt. Az izolált T-lelapulás, valamint a néhány esetben észlelt Tawara-szár block nem mutatott oki összefüggést a polyneuritissel. Utóbbi EKG létrejöttében az életkorral járó elváltozások jönnek szóba. 2. Kifejezett EKG eltérést gyakrabban észleltek azokon a betegeken, akikben az agyidegek károsodása is jelen volt. 3. Sem a laboratóriumi leletekkel, liquor lelettel, sem az életkorral nem találtak összefüggést. 4. Az EKG eltérések a paresisekkel párhuzamosan rosszabbodtak, ill. javultak. A 24 túlélő betegükből 20 esetben a neurológiai tünetek visszafejlődésével együtt az EKG is eltérés nélküli lett. 5. Eseteik jelentős részében tachycardiát észleltek, azonban ez sem a paresis

fokával, sem az EKG-ban észlelt repolarisációs zavar mértékével nem mutatott egyértelmű összefüggést. 6. Eseteik 10%-ában találtak ritmus zavart, azonban csak 2 súlyos beteg esetében tételeztek fel összefüggést a neurológiai megbetegedéssel (tetraparesis, ill. -paralízis + ventricularis ES-k voltak, egyikben átmenetileg kamra-ritmus). 7. Két esetben szívmegállás miatt következett be a beteg halála; ennek patológiai-anatómiai magyarázatát nem találtak.

Az idiopathiás polyneuritis súlyosabb formáira jellemző kóros EKG: a süllyesztett ST negatív T-vel. A szerzők nem tudnak választ adni arra, hogy az ezt okozó szívizom elváltozás milyen jellegű, de mások véleményével megegyezően feltételezik, hogy az EKG kóros elváltozásainak hátterében a polyneuritist előidéző kór áll. Feltevéseit alátámasztja az alacsony rosszabbodásával — javulásával párhuzamosan változó EKG.

Rochlitz Károly dr.

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, posztraumás arthritisek —, valamint myalgiaák esetében terápiás kiegészítésként.

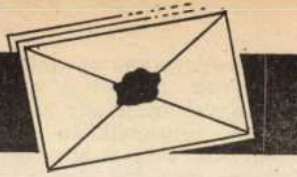
ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (izület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni. A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: †† Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft





Reye-syndroma avagy postinfec-tiosus encephalopathia.

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel fogtam Török János dr. és mtsai „Reye-syndroma” c. (Orvosi Heti-lap 1974, 115, 603.) dolgozatának olvasásához, azonban rövidesen ki-derült, hogy hazánkban és a vilá- gon is régóta jól ismert kórképről van szó, a postinfec-tios encephalo- pathiáról. A régi elnevezés lényegé- ben többet mond, mint a „Reye- syndroma”. Csak a név új, a beteg- ség régi. A cikkírók szerint „elő- fordulására valószínűleg az egész világon számítani lehet” (kiemelés szerzőktől) kitélt úgy változtat- nám meg, hogy már régen előfor- dul az egész világon és le is írták.

Több magyar szerzőre is tudok hivatkozni, akik a kérdéssel foglal- koztak: Kramár, Miskolczi és Csa- jághy 1940-ben megjelent mono- graphiájukban említik a kéregsejt- tek anoxiás elváltozását, majd el- tűnését általános agy-oedema mel- lett — dysenterias betegekben. Csermely és Gaál hyperacut, hy- perpyrexialis, toxicus gripés és dys- enterias eseteket elemeznek klini- kai és neuropathologiai vizsgálatok alapján. Éppen a veszprémi gyer- mekkórház anyagából. A dolgozat kezdő sorai: „Régi gyermekorvosi megfigyelés, hogy eszméletvesztés- sel járó heveny, toxicus fertőző be- tegségek nyomán esetleges gyógyul- ás is neuro-psychiatriai tünetek visszamaradásával jár”. 18 agyat vizsgáltak, 7 hetes kortól. A mun- ka lényege, hogy agykérgi anoxiás sejteltváltozásokat, ill. laminaris sejt kieséseket csak az eklampsiás formák nyomán találtak. Ezt ábrá- nkkal is bizonyítottuk. Ugyan- akkor a görcs nélküli formában egy esetben sem találtak agykérgi necrosist. A görcsök kéregpusztító hatását csecsemő- és koragyermek- korban a kérdéssel foglalkozók uni- sono hangsúlyozták. Reye és mtsai és szerzők is. Scholz (Die Krampf- schädigungen des Gehirns), Kör- nyey és később Peiffer monogra- phiában is foglalkoznak a kérdé- sel. Peters szerint (1972) ma már nem kétséges a cerebriális görcsár- talom. Környey szerint „a hosszabb, ill. sűrűbben ismétlődő lázas gör- csök maradó agy-laesióra vezethet- nek”. Érthető tehát, hogy szerzők a 3 észlelés közül a két convulsio- s beteget veszítették el. Érthető a cse- csemő- és kisdedkorban ma is ne- hezen befolyásolható status ek- lampticus veszélye. A görcsártalom pathomechanismusára postnatalis korban hazai paediatricai folyóirat- ban hozzászóló is kitér.

Mátyus és Schéda is magyar szerzők. Mindketten felhívják a figyelmet az infec-tios betegségeket kísérő agyi szövődményekre grippe, ill. pneumonia és extranealis he-

veny fertőző betegségek nyomán. Schéda a Gyermekgyógyászat ha- sábjain is. Észleléseiket szövettani ábrákkal is igazolják.

A máj, vese és szívizom zsíros elfajulása heveny, toxicus fertőzések nyomán oly közismert, hogy — öszintén szólva — ma sem értem, mi rendkívülit találtak ebben Reye és mtsai. Minden pathologus tan- könyv első helyen említi (Anderson, Endes, Essbach stb.). A zsíros elfajulás első lépése a parenchy- más degeneratio. Ma ritka már. A mi intézetünkben ilyen beteget az utóbbi 10 évben nem veszítettünk el. A László Kórház anyagában évi egy-két veszteség van a gépi léle- gzetetés alkalmazása óta, a letali- tás nem éri el a 10%-ot (Kovács).

Sajnálom, hogy a cerebro-cere- bellaris anoxiás degenerációkat a közlemény csak leírja és nem do- kumentálja, sőt a 2. észlelés neuro- path. eredményét nem is említi. A két elvesztett beteg máj-funcióját sem — a hyperacut lefolyás miatt? Igaz, Reye és mtsai sem mellékelte egyetlen ábrát sem. Ugyanakkor anyagcsere- és EEG vizsgálataik többet mondtak a korábbi közlemé- nyeknek (15).

A veszélyes és irreversibilis fo- lyamat elsősorban az agykéregben zajlik. Ezért a hepatargiás coma szerepe, amint a címben olvas- ható, kétséges. Nem írták még le — tudomásom szerint — az iroda- lomban az arra jellemző Alzhei- mer-féle gliasejteket. A hepatar- giás coma máj-necrosisra prejudi- kál. Az alkoholista is cirrhosis és nem zsírmáj nyomán merül comá- ba. Úgy vélem, a coma magyaráza- ta közvetlenebb az intracranialis nyomásfokozódás, decorticatio, ill. apalliumos syndroma alapján. Ezt szerzők is írják a pathologiás tör- ténések 4. sz. aiat.

Természetesen távol áll tőlem, hogy minden tünetet makro- és mikromorphológiai háttérrel magyarázzak. Nyilvánvaló szerepe van a hypoglykaemiának, acidosisnak, fokozott O₂-igénynek, apnoeak, elektrolytzavarnak, stb., amint azt szerzők részletesen írják.

Hozzászólásomnak kettős oka van. Egrészt szerzők megjegyzése, hogy hazánkban Reye-syndromával foglalkozó közlemény még nem jelent meg. Valóban, mint syndro- mával nem, mert akkor még nem létezett, vagy alig indult el világ- hódító útjára a régen leírt, jól is- mert kórkép új köntöskében. A neu- ropathologiai történések felderíté- sében azonban éppen Környey és iskolája végezte az úttörő munkát.

Másrészt megkockázatom leírni: szükséges Ausztráliából vagy Cseh- szlovákiából importálni syndromát hazánkban is régóta ismert meg- betegedésről? A postinfec-tios ence-

phalopathiáról? Hogy heveny, to- xicus infectio infans korban cereb- ralis laesióval szövődhet — régi gyermekorvosi megfigyelés. Láttuk — ma ritkán — a zsigerek paren- chymás-zsíros elfajulását is. Az idegrendszer görcsártalmairól is tudunk. Csak a Reye-syndromáról nem. Nem szándékom csökkenteni Reye és mtsai és szerzők érdemeit. A cél mindannyiunké ugyanaz: fel- hívni a figyelmet a csecsemő-kora- gyermekkori heveny fertőző beteg- ségek esetleges idegrendszeri szö- vődményeire, ill. azok megelőzésé- re. Ha sikerül az oligophrenek szá- mát csökkentenünk, teljesen kö- zömbös, hogy a megbetegedett postinfec-tios encephalopathia, en- cephalodystrophia (infantium), Reye-syndroma vagy „fehér máj be- tegség”-nek hívjuk, habár a máj nem is fehér, sárga.

Csermely Hubert dr.

IRODALOM: 1. Kramár, J., Miskol- czi, D., Csajághy, M.: Die kindliche Ruhr und das Nervensystem. Acta lit- scient. reg. univ. Hung. Francisco-Jose- phinae. J. A. Barth, Leipzig, 1940. — 2. Scholz, W.: Die Krampfschädigungen des Gehirns. Springer, 1951. — 3. Környey, I.: Anoxisch-vasale Hirnschädi- gungen. Akad. Kiadó, Budapest, 1955. — 4. Mátyus, A.: Arch. Psychiatr. Z. Neur. 1958, 196, 443. — 5. Csermely, H., Gaál, I.: Helv. Paed. Acta. 1962, 17/6, 464. — 6. Schéda, V.: Psychiatr. Neur. med. Psy- chol. 1963, 15, 128. — 7. Schéda, V.: Gyer- mekgyógyászat. 1965, 393. — 8. Schéda, V.: Kinderärztl. Praxis. 1966, 34, 539. — 9. Környey, I.: Ideggyógy. Szle. 1969, 1—2, 41. — 10. Peters, G.: Klinische Neuro- path. G. Thieme, Stuttgart, 1970, 273, 1. — 11. Csermely, H.: Acta Paediatr. Acad. sc. Hung. 1972, 13, 283. — 12. Kovács F.: Szóbeli közlés.

T. Szerkesztőség! Közleményünk- ben a Reye-syndroma diagnoszá- nak felállításához szükséges felté- teleket ismertette a következőket írtuk: „Reye-syndromáról akkor be- szélhetünk, ha a betegnek

1. akután kezdődő encephalopa- thiájához (tehát nem gyulladásos jellegű, a tudatállapotot jelentősen alteráló központi idegrendszeri be- tegségéhez) egyidejűleg májkároso- dás is társul, melyet

2. sectiós vagy biopsiás lelet (ki- terjedt zsíros degeneratio), szöveti- ni vizsgálat hiányában vagy nem jellemző szövettani kép esetén máj- károsodásra utaló biokémiai eltér-ések (nem jelentősen emelkedett vagy normális bilirubinszint mellett legalább az egyik transaminase ér- téknek 100 E fölé való emelkedése vagy a prothrombin idő megnyúlása ($\leq 60\%$) vagy 60mg% alatti hypo- glykaemia, ill. 40 mg% -nál alacso- nyabb liquor-cukor szint bizonyítá- nak, s

3. ugyanakkor a cerebriális és májelváltozásokat egyéb kézenfek- vő okokkal magyarázni nem lehet.

A diagnosztikai kritériumok 3. pontját nemcsak jelen válaszunk- ban emeljük ki, hanem az eredeti közleményben is kiemelve szedet- tük hiszen éppen ez a kritérium te- szti lehetővé, hogy a Reye-syndro- má önálló kórképnek tekintve ki- emelhesük a valóban régen ismert

és leírt, közismerten rendkívül heterogén aetiológiájú postinfektív encephalopathiák közül. A jól definiálható alapbetegséghez társuló postinfektív encephalopathiás betegknél ugyanis — jelenlegi felfogásunk szerint — még akkor sem beszélhetünk Reye-szindrómáról, ha laboratóriumi vizsgálattal májkárosodást vagy sectio során májelszorosodást észlelünk. Nem beszélhetünk tehát Reye-szindrómáról kanyaró, rubeola, varicella vagy mumps encephalitis esetén, így természetesen, a világszerte elfogadott definíciónak megfelelően *nem lehetett Reye-szindrómája azoknak a betegeknek sem, akikről a hozzászólásban olvassunk*. Ezeknek a betegeknek ugyanis 1. valóban kézenfekvő okkal magyarázható — dysenteria és toxikus grippe kapcsán kialakult — központi idegrendszeri megbetegedésük volt és 2. a hozzászólás sem állítja, hogy a központi idegrendszer károsodásával egyidejűleg májelszorosodást is észleltek volna. A hozzászólásban idézett hazai szerzők munkássága tehát — bármilyen nagy jelentőségű is — nem a Reye-szindrómával kapcsolatos.

Teljesen egyet lehet érteni a hozzászólás azon megállapításával, hogy a máj, vese és szívizom zsíros elfajulása heveny, toxikus fertőzések nyomán közismert. Reye-szindrómában azonban épp az a „rendkívüli”, hogy — amint ezt a közleményben részletesen kifejtettük — a klinikailag gyakran igen súlyos hypoglykaemiát, transaminase-szint emelkedést, ill. prothrombin idő megnyúlást előidéző májkárosodás és a központi idegrendszeri tünetek, általában görcsroham, vagy coma, *nem specifikus-toxikus fertőzésekhez társulnak*, hanem rendszeren enyhe, banalis hurutos megbetegedések kapcsán egyik óráról a másikra hirtelenül alakulnak ki, hogy az előzőleg egészségesnek látszó, vagy nem súlyosan beteg gyermekek a viharos tünetek fellépte után néhány óra múlva meghalhatnak, és hogy az életben maradtakban általában *nem alakulnak ki maradandó idegrendszeri elváltozások*.

A hozzászólás a parenchymás degenerációról, mint a zsíros elfajulás első lépéséről beszélve megállapítja, hogy az ma már ritka, s a László kórház anyagában „évi egy-két veszteség van a gépi lélegeztetés alkalmazása óta, a letalitás nem éri el a 10⁰/₀-ot.” Akár azt jelenti ez a mondat, hogy a géppel lélegeztetett betegek 10⁰/₀-a hal meg, s évente egy-két betegben találunk zsírmájat (vagy parenchymás degenerációt?), — akár azt, hogy egy ilyen nagy kórházban évente csak egy-két beteg hal meg heveny toxikus fertőzés miatt, az utalás mindenképpen azt bizonyítja, hogy az említett klinikai tünetekkel, kórbonctani képpel és magas halálozással járó Reye-szindróma biztosan nem azonos a máj, vese és szívizom toxikus fertőzések során valóban közismertnek számító egyszerű zsíros elfajulásával sem. Lehetséges azonban, hogy

a Reye-szindróma megfelel annak a kórképnek, melyet a kórbonctani tankönyvek májelszorosodással foglalkozó fejezeteikben tárgyalnak (Anderson 1961-es kiadás 73. old., Stowens 1959, 489. old.), s mely szerint *hirtelen elhalt fiatal felnőttek boncolásakor néha a kifejezett zsírmáj az egyetlen kóros elváltozás*.

Teljesen egyetértünk a hozzászólás azon részével, amely a hepatargiás coma jelentőségét vitatja. Közleményünkben magunk is azt írtuk, hogy a „pathogenesis, ill. pathomechanizmus tisztázatlan. A kutatók egy része valószínűtlennek tartja, hogy a zsigeriek zsíros degenerációjára miatt kialakuló működési zavar hozná létre az encephalopathiát és azt is hangsúlyozzák, hogy a coma súlyossága és a májkárosodás foka nem mindig változik párhuzamosan.” Ezért írtuk, hogy csak „bizonyos fenntartásokkal” látszik elfogadhatónak a patológiai történések májkárosodás — anyagcsere folyamatok megváltozása és hypoglycaemia — idegrendszeri károsodások sorrendje. Miután azonban a laboratóriumi leletek egyértelműen májműködési zavar mellett szólnak, s szoros kapcsolat mutatható ki a tudatzavar foka és a prognózis valamint a vér ammonia-szintje között (Glasgow: Am. J. Dis. Childr., 124: 827, 1972) a májműködési zavar előtérbe állítása nem látszik helytelennek. Ez a felfogásunk magyarázza, hogy a saját eseteinkben is észlelt, s az irodalmi adatok szerint is specifikus — amint írtuk — a hypoglykaemiás-hypoxiás jellegű idegrendszeri elváltozásokkal azonos agyszöveti kép részletesebb tárgyalását vagy dokumentálását mellőztük.

Reye és mtsai közleményének megjelenése után számos hozzászólás jelent meg elsősorban a *Lancet* 1963. évi II. és 1964. évi I. kötetében, melyek a szindróma önállóságának és körülhatárolhatóságának kérdésével, ill. *Reye és mtsai* prioritásával foglalkoznak. Ez a vita ma már eldőlt. (L. pl. *Gosseye*: Arch. fr. Péd. 30: 381. 1973.) Lehetséges ugyan, hogy *Lord Brain* és *Reye* már 1929-ben is hasonló betegségeket észleltek, (*Lancet*, 1929, I. 221) — kétségtelen azonban, hogy a szindróma nem azonos a postinfektív encephalopathiával és hogy a tünetcsoportra világszerte csak *Reye* és *Reye* mtsai közlései után figyeltek fel. Így, bármilyen jól is esne a világ figyelmét felhívni arra, hogy magyar kutatók e szindrómát *Reye* előtt már több esetben leírták (— sajnos azonban, ezt a hozzászólás adatai semmiképp sem bizonyítják —) a helyesbített szindróma exportjára való törekvésünk ma már valószínűleg amúgy is eredménytelen maradna.

Kétségtelenül nyugtalanító a szindróma-tömeg, mellyel napjainkban találkozunk, tény azonban, hogy az újabb és újabb tünetcsoportok leírását megakadályozni semmiképp sem lehet. Így — ha nem is érdemes és nem is lehetséges valamennyi

szindrómát megjegyeznünk —, talán mégsem minősíthető helytelennek, ha egy-egy szokatlan tünetekkel járó megbetegedés vagy ritkán előforduló tünetcsoport esetén a beteg diagnosisként hazánkban is a külföldön leírt „importált” szindrómát adjuk meg — különösen akkor, ha — mint jelen esetben is —, az új megjelölés a kórképet pontosabban körülhatárolja, mint ahogyan azt többé-kevésbé hasonló kórállapotokat jelző régebbi elnevezések tették.

Török János dr.
és munkatársai

A rekonstruktív verőérműtétek és a varrónagy-hiány.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 116. évf. 9. számában „Rekonstruktív verőérműtétek...” cím alatt igen figyelemre méltó közlemény jelent meg az Országos Sebészeti Intézetből „Módszertani levél” formájában.

A közérthetően, világosan megírt átfogó tanulmány felszólítja a magyar kórházakat, hogy ott, ahol a feltételek megteremthetők, foglalkozzanak érsebészettel, mert a lakosság életkorának kitolódásával a végtágerek arteriosclerotikus elzáródásainak száma egyre nő. Hazánkban a rekonstruktív érműtétekkel foglalkozó egyetemi klinikák és néhány kórház általános sebészeti osztálya már nem tudja ezeket a betegeket befogadni, hogy idejében kezelésbe vegye, amikor még elkerülhető a csonkító műtét. A szerencsétlen betegek rendszerint már olyan előrehaladott állapotban kerülnek a sebészetre, ahol már nincs más megoldás, csak a supracondylaris amputáció.

A decentralizálás valóban elodáshatatlant.

Osztályunk évekként ezelőtt felfigyelt erre a hiányosságra és kiküldtek érsebészettel foglalkozó intézetbe ez irányú továbbképzés végett.

Egy éve a Szentesi Kórház sebészeti osztálya rendszeresen foglalkozik rekonstruktív érműtétekkel. Közben kiépítettük kapcsolatainkat a lemaradás megelőzése végett az érsebészeti fellegráival, a budapesti, szegedi klinikákkal. Eredményeink azt tanúsítják, hogy a rekonstruktív műtétre alkalmas betegekkel érdemes és kell is foglalkozni.

Hogy egy általános sebészeti osztály „ráálljon” helyreállító érműtétek rendszeres végzésére, annak feltételei:

A) Személyi

a) általános sebészi képzettségű érsebész,

b) jó asszisztencia (incl. anaesthesiológiai szolgálat).

B) Tárgyi

a) diagnosztikai felkészültség (angiographia),

b) műszerezettség (speciális műszerek),

c) varróanyagok (atraumás).

Áttekintve a feltételeket, szinte érthetetlen, hogy éppen a legkevésbé vélt akadály bénítja állandóan a munkát és tétlenségre kárhozza. Ez pedig a B. c) pontja: a *varróanyag*. Hiába kapjuk a hazai MEDICOR gyár remekbekészült pros-

pektusait, ábrákkal érzékeltetve az atraumás tűkkel összedolgozott fonalak nagy választékát, ha rendelésre kerül a sor, rendszerint a stereotyp válasz: „jelenleg nincs raktáron”. Hat-nyolc hónapos terminusokkal igyekeznek megnyugtatni, ami sem nekünk, még kevésbé a műtetre váró betegeknek nem megnyugtató.

Mi, akik a Szentesi Kórház sebészeti osztályán szívesen foglalkozunk érsebészettel, azt kérnénk az Országos Sebészeti Intézettől, hogy nagyon is időserű javaslatán túl-

menőleg hasson oda, hogy az érműtétekhez nélkülözhetetlen speciális varróanyagokhoz is (6/0-tól—2/0-ig) hozzájussunk. Ne legyen „hiánycikk”, különben nem tudunk segíteni érzéskülsőben egyre többen és valóban „szenvedő” betegekben.

A humánus felszólítás végrehajtásához a jószándék, tetterő megvan bennünk és bizonyára több vidéki kórház sebészetén is. A végrehajtás most már nem rajtunk múlik.

Mencser András dr.

Colutoid

Sublingualis tableta

OSSZETÉTEL: 1 tableta 15 mg aethisteronum.-ot tartalmaz.

JAVALLAT: Hypermenorrhoea, terhességi, gyermekágyi és climax időszakában jelentkező (ciklikusan fellépő, de erős, elhúzódó) vérzések. Habitualis és imminens abortus. Hyperplasia gland. cystica endometrii.

ADAGOLÁS: Az esetek súlyossága szerint naponta 1–2–3–4 sublingualis tableta kúraszerű adagolásban. Például habitualis vetélés esetén 2–3 × 1 tableta naponta, legalább négy hónapon át. A menstruációnak megfelelő időben több is. Glandular-cystikus hyperplasia esetén naponta 2–3 tableta 6 napon át – a várható terminus előtti héten.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 20 tableta 16,70 Ft.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR

Budapest X.



A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. május 29-én, du. 2 órára tűzte ki **Holló István dr.**: „*A kalciumanyagcsere hormonális szabályozása osteoporosisban*” című doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Zsebők Zoltán dr.**, az orvostudományok doktora, **† Szontágh Ferenc dr.**, az orvostudományok doktora, **Mess Béla dr.**, az orvostudományok doktora.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. május 29-én, du. 2 órára tűzte ki **Fehér János dr.**: „*A glycoproteid anyagcsere egyes kérdéseinek vizsgálata kísérletes szöveti károsodásban és májbetegségekben*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kis-mében.

Az értekezés opponensei: **Szinay Gyula dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Szécsey György dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1975. május 30-án, du. 2 órára tűzte ki **Magasi Péter dr.**: „*A bénult hólyag felismerése és sebészi kezelése*” c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Szentágothai János dr.** akadémikus, **Balogh Ferenc dr.**, az orvostudományok doktora, **Székely György dr.**, az orvostudományok doktora.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1975. június 3-án, du. 2 órára tűzte ki **Várnai László dr.**: „*Szervesfoszfor-szavészter peszticid mérgezőkés kísérletes vizsgálata és orvosszakértői megítélése*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Nagy János dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Faradó Endre dr.**, a biológiai tudományok kandidátusa.

A Magyar Urológusok és Nephrologusok Társasága 1975. május 26-án, hétfőn du. 14 órakor, a Semmelweis OTE Urológiai Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78/b.) tudományos ülést tart.

Előadások:

1. **Köves S., Makó J., Váry L.** (Pécs, Urol. Klin.): Haemodialysis program előtt álló betegek nephrológiai gondozása során felmerülő gyógyszerdozázási problémák (10 perc).

2. **Váry L., Juhász J., Karátson A., Ujlaki Éva** (Pécs, Urol. Klin. Bőr-klinika): Gyógyszerallergia talaján kialakuló heveny veseelégtelenség (15 perc).

3. **Karátson A., Makó J., Juhász J.** (Pécs, Urol. Klinika): Egy-tűs haemodialysissal szerzett tapasztalataink (15 perc).

4. **Gambro (Svéd Cég):** Néhány technikai probléma a művese kezeléssel kapcsolatban (filmvetítés, 30 perc).

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja 1975. május 27-én (kedd), 17 órakor, a Szemészeti Klinika előadótermében tudományos ülést tart.

Üléselnök: **prof. Kiszely György.**

Biosphera kutatás és közegészségügyi témakör.

Előadások:

1. **Prof. Berencsi György** (Közegészségtani Intézet): Bepillantás a vegyszeres növényvédelem kérdéseibe.

2. **Thurzó Tamás dr., Csorba Lászlóné, Iván Gáborné** (Megyei KÖJÁL, Kecskemét): Bugac—Alsómonostor tanyavilágában előfordult kútvíz okozta idült arzénmérgezés közegészségügyi tapasztalatai.

3. **Nagymajtényi László dr.** (Közegészségtani Intézet): Szemlények a Paraquat mikrotoxicológiai hatásáról.

A Magyar Rehabilitációs Társaság Mozgásszervi Sectiója és a Magyar Traumatológus Társaság 1975. június 5-én, 15 órakor, az Országos Traumatológiai Intézet előadótermében (VIII., Mező I. u. 17., 8. em.) — az Országos Traumatológiai Intézet Kézsebészeti Osztálya 15 éves fennállása alkalmából — tudományos ülést tart.

Az Orvostovábbképző Intézet I. Sebészeti Tanszéke és a Vas Megyei Tanács Markusovszky Kórháza 1975. június 6—7-én Szombathelyen, a Véréllátó előadótermében (Dimitrov krt. 42.) kétnapos konferenciát rendez.

1975. június 6-án, 10 óra

Alánt Oszkár dr.: Postresectiós és postvagotomiás problémák.

Kiss János dr.: Késői reoperatívok ulcus műtétek után.

Löblovics Iván dr.: Gyomorresekált és vagotomizált betegeink utánvizsgálata.

Vita az elhangzott előadásokról, esetmegbeszélés.

Sz ü n e t

Berentey Ernő dr.: Selectiv angiographiák.

Horváth Zoltán dr.: Érdekes angiographiás esetek.

1975. június 7-én, 9 óra

Műtési bemutató.

(A műtét az Általános Sebészet műtőjében történik, Markusovszky Kórház, Főépület, II. emelet).

9.30 óra

Angiographiás labor bemutatója.

(Az angiographiás laboratórium a Markusovszky Kórház Főépületében, a Röntgenosztályon, földszint). (Autóparkoló a Kórház mögött, végig a Markusovszky utcában).

A Magyar Gyermekorvosok Társasága Északkelet-magyarországi Tagozata 1975. június hó 5—6—7-én Miskolcon, a Megyei Vezető Kórház (Szentpéteri kapu) előadótermében tudományos ülést tart.

Program:

1975. június 5., csütörtök, 9 óra

A tudományos ülést üdvözlí: **Varga Gáborné Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Tanács vb-elnök helyettese, Schiefner György dr.** Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Vezető Kórház igazgató-főorvosa.

Elnöki megnyitót mond: **prof. Kővér Béla.**

Részletes program:

Június 5-én, 9.30 óra

1. **Prof. Mestyán Gyula** (Pécs, Gyermek-klinika): Mérések, ellenőrzések és kvantitatív megfontolások jelentősége a neonatológiai gyakorlatban. Referátum (30 perc).

2. **Kecskés József, Jezerniczky Judit** (Gyermek-klinika, Debrecen): A bázishány „szakaszos csökkenése” a koraszülöttek késői metabolikus acidosisának oldódási folyamatában (10 perc).

3. **Jezerniczky Judit, Nagy Zoltán, Dvoráček Eva, Nagy Béla, Ilyés István, Csorba Sándor** (Gyermek-klinika, Központi Kutató Laboratórium és Szülészeti Klinika, Debrecen): Anyai-, újszülött- és csecsemőserumok atomabsorptios nyomelem vizsgálata, különös tekintettel a rézre és a zinkre (10 perc).

4. **Melles Zoltán, Institoris István, Ablonczy László, Balázs Gusztáv** (Kazincbarcika): Adatok a terhesség élettanához különös tekintettel a magnésium anyagcserére (10 perc).

5. **Váczy János, Melles Zoltán, Matész Irén** (Kazincbarcika): Újszülöttek és csecsemők iontükrének alakulása (10 perc).

6. **Bobok Ildikó, Sallay Géza, Csáki György, Ludmány Konrád** (Gyermek-klinika, Kóréleti Intézet, Debrecen és Szülőotthon, Hajdúböszörmény): Serum lipoproteinek vizsgálata a prae- és postnatalis periódusban (10 perc).

Június 5-én, 11.30 óra

7. **Görögh Péter, Molnár György** (Miskolc, Megyei Kórház): Korszerű újszülött szállítás megszervezése és eredményei megyénkben (10 perc).

8. **Frank Márta, Nánássy Endre, Ringelhann György, Farkas Sándor** (Eger Megyei Kórház és Özd Városi Kórház): Congenitalis (connatalis) hypothyreosis esete (5 perc).

9. **Liszonyi Agnes, Tóth Mária, Nagy Róbert** (Kazincbarcika): Újszülöttkori intrapartum fertőzés következtében létrejött dysenteria (5 perc).

10. *Saad András, Szücs Erzsébet* (Miskolc, Megyei Kórház): Mikity—Wilson-szindróma (3 perc).

11. *Ormoshegyi Magdolna* (Miskolc, Megyei Kórház): Infantilis corticalis dysostosis (5 perc).

12. *Gyurkó Zsuzsanna* (Miskolc, Megyei Kórház): Adiponecrosis subcutanea (5 perc).

13. *Matuz Anna, Karászi Benő* (Salgótarján, Megyei Kórház): Ehlers—Danlos-szindrómás újszülött (5 perc).

14. *Ringelhann György, Horváth Katalin, Vermes Róbert, Wernigg Róbert* (Eger, Megyei Kórház): A perinatalis leukaemiáról (8 perc).

15. *Paláthy Géza* (Kisvárd): Vele született bordahiányos állapot és a társuló szindrómák (10 perc).

16. *Fazekas Árpád, Vígváry László* (Nyíregyháza, Megyei Szív-gondozó): A hüvelykujj tünet és csuklójel használhatóságáról, Marfan-szindrómában (10 perc).

17. *Dolmány Tamás, Pajor Rezső, Varga Szilárdné* (Nyíregyháza, Megyei Kórház és Budapest Péterfi S. u. Kórház): Congenitalis cataracta és microphthalmia együttes előfordulása (4 generáció 9 esete, 10 perc).

18. *Vincze János, Velkey László, Görög Péter* (Miskolc): Tapasztalataink a myelodysplasia korai műtéti kezelésével (10 perc).

Június 5-én, 15 óra

19. *Prof. Karmazsin László, Oláh Éva, Makay Anikó* (Gyermekklinika, Debrecen): Transfer factor kezeléssel szerzett tapasztalataink (10 perc).

20. *Puskás Zoltán, Bíró Zsigmond, Losonczy István, Sidló László* (Miskolc, Városi Tanács Műv. osztály, Semmelweis Kórház és Hajdú m. KÓJÁL): Biológiai és pedagógiai ritmus közötti összefüggés különböző mikroklímában (10 perc).

21. *Sidló László, Losonczy István, Bíró Zsigmond, Puskás Zoltán* (Miskolc, Semmelweis Kórház, Városi Tanács Műv. oszt. és Hajdú m. KÓJÁL): A szellemi terhelésre történő élettani változások különböző mikroklímában (10 perc).

22. *Sólyom Enikő, Cserhalmi Katalin, Velkey László* (Miskolc, Megyei Kórház): Enuresis okai 10 év beteganyagunk alapján (10 perc).

23. *Fejes András* (Gyöngyös): Enuresis nocturna pszichológiai kezelése (10 perc).

24. *György Ilona* (Gyermekklinika, Debrecen): Járászavar gyermekkorban. Érdekes esetek gyermekneurológiai anyagunkban (10 perc).

25. *Váróczy László* (Debrecen, Megyei Kórház): Diagnosztikai problémák a Werdnig—Hoffmann-kór felismerésében csecsemőkorban (10 perc).

Június 5-én, 16.30 óra

26. *Vissy Ágnes* (Miskolc, Megyei Kórház): Haemodialysis — transplantatio (15 perc).

27. *Bíró Ildikó, prof. Kövér Béla* (Gyermekklinika, Debrecen): Vese-tübiopsia jelentősége gyermekkorban (10 perc).

28. *Vekerdy Zsuzsanna, György Ilona, Kocsis István, Karcsai Tamás* (Gyermekklinika, Urológiai Klinika, és Biokémiai Intézet, Debrecen): Uraemiával manifesztálódó vesekövesség cystinuriás gyermekben (8 perc).

29. *Kocsis István, Bíró Ildikó, Makay Anikó* (Urológiai Klinika, Gyermekklinika, Debrecen): A vesico-ureteralis reflux; a műtéti megoldás lehetőségei (10 perc).

30. *Bíró Ildikó, Ilyés István, Ditrói Ferenc* (Gyermekklinika és Szülészeti Klinika, Debrecen): Az izotóp renographia alkalmazásának jelentősége az urológiai gondozásban (10 perc).

Június 6-án, pénteken 8.30 óra

31. *Csorba Sándor, Jezerniczky Judit, Ilyés István, Nagy Béla, Szabó Béla, Dvorácsek Éva* (Gyermekklinika és Szülészeti Klinika, Debrecen): Az immunoglobulin E tanulmányozása csecsemők és gyermekek serumában; az IgE klinikai jelentősége (15 perc).

32. *Ilyés István, Jezerniczky Judit, Nagy Béla, Sári Bálintné, Ambró Irma, Csorba Sándor* (Gyermekklinika, Debrecen): Tapasztalataink a solid-fasisú radioimmunoassay gyermekgyógyászati alkalmazásában (10 perc).

33. *Németh Csilla* („Human” Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet): Hypo-, illetve dysgamma-globulinemia a gyermekgyógyászati gyakorlatban (500 gyermek — belgyógyászati beteg immunológiai vizsgálata alapján) (10 perc).

34. *Nagy Béla, Jezerniczky Judit, Szabó Béla, Ilyés István, Csorba Sándor* (Gyermekklinika, Debrecen): Tehéntej-ellenes ellenanyagok vizsgálata csecsemők és gyermekek serumában; a tej-allergia jelentősége a gyermekgyógyászatban (10 perc).

35. *Németh Csilla, Szombathy Gábor, Fülöp Zsuzsanna, Balogh Éva, Princzinger Ágota* („Human” Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet, Nyíregyháza, megyei Kórház és Budapest, Heim Pál Kórház): Meningoencephalitis betegekben észlelt részleges humoralisimmunelégtelenség (10 perc).

36. *Marossy Pál, Török Lajos, Tóth Lenke, Vámosi Etelka* (Miskolc, Megyei Kórház): Góc szerepe a Schönlein—Henoch-purpura patogenesisében (10 perc).

Június 6-án, 10 óra

37. *Ludmány Konrád* (Gyermekklinika, Debrecen): Ketontestek anyagforgalma (15 perc).

38. *Turay Pál, Vas Mária, Horváth Éva* (Salgótarján Megyei Kórház): Átmeneti disaccharid — intoleranciák osztályunk hasmenéses beteganyagában (1973—74), (10 perc).

39. *Szabó Béla, Nagy Béla, Jezerniczky Judit, Ilyés István, Csorba Sándor* (Gyermekklinika, Debrecen): A malabsorptióról, klinikánk 10 éves anyaga alapján (10 perc).

40. *Oroszlán György, Tornai Ala-*

jos, Ludmány Konrád (Gyermekklinika, Eü. Gyermekotthon, Debrecen): Aminoacidopathiák diagnosztikája (10 perc).

41. *Ambro Irma, Sári Bálintné, Jezerniczky Judit, Ilyés István* (Gyermekklinika, Debrecen): Glucose — tolerancia vizsgálatok gyermekkorban (10 perc).

42. *Sári Bálintné, Bobok Ildikó, Csákó György, Csernyánszky Hedvig* (Gyermekklinika és Kórélettani Intézet, Debrecen): Serum lipoprotein vizsgálatok gyermekkorú obesitásban (10 perc).

43. *Oláh Éva, Péter Ferenc, Sári Bálintné, Makay Anikó, Hallay Judit* (Gyermekklinika, Debrecen és Budai Területi Gyermekkórház): Cytogenetikai vizsgálatok nanosom gyermekekben (10 perc).

44. *Princzinger Ágota, Varga Szilárdné, Szombathy Gábor* (Nyíregyháza Megyei Kórház): „Retardációs testek” és chromatographiás vizsgálatok anyagsere betegségekben (10 perc).

Június 6-án, 11.40 óra

45. *Óry Imre* (Eü. Minisztérium): A gyermekégeszségügyi gondozás feltételeinek biztosítása az integrált egészségügyi ellátás keretében. Referátum (30 perc).

46. *Kiss Szabó Antal* (Debrecen, Megyei Kórh.): A csecsemő területi veszélyeztetettsége és a következő évtizedi elhelyezés aktuális kérdései (10 perc).

47. *Buda Károly, Kapczy Judit, Taar István* (Debrecen Megyei Kórház, Megyei KÓJÁL): Környezeti tényezők jelentősége a csecsemő és gyermek betegellátásban (10 perc).

48. *Pethő Ágnes, Loós Tibor* (Nyíregyháza, Sóstói Anyás-Csecsemőotthon): A koraszülöttek feltűnően nagy számaránya, csecsemőotthonunkban (10 perc).

49. *Lukácsik Albert* (Miskolc, Megyei Kórház): Klinikai és szervezési tapasztalatok ritka coli törzs okozta újszülöttkori járvánnyal kapcsolatban (10 perc).

50. *Lehel Frigyes, Szombathy Gábor, Medgyessy Erzsébet* (Hajdú megyei KÓJÁL, Nyíregyháza, Megyei Kórház): A cytomegalia-fertőzés jelentősége (10 perc).

Június 6-án, 13.15 óra

51. *Nánassy Endre* (Eger, Megyei Kórház): Kardiológiai gondozás 15 éves tapasztalatai (10 perc).

52. *Tóth Anna* (Miskolc, Megyei Kórház): Életveszélyes állapotot okozó ritmuszavarok csecsemőkorban (10 perc).

53. *Varga Gyula, Váczi János, Gál Ferenc* (Kazincbarcika): Glucagon szerepe a cardialis insufficiencia kezelésében és a cardialis resuscitációban (10 perc).

54. *Keszthelyi Márta, Lukácsik Albert* (Miskolc, Megyei Kórház): Újszülöttkori supraventricularis tachycardia (3 perc).

55. *Kamarás János, Marossy Pál* (Országos Kardiológiai Intézet, és Miskolc, Megyei Kórház): Endocardialis fibroelastosis familiaris előfordulása (5 perc).

Június 7-én, szombaton, 8.30 óra

56. **Velkey László** (Miskolc, Megyei Kórház): Az antibiotikus kezelése gyakorlati kérdései (25 perc).

57. **Bence Zsuzsanna, Demeter Enikő** (Debrecen, Megyei Kórház): Therápiás tapasztalataink epidemio-lysis acuta toxica eseteiben (10 perc).

58. **Dobronyi Ilona, Borszéki Erzsébet, Varga Tibor, László Mária** (Balassagyarmat): Az interstitialis pneumonia terápiájával és preventiójával szerzett tapasztalatok (10 perc).

59. **Dolinay Tamás, Szombathy Gábor** (Nyíregyháza, Megyei Kórház): 1974-ben Penicillinaminnal kezelt icterusos koraszülött esetek elemzése (10 perc).

60. **Lakatos Lajos, Gál József** (Gyermekklinika és Szülészeti Klinika, Debrecen): Hydrops foetus universalis sikeresen kezelt esete (5 perc).

61. † **Nagy László, Nagy Buza Erzsébet, Losonczy István, Tallai Irén** (Miskolc, Semmelweis Kórház): Igazolt transfusios malária esete (5 perc).

62. **Vincze János** (Miskolc, Semmelweis Kórház): Újabb szempontok a rejtettherájúság kezelésében (10 perc).

Június 7-én, 10.15 óra

63. **Antal Aranka, Medgyessy Erzsébet** (Nyíregyháza, Megyei Kórház): Rubeola-syndroma csontelváltozásairól (5 perc).

64. **Dolinay Tamás, Pethő Ágnes** (Nyíregyháza, Megyei Kórház): Makroglossiás testvérpár (5 perc).

65. **Ertner Iván, Szombathy Gábor** (Nyíregyháza, Megyei Kórház): Reye-syndroma két esete (5 perc).

66. **Székely Csaba, Minik Károly, Marossy Pál** (Miskolc, Megyei Kórház): Reye-syndroma két esete (5 perc).

67. **Soós Árpád, Szakáll Szabolcs, Cseke Gábor** (Debrecen, Megyei Kórház): Osteoid osteoma a gyermekkorban (5 perc).

68. **Loós Tibor, Mártha Imre, Ertner Iván** (Nyíregyháza, Megyei Tüdőgyógyintézet): Gyulladásos höröggranuloma 5 éves gyermekben (5 perc).

69. **Szövetes Margit, Makay Anikó** (Gyermekklinika, Debrecen): Lichenoid sarcoidosis (5 perc).

70. **Hunyadi Katalin, Ormoshegyi Magdolna, Velkey László** (Miskolc, Megyei Kórház): Neuroblastoma differencial diagnosztikai problémái egy betegünk kapcsán (8 perc).

A Szolnok megyei Tanács V. B. Egészségügyi és Szociálpolitikai Osztálya, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Megyei Bizottsága és a Megyei Tanács Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet Tudományos Bizottsága 1975. június 4—5—6-án Szolnokon, — a város fennállásának 900. évfordulója alkalmából — jubileumi Orvos—Gyógyyszerész Napokat rendez.

Megnyitó 1975. június 4-én, 10 órakor a Tiszamenti Vegyiművek Művelődési Házában.

A „Jubileumi Orvos—Gyógyyszerész Napokat” megnyitja: **Schultheisz Emil dr.** egészségügyi miniszter, a rendezvény fővédnöke.

Program:

1975. június 4-én, 10 óra 30 perckor Plenáris ülés

Üléselnökök: prof. Berencsi György, Papay Dénes dr.

Hollán Zsuzsa akadémikus (Országos Haematológiai Intézet): A haemoterapia korszerű alapelvei. Eckhardt Sándor dr. (Országos Onkológiai Intézet): A leukosicok chemoterapiája.

† Prof. Szontágh Ferenc (Szülészet- és Nőgyógyászati Klinika, Szeged): Az orvostudomány szerepe és lehetőségei a családtervezésben.

Szűnet

Üléselnökök: Prof. Hollán Zsuzsa, Kun Ákos dr.

Prof. Kádár Tibor (OTKI Egészségügyi-Szervezési Tanszék): A társadalomorvostan napjainkban.

Prof. Boda Domokos (Gyermekklinika, Szeged): Újabb feladatok a gyermekgyógyászati kardiológiában.

E b é d s z ű n e t

Üléselnökök: Prof. Zalányi Sámuel, Csépanyi Attila dr.

Prof. Berencsi György (Közegészségügyi és Járványtani Intézet, Szeged): Bepillantás az Alföld településegészségügyének 1000 esztendejébe.

Prof. Cserhádi István (II. Belgyógyászati Klinika, Szeged): Malignus lymphomák klinikai és therapiás kérdései.

Prof. Kiszely György (Orvosi Biológiai Intézet, Szeged): A modern biológia hatása az orvostudományban.

Szűnet

Üléselnökök: Prof. Boda Domokos, Pintér Sándor dr.

Pataki István dr. (Országos Ideg-és Elmegyógyintézet): A szimpatikus alfa- és betareceptor rendszer struktúrájának elemzése.

Prof. Zalányi Sámuel (Egészségügyi-Szervezési Intézet, Szeged): Egészségügyi vezetési integrációs modellkísérlet Csongrád megyében.

A — SECTIO

1975. június 5-én, 9 óra 30 perckor

Üléselnök: Bene Zoltán dr.

Üléstítkár: Besze Judit dr.

1. **Balajthy Béla dr.** (MÁV Kórház, Szolnok): A rajz és a rajzoltatás szerepe a pszichiatriában.

2. **Csépanyi Attila dr., Kun Ákos dr., Csanády Sándor** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Betegfelvételi osztály önálló ellátó egységként működtetése.

3. **Simon Emil dr.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): Környezeti hatások szerepe az idült légúti betegségek keletkezésében.

4. **Büky Anikó dr.** (Megyei Tanács V. B. Eü. Szociálpolitikai Osztály, Szolnok): Az egészségnevelés feladatai az újszülöttek egészségvédelme érdekében.

5. **Sulyok László dr., Mucza Erzsébet dr., Szücs Eszter dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Peroralis fogamzásgátló tabletta szedése közben kialakuló agyi thromboembolia észlelése.

6. **Krivácsy Gábor dr., Bene Zoltán dr., Falábu Károly dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Császármetszés ikermagzatok összeakadása miatt.

7. **Bácssler Gusztáv dr.** (Besenyszög): A képzett beteg.

8. **Czinege Máttyás dr., Rusvai Antal dr., Matuz Dezső dr., Molnár Imre dr., Olexik László dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Leukaemias beteganyagunk megoszlása 5 év alatt és therapiás eredményeink.

Szűnet

Üléselnök: Terényi György dr.

Üléstítkár: Taródi Mária dr.

9. **Zikély Mihály dr., Petrás Sarolta dr.** (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A fémimplantációs fogpótlások prognózisa.

10. **Durst János** (Megyei KÖJÁL, Szolnok): Adatok a listeriosis járványtanához, különös tekintettel a szülészeti osztályokra.

11. **Gyurkics Blanka dr., Bényei Magdolna dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Erysipelas gangrenosum necroticans Staphylococcus sepsis.

12. **Juhász Pál dr.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): Szenyvezettség, fertőzőtség, sterilitás vizsgálatok a Megyei Tüdőgyógyintézetben.

13. **Lajos István dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Tapasztalatok 27 éves Chaoul rth therapiás gyakorlat után.

14. **Faragó Margit dr., Szeghy Gergely dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Új therapiás eljárás szemészeti műtétek postoperatív szakában.

15. **Bozó József dr.** (Rákócziújfalú): Néhány megjegyzés a hypertóniás betegek gondozásának elvi és gyakorlati kérdéseire.

E b é d s z ű n e t

Június 5-én, 15 órakor

Üléselnök: Szeghy Gergelyné dr.

Üléstítkár: Nagy Sándor.

16. **Jáky Lajos** (Gyógyszertár, Kengyel): Szemelvénnyek a szocialista gyógyszerészet 25 évéből.

17. **Kovács Kálmán** (Gyógyszertári Központ, Szolnok): Gyógyszertári forgalmi adatok egy XIX. sz. végi Szolnok megyei patika számadás könyvéből.

18. **Kiss Miklósné** (Gyógyszertár,

Szolnok): A kémia története Magyarországon.

19. **Kovács Kálmánné** (Gyógyszertár, Szolnok): Szolnok megyei gyógyszerészek az Orvosok és Természetvizsgálók Országos Vándorgyűlésein.

20. **Szele Béla** (Gyógyszertár, Szolnok): Psychotrop hatás nélküli reserpin származék.

21. **Szelepcsényi Mária, Elek Kemény Zoltánné, Tóth Lajosné dr.** (MÁV Kórház—Rendelőintézet, MT Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Gyógyszerek kölcsönhatásai.

S z ü n e t

Üléselnök: **Elek Kemény Zoltánné.**

Üléstítká: **Olexik László dr.**

22. **Martonyik Lászlóné** (Gyógyszertár, Jászfelsőszentgyörgy): A beteg és gyógyszerész kapcsolatának pszichológiai aspektusa.

23. **Polgár Erzsébet** (Gyógyszertár, Szolnok): Vékony-rétegkromatográfiás vizsgálati eljárások alkalmazása a gyógyszerek kvalitatív és kvantitatív analizisében.

24. **Mester Lajos** (Gyógyszertár, Mezőtúr): Vizsgálatok a cink-olajjal kapcsolatban.

25. **Mészáros Endre, Józsa Magdolna** (Gyógyszertár, Martfű): A fluoridok kémiai jelentősége és szerepük a gyógyászatban.

26. **Pápay József** (Gyógyszertár, Tiszaföldvár): Új gyógyszer az érbetegségek gyógyítására (Prodecin).

B — SECTIO

Június 5-én, 8 óra 30 perckor

Üléselnök: **Koncz József dr.**

Üléstítká: **Rápolti Nagy Katalin dr.**

27. **Teréki Mária dr.** (Városi Kórház, Jászberény): Az arcüreggyulladások kétéves összehasonlító elemzése.

28. **Kaszó Endre dr., Illés Árpád dr.** (Szülőotthon, Tiszafüred): 17 év gyakorlatában előfordult 80 ikerszüléssel kapcsolatos tapasztalataink.

29. **Veszely Endre dr.** (Városi Kórház, Jászberény): Az eclampsia kezelése.

30. **Stefánel István dr., Lengyel Bertalan dr.** (Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézet, Szolnok): Szolnok megye bőrpatógén gombafőrája a szolnoki mykologiai laboratórium 5 éves anyaga alapján.

31. **Szabó Piroska dr., Szendrei László dr.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): A mellkasszerű betegek anaesthesiológiájának problémái.

32. **Bolyhos Andrásné, Csépanyi Attila dr., Kun Ákos dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Központi szolgálatok irányításának szerepe az intézet vezetésében.

33. **Szücs István dr., Kárpáti Ferenc dr.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): Az urogenitalis tuberculosis Szolnok megyei helyzetéről.

34. **Juhász Irma dr.** (VT Egyesített Egészségügyi Intézmény, Szolnok): Családi életre nevelés kísérlete középiskolák tanulóknál.

S z ü n e t

Üléselnök: **Romhányi István dr.**

Üléstítká: **Bordács Erzsébet dr.**

35. **Fazekas János dr., Kövesdi György dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A femur condylus töréseinek operatív kezelése.

36. **Torday Zsigmond dr., Náday Sarolta dr., Magyar László dr., Lendvai Margit dr.** (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A hypertonia kezelése, különös tekintettel a Visken therapiával szerzett tapasztalatokra.

37. **Haness János dr., Selmeczi Szilvia dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A septicus abortus és az endotoxin shock.

38. **Petrás Sarolta dr., Nagy Imre dr.** (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Külső hallójárat verjétkmirigy adenomáiról.

39. **Sebők András dr., Hauk István dr., Jakus Zoltán dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Rosszindulatú daganatok osztályunk 20 éves beteganyagában.

40. **Molnár Ida dr., Zelei Miklósné, Nagy Sándor, Velösy György dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Néhány fontos biokémiai paraméter populációs vizsgálata.

41. **Halász Sándor dr.** (Tiszabura): Szívbetegség előfordulása, el látása és gondozása hazánkban és a trópuson.

E b é d s z ü n e t

Június 5-én, 15 órakor

Üléselnök: **Baki Magda dr.**

Üléstítká: **Sulyok László dr.**

42. **Detre István dr., Fekete István dr.** (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Kiterjedt lágyrész-roncsolódással társult nyílt felkartörések osteosynthesise.

43. **Horányi Mária dr., Sebők András dr., Taródy Mária dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A laryngitis subglottica és tracheobronchitis maligna Micronephrin kezelésével szerzett tapasztalataink.

44. **Székely András dr.** (Városi Kórház, Jászberény): Pályaalkalmassági vizsgálatok a jászberényi járásban.

45. **Kardos József dr., Veres Edit dr.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): Hypertoniás betegek fizikai terhelhetősége Visken kezelés előtt és után.

46. **Bogár Árpád dr.** (Kórház, Karcag): Méhszájzáró műtétek a vetelés és a koraszülés megelőzésében.

47. **Bartha Tibor dr., Detre István dr., Fekete Imre dr., Durst János dr.** (OKI Budapest, MÁV

Kórház—Rendelőintézet és Megyei KÖJÁL, Szolnok): Clostridium fallax által okozott gázoedema gyógyult esete.

48. **Berta Mária dr.** (Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézet, Szolnok): Bőrtünetek kezelésbevitelével kapcsolatos megfigyelések.

49. **Zuberecz János dr.** (Mesterszállás): Az influenza elleni védekezés epidemiológiai vonatkozásai körzeti orvosi szempontból.

50. **Papp Sándor dr.** (Mezőtúr): A Noble műtét helye az adhaesios ileus műtéti megoldásában.

S z ü n e t

Üléselnök: **Högye Anna dr.**

Üléstítká: **Hoksári János dr.**

51. **Késmárky József dr.** (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Az epehólyagról.

52. **Büttner Károly dr., Kárpáti Ferenc dr., Dénes Lenke dr.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): Interstitialis cystitis a polysymptomás SLE részjelensége.

53. **Széplaki Ferenc dr., Szebeni József dr.** (MÁV Tüdőgyógyintézet, Budapest és MÁV Járműjavító, Szolnok): Pitvari fibrillatio, kórisme, kezelés és gondozás.

54. **Ludwig András dr., Kardos Zoltán dr.** (Városi Kórház Tata és Jászberény): Az ozaena családi halmozódása.

55. **Kora György dr., Dénes Lenke dr., Dunai-Kovács Lajos dr.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): Tumort utánzó mellkasi transsudatumok.

56. **Hajdu Imre dr., Durst János dr.** (M. KÖJÁL, Szolnok): Listeria monocytogenes ürítőkkel kapcsolatos epidemiológiai vizsgálatok.

57. **Kazella Zoltán dr., Irás Mátyás dr., Nagy Imre dr.** (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Hallásvizsgálat vasúti utazó dolgozóknál.

58. **Juhász László dr.** (Jászakisér): Shocktanítási lehetőség a falusi körzeti orvosi gyakorlatban.

C — SECTIO

Június 5-én, 8 óra 30 perckor

Üléselnök: **Figus I. Albert dr.**

Üléstítká: **Ercsei Katalin dr.**

59. **Szendrei László dr., Mécs János dr., Kuc Viktor dr.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): A thoraco-abdominalis sérültek kezelésével szerzett tapasztalataink.

60. **Tönköl Imre dr., Németh János dr., Czecon Zoltán dr., Kovács Lajos Mihály dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A soliter vese műtéti ellátása osztályunkon.

61. **Horváth László dr., Horányi Katalin dr., Vámos Jolán dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Kihordott terhésség chronikus myeloid leukaemiában.

62. **Bogdándy György dr., Patáky Ferenc dr., Benczédi György dr., Hoksári János dr.** (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Epeműtétek kapcsán szerzett tapasztalataink 5 év anyagából.

63. *Help László dr. és munkatársai* (Megyei Tüdőgondozó, Szolnok): Gyógyult (R₃ rizikócsoporth) tbc-s betegek jelentősége Szolnok megyében.

64. *Sirchich Sándor dr.* (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Az EKG prognostikai jelentősége acut myocardialis infarctusban.

65. *László János dr.* (VT Egyesített Eü. Intézmények, Szolnok): Otthonteremtés és psychotherapia lehetőségei a szolnoki szociális otthonban.

66. *Nemes József dr.* (Újszász): A szociális otthoni gondozottak egészségi állapota és a közösségi életbe való bekapcsolódások összefüggései.

S z ü n e t

Üléselnök: *Papp Sándor dr.*

Üléstítktár: *Bányai Edit dr.*

67. *Bozsó János dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Septicus abortus következményeként fellépett háromhetes anuria sikeres kezelése peritonealis dialízissel.

68. *Barta István dr., Bene Zoltán dr., Tóth Klára dr., Wayand Ferenc dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Szakorvosok által vezetett család-nővédelmi tanácsadók tapasztalatai a megyében.

69. *Rosner Egon dr., Molnár Anna dr., Mihók Ilona dr., Sawinsky Antal dr., Pásztor Géza dr.* (Kórház Karcag és Megyei KÖJÁL, Szolnok): Toluallal exponáltak veszélyeztetettségének laboratóriumi vizsgálata.

70. *Terbe Ferenc dr.* (Tüdőgondozó, Tiszafüred): Néhány adat kérdőíves kikerdezés alapján (MEF szűrés alapján) a dohányzás és az idült hörghurut összefüggésére nézve a tiszafüredi tüdőbeteg gondozó intézet ellátási területén.

71. *Pintér Sándor dr., Kovács László dr., † Prof. Szontágh Ferenc, Prof. Boda Domokos dr.* (Női Klinika, Gyermekklinika, Szeged és Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Újszülöttek közvetlen születési utáni ellátása neonatológiai munkacsoport keretében.

72. *Farkas Béla dr., Varga Gizella dr.* (Kórház, Karcag): A diabetes mellitusnál fellépő bőrtünetek.

73. *Fehérvári László dr., Szendrei László dr., Csomor Gábor dr.* (MTESZ Szervezete, Megyei Tüdőgyógyintézet, Megyei Onkológiai Intézet, Szolnok): Szolnok megyében az elmúlt 23 év alatt onkológiai gondozásban részesült betegek adatainak számítógépes feldolgozása.

E b é d s z ü n e t

Június 5-én, 15 órakor

Üléselnök: *Velösy György dr.*

Üléstítktár: *Rostás Judit dr.*

74. *Harmati László dr., Selmeczi Szilvia dr., Matuz Dezső dr., Gelléri Dezső dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Heveny myocardialis infarctus után fellépő ingerképés és ingervezetési zavarok, alkalmazott therapia.

75. *Bényei Magdolna dr., Gyurkicza Blanka dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Colitis ulcerosa képeben jelentkező amoebás dysenteria.

76. *Pásztor József dr., Mécs János dr.* (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): Mellény (pajzs)-respirator alkalmazása mellkas-sebészeti osztályunkon.

77. *Kövesdi György dr., Fazekas János dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A tibia proximalis végének térdízületbe terjedő törései.

78. *Katona Iván dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Sygma diverticulitis perforatio szövődménye.

79. *Jaksics Ilona dr., Pintér Sándor dr., László Aranka dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok és Gyermekklinika, Szeged): Újszülöttkori pyridoxin dependens görcs.

80. *Rédai Lajos dr.* (Városi Kórház, Jászberény): A máj működés zavaraihoz társuló vesekárosodás vizsgálatai a klinikai kémiai laboratóriumban.

81. *Dunai Kovács Lajos dr., Juhász Pál dr., Kora György dr.* (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): Adatok az aerosol kezelés bakteriológiai fertőzőittségéről.

82. *Kenyeres Borbála dr., Bernhart Genovéva dr., Szeghy Gergely dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A látóideg károsodás komplex terapiájának új lehetőségei.

S z ü n e t

Üléselnök: *Ferenzi György dr.*

Üléstítktár: *Németh Johanna dr.*

83. *Fekete Imre dr., Detre István dr.* (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): „Lemeztöréseink” AO tibia osteosynthesis után.

84. *Szabó Mihály dr., Olexik László dr., Matuz Dezső dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Az arthritis urica, mint differential diagnosztikus probléma a reumatológiában.

85. *Veres Edit dr., Kardos József dr.* (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): A tüdő diffusios indirekt oxymetriás vizsgálatával nyert tapasztalatok.

86. *Münnich Béla dr., Szudi László dr., Csósz Kornél dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet és Megyei Rendőrkapitányság, Szolnok): Vasúti tömegbaleset alkalmával szerzett tapasztalataink.

87. *Marosfalvi Éva dr.* (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Herpes corneal elért terapiás eredményeink magyarázata.

88. *Bagóczky Lajos dr.* (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A hyperglycaemias syndroma és a szem.

89. *Nagy Mihály, Csépanyi Attila dr., Dér Endre* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Kéretgazdálkodás tapasztalatai intézetünkben.

90. *Szabó D. Ottó dr.* (Tiszavárkony): Gondozási és gyógykezelési

tapasztalataim ulcus cruris betegeimnél.

A — SECTIO

Június 6-án, 8 óra 30 perckor

Üléselnök *Clemens Marcell dr.*

Üléstítktár: *Faragó Margit dr.*

91. *Perényi György dr.* (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): Cor pulmonale chronicum eseteink elemzése.

92. *Pákozdy Pál dr.* (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A fekélybetegség és gyomorresectio. 20 év műtéti anyagának értékelése 1955. jan. 1-től 1975. jan. 1-ig (előzetes közlemény).

93. *Holomán Karol dr.* (Városi Kórház, Pozsony): Az elsődleges és áttétes májrák előfordulása, valamint viszonya a cirrrosishoz (német nyelven).

94. *Kardos Józsefné* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Megemlékezés Dr. Balogh Kálmánról születésének 140. évfordulója alkalmából.

95. *Mécs János dr., Szendrei László dr., Dénes Lenke dr.* (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): Mellkasi gyomorvolvulus.

96. *Dénes Lenke dr., Büttner Károly dr., Nagy András dr.* (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): Diffus interstitialis pneumonia és fibrosis.

97. *Papp János dr., Uhrin Katalin dr., Pacsek János dr.* (BM Rfk. Szolnok): Az orvos felelőssége.

98. *Figus I. Albert dr.* (Városi Kórház, Jászberény): Gastroenterológiai osztályok szerepe a belgyógyászati betegellátásban.

S z ü n e t

Üléselnök: *Szeghy Gergely dr.*

Üléstítktár: *Zsiri Ewa dr.*

99. *Lakatos Béla dr., Figus I. Albert dr., Simon László dr.* (Jászfényszaru és Városi Kórház, Jászberény): Indirekt módszerrel végzett gyomorrizidus Jászfényszaru községben LDH összaktivitás meghatározás segítségével.

100. *Szakai Csilla, Handlovics Sándor dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A cytológiai vizsgálatok jelentősége.

101. *Mészáros Márta dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): 108 kamrai septum defectusos gyermek szüleinél és testvéreinél végzett kardiológiai vizsgálataink.

102. *Molnár Sándor dr., Molnár Sándorné dr.* (Városi Kórház és Gyógyszertár, Mezőtúr): Gyógyszer kölcsönhatások gyermekgyógyászati vonatkozásai.

103. *Matuz Dezső dr., Rusvai Antal dr., Czinege Mátyás dr., Sonkoly Lajos dr., Czeczon Zoltán dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A krónikus uraemia néhány pathogenetikai kérdése.

104. *Nyerges László dr., Velösy György dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Adatok a terhességi toxicosisok vizsgálatához.

105. *Kun Ákos dr., Csépanyi Attila dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rende-

löintézet. Szolnok): Kórház—rendelőintézet, egység vezetési szintjei.

B — SECTIO

Június 6-án 8 óra 30 perckor

Üléselelnök: *Kárpáti Ferenc dr.*

Üléstítkár: *Uhrin Katalin dr.*

106. *Oszlászky Ottó dr.* (Karcag): Hibernációs kezeléssel szerzett tapasztalataink kórházi ideggyógyászati osztályon.

107. *Simon László dr.* (Városi Kórház, Jászberény): Újabb eredmények a vastagbél betegségek diagnosztikájában és therapiájában.

108. *Furár Mária dr., Rábik Jenőné dr., Bényei Magdolna dr., Velösy György dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A lipoprotein-X meghatározásának jelentősége az ikterusok differenciál diagnosztikájában.

109. *Molnár Ibolya dr., Izsák Tibor dr.* (Városi Kórház, Jászberény): Nővényvédőszer mérgezések gyakorisága osztályunk beteganyagában.

110. *Niederland Katalin dr., Nagy Irén dr., Szeghy Gergely dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A kryoextractióval szerzett tapasztalatok.

111. *Kocsis Károly dr.* (VT Eü. Intézmény, Szolnok): A gyógyszerrendeléssel kapcsolatos egészségnevelési lehetőségek a körzeti orvosi munkában.

112. *Vámos Jolán dr., Kindlovits Mária dr., Zsiros Éva dr., Katona János dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Újszülöttkori transitoricus diabetes mellitus.

113. *Pentz Attila dr.* (MÁV Kórház, Szolnok): A „Palindron” rheumatismusról, osztályunkon kivizsgált és kezelte esettel kapcsolatban.

S z ü n e t

Üléselelnök: *Mikola Zoltán dr.*

Üléstítkár: *Jáky Ágnes dr.*

114. *Kárpáti Ferenc dr.* (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): A hólyagpótló és vizeletelterelő műtétekről kísérletes és klinikai tapasztalatok alapján.

115. *Rákos Ferenc dr.* (Jászdózsza): Gondolatok a körzeti orvosi gyógyszer rendelés néhány vonatkozásában.

116. *Radeczky Gábor dr.* (Megyei Tüdőgyógyintézet, Szolnok): A mellkasi aortaruptura műtéti kezelése.

117. *Fábián Lajos dr.* (Karcag): Az intususseptio felnőttkorban. Néhány szó a „vaktasak” szindrómáról — osztályunkon előfordult 2 eset kapcsán.

118. *Devecseri Benő dr., Papp Ágnes dr., Kranczler Éva dr.* (Karcag): Essentiális pulmonalis haemosiderosis esetünk ismertetése.

119. *Czezon Zoltán dr., Németh János dr., Tönköl Imre dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): A diéta szerepe a chronicus uraemia kezelésében.

120. *Gömöri István dr.* (Tiszaszentimre): Stomato-onkológiai vizsgálatok tapasztalatai a tiszafüredi járás öt községében.

C — SECTIO

Június 6-án, 8 óra 30 perckor

Üléselelnök: *Hauk István dr.*

Üléstítkár: *Kondics Szilvia dr.*

121. *Gelléri Dezső dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Egyidejű szívhallgatás és szívhang zörej regisztrálás EK-26 Hellige multiscripttorral.

122. *Hámori Ferenc dr., Sawinsky Antal dr., Pásztor Géza* (Városi Tanács Eü. O. Megyei KÖJAL, Szolnok): Krómfesték gyártásakor előforduló ártalmak és azok megelőzése.

123. *Vekszler György dr., Hoksári István dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Lehetőségeink általános traumatológiai osztályon a kézsérültek ellátásában, és utókezelésében.

124. *Kató László dr., Sirchich Sándor dr.* (MÁV Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Pre-operatív cardiotonizálás és a narcosis.

125. *Bobay Kornélia dr., Szabó József dr., Maglódi Gyula dr.* (MÁV Járműjavító és MÁV Kórház, Budapest): Pszichológiai vizsgálatok a szolnoki MÁV Járműjavító első éves ipari tanulóinál.

126. *Darnyik József dr., Váradi István dr.* (Városi Kórház, Jászberény): Az általános gyermekosztályon létesített újszülött elkülönítő szoba jelentősége a perinatális mortalitás csökkenésében.

127. *Mohai Ferenc dr., Csépanyi Attila dr.* (Karcag és Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Románia egészségügyi szervezete.

128. *Kovács Lajos dr., Veszely Endre dr.* (Városi Kórház, Jászberény): Kezdődő terhességi toxicosis kezelése oldaltfeketéssel.

S z ü n e t

Üléselelnök: *Rusvai Antal dr.*

Üléstítkár: *Szamosvölgyi Mária dr.*

129. *Szabó Antal dr., Velösy György dr., Csépanyi Attila dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Egy szervezési modell eredményei és tanulságai.

130. *Kabdebo Ottó dr., Orosz Ferenc dr., Kovács Iván dr.* (Városi Kórház, Mezötúr): A terhes méh fájástevékenységének csökkentése kombinált „prostaglandin antagonistával”.

131. *Bernhart Genováva dr., Kenyeres Borbála dr., Szeghy Gergely dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Tapasztalataink a calcium-dinatrium aethylendiaminotetraceticum (EDTACAL) infúzióval.

132. *Szudi László dr., Lengyel Bertalan dr.* (Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, Szolnok): Tapasztalataink a lábszár postthrombotikus szindrómájának műtéti kezeléséről.

133. *Tóth Emil dr., Szabó József dr.* (MÁV Kórház, Budapest és Járműjavító, Szolnok): A Venoruton szerepe ulcus cruris kezelésében a szolnoki Járműjavító beteganyagának tükrében.

134. *Békési Ildikó dr., Izsák Tibor dr.* (Városi Kórház, Jászberény): Tüdődaganatok előfordulása általános belgyógyászatban.

135. *Debreczeny András dr.* (Mezötúr): Diagnosztikai problémák az anaemia kórismezésében.

T á j é k o z t a t ó:

A rendezvény helye: Tisza menti Vegyiművek (TVM) Kultúrháza, Szolnok, Tószegi út, a Vegyiművek lakótelepén.

Részvételi díj: 100,— Ft, melyet kérjük június 1-ig befizetni.

Az előadások időtartama egységesen 10 perc, hozzászólás 3 perc. Vetítési lehetőség: 5 × 5 diaposzítív.

A rendezvény színhelye a városból az 1-es, 2-es, 13-as, 19-es helyi autóbusszjáratokkal érhető el. Parkolási lehetőség a helyszínen biztosított.

É t k e z é s:

A Rendező Bizottság június 4-én, 5-én ebéd lehetőséget biztosít a résztvevők és kísérők számára a Vegyiművek éttermében. Egy étkezés ára: 25,— Ft. Jelentkezés a rendezvény titkárságán a tárgynapon 11 óráig.

1975. június 4-én társasvacsera a Pelikán Szálló éttermében a la carte. A vacsorára jelentkezés 4-én 16 óráig a titkárságon.

A rendezvényt kapcsolatosan 1975. június 3-án 20 óráig a Megyei Tanács Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet Vérellátó Szolgálatánál (Vöröshadsereg u. 25. telefon: 12-377), 4-5-6-án reggel 7.30 órától a rendezvény színhelyén a titkárságon lehet érdeklődni.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1975. máj. 27. kedd	János Kórház előadó- terme, XII. Diósárok 1.	délután 13.30 óra	János Kórház Tudományos Bizottsága	Kliniko-patológiai konferencia. Üléelnök: Wittman István dr. Téma: Septikus kórképek
1975. máj. 30. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	Szabó Imre (Pécsi OTE): Reformtörékvések a fogorvosképzésünkben
1975. máj. 30. péntek	Debreceni OTE Elméleti Tömb	délután 16 óra	Debreceni Orvostudo- mányi Egyetem	1. Udvardy Miklós, Orosz László: A glucagonkutató elméleti és gyakorlati jelentő- sége (20 perc). 2. Szabó Gábor: A cellularis immunreactivitást vizsgáló módszerek alkalmazása a klinikumban, különös tekintettel a leukocya migrációs tesztre (kandidátusi értekezés, 20 perc). 3. Mikó Irén, Bornemisza György: Kísérletes nyelősőaftűródások ellátása (10 perc)
1975. jún. 3. kedd	Országos Közegészség- ügyi Intézet nagytan- terme, IX. Gyáli u. 2–6., „A” ép.	délután 14 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	1. Gadóné László Vera: R faktor okozta fágrestriktió és modifikáció Shigella flexneri törzsekben. 2. Hajnal Anna: Col plazmidok hatása a Shigella sonnei törzsek fágérzékenységére
1975. jún. 5. csütörtök	Péterfy S. u. Kórház tanácsterme, VII. Péterfy S. u. 14., IV. em.	délután 14 óra	Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága	1. Erdős Melinda: Oszályunk tonsillectomiás beteganyaga 1966–74. között. 2. Várhelyi Adrienne: A gátolt orrlégzés therapiája. 3. Dolevicsényi Péter: Garat és gégedaganatok gyógyításáról 15 év tapasztalata alapján. 4. Nákó András: Nagyothallás műtéti kezelése; eredményeink

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116–660

MNB egyszámúszám: 69.915.272–46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121–804, ha nem felel: 122–765

Előfizetési díj egy évre 216,— Ft, negyedévre 54,— Ft, egyes szám ára 4,50 Ft



75.1459 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

NEVIGRAMON

kapszula

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

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

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

ELLENJAVALLATOK: A légzőközpont depressiója esetén, továbbá máj- és veseelégtelenségben – a funkciós vizsgálatok elvégzése mellett – csak fokozott óvatossággal alkalmazható. A terhesség első harmadában és az újszülötteknél 1 hónapos korig ne alkalmazzuk.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja **felnőtteknek** naponta 4-szer 2 kapszula kúraszerű adagolással legalább 7 napon át, indokolt esetben hosszabb időn át csökkentett adagolással (napi 4-szer 1 kapszula).

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

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

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

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

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

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

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



CHINOI—BUDAPEST

TISERCINETTA

drazsé

neurolepticum

2 mg levomepromazin.

JAVALLATOK

A **psychiatriában és az ideggyógyászatban** főleg: depressio, neurosis, ingerlékenység, alvászavar, hangulati labilitás, környezetbe való beilleszkedési zavar, izgalmi és kimerülési állapot gyógykezelése;

belgyógyászati betegségekhez társuló ideges zavarok, vegetatív tünetek kezelése, főként: a hypertonia-betegség neurogen szaka, angina pectoris, tüdőgyógyászatban functionalis eredetű köhögés csillapítása, ulcus, cholecystopathia, neuralgia, arthrososis fájdalom, pruritus, idős, agyi érlemeszesedésben szenvedők enyhe zavartsága, depressiója, alvászavarok kezelése, adjuválása.

Kisebb orvosi beavatkozások előkészítésekor is alkalmazható, potenciáló hatása miatt.

ADAGOLÁS

Egyéni; a kezdő adag általában felnőtteknek napi 1 drazsé, mely a következő napokban fokozatosan emelhető, a kívánt hatás eléréséig, átlagosan napi 3–5 drazséig. Gyermekeknek az átlagos napi adag 0,25 mg/kg.

A napi adagot 2–3 részletben (az esti adagot a nappalinnál lehetőleg magasabbra szabva) célszerű bevenni, szétrágás nélkül, fél pohár vízzel, étkezés közben vagy után.

Nagyobb levomepromazin adagok szükségessége esetén a 25 mg hatóanyag-tartalmú **Tisercin** drazsé alkalmazandó.

MELLÉKHATÁS

A fenti adagolás mellett ritkán előforduló somnolentia, szédülés, szájszárazság. Alacsony tensio vagy collapsushajlam esetén célszerű a beteget eleinte fektetni. Az első napokban ugyanis a panaszok gyakoribbak, de fekvő helyzetben megszűnnek vagy nem is jelentkeznek.

A Tisercinetta szedésével egy időben a beteg alkoholt ne fogyasszon. Barbiturátokkal együtt csak kellő óvatossággal adható.

20 drazsé à 2 mg, 7,80 Ft 200 drazsé à 2 mg, 41,70 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR