

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:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

117. ÉVFOLYAM

*

31. SZÁM

*

1976. AUGUSZTUS 1.

TARTALOMJEGYZÉK

Biró György dr.
Dr. Páter János (1905—1976) 1862

Simon László dr., Figus I. Albert dr.:
és Bajtai Attila dr.:
Az exfoliatív és abráziós gyomorcytológia,
valamint a célzott gyomorbiopsia
eredményeinek összehasonlító
klinikai értékelése 1863

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Husz Sándor dr., Berkó Györgyi,
Szilágyi István dr. és Simon Miklós dr.:
Fordított rádiális immundiffusios eljárással
végzett mennyiségi serumfehérje-meghatá-
rozás allergiás contact dermatitises-,
és gyógyszerallergiás betegekben 1868

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Toóth Éva dr., Wittman István dr.,
Huoránszki Ferenc dr., Nógrádi Éva dr.
és László Pál dr.:
Az „Urgens endoscopia” szerepe
a gyomor-bél tractus felső szakasza
súlyos vérzéseinek diagnosztikájában 1872

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Drexler Miklós dr. és Ortwein Valéria dr.:
Diabetesez gyermekek
glomerularis filtratiojának ellenőrzése
izotóp módszerrel 1878

A GONDOZÁS KÉRDÉSEI

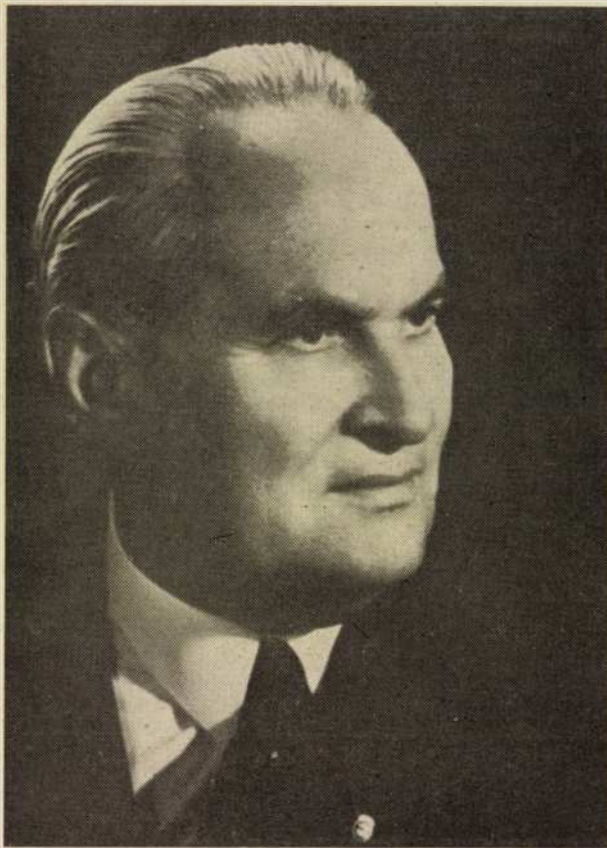
Koleszár Gyula dr.:
Falusi lakosság látásértékelései
és a gondozási módok kapcsolata 1885

RITKA KÖRKÉPEK

Czinner Antal dr., Léb József dr.
és Dénes János dr.:
Műtéttel sikeresen gyógyított
„blue-rubber-bleb” naevus-syndroma
(viscerocutan haemangiomatosis) 1889

Beszámolók, jegyzőkönyvek 1891
Folyóiratreferátumok 1893
Levelek a szerkesztőhöz 1907
Könyvismertetés 1911
Járványügyi tájékoztató 1916
Pályázati hirdetések 1917
Megjelent 1919

Dr. Páter János (1905—1976)



Május 25-én elhunyt Páter János dr., a Pécsi Orvostudományi Egyetem Közegészségtani és Járványtani Intézetének nyugalmazott intézetvezető egyetemi tanára. Örökké aktív, mindig újat kereső, 45 éven át fáradhatatlanul kutató tudós tért örök pihenőre.

Egyetemi tanulmányait Debrecenben végezte és itt, majd a budapesti egyetem orvosi fakultásán sok éven át dolgozott Belák Sándor, a kórtan nagy tekintélyű professzora mellett. 1943-ban habilitálták egyetemi magántanárrá a járványtan tárgyköréből. Kiterjedt tudományos munkássága mellett 1935-ben és az ezt követő években lerakja a MÁV közegészségügyi ellátásának alapjait, és a MÁV Egészségügyi Kutató Laboratórium vezetője lesz egészen 1963-ig. Ekkor veszi át a pécsi Közegészségtani és Járványtani Intézet vezetését és itt tevékenykedik 1975 júliusáig, nyugdíjazásáig.

Kiemelkedő oktató volt, aki nemcsak polihisztor szerűen gazdag tudását adta át tanítványainak, hanem bölcs derűjével, természetéből adódó humánusával nevelt és példát mutatott.

A higiéné és epidemiológia csaknem egész területét átfogta tudományos vizsgálódásai során. Foglalkozott településegészségügyi kérdésekkel, elsősorban a vízellátással, vízminősítéssel, munkahelyi közegészségüggyel, a munkahelyi környezet hatásaiival. Különösen kiemelkedtek a bioklimatológia területén végzett kutatásai. Több mint száz közleményt jelentetett meg, számos könyvet, könyvrészletet írt. Kiterjedt lektori munkájával segítette szakirodalmunk színvonalának emelkedését.

Hosszú ideig maga is aktív sportoló volt, majd tanácsaival, a sportegészségügy területén végzett munkájával és az egyetemi sportélet egyik vezetőjeként segítette, irányította a fiatalokat. Buzdította, tanította őket a természet szeretetére, megbecsülésére, a természetjárás örömeire.

A tudományos egyesületekben és testületekben rendkívül széles körű tevékenységet fejtett ki. Így a Magyar Hidrológiai Társaságban, a Magyar Meteorológiai Társaságban, a Magyar Higiénikusok Társaságában, a Magyar Munkahigiénikusok Társaságában, a Sportorvosi Társaságban, továbbá az ETT Egészségtudományi Szakbizottságában és a Magyar Vöröskeresztben, a Természettudományi Ismeretterjesztő Társulatban.

Tudományos és közéleti munkásságát számos elismeréssel és kitüntetéssel honorálták. Így birtokosa volt a Fenyvessy Béla, a Fodor József, a Bogdánfy Ödön, a Steiner Lajos, a Dalmady Zoltán emlékérmeknek, a „Vöröskeresztes munkáért” arany fokozatának. Már 1954-ben „Kiváló orvos” lett, 1956-ban „Érdemes vasutas”, majd 1974-ben az „Oktatásügy Kiváló Dolgozója”. 1968-tól a TIT tiszteletbeli tagja. 22 kiemelkedő oktatói munkája elismeréseként nyugalomba vonulásakor a Munka Érdemrend arany fokozatát kapta.

Távozásával érzékeny veszteség érte a magyar tudományos életet, amely színes, sokrétű egyéniségének elvesztésével szegényebbé vált. Szellemi öröksége azonban élő hatóerő, gondolatainak fénye messze világít és állít maradandó emléket számára.

Bíró György dr.

Az exfoliatív és abrásiós gyomorcytológia, valamint a célzott gyomorbiopsia eredményeinek összehasonlító klinikai értékelése

Simon László dr., Figus I. Albert dr.
és Bajtai Attila dr.

Techn. assz.: Vaskó Istvánné

A flexibilis száloptikás endoscopok bevezetése nagymértékben megnövelte a korai gyomor-carcinoma diagnosztikus lehetőségeit. Hozzájárul ehhez az endosconon keresztül alkalmazható additionalis vizsgálómódszerek bizonyító ereje. Így a gastroscopos célzott biopsia az elváltozások malignus voltának bizonyítása mellett a neoplasma típusáról és kiterjedéséről is felvilágosítással szolgálhat (1, 6, 10, 11).

A gastroscopos ellenőrzés mellett végzett abrásiós cytologia diagnosztikus értékét az utóbbi években megjelent közlemények sora emeli ki (3, 11, 13, 14, 16).

A vak exfoliatív gyomor-cytologia — bár a célzott eljárások bevezetése óta kissé háttérbe szorult — aránylag kevésbé megterhelő jellege miatt alkalmasnak látszik tömegszűrő vizsgálatok kiegészítésére (7, 8, 17).

Osztályunkon az elmúlt 6 évben 371 gyomor-carcinomás betegen — nagyobbrészt egymástól függetlenül — elvégeztük a fentebb említett additionalis vizsgálóeljárásokat.

Eredményeinket 1. táblázatunkon tüntettük fel.

A vizsgálatok hatásfoka (85—87—63%) a világirodalomban megadott átlag (3, 11, 13, 14) alatt van. Ezért érdemesnek látszott megvizsgálni az egyes vizsgálómódszerek effektivitását válogatás nélküli beteganyagban együttes alkalmazás esetén.

Beteganyag és módszerek

Különböző gyomorpanaszokkal endoscopos vizsgálatra jelentkező 312 betegen — válogatás nélkül — két egymás után következő napon végeztük el a vizsgálatokat.

Az első napon — a basalis és histaminnal maximálisan stimulált gyomorsav-secretio, valamint a gyomornedv LDH összaktivitás meghatározása előtt — az előzőekben közölt (7) öblítéssel vak exfoliatív eljárás szerint megvizsgáltuk a gyomoröblítő folyadék sejtösszetételét.

A második vizsgálati napon — Olympus EF, GFB—2, GIF—D2 és GIF—K eszközöket alkalmazva — vizualis kontroll mellett biopsiás mintát vettünk a lokalizálható gyomor-laesiókból, ezek hiánya esetén az antrum-csatorna kiszögölletű oldaláról, valamint az angulus magasságából, ugyancsak a kiszögölletű oldalról. Ugyanez alkalommal abrásiós cytologiai mintát vettünk az Olympus eszközökhöz alkalmazható kéfével az előbbieken leírt helyekről.

Az endoscopos vizsgálatra kerülő esetek mintegy 80%-ában rendelkezünk megelőző gyomor röntgenvizsgálati eredménnyel. Tekintettel arra, hogy ezek 10—12 különböző intézetből kerültek ki, értékelésüktől eltekintettünk.

A biopsiás specimeneket haematoxylin—eosin festéssel, a cytologiai mintákat pedig Papanicolaou szerint vizsgáltuk (8).

A vizsgálatok értékelésekor elsősorban a „tumoros”, „tumorgyanús”, ill. „tumor negatív” kritériumokat vettük figyelembe, de megvizsgáltuk a cytologiai módszerek eredményeit a benignus gyomor-laesiók diagnosztikájában is.

A beteganyag megoszlását 2. táblázatunkon tüntetjük fel.

Gyomorrákos betegek diagnózisát minden esetben szövettani vizsgálat igazolta, ugyanígy a többi eset végső kórisméjét is részletes klinikai kivizsgálás, ismételt endoscopiás-biopsiás, valamint postoperatív szövettani vizsgálatok támasztották alá.

Különböző vizsgálómódszerek hatásfoka a gyomorrák kórismezésében

1. táblázat

	Biopsia			Abrasios cytologia			Exfoliatív cytologia		
	+	—	össz.	+	—	össz.	+	—	össz.
Korai gyomorrák	26	6	32	20	4	24	16	18	34
N: 39.....	81%			83%			44%		
Előrehaladott gyomorrák	211	30	241	112	14	126	191	105	296
N: 332.....	87%			88%			64%		
Összesen	237	36	273	132	18	150	207	123	330
N: 371.....									
Hatásfok.....	85%			87%			63%		

A vizsgálati periódusban 12 korai gyomorrákot találtunk. A vizsgálati eredmények megoszlását 1. ábránk mutatja.

Bár az esetek kis száma statisztikai feldolgozást nem tesz lehetővé, meggyőzőnek látszik, hogy a vizsgáló eljárások együttes alkalmazásával valamelyik módszer minden esetben igazolta a korrek kórismét és az is megállapítható, hogy — irodalmi adatokkal (16) egyezően — az abrásiós cytologia határfoka meghaladja a célzott biopsziát.

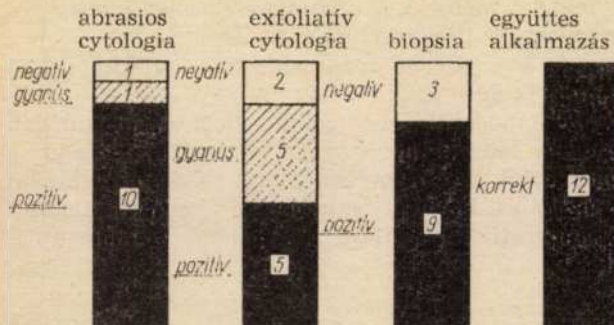
Nem találtunk összefüggést a korai carcinoma kiterjedése és typusa, valamint a vizsgálómódszerek effektusa között. (Eseteink között a Japán Endoscopos Társaság beosztása szerint egy I. típusú, két II/a, két II/c, öt III. és két II/c + III. típusú korai carcinoma szerepel.)

Hatvan esetben találtunk összesen vizsgálataink során gyomorrákos megbetegedést. A vizsgálómódszerek eredményeit a 2. ábránkon tüntetjük fel.

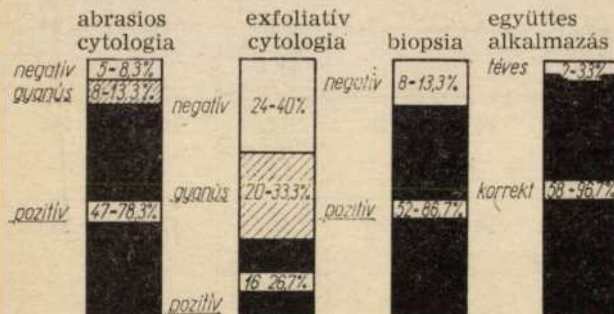
A gastroscopos célzott biopsia és abrásiós cytologia relative alacsonyabb határfokát magyarázhatják az előrehaladott daganatos állapot miatt nehezített vizsgálati körülmények, de fel kell vetni a macroscoposon is biztosnak vélt diagnózis miatt kevésbé gondosan elvégzett mintavétel szerepét is. Ennek ellenére a komplex vizsgálatok előnyét az együttes alkalmazás 96,7%-os határfoka igazolja.

Egy esetünk ismertetésével szeretnénk illusztrálni az együttesen alkalmazott vizsgálómódszerek diagnosztikus hasznát.

A 44 éves férfibeteget első alkalommal endoscoposan és histologiailag benignus, pepticus gyomorfe-



1. ábra. Korai gyomorrák (12 eset)



2. ábra. Gyomorrákos csoport (60 eset)

GYOMORRÁK	12
KORAI	69
ELŐREHALADOTT	
ULCUS VENTRICULI	92
POLYPUS VENTRICULI	
ATROPHIÁS GASTRITIS	86
ÉS/VAGY	
INTESTINALIS METAPLASIA	74
CHR. SUPERFICIALIS GASTRITIS	
ÉS	312
NEGATÍV LELET	
ÖSSZESEN:	

kély miatt észleltük. A három hónappal ezután elvégzett rutinszerű ellenőrzés során a kettős kontrasztos gyomor rtg-vizsgálat ismét fekélyt talált, amelynek beüppedt környezete azonban korai malignus laesio gyanúját vetette fel.

Az exfoliatív cytologiai vizsgálat a tumorgyanút nem igazolta és csak chronikus gastritist mutatott az első biopsziás mintavétel is. A másodszori endoscopos feltárás során abrásiós cytologiát is végeztünk, amely alátámasztotta a korai malignus daganat fennállásának gyanúját (3. ábra), és az ekkor elvégzett többszörös célzott biopsziás minták közül egyben ugyancsak daganatsejteket lehetett megfigyelni (4. ábra). A gyomor-resecatum szövettani vizsgálata igazolta a II/c + III. típusú korai gyomor-carcinoma kórisméjét (5. ábra).

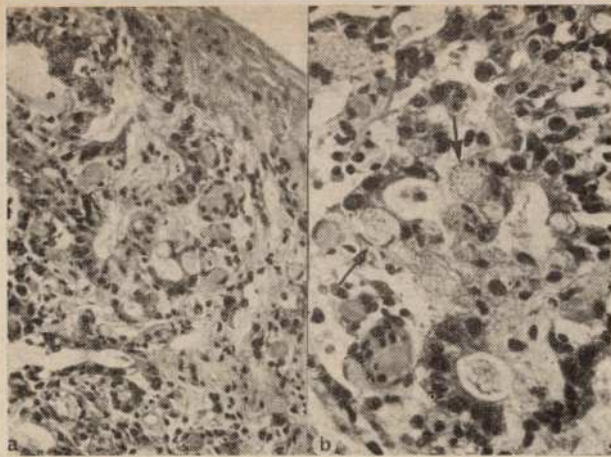
6. ábránkon tüntettük fel a kombinált vizsgálómódszerek eredményeit azokban az esetekben, ahol a lokalizálható benignus gyomorelváltozásokat (benignus ulcus ventriculi és polyp) találtunk. Az „állapotnak megfelelő cytologiai kép” megjelenés alatt azokat a cytologiai leleteket értettük, ahol az elváltozás foka nem érte el a tumorgyanús mértéket, azonban a sejtekben már kóros laesiók voltak megfigyelhetők (a mag:plasma ratio eltolódása, intestinalis típusú sejtek megjelenése, „ulcusos” szövettörmelékes háttér stb.) (2, 17).

A vizsgálómódszerek együttes alkalmazásával itt 88%-os határfokot értünk el.

A 7. ábrán csak a két cytologiai módszerre



3. ábra. a) Daganatra igen gyanús sejtek csoportja az abrásiós kenetben (H-E festés; 500X) b) Nyákot termelő, peccsétgyűrűre emlékeztető daganatsejt az abrásiós kenetben (H-E festés; 800X)



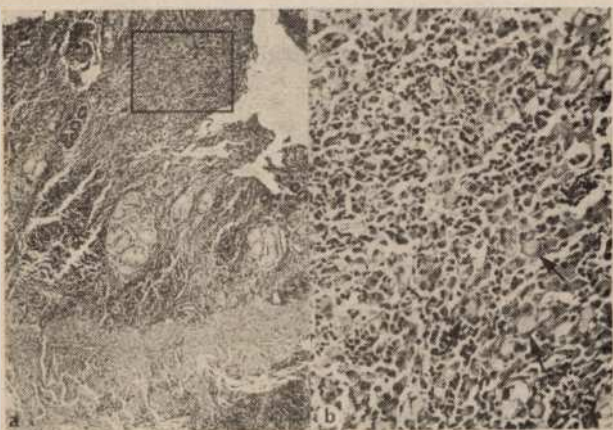
4. ábra.
 a) Destruált mirigyek csoportja a biopsiás anyagban, a felszín fibrin borítja (H-E festés; 80 X)
 b) Nyákot termelő habos plasmájú daganatsejtek a szabálytalan mirigyekben a nyíllal jelölt pontokon (H-E festés; 200 X)

vonatkozó eredményeket mutatjuk be, biopsiával igazolt chronikus atrophias gastritises és/vagy intestinalis metaplasias betegekben. Itt természetesen a biopsia eredménye a perdöntő, a cytologiai vizsgálat azonban egyes esetekben — főleg foltos atrophia, illetve szigetszerű metaplasia esetén használható informatiókat adhat.

Negatív eseteinkben a téves pozitív cytologiai eredmények alacsony előfordulási százalékát 8. ábránk mutatja.

Megbeszélés

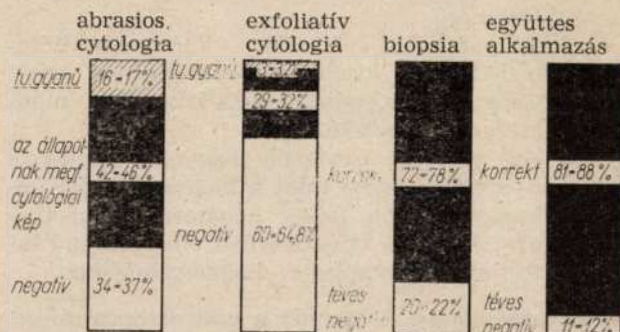
A gastroscopos célzott biopsia határfoka — párhuzamban a vizsgálatok széles körű elterjedésével és a műszerek, valamint a vizsgálati technika tökéletesedésével — sokat javult az elmúlt 6–8 év alatt és gyakorlott kézben most már eléri a 95–98%-ot (11, 12, 15). Ennek ellenére az en-



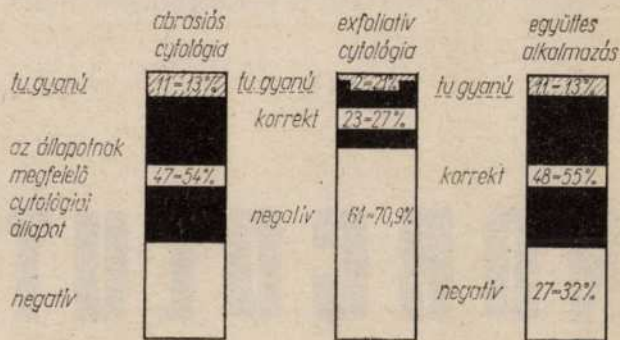
5. ábra.
 a) Átnézeti kép a II/+III. típusú korai rák széli részéből. A bekeretezett területben korai malignus burjánzás (H-E festés; 32 X)
 b) Az a) ábrán keretezett terület nagyobb nagyítású képe: daganatosan burjánzó mirigysejtek, közülük néhány pecsétgyűrűre emlékeztet (nyíllal jelölve). (H-E festés; 200 X)

doscopos gyakorlatban számos olyan eset fordulhat elő, amikor technikai vagy anatómiai okok (szennyezettség, stenosis, multicentrikus neoplasma stb.) miatt szükség van additionalis endoscopos módszereink közül a célzott abrásiós cytologia alkalmazására is.

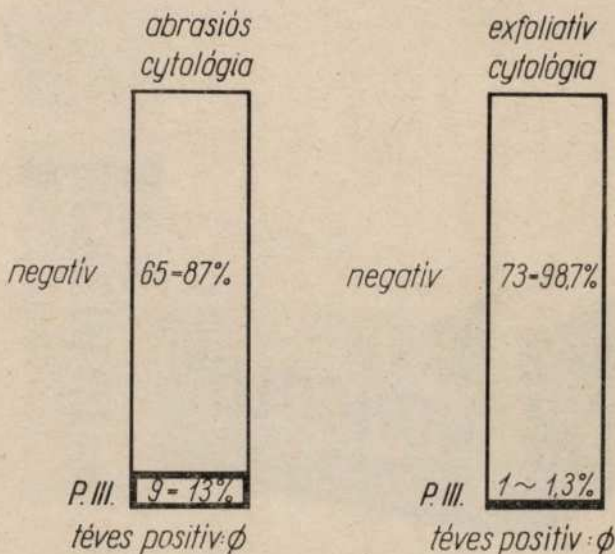
Az előbbieken ismertetett vizsgálataink során azonos betegekben, azonos kautélák között végzett biopsiás és abrásiós, valamint exfoliatív cytologiai mintavételek hatékonyságát hasonlítot-



6. ábra.
 Ulcus ventriculi és benignus polypusok (92 eset)



7. ábra.
 Atrophias gastritis és/vagy intestinalis metaplasia 86 eset, biopsiás eredmények alapján



8. ábra.
 Chr. superficialis gastritis és normál nyálkahártya (74 eset, biopsiás eredmények alapján)

tuk össze, és tapasztalatainkat a következőkben összegezzük.

1. A korai gyomor-carcinomás esetekben az abrásiós cytologia és a többszörös biopsia együttes alkalmazásától várható a korrekt diagnosis nyérése.
2. Ugyanígy az előrehaladott gyomorrákos esetekben a célzott biopsia és abrásiós cytologia együttes alkalmazásától 96,7%-os határfokú bizonyítást kaptunk, a technikai kautélák javításával ez akár 100%-ig is emelhető.
3. Az exfoliatív cytologia — könnyebb kivitelezhetősége, kisebb szakemberigénye miatt elsősorban kiegészítő szűrővizsgálati módszernek ajánlható.
4. Az abrásiós cytologia nagyobb területről nyújt áttekintést mint a biopsia. Így jól felhasználható a foltos gyomornyálkahártya-atrophia és a szigetszerűen elhelyezkedő intestinalis metaplasia diagnosztikájában.

Összefoglalás. A szerzők a gastroscopos célzott gyomor-biopsia és abrásiós cytologia, valamint a vak exfoliatív gyomor-cytologia klinikai értékének összehasonlítására 312 válogatás nélküli, endoscopos vizsgálatra kerülő gyomorbetegben végez-

ték el párhuzamosan az említett vizsgálatokat. Eredményeik szerint a legkorrektebb diagnosztikus informatiókat a biopsia és a célzott abrásiós cytologia együttes elvégzése nyújtja, az exfoliatív cytológiát pedig kiegészítő szűrővizsgálati módszernek ajánljuk.

IRODALOM: 1. *Bajtai A. és mtsai:* Orv. Hetil. 1972, 113, 2511. — 2. *Castrup, H. J., Fuchs, K.:* Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 892. — 3. *Clodi, P. H.:* in Early Gastric Cancer, pp. 159, Springer Verlag, Berlin 1974. — 4. *Crespi, M.:* in Early Gastric Cancer pp. 161, Springer Verlag, Berlin, 1974. — 5. *Eder, M., Wiebecke, B., Klein, H. J.:* Chirurg. 1970, 41, 97. — 6. *Elster, K.:* Praxis. 1971, 60, 1365. — 7. *Figus I. A., Bajtai A.:* in Endoscopy of the Digestive System. Karger, Basel, pp. 157. 1969. — 8. *Figus I. A., Bajtai A., Simon L.:* Orv. Hetil. 1970, 111, 1863. — 9. *Henning, N., Witte, S.:* Atlas der Gastroenterologischen Zytodiagnostik. Thieme Verlag, Stuttgart. 1968. — 10. *Kasugai, T.:* Gastroint. Endoscopy. 1968, 15, 33. — 11. *Kasugai, T., Kobayashi, S.:* Amer. J. Gastroent. 1974, 62, 199. — 12. *Kawai, K.:* Endoscopy. 1971, 3, 23. — 13. *Kobayashi, S., Prolla, J. C., Kirsner, J. B.:* Acta Cytol. 1970, 14, 319. — 14. *Kobayashi, S., Yoshii, J., Kasugai, T.:* Gastroint. Endoscopy. 1972, 19, 77. — 15. *Prolla, J. C.:* Acta Cytol. 1971, 15, 375. — 16. *Schade, R. O. K.:* Lancet. 1961, II, 1163. — 17. *Serck-Hanssen, Marcussen, J., Liavag, L.:* in Early Gastric Cancer. pp. 139, Springer Verlag, Berlin, 1974. — 18. *Witte, S.:* Endoscopy. 1970, 2, 88.

NORCOLUT

tabletta



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 5 mg noterthisteront tartalmaz.

HATÁS

Oralisan felszívódó gestagen készítmény.

JAVALLAT

Praemenstruációs syndroma, mastodynia, a secretiós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, dysfunctionalis méhvérzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriosis adenomyosis.

ELLENJAVALLAT

Általában nincs. Külön elbírálást igényelnek, főleg tartós szedés esetén: thrombosis-készség, hepatitis, májműködési zavarok, emlő-carcinoma, genitális carcinoma.

ADAGOLÁS

Praemenstruációs syndroma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusok: a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1-2 tablettá, esetleg oestrogennel együtt.

Dysfunctionális méhvérzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii (a nenyiben a vérzés functionalis jellegét 6 hónapon belül végzett histológiai vizsgálata igazolta): 6-12 napon át napi 1-2 tablettá a vérzés megszüntetésére. Recidiva megelőzésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1-2 tablettá. Általában oestrogennel együtt. Endometriosis, adenomyosis: a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tablettá 6 hónapon át vagy folyamatosan szedve, a ciklus 5. napján napi fél tablettával kezdve és az áttörésses vérzések elkerülésére 2-3 hetenként fél tablettával emelkedve 4-6 hónapon át.

MELLEKHATÁS

Ritkán fellépő és későbbi ciklusokban megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, áttörésses vérzés, esetleg oedema, allergiás bőrreakció, paraesthesia, testsúlyváltozás, fáradékonyság.

MEGJEGYZÉS

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján nőgyógyászati szakrendelések rendelhetik, illetőleg csak nőgyógyászati szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

CSOMAGOLÁS

20 tablettá 34,90 Ft.



1866

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

VERMOX

tabletta



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 100 mg mebendazol tartalmaz.

HATÁS

A Vermox az *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichuria*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések anthelminticum.

JAVALLATOK

Enterobius vermicularis, *Trichuris trichuria*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések.

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

A testsúlytól és az életkortól függetlenül a felnőtteknek és gyermekeknek az alábbi adagok adandók: Enterobiasisban és ascariasisban a hatás eléréséhez egyetlen tablettá bevétele elegendő.

Ascariasis súlyosabb eseteiben két egymás utáni nap, napi 1–1 tablettá. Trichuriasisban, ancylostomiasisban, illetve kevert fertőzésekben három egymás utáni napon napi 2×1 tablettá.

MELLEKHATÁSOK

A javasolt therapiás dosisban nem okoz panaszokat.

FIGYELMEZTETÉS

Lypophyl anyagok (széntetraklorid, tetraklóretilén, kenopodiumolaj, kloroform, éter stb.) Vermoxszal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS

6 tablettá 10,10 Ft.

MEGJEGYZÉS *

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Bőr és Nemikórtani Klinika
(igazgató: Simon Miklós dr.)

Fordított radialis immundiffusios eljárással végzett mennyiségi serumfehérje- meghatározás allergiás contact dermatitises-, és gyógyszerallergiás betegekben

Husz Sándor dr., Berkó Györgyi
Szilágyi István dr. és Simon Miklós dr.

A Mancini-módszerrel (21) végzett mennyiségi fehérje meghatározás költséges; így viszonylag kevés kórképben történtek ilyen jellegű vizsgálatok, el-

tekintve az immunglobulin meghatározásoktól. Elsősorban malignus megbetegedésekben (haemoblastosisok, reticulosisok, malignus tumorok), autoimmun megbetegedésekben és szív-infarctusban vizsgálták a glycoprotein fractiókat (14, 19, 23, 24, 25, 26). Kevés bőrgyógyászati kórképre vonatkozóan találtunk irodalmi adatot, az allergiás contact dermatitises és a gyógyszerallergiás megbetegedésekkel kapcsolatosan pedig egyáltalán nem találtunk.

Vizsgálataink szerint az igazoltan gyógyszer által kiváltott Lyell-szindrómában (8), allergiás contact dermatitises és bizonyítottan gyógyszerallergiás betegekben semiquantitativ immunoelektroforézissel (13) jellegzetes dysproteinaemiát találtunk. Célszerűnek látszott ezen dysproteinaemia további vizsgálata a címben feltüntetett bőrgyógyászati kórképekben és módszerrel.

Beteganyag és módszerek

Vizsgáltunk 21 gyógyszerallergiás beteget (16 nő, 5 férfi) (1. táblázat) és 14 olyan egyént (7 nő és 7 férfi), akiken — részben vagy egészben — a betegség kialakulásában, rátevési próbával igazolt (2. táblázat) allergiás contact érzékenység állott fenn, s életkoruk 19 és 68 év között volt. A gyógyszerallergiás betegek — az újabban észlelt 3 Lyell-szindrómás beteg kivételével — lymphocytratransformációval (5) és chloramphenicol-érzékenység esetén histon-methylállással (4) igazolt gyógyszerérzékenység állott fenn. A vérvétel minden esetben a betegség kezdetekor, acut stadiumban, a klinikai felvétel napján történt.

A praealbumint, a coeruleoplasmint, a haemope-xint, a transferrint, a β_{1A} -t, IgG-t, IgM-et, IgA-t, IgD-t fordított radialis immundiffúzióval határoztuk meg. Az albumint agargélben végzett elektroforetikus fehérje frakcionálással, az IgE mennyiségét pedig Phadebas IgE testtel mértük.

A fordított radialis immundiffúzióknak — mint módszereknek — a lényege az, hogy a beteg serumának megfelelő hígítását agarba keverjük, majd az ebbe

1. táblázat:

A gyógyszerallergiás betegek klinikai tünetei és a lymphocytá transformatis testtel igazolt kiváltó gyógyszerek.

Diagnosis	Betegek száma	Allergének												
		Algyoprin	Chlorocid	Amidazo-phenum	Penicillin	Gylyvenol	Tetran	Sulfonamid	Indomethacin	Nitrofurantoin	Phenobarbital	Procain	Phenophthalinum	Pehenyibutasonum
Urticaria	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Urticaria + Quincke oedema	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Éryt. + Quincke oedema	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Maculo-papulosus exanthemák	5	—	1	—	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—
Erythrodermia	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vesiculosus exanthemák	3	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Vasculitis	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Purpura	3	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Eryth. exsud. multiforme	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Lyell syndroma	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1

Diagnósis	Betegek száma	Allergének													
		Terpentin	Króm	Higany	Nikkel	Formalin	Kobalt	PPD	Rezorcín	Perubalsam	MBT	TMTD	Procain	Chloramphenicol	Epoxigyanta
Allergiás contact dermatitis, generalizált	4	1	1	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	1
Allergiás contact dermatitis, localizált	7	—	2	1	—	4	2	—	—	—	—	—	1	1	—
Ulcus et ekzema cruris	1	—	1	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	—
Dysidrosis et ekzema mikrobiale	2	1	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—

PPD = p-Phenylindiamin
MBT = Merkaptobenzthiazole
TMTD = Tetramethylthiuramisulfid

A serumglycoproteidek koncentrációja allergiás contact dermatitis és gyógyszerallergiás betegekben, valamint a kontrollokbán

3. táblázat

Glyco-proteidek	Vizsgálatok száma	Kontroll	Vizsgálatok száma	Allergiás contact dermatitis	Eltérés kontrolltól p <	Vizsgálatok száma	Gyógyszerallergia	Eltérés kontrolltól p <
Praealbumin	11	33 ± 3mg/100ml	13	20 ± 5mg/100ml	0,001	21	13 ± 6mg/100ml	0,001
Albumin	11	4286 ± 260mg/100ml	14	3701 ± 487mg/100ml	0,01	21	3621 ± 789mg/100ml	0,02
Coeruloplasmin	10	100 ± 19%	14	213 ± 54%	0,001	21	152 ± 80%	nem szign.
Haemopexin	11	87 ± 11mg/100ml	14	162 ± 74mg/100ml	0,01	11	107 ± 17mg/100ml	0,01
Transferrin	11	100 ± 17%	14	114 ± 15%	0,05	21	88 ± 22%	nem szign.
Beta _{1A}	11	86 ± 20mg/100ml	14	145 ± 49mg/100ml	0,001	21	113 ± 34mg/100ml	0,05
IgG	10	1401 ± 211mg/100ml	14	1322 ± 219mg/100ml	nem szign.	21	1296 ± 432mg/100ml	nem szign.
IgA	11	235 ± 55mg/100ml	14	219 ± 202mg/100ml	nem szign.	21	270 ± 168mg/100ml	nem szign.
IgM	11	115 ± 8mg/100ml	14	159 ± 58mg/100ml	0,02	21	126 ± 45mg/100ml	nem szign.
IgD	8	100 ± 30%	14	97 ± 128%	nem szign.	10	118 ± 122%	nem szign.
IgE	6	90 ± 37 U/ml	14	134 ± 145 U/ml	nem szign.	21	98 ± 97 U/ml	nem szign.

vágott lyukakba mérjük az antiserumot. A módszert előzőleg már ismertettük (1, 1/a, 25). Domán a hasonló elven alapuló módszerrel nyert eredményekről ugyancsak már 1972-ben, majd azt követően 1975-ben számolt be (6, 6/a).

Az anti IgD savót az amsterdami vértranszfúziós intézettől, az anti-praealbumin és anti-haemopexin savót a Behring Werketől, a többi specifikus immun-savót a Human Oltóanyagtermelő Intézettől szereztük be.

Kontroll serumként 110 egészséges egyén (60 nő és 50 férfi) tízes csoportokba osztott serum-keverékét használtuk, amelyet a szegedi vradó központ bocsátott rendelkezésünkre. Életkoruk 18 évtől 60 évig terjedt. Standard serumként Behring Werke A és B, Phadebas, WHO és Human serumot alkalmaztunk. Azon frakciók esetében, amelyekben standard serum nem állt rendelkezésünkre (coeruloplasmin, transferrin, IgD), az egészséges egyének átlagértékeit vettük 100%-nak és relatív százalékban adtuk meg a normálistól eltérő értékeket.

Eredmények

Eredményeinket mindkét betegcsoportban a 3. táblázatban foglaltuk össze. Minden esetben matematikai analysis végeztünk.

A 3. táblázatból leolvasható, hogy mind a két betegcsoportban szignifikánsan csökkent a

praealbumin- és az albumin-, emelkedett a haemopexin- és a β_{1A} -koncentráció. Allergiás contact dermatitisben, ezeken kívül, erősen megnövekedett a coeruloplasmin-, mérsékeltebben a transferrin- és az IgM-szintje.

Megbeszélés

1971-ben közölt igazoltan gyógyszer által okozott Lyell-syndromás eseteinkben figyeltünk fel először a praealbumin hiányra, ill. csökkenésre, s egy jellegzetes dysproteinaemiára (8). 1974-ben nagyobb, bizonyítottan gyógyszerallergiás beteganyagon erősítettük meg korábbi megfigyeléseinket (10). 1975-ben 63 bizonyítottan gyógyszerallergiás, valamint 53 allergiás contact dermatitisben betegben értékeltük a semiquantitativ immunoelektroforetikus eltéréseket (13). Mindkét betegcsoportban csökkent a praealbumin, az albumin, emelkedett az α_1 -antitrypsin és a β_1c -globulin szintje. Ezen jellegzetes dysproteinaemia mértékét kívántuk igazolni quantitativ módszerrel. Sajnos specifikus anti-human α_1 -antitrypsin savónk nem volt.

Mint eredményeinkből látható, a semiquanti-

tativ immunoelektroforetikus eltéréseket megerősítettük, sőt még ezeken felül is találtunk statisztikailag szignifikáns dysproteinaemiát.

Az immunglobulinok közül az IgM szintje allergiás contact dermatitisben növekedett. A többi immunglobulin — néhány esettől eltekintve — nem mutatott jellegzetes eltérést, ami arra utal, hogy a korábban közölt allergiás contact dermatitisben talált IgD hordozó lymphocyták számának emelkedése (2, 9), és a gyógyszerallergiás esetekben észlelt IgG-, IgD-, IgE-hordozó lymphocyták számának a növekedése (3), a serum megfelelő Ig-szintjével nincs közvetlen összefüggésben. Ennek alapján feltételezhető, hogy az IgD-, valamint az IgE hordozó lymphocyták allergiás contact dermatitisben és gyógyszerallergiában vagy receptor szerepet töltenek be, vagy passzívan adszorbeálják ezeket az immunglobulinokat. Az is elképzelhető, hogy a termelődött immunglobulinok az antigén-antitest reakció következtében használnak fel. Az IgE esetében ismeretes, hogy vannak kifejezetten IgE antitestek által közvetített gyógyszerallergiák (18, 22).

A complement hármaskomplexének (C_3) emelkedése (β_{1A} , β_{1C}) mind immunoelektroforézissel, mind radialis immundiffúzióval megtalálható volt, és ez egyértelmű összefüggést mutat a fenti betegségekben észlelt C_3 hordozó lymphocytaszám-emelkedéssel (2, 3).

Jelenlegi vizsgálataink során ez az emelkedés allergiás contact dermatitisben volt kifejezettebb, éppen úgy mint a C_3 hordozó lymphocyták meghatározása során. Ez a tény pedig a lymphocyták esetleges complement-termelését támogatja, melyre már korábban felhívtuk a figyelmet (9). Újabb *Lai A Fat és mtsa.* foglalkozott a lymphoid szövetek complement-termelésével (20). Allergiás megbetegedésekben radialis immundiffúziós meghatározással emelkedett a C_{1q} a serumban (15), ami kizárja a más úton (az ún. „by-pass” mechanizmuson) keresztül történő complement-aktiválást.

A coeruloplasmin szintjének emelkedése az acut phasis reakciókban végbemenő α_1 és α_2 -globulin-szint növekedéssel lehet összefüggésben. Az ebbe a csoportba tartozó α_1 -antitrypsint csak immunoelektroforézissel tudtuk vizsgálni, és a betegek nagy részében ennek a koncentrációja emelkedett. Újabbban ugyancsak acut phasis reactansként szerepeltetik a haemopexint (22/a). Ezt támasztja alá saját eredményünk is, hiszen mind a két betegségcsoportban emelkedik a haemopexin koncentráció.

Előző vizsgálatainkkal összefüggésben legjellegzetesebbnek mindkét kórképben a praealbumin és albumin csökkenését tartjuk és ezt a már korábban feltételezett haptenhordozó szerepükkel magyarázzuk. Az albuminra vonatkozóan már vannak ilyen jellegű irodalmi utalások (16). A praealbumin ilyen szerepét támogatja az, hogy könnyen kapcsolódik bizonyos biológiai anyagokkal [thyroxin (27), trijódthyronin (16), retinolkötő protein (7)], valamint az, hogy a lymphocyták membránján haptent okozta megbetegedésekben (gyógyszerallergia, allergiás contact dermatitis) immunfluorescens módszerrel praealbumint lehetett kimutatni (12). Az ilyen lymphocytákat antigénhordozó lymphocytáknak tartottuk, a praealbumin — haptent komplexszel a felszínen (11).

A praealbumin-csökkenésre vonatkozóan a következő lehetőségeket tételeztük fel (8, 13):

I. Congenitalis defectus

II. Szerzett defectus

1. a termelés csökkenése (pl. májkárosodás);
2. fehérjevesztés (interstitialis térbe, vesiculákba);
3. fokozott lebontás (a praealbumin felezési ideje 1,9 nap) (16);
4. a fokozott elhasználódás (kötődés különböző anyagokhoz pl. az anyagcsere fokozódása következtében nagyobb mennyiségben jelenlevő thyroxinhoz, bacterialis, ill. autoantigenhez stb.);
Ez utóbbi ismét több formában jöhet létre:
 - a) haptent-praealbumin komplex (antigen) a lymphocytá membránhoz kapcsolódik (11);
 - b) antigen-antitest reakció;
 - c) mint komplett antigen kikerülhet a szövetekbe és így válthat ki klinikai tüneteket;
 - d) a vesén keresztüli ürítése fokozódik a haptenttel együtt.

Az a tény, hogy a gyógyszerallergiás betegek tünetmentes állapotában elvégzett vizsgálatok nem mutattak praealbumin csökkenést, kizárják a vele született rendellenesség és a chronikus májártalom lehetőségét (13/b).

A szerzett formák mindegyike szóba jöhet mint a serum praealbumin szintet csökkentő tényező. Nagyfokú acut májkárosodásról nem lehet szó, mivel gyógyszerallergiás dermatitisben a haemopexin szint emelkedik, májkárosodás esetén pedig inkább csökkenő tendenciát mutat (25). A laboratóriumi májfunkciós próbák szintén nem utaltak lényeges májkárosodásra (10).

A praealbumin szint csökkenésében, a fokozott veszteségnek főleg a bullosus formában lehet szerepe, azonban a hólyagot kitöltő folyadékban általában a serumnak megfelelő fehérjeképet észleljük: hiányzó praealbumin esetén hiányt, csökkenés esetén csökkenést (8). Erre a lehetőségre és a fokozott lebontásra is vonatkozik az, hogy a serum fehérje képet a betegség lehető legkorábbi fázisában vizsgáltuk meg.

A fokozott felhasználódás több formában is bekövetkezhet ilyen betegeken, s talán ez az egyik legjelentősebb praealbumin-szint csökkenést okozó tényező; kapcsolódik a haptenthez és ez az antigen hordozó lymphocyták membránjához (11). Antigen-antitest reakcióban vehet részt és klinikai tüneteket válthat ki. Szerepet játszhat a praekallikrein aktiválásában, melynek allergiás megbetegedésekben nagy szerepet tulajdonítanak (17). Nagyból szerepe lehet esetlegesen a vizelettel történő veszteségnek, talán gyógyszerhez kapcsolódva. Ilyen jellegű vizsgálataink folyamatban vannak.

A praealbumin-csökkenés mechanizmusára vonatkozóan többnyire csak feltevéseink vannak, de maga a csökkenés bekövetkezése nem vitatható. A csökkenést valószínűleg, mint mindent a szervezetben, több tényező együttesen hozza létre, de ezek egyik fontos tényezője az lehet, hogy a praealbumin haptent-hordozó.

Összefoglalás. A szerzők fordított radialis immundiffúziós eljárással és Phadebas IgE testtel mennyiségi serum fehérje szint (IgG, IgA, IgM, IgD, IgE, β_{1A} -transzferrin, haemopexin, coeruloplasmin, albumin, praealbumin) meghatározásokat végeztek.

Tizennégy allergiás contact dermatitisben szenvedőn szignifikánsan emelkedett az IgM-, a β_{1A} -globulin, a transferrin-, a haemopexin- és a coeruloplasmin-szintje; csökkent viszont az albumin- és a praealbumin-szintje.

Huszoney gyogyszerallergiás betegükben szignifikánsan emelkedett a β_2 -globulin- és a haemopexin-szint: csökkent az albumin- és a praealbumin-szintje.

Legjellemzőbbnek a mindkét betegcsoportban megtalálható szignifikáns praealbumin-szint csökkenést tartják.

Köszönetnyilvánítás

E helyen mondunk köszönetet a Szegedi OTE Központi Laboratórium Számítástechnikai Központjának a statisztikai számítások elvégzéséért.

IRODALOM: 1. Berkó Gy., Husz S.: Quantitativ módszer serumfehérjék meghatározására. Előadás a Poór Ferenc Emlékülésen 1972. okt. 27–28. Szeged. (Ref.: Bőrgy. Vener. Szle. 1973, 49, 189.) — 1/a. Berkó Gy., Husz S.: Z. med. Labortechnik. 1976, 17, 92. — 2. Cormane, R. H., Husz S., Hamerlinck F.: Brit. J. Derm. 1974, 90, 597. — 3. Cormane, R. H., Husz S., Hamerlinck, F.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1975, 254, 592. — 4. Dobozy A., Hunyadi J., Simon W.: Clin. exp. Immunol. 1971, 8, 917. — 5. Dobozy A., Hunyadi J., Simon N.: Lancet. 1973, II, 1319. — 6. Domán J.: Med. Lot. 117. oldal. Kozm. Biol. és orvostud. V. Szimposium. 1972. — 6/a. Domán J.: Orv. Hetil. 1975, 116, 1585. — 7. Goodmann, D. S.,

Leslie, R. B.: Biochim. Biophys. Acta. 1972, 260, 670. — 8. Husz S. és mtsai: Bőrgyógy. Vener. Szle. 1971, 47, 201. — 9. Husz S.: Orv. Hetil. 1974, 115, 1887. — 10. Husz S. és mtsai: Derm. Mschr. 1974, 160, 93. — 11. Husz S., Hamerlinck F., Cormane, R. H.: Kísér. Orvostud. 1975, 27, 233. — 12. Husz S., Hamerlinck F., Cormane, R. H.: Brit. J. Derm. 1975, 93, 11. — 13/a. Husz S. és mtsai: Bőrgyógy. Vener. Szle. (megjelenés alatt). — 13/b. Husz S., Farkas B., Gyurkovics K.: (nem közölt adatok). — 14. Jakab L., Fehér J.: Acta Med. Acad. Sci. Hung. 1973, 30, 219. — 15. Kawachi-Takahashi, S. és mtsai: Int. Arch. Allergy. 1975, 48, 161. — 16. Kawai, T.: Clinical aspects of the plasma proteins. Springer Verlag Publ. Berlin, 1973. — 17. Kaplan, A. P., Austen, K. F.: J. Immunol. 1970, 105, 802. — 18. Kraft, D., Stemberger, H., Wiedermann, G.: Wien. med. Wschr. 1974, 124, 308. — 19. Lai A Fat, R. F. M., van Furth, R.: Clin. exp. Immunol. 1974, 17, 129. — 20. Lai A Fat, R. F. M., van Furth, R.: J. Immunol. 1975, 28, 359. — 21. Mancini, G., Carbonara, A. O., Heremans, J. F.: Immunochemistry. 1975, 2, 235. — 22/a. Murray-Lyon, I. M., Liem, H. H., Müller-Eberhard, U.: Brit. J. exp. Path. 1975, 56, 247. — 22/b. Müller, U., Morell, A., Hoigne, R.: Int. Arch. Allergy. 1973, 44, 667. — 23. Rentsch, I.: Arch. Klin. Med. 1969, 216, 471. — 24. Schneider, Ch., Gürenci, J.: Hautarzt. 1972, 23, 209. — 25. Simon N., Husz S., Berkó Gy.: Z. Hautkr. 1974, 49, 407. — 26. Störiko, K.: Blut. 1968, 14, 200. — 27. Tritzsch, G. L.: J. Med. 1972, 3, 129.



GLUDESIN fertőtlenítőszert

Baktericid, vírusoid, sporicid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszert.

ALKALMAZHATÓ:

- gumi- és műanyag katéterek, intratracheális tubusok, drainek, egyéb gumi- és műanyag tárgyak,
- különféle endoszkópok (cystoscop, oesophangoscop, bronchoscop, gastroscop stb.),
- tonométerek és egyéb kényes szemészeti eszközök és műszerek,
- anaesthesiológiai gépi berendezések és ezek tartozékai,
- fogászati eszközök (öntvények, fúrók, tükrök stb.),
- audiológiai berendezések és ezek tartozékai, valamint inkubátorok mosható részeinek hatásos fertőtlenítésére.

Ára:

1 liter	58,- Ft
5 liter	264,- Ft

KÉRJE RÉSZLETES ISMERTETŐNKET

Gyártja:

Reanal

FINOMVEGYSZERGYÁR

1147 Budapest, Telepes u. 53.

Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt

1147 Budapest, Telepes u. 58–60.



Fővárosi Tanács János Kórháza,
IV. Belgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Wittman István dr.)

Az „Urgens endoscopia” szerepe a gyomor-bél tractus felső szakasza súlyos vérzéseinek diagnosztikájában

Toóth Éva dr., Wittman István dr.,
Húoránszki Ferenc dr., Nógrádi Éva dr.
és László Pál dr.

„Bis dat, qui cito dat!”. Ez minden orvosi tevékenység hajtóereje. Hatványozottan érvényesül e szemlélet az emésztőtractus felső szakasza akut, súlyos vérzéseiben, mivel ezek azonnali és adequat beavatkozást igényelnek. A döntés — az azonnali műtét, a későbbi operatív beavatkozás és a konzervatív kezelés között — sok szempontot átfogó klinikai értékelésen alapszik, de elsősorban a vérzés okának és helyének ismeretét igényli. Mérlegelendő továbbá a beteg általános állapota, életkora, a vérzés megismétlődésének lehetősége, a várható szövődmények és a vérzés intenzitása.

A gyomor-bél tractus felső szakasza akut, súlyos vérzéseinél az alapvető probléma a vérzés okának és helyének tisztázása. A gondos klinikai megfigyelés mellett a következő korszerű diagnosztikai eljárások nyújthatnak ebben segítséget: röntgenvizsgálat, endoscopia és a selectiv angiographia, valamint a vérzékenység felderítésére szolgáló laboratóriumi eljárások. Az isotop eljárással az occult vérzés diagnosztizálható.

A beteg sorsát meghatározó gyors döntés kialakításában az *urgens endoscopiának* fontos szerepe van. Az *urgens endoscopia* (urgent endoscopy, emergency endoscopy, Notfallendoskopie) olyan endoscopos diagnosztikai eljárás, mely életveszélyes állapotban nyújt segítséget a diagnosis megállapításában és a soron következő orvosi tevékenység meghatározásában. Ez idő szerint alkalmazható az emésztő-tractusnak mind a felső, mind pedig az alsó szakasza akut vérzéseinek okának és helyének felkutatására, valamint egyes hasi katasztrófák, pl. hasi trauma következményeinek



1. ábra.
A műtéti úton eltávolított elsődleges duodenumcarcinoma

vagy akut gyulladásos folyamatok jellegének (appendicitis, cholecystitis, adnexitis) vagy hasüregi vérzések okának (extrauterin graviditás) felismerésére. E célra a felső panendoscopia, a coloscopia és a laparoscopia *urgens* változatai használatosak.

A száloptikás endoscopok, de különösen az előrettekintő optikájú oesophago-gastro-duodenoscopok (felső panendoscopok) — egzakt vizsgálati lehetőségeik miatt — a felső gastrointestinalis tractus akut vérzéseinek diagnosztikájában ma már minden más módszerrel szemben elsőbbséget élveznek. A gyomor-bél tractus felső szakasza akut, súlyos vérzéseiben a vérzés alatt, vagy közvetlenül utána végzett radiológiai vizsgálat jelentősen kisebb arányban adja meg a vérzésforrást, mint a felső panendoscopia, a collapsus határán levő betegre pedig nagyobb megterhelést jelent, mint az endoscopos vizsgálat. *Wenz és mtsai* (35) szerint az akut vérzés időszakában végzett röntgenvizsgálat 10—15%-ban, *Piger és mtsai* (30) szerint 10—40%-ban eredménytelen.

A gyomor-bél tractus felső szakasza akut, súlyos vérzéseinek *activ endoscopos* felismerésében az úttörő *Palmer* (24, 25, 26, 27, 28) volt. Az ő vizsgálatait még hagyományos endoscoppal történtek. A száloptikás eszköz „*urgens*” alkalmazásának első ismertetése *Hirschowitztől* (13), a száloptikás endoscopia kialakítójától származik. Ez a közlés 1963-ban történt. Ezt követték *Katz* (15, 16), *Kawai* (17), *Nakao* (23) közlései. Magyarországon az úttörők — hagyományos eszközzel — *Benkő* (1, 2) és *Hámori* (9, 10) voltak, száloptikás eszközzel végzett *urgens endoscopiáról* pedig először *Domján* (7) számolt be. Európában az első *urgens en-*

doscopiával foglalkozó nemzetközi konferencia 1971-ben Prágában volt.

Silen (32) a gastrointestinalis vérzés diagnosztikájában az endoscopyt a „leghasználhatóbb, egyszerű diagnosztikai módszernek”, *Moody* (22) „az egyetlen használható eljárásnak”, *Mikelsen* (21) pedig a „diagnosztika kulcsának” nevezi. *Hedberg* (11) az Arch. Surg. szerkesztőségéhez intézett levelében hangsúlyozza annak fontosságát, hogy az urgens endoscopyt nemcsak a sebészekkel, hanem valamennyi klinikai szakma képviselőjével is el kell fogadtatni. *Himal* (12) leszögezi, hogy az urgens endoscopia nagymértékben növeli a vérzés helyének pontos meghatározási lehetőségét, ami a mortalitás csökkentése szempontjából alapvetően fontos tényező. Anyagában 5,4% volt a mortalitása azoknak a betegeknek, akiken műtét előtt megtörtént a vérzés localisatiója, míg azon vérző betegek esetében, akiken a műtét előtt a vérzés localisatiója nem történt meg — 24,7% volt. Az angiographia és endoscopia együttes alkalmazásától az eredmények további javulását várja.

Az urgens-endoscopos vizsgálat optimális időpontja meghatározásában sok vita folyt. Ma általában *Tsuneoka* (33) álláspontját fogadják el, aki a vérzés megindulását követő 72 órán belül javasolja a vizsgálat elvégzését. Ezt az álláspontot — tehát a vizsgálatnak minél korábbi időpontban való elvégzését — jól támasztja alá *Menguy* (20) megfigyelése, aki szerint az acut vérzések 25—30 százalékában gastritises nyálkahártya felületes erosiói képezik a vérzés forrását. Mivel ezek az elváltozások 48, de esetleg már 24 óra alatt is eltűnhetnek, csak a korán végzett endoscopia döntheti el egyértelműen a diagnózist és biztosíthatja a műtéti indicatio időben történő felállítását. A mi álláspontunk megegyezik *Hámori* (9) és *Waldram* (34) álláspontjával, mely szerint az urgens endoscopyt minél korábbi időpontban — a vér-volumen pótlása után azonnal — javasolja, mivel az idő előrehaladtával csökken a vérzésforrás felismerésének lehetősége.

Vitás kérdés még a vérző gyomor jeges vízzel való öblítése az endoscopos vizsgálat előtt. A javaslat *Palmertől* (28) származik, és célja a látást zavaró masszív véralvadékoknak a gyomorból való eltávolítása. *Eichfuss* (8) a jeges vízzel való öblítést a még fennálló vérzés csillapítása érdekében ajánlja. Ezzel szemben *Hoon* (14) e műveletet feleslegesnek tartja, mert drága perceket rabol el a beteg sorsára kritikus időszakból. *Cotton* (3) pedig egyenesen károsnak véli a jeges vízzel való gyomoröblítést, mert olyan arteficiális nyálkahártya-sérüléseket okozhat, melyek az erosiv gastritisre hasonlítanak és így diagnosztikus tévedésre vezethetnek.

A súlyos gastrointestinalis vérzések diagnosztikájában alkalmazott vizsgálómódszerek sorrendjét illetően a vita eldőlt. Ma már egyértelmű, hogy a probléma eldöntésére az urgens endoscopia általában egymagában elegendő, a helyzettől függően célzott biopsiával kiegészítendő és csak kivételesen célszerű utólag még a radiológiai vizsgálat elvégzése.

Az urgens endoscopynak a röntgenvizsgálat-

tal szembeni elsőbbségét a következő tények igazolják:

1. A vérző pathológiás elváltozás közvetlenül megtekinthető. Megállapítható, hogy a vérzés fennáll-e még, az milyen intenzitású, vagy bekövetkezett már a coagulatio. Ilyen jellegű felvilágosítást a radiológiai vizsgálat nem szolgáltathat.
2. Az endoscopos vizsgálatnál a felszínes nyálkahártya-elváltozások is láthatók, melyek kimutatására a röntgenvizsgálat alkalmatlan. Ilyen a vérző erosio, mint erre *Menguy* (20), és a Mallory—Weiss-syndroma, amire *Tsuneoka* (33) mutatnak rá.
3. A röntgenvizsgálat által kimutatott elváltozás nem feltétlenül oka az acut vérzésnek. A máj-cirrrosisos betegnek a radiológiailag kimutatott nyelőcső-varix fennállása mellett pepticus fekélyből, steroid fekélyből, gyomorfali varixból, erosióból, hernia diaphragmaticából, gastritisből származhat a vérzése. A felszínes vérzésforrásokat a röntgenvizsgálat nem mutatja ki, ezért itt is a döntő szó az endoscopyé. *McCray* (5) 27 vérzés alatt endoscopizált máj-cirrrosisos betegek közül csak öt esetben vérzett a nyelőcső-varix, míg 16 esetben a gyomornyálkahártya erosiójából származott a vérzés. *Hámori* (10) mind a hat varixos beteget a gyomorfali varixból vérzett. *Waldram* (34) 50 súlyos oesophagusvarixos vérző betegek közül csak 19 esetben volt az oesophagusvarix a vérzésforrás, 11 esetben gyomorfali varix, 12 esetben egyéb acut vagy chronicus laesio vérzett, nyolc esetben a vérzésforrás ismeretlen maradt.
4. A gyomorban megalvadott vér téves diagnózishoz vezethet: a nagyobb coagulatum árnyékkiesést okozhat és daganat gyanúját keltheti, míg a fekélyt kitöltő véralvadék lehetetlenné teheti a fekélyfészek kimutatását.
5. A resecált gyomor műtét utáni nyálkahártya-gyűrődései fekély, vagy daganat képét utánozhatják. Egzakt meghatározás itt is csak endoscopia útján történhet.

Az acut gastrointestinalis vérzések problémájának megítélésében fontos a recidiv vérzések kérdése. A nem operált betegek vérzés-recidivája általában 25—51% között mozog. *Dölle* (6) anyagában 10 éves észlelés végén a konzervatív módon kezelt vérző duodenalis ulcusok 23,5%-ban újból véreztek. A megoperáltak vérzés-recidivája ugyanakkor csak 5,2% volt. Mivel a recidiv vérzés a letalitást többszörösére növeli — kézenfekvő, hogy az urgens endoscopos vizsgálat elvégzése már az első vérzés alkalmával helyénvaló, mert a műtéti indicatio időpontját jól megalapozottan előbbre hozhatja.

Anyag és módszer

A beszámolási időszak valamivel több mint két évre terjed ki (1972 novemberétől 1975 márciusig). Az indicatiót haematemesis, melaena vagy

Endoscopy diagnosis		Tumor			Ulcus				Felső nyálkahártya-lesio			Varix		ismeretlen
		oesophagi	ventriculi	duodeni	oesophagi	ventriculi	duodeni	pepticum jejuni	erosio	Mallory-Weiss-syndroma	gastritis	oesophagi	ventriculi	
Klinikai adatok														
Panaszmentes	30		8			6	7		2				5	2
Ált. betegség tünetei	7		6			1								
Ulcus duodeni	29		4			1	15		4	1		2	2	
Ulcus ventriculi	6		2			3	1							
Gyomorresectio	20		3			2		5	4		2		1	3
Cirrhosis hepatis	12						3					4	2	3
Alkoholfogyasztás	10				2	2			2	2		1		1
Gyógyszereszedés	23					8	6		4		1			4
Hypertonia	4					1							1	2
Nyelési panaszok	1	1												
Hernia diaphragmatica	1								1					
Hepatitis acuta	1						1							
Gastrotomia	3						2							1
Egyéb műtét	8		1	1	1		2	1						2
Összesen:		155	26	1	3	24	37	6	17	3	3	7	11	18

Műtött és konzervatíván kezelt betegek megoszlása

2. táblázat

Endoscopy diagnosis	Operált esetek	Nem operált esetek	Összesen	
Tumor	Oesophagi	1	0	1
	Ventriculi	13	11	24
	Duodeni	1	0	1
Ulcus	Oesophagi	0	3	3
	Ventriculi	15	8	23
	Duodeni	13	26	39
	Pepticum Jejuni	5	0	5
Felső nyh. laesio	Erosio	2	15	17
	Mallory-Weiss-Sy.	0	3	3
	Gastritis	1	2	3
Varix	Oesophagi	1	7	8
	Ventriculi	0	10	10
Ismeretlen	2	16	18	
Összesen:	54 (34,8%)	101 (65,2%)	155	

mindkettő képezte. A vizsgált betegek száma: 155. Legfiatalabb betegünk 20 éves, legidősebb 89 éves volt. A shock-állapotban levő betegen először shocktalanítást végeztünk, szükség szerint a transfúziót a vizsgálat alatt is folytattuk. A betegek részben saját osztályunkról, részben kórházunk többi belosztályáról és sebészeti osztályáról származtak. Szoros együttműködésben voltunk Budapest számos más egészségügyi intézményével is, ahonnan a vérző betegeket rohammentőkocsival, orvosi kísérettel és szükség szerint bekötött transfúzióval szállították endoscopy centrumunkba. Osztályunk endoscopy részlege éjjel-nappal állandó készenléti ügyeletet tart az urgens vizsgálatok fogadására. A vizsgálatok zöme a vérzés fennállása alatt történt, kisebbik részük röviddel a vérzés megszűnte után, de nem később, mint 72 órával.

Minden esetben felső panendoscopyt végeztünk (oesophago-gastroduodenoscopyt). Használt eszközök: Olympus GIF-D, GIF-D2, ACMI panendoscopy és a Machida-fiberoscopy voltak. Praemedicatio — a keringésrendezésen kívül — 0,5 mg atropin + 10 mg Seduxen volt. A gyomornak jeges vízzel való öblítésére csak nyolc esetben került sor, a többi esetben elegendőnek bizonyult a gyomornak Boas-szondával való kiürítése. A garat érzéstelenítésére 10%-os Lidocain spray-t használtunk. A betegek vizsgálata — a lehetőségeknek megfelelően — endoscopy vizsgálóasztalon vagy betegágyban vagy a mentők hordágyán történt. Néhány esetben a műtőasztalon a műtetre előkészített beteget vizsgáltuk.

Vérzésforrásnak fogadtuk el az elváltozást Waldrammal (34) egyetértésben, ha 1. láttuk a vérzést, vagy

2. a coagulomot, esetleg az elváltozásból beemelkedő éresonkot, vagy
3. már nem láttunk sem vérzést, sem coagulomot, de a nyelőcsőtől a duodenummal bezárólag vérzésforrásként szóba jövő elváltozást láttunk.

Eredmények

Az 1. táblázatból látható, hogy a 155 urgens vizsgálatból 137 esetben megtaláltuk a vérzésforrást (88%) és csak 18 alkalommal nem sikerült azt kimutatni (12%).

Az acut vérzés forrása:

- 26 esetben (16%) malignus tumor,
- 70 esetben (45%) fekély,
- 23 esetben (15%) felszínes nyálkahártya-elváltozás,

18 esetben (12%) pedig rupturált varix volt.

A malignus tumorok száma 26 volt. Feltűnő, hogy közülük a vérzésig nyolc teljesen panaszmentes volt, hat betegnek nem voltak jellemző klinikai tünetei. Két beteg ulcus ventriculi, négy pedig ulcus duodeni miatt állott előzetesen kezelés alatt. Három betegnek resecált gyomra volt. Egy-egy vérző tumort találtunk a nyelőcsőben, illetve a duodenumban, 24-et a gyomorban. A duodenumtumoros betegnek évek óta ismétlődtek melaenái, melynek okát számos intézetben eredménytelenül kutatták. Legutóbbi súlyos vérzése kapcsán osztályunkon urgens endoscopyt végeztünk és a duodenum lehágó szárán megtaláltuk a

vérző adenocarcinómát, mely nem a Vater-papillából indult ki.

Ulcus eredetű vérzés 70 esetben fordult elő. Közülük 13 azoknak a száma, akikben klinikai panasz nem előzte meg a vérzést. A vérző fekélyek közül három az oesophagusban, 24 a gyomorban, 37 a duodenumban és hat a resecált gyomrú betegek jejunumában volt.

Felszínes nyálkahártya-elváltozás 23 esetben képezte a vérzés okát. Ebből három volt Mallory-Weiss-syndroma, 17 gastritis erosiva és három esetben találtunk gastritises, sérülékeny nyálkahártyát.

Varix ruptura 18 esetben képezte a vérzés forrását. A megrepedt varixot hét alkalommal a nyelőcsőben, 11 alkalommal pedig a gyomorban találtuk meg.

Ismeretlen maradt a vérzésforrás 18 esetben (12%). Közülük 17 esetben az endoscopia annyiban vitte előbbre a klinikai diagnózist, hogy megállapítottuk, hogy a vérzés nem a duodenumtól oral felé eső tápcsatornaszakaszból származott. Egy esetben a gyomor ürterének jelentős részét elfoglaló hatalmas szervült coagulom tette lehetetlenné a vélemény adását.

Igen figyelemre méltó a betegek anamnestikus adatainak az endoscopos eredménnyel való összehasonlítása (1. táblázat). Feltűnő, hogy 30 betegnek a vérzést megelőzően panasza nem volt. Nyombélfekély miatt 29-en állottak korábban kezelés alatt, de közülük csak 15-nek volt valóban

3. táblázat

Műtési diagnosis	Tumor			Ulcus			Felsz. nykh. laesio		Varix	Ismeretlen	Összesen:
	Oesophagi	Ventriculi	Duodeni	Ventriculi	Duodeni	Pepticum jejuni	Erosio	Gastritis			
Endoscopos diagnosis:											
Tumor	Oesophagi	1									1
	Ventriculi		12		1						13
	Duodeni			1							1
Ulcus	Ventriculi				15						15
	Duodeni					11				2	13
	Pept. jejuni						5				5
Felszínes nykh. Laesio	Erosio							2			2
	Gastritis									1	1
Varix									1		1
Ismeretlen		1								1	2
Összesen*	1	13	1	16	11	5	2	0	1	4	54

* Az urgens endoscopia után megoperált betegek endoscopos és műtési diagnosisinak összehasonlítása

duodenalis ulcusa, négy gyomor-carcinomából, egy gyomorfekélyből, négy erosiv gastritisből, egy Mallory—Weiss-syndroma fennállása miatt, és négy beteg pedig varix rupturából vérzett.

A 20 resecált gyomrú beteg közül csupán ötnek volt ulcus pepticum jejuni a vérzésforrása. Három gyomorcsonk-carcinoma, kettő a gyomorcsonk ulcusa, négy erosiv gastritis, kettő sérülékeny, gastritises nyálkahártya, egy beteg pedig a gyomorcsonkban levő tágult véna rupturája következtében vérzett. Három beteg esetében nem találtuk meg a vérzés okát.

A cirrhis hepatitisban szenvedő 12 beteg közül négynek volt csupán oesophagus varix vérzése. Három duodenalis ulcusból, kettő tágult gyomorfali vénarepedésből vérzett. Három cirrhisos betegben nem találtuk meg a vérzésforrást, de a varix-vérzés lehetőségét ki tudtuk zárni. Itt említjük meg, hogy az endoscopos vizsgálat alapján 18 varix-vérző beteg közül csak hatnak a kórelőzményében szerepelt tudottan cirrhis hepatitis. Öt beteg a vérzésig panasz- és tünetmentes volt, négy ulcus duodeniról tudott, egy beteg gyomor-resectio utáni állapotban volt, egy alkoholizmusról számolt be, egy pedig hypertoniás anamnesissel rendelkezett.

A vérző betegek jelentékeny és külön említést érdemlő csoportját azok a betegek képezték, akik a vérzést megelőzően gyógyszert — salicylátot, steroidot, indometacinumot vagy phenylbutazont — szedtek és korábban gyomor- vagy májbetegségük nem volt. A 23 gyógyszert szedő beteg közül az urgens endoscopia szerint nyolc ventricularis, hat duodenalis ulcusból vérzett, négy betegben erosiókat, egyben sérülékeny gastritises nyálkahártyát lehetett kimutatni. Négy esetben a vizsgálat alatt már sem vérzést, sem a vérzés okaként szóba jövő elváltozást nem találtunk. Megfigyelésünk szerint a gyógyszert szedő betegekben a vérzés feltűnően súlyos volt, a fekélyek többnyire felszínesek voltak, és műtétkor a serosa felől tapintva alig vagy egyáltalán nem voltak észlelhetők. Éppen ezért ezekben az esetekben a fekélynek az endoscopos segítséggel való igazolása — az esetleges műtét szempontjából — igen jelentős tényezőnek mondható.

Az 1. táblázat egyéb csoportjába azokat a betegeket soroltuk, akiknek már korábban gastrointestinalis vérzésük, vagy a közelmúltban tápcsatornán végzett műtétjük volt. Ide soroltunk egy szövettanilag verificált és e miatt már gyógykezelt lymphogranulomatosisos beteget is.

Szövödményünk egyetlen esetben volt. Egy idős betegen a vitalis indicatio alapján végzett vizsgálatot félbe kellett szakítani, mivel a már hosszabb ideje fennálló keringési elégtelenség az alkalmazott kezelés ellenére hirtelen súlyosbodott, és ez vezetett röviddel a vizsgálat után a beteg halálához.

Az urgens endoscopiával felismert vérzések műtéti megoldása

A 155 urgens endoscopiával vizsgált beteg közül 54 került műtétre (34,8%). Ebbe az operált

csoportba azokat a betegeket soroltuk, akiken a műtét közvetlenül az endoscopos vizsgálat után vagy néhány nappal később, de legfeljebb 2 héten belül történt (2. táblázat).

Az 54 operált beteg endoscopos diagnosisa 50 esetben megegyezett a műtéti diagnosissal (3. táblázat).

A négy eltérő eset elemzése a következő: az egyik betegben az endoscopia ventricularis tumort állapított meg, a műtétkor azonban csak fekélyt találtak, de azonos lokalizációban. A másik két eltérő esetben duodenalis ulcust véltünk látni endoscoppal, azonban ezt a diagnosist a műtét nem tudta megerősíteni. Feltehetően vérző erosióról vagy duodenitisről volt szó, mely műtétiig gyógyult. Egy alkalommal gastritist adtunk meg vérzésforrásnak — műtétkor organicus elváltozás nem volt. A gyomor ürterét kitöltő szervült coagulum miatt 1 betegben nem tudtuk a vérzésforrást lokalizálni — műtétkor ulcus-carcinomát találtak.

A vizsgálati eredmények a szakirodalom tükrében

a) A diagnosis megállapítása. Saját vizsgálatunkban az urgens endoscopia 155 beteg közül 137-ben (88%) állapította meg a vérzés okát és helyét, és csak 18 esetben (12%) nem adott választ erre a kérdésre. E találati biztonságra vonatkozó adat lényegében megegyező Schiller (31) adatával, aki 2149 beteg urgens endoscopos vizsgálatkor 91%-ban tudott végleges diagnosist adni. Leopolder (18) 561 betege közül 77,5%-ban tudta a vérzésforrást kimutatni, Paul (29) pedig 85,2%-ban tudta a vérzés okát tisztázni.

b) A betegségcsoportok megoszlása. Az 1. táblázatban látható, hogy — egybevágóan az irodalmi adatokkal — az urgens endoscopos vizsgálatok alapján a vérzés leggyakoribb forrása a nyombélfekély, majd kb. egyenlő arányban következik a gyomorfekély, és az erosiv gastritis. A gyomortumor aránya nagyobb volt anyagunkban, mint más szerzők anyagában, Leopolder (18) 4,1%-ot ad meg, magunk 16%-ban találtuk. A gyomor-resectiót követő vérzés oka Ludwig (19) szerint az esetek nagy százalékában nem marginalis fekély, hanem a stoma körüli nyálkahártya haemorrhagiás gastritise. Magunk anyagában hasonlót nem észleltünk.

c) Műtéti arány és a diagnosis pontossága. Schiller (31) 2149 vizsgált betegéből 27% került műtétre. Saját 155 betegünk 34,5%-a. Cotton (3) 208 betegből álló anyagában a műtéti és endoscopos diagnosis 80%-ban egyezett, Piger (29) anyagában 88—75%-ban. Saját anyagunkban 92,6%-ban egyezett az endoscopos és műtéti diagnosis.

d) Morphologiai megállapítások. Tsuneoka (33) nagy anyaga alapján a vérző gyomorfekély endoscopos jellemzőit a következőkben adja meg. 1. a vérző fekély legtöbbször sekély és közepes nagyságú. 2. alakja kerek vagy ovalis. 3. a környező oedema, vagy erythema csekély, a redőkonvergencia hiányzik. 4. a fekély alapján friss vér, vagy tapadó véralvadék látható és 5. esetenként a vérző ér is látható. Saját megfigyeléseink ezzel egybe-

vágóak, de kiemeljük, hogy különösen vonatkozik ez a gyógyszer okozta acut fekélyekre.

Következtetések

Az urgens endoscopia jelentőségét a tápcsatorna felső részének súlyos vérzése esetén a következőkben látjuk.

1. Az esetek 88⁰/₀-ában felismerhető a vérzés forrása és megállapítható ennek pathologiai jellege, kiterjedése, helye és a vérzés intenzitása.

2. Nagyobb biztonsággal és gyorsabban dönthetünk a sebészi beavatkozás vagy konzervatív kezelés között.

3. Műtét esetén a beavatkozás célzott, lerövidül a műteti idő, és csökken a vak-resectiók száma.

4. Az urgens endoscopia a tápcsatorna felső szakaszában — megfelelő keringésrendezés, fokozott gondosság és kellő gyakorlat mellett — veszélytelennek tekinthető.

5. Az eljárás csak abban az esetben megbízható, ha felső panendoscopyt, vagyis a nyelőcsőnek, gyomornak és duodenumnak egy ülésben, egy eszközzel való endoscopyját végezzük.

6. Készenléti ügyeletet tartó endoscopos központok több intézmény urgens endoscopos igényét ki tudják elégíteni, amennyiben a vérző beteg szállítása intenzív betegellátásra berendezett mentőegységgel történik.

7. Az urgens endoscopia elvégzésének alapja a belgyógyász és sebész szoros együttműködése.

Összefoglalás. 155 urgens endoscopyiás vizsgálat eredményét összegezi a beszámoló a gyomor-bél tractus felső részéből eredő, acut, súlyos vérzések esetén. A vérzés forrása, annak helye, kiterjedése, és pathologiai jellege, valamint a vérzés intenzitása a vérző betegek 88⁰/₀-ában volt megállapítható, és csak 12⁰/₀-ban nem sikerült azt megtudni. A vizsgált vérző betegek 34,8⁰/₀-át operálták meg az endoscopia után (54 beteg). Négy esettől eltekintve az endoscopos és a műteti diagnózis egyezett. Az urgens vizsgálati eljárás shocktalanítás után végezve, kellő körültekintés esetén

veszélytelennek bizonyult. Az ily módon megállapított diagnózis alapján a sebészi beavatkozás és a konzervatív kezelés közötti döntés megalapozottabb. Endoscopos centrumok létesítése urgens endoscopia végzése szempontjából is kívánatos.

Megjegyzés

Dolgozatunk beküldése óta a vizsgálatok száma 220-ra emelkedett.

IRODALOM: 1. Benkő Gy., Szakács D.: Orv. Hetil. 1955, 96, 1024. — 2. Benkő Gy., Szakács D.: Orv. Hetil. 1958, 99, 850. — 3. Cotton, P. B. és mtsai: Brit. med. J. 1973, 2, 505. — 4. McCray, R. S. és mtsai: Gastroint. Endoscopy. 1969, 16, 86. — 5. McCray, R. S. és mtsai: Amer. J. dig. Dis. 1969, 14, 755. — 6. Dölle, W.: Internist. 1971, 12, 488. — 7. Domján L., Bruncsák A.: M. Belorv. Arch. 1972, 25, 258. — 8. Eichfuss, N. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 1732. — 9. Hámori A. és mtsai: Proc. of the first congress of the international society of endoscopy. Tokyo, 1966. p. 290. — 10. Hámori A. és mtsai: Orv. Hetil. 1967, 108, 2017. — 11. Hedberg, S. E.: Letter: Arch. Surg. 1974, 108, 123. — 12. Hímal, H. S. és mtsai: Ann. Surg. 1974, 179, 489. — 13. Hirschowitz, B. I. és mtsai: Amer. J. Digest. Dis. 1963, 8, 816. — 14. Hoon, J. R.: International Surg. 1969, 52, 187. — 15. Katz, D. és mtsai: Amer. J. Digest. Dis. 1958, 3, 734. — 16. Katz, D. és mtsai: Gastroint. Endoscopy. 1965, 11, 25. — 17. Kawai, K.: Gastroint. Endoscopy. 1964, 6, 151. — 18. Leopolder, J. Wenzl, M.: Münch. med. Wschr. 1968, 110, 2805. — 19. Ludwig, W. M. és mtsai: Gastroint. Endoscopy. 1969, 15, 208. — 20. Menguy, F.: La nouvelle Presse Médicale. 1972, 1, 1901. — 21. Mikkelsen, W. R.: Arch. Surg. 1973, 107, 367. — 22. Moody, F. A.: cit. Hedberg. — 23. Nakao, K. és mtsai: Proc. of the 1-st congress of the international society of endoscopy. Tokyo, 1966. p. 336. — 24. Palmer, E. D., Scott, N. M.: Connecticut Med. J. 1955, 19, 368. — 25. Palmer, E. D.: Ann. Int. Med. 1952, 36, 1484. — 26. Palmer, E. D.: Am. J. Med. Sci. 1957, 241, 497. — 27. Palmer, E. D.: Amer. J. Digest. Dis. 1957, 2, 31. — 28. Palmer, E. D.: JAMA. 1969, 207, 1477. — 29. Paul, F. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1971, 96, 1624. — 30. Piger, A., Wiendl, H. J.: Münch. Med. Wschr. 1972, 114, 1861. — 31. Schiller, K. F. R. és mtsai: Brit. Med. J. 1970, 2, 714. — 32. Silen, W.: cit. Hedberg, S. E. — 33. Tsuneoka, K. és mtsai: Fibero-scopy of gastric diseases. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1973. — 34. Waldram, R. és mtsai: Brit. Med. J. 1974, 4, 94. — 35. Wenz, W. és mtsai: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin. 1969, 110, 616.

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

Diabetese gyermekek glomerularis filtratiojának ellenőrzése izotóp módszerrel

Drexler Miklós dr. és Ortwein Valéria dr.

A gyermekkori cukorbetegség prognosisa, quo ad vitam, ma már kedvező. Az életet akutan fenyegető anyagcserezavarok elháríthatók és a betegek munkaképes felnőtté válhatnak. A diabetes manifestálódásától számított egy-két évtized után azonban esendőségük nő. *Paulsen* (24) szerint az esetek 30%-ában jelentkezik a diabetese glomerulosclerosis, amely a betegek egy részében a glomerularis filtratio jelentős beszűküléséhez vezet. Az így létrejövő chronicus veseelégtelenség a késői mortalitás fő tényezője.

Vitatott kérdés, hogy az anyagcsere ún. jó beállítása képes-e a glomerulosclerosis gyakoriságát csökkenteni, vagy a folyamat előrehaladását meggátolni. A vita eldöntéséhez szükséges a progressív érelváltozásokban (mikroangiopathia) szerepet játszó tényezők megismerése (7).

A pathomechanismus tisztázása érdekében a figyelmet a korai morphologiai és functionalis eltérésekre irányult.

A retinát fluorescein angiographiával vizsgálva az első, már a diabetes felismerésekor látható elváltozás a vénák dilatációja (11). A mikroaneurysmák is korán, még normális szemtükrri kép mellett kimutathatók (1, 11).

A veséket frissen diagnosztizált diabetesben egészükben megnagyobbodottnak (20), a glomerulus capillarisk lumenét pedig tágabbnak (23) találták. A glomerulusok basalis membránjának megvastagodása a betegség korai szakában még nem látható, ez az évek során fokozatosan alakul ki (13, 23).

Korai functionalis eltérés a glomerularis filtratio (GFR) fokozódása.

Cambier (cit. 25) már 1934-ben emelkedett endogen kreatinin clearance-et talált nem proteinuriás felnőtt cukorbetegben.

Stalder és mtsai (25) diabetese gyermekeken

mérték magasabb inulin clearance-et és filtrációs fractiót, valamint a phosphor és glucose maximális tubularis reabsorptiójának a növekedését írták le.

Ditzel és mtsai (4, 5) a magasabb GFR-en kívül a vesék effectiv plazmaátáramlásának csökkenéséről számoltak be — ez utóbbi adatot más szerzők nem erősítették meg.

Mogensen a GFR emelkedést frissen diagnosztizált, insulinnal még nem kezelt esetekben éppúgy kimutatta (21), mint több mint 15 éve kezelt, de nem proteinuriás cukorbetegben (18). Nem talált összefüggést a GFR és az aktuális vércukorszint között (19).

A hazai irodalomban *Madácsy és mtsai* cukorbeteg gyermekeken az endogen kreatinin clearance (14) és az indirekt inulin clearance (16) mérésével igazolták a magasabb GFR fennállását. A therapiában jelentőséggel bír a penicillin fokozott clearance-ét bizonyító vizsgálatuk (17).

Mindezek a közlemények képet adnak a diabetes felismerése utáni különböző időpontokban észlelt állapotról. A glomerulosclerosis kialakulása viszont folyamat, s dinamikájának felderítéséhez nélkülözhetetlenek a prospectiv vizsgálatok.

Takazakura és mtsai (26) ismételt vese-biopsziákkal azt találták, hogy minél fiatalabb korban manifestálódott a diabetes, annál inkább hajlott a glomerulosclerosis a progressióra.

Mogensen (21) frissen diagnosztizált enyhe insulindependens diabetese fiatal felnőtteken az anyagcsere szigorú kontrolljával elérte, hogy a GFR (és a vesenagyság) néhány hét alatt csaknem a normális szintre csökkent. A korai functionalis veseelváltozások tehát — legalább részben — reversibilisek. Ennek alapján úgy vélik, hogy a GFR ismételt pontos mérésével ellenőrizhető a diabetes kezelésének hatásossága (12).

Vizsgálataink célja a GFR meghatározása és esetleges változásának nyomon követése izotóp módszer segítségével a klinikánk gondozásában levő cukorbeteg gyermekeken. Az így nyert adatok — az ezután gondozásba kerülő gyermekekével együtt — tervünk szerint egy folyamatos ellenőrzéssel járó prospectiv vizsgálat alapjául is szolgálhatnak.

A módszer a *Molnár és mtsai* (22) által felnőtteken leírt „egyinjekciós”, vizeletgyűjtés nélküli clearance metodika, mely a keringésbe juttatott, csak glomerularis filtrációval ürülő radioaktív fémkomplex csökkenő plazmaszintjének mérésén alapszik. Az eljárást gyermekeken néhány kisebb módosítással alkalmaztuk (8). Clearance-anyagként ^{109}Yb -EDTA-t használtunk. A részleteket illetően utalunk a fenti közleményekre.

A vizsgált beteganyag 12 insulindependens diabetese gyermekből áll (9 leány és 3 fiú). Életkoruk 4-től 15 $\frac{1}{2}$ évig, a diabetes fennállásának tartama 1 hónaptól 12 $\frac{1}{2}$ évig terjed. Kilenc betegben a meghatározást 1 $\frac{1}{2}$ —2 év elteltével megismételtük.

A gyermekek fontosabb anamnesztikus adatait és a vizsgálatok idején a cukoranyagcseréjük tükröző néhány parametert — a diabetes időtartama szerinti sorrendben — az 1. táblázatban tüntettük fel.

Az 1. és 2. számú beteg Mauriac-szindrómás (hossznövekedésben elmaradtak, májuk nagy, hasuk elődomborodó, a pubertás jelei késnek, vércukruk erő-

	nem	kor év	diab. tart	Anamnesis		A vizsgálat idején			
				a*	p.*	insulin the- rapia E/24 ó.	vércukor mg%	cukorürítés g/24 ó.	vizelet acetone
1. 1/1	leány	14 15 1/2	11 12 1/2	+	± +	14 18	540 585	23,5 39	+
2. 2/a 2/b	leány	10 10 1/2 12	7 1/2 8 9 1/2	+	±	34 32 24	153	40 47,5 42	+
3. 3/a	leány	8 10	6 8	+	—	26 28	239 77	24,1 5,0	—
4. 4/a	leány	8 10	2 1/2 4 1/2	+	—	20 26	225	70,9 28	+
5. 5/a	leány	12 12 1/2	1/2 1	—	—	46 56	266	86	+
6. 6/a	leány	12 13	2/12 1	—	—	40 40	158	10,9 7,2	—
7. 7/a	leány	11 13	1/2 2 1/2	—	—	40 30	177 178	33,2 6,7	—
8.	fiú	12	1/2	—	(+)	csak diéta	164	1,2	—
9.	leány	9	1/12	+	—	38		49	+
10. 10/a	leány	14 14 1/2	1/12 1/2	—	—	24 16		87,4 130	+
11. 11/a	fiú	6 7	1/12 1	—	—	14 24	107 65	neg. 39,7	— +
12.	fiú	4	1/12	—	—	8		8	—

* a = acidosis, p = proteinuria.

sen ingadozik). Proteinuriájuk intermittáló, az 1. sz. betegen később már állandó.

A 6. számú leányon a cukorbetegség manifesztálódása előtt egy évvel Hashimoto-strumitist diagnosztizáltak — autoimmun diabetes (3)?

A 8. számú gyermeknél a korai partialis remissio idején történt a vizsgálat. Insulint akkor már 5 hónapja nem kapott. A későbbiekben újra insulinra szorult. Kisfokú proteinuriáját már egy évvel cukorbetegségének jelentkezése előtt észlelték, eredete attól független. Vizeletüledékében nem volt eltérés.

13 ízben a clearance meghatározást ambulans ellenőrzés kapcsán végeztük el, ezekben az esetekben állnak rendelkezésre az aktuális vércukor értékek. A 24 órás cukorürítés az ambuláns vizsgált gyermekeken az aznap reggelig otthon gyűjtött vizeletre, az osztályon ápoltak esetében az aznap reggeltől másnap reggelig gyűjtött vizeletre vonatkozik.

Eredményeinket a 2. táblázat mutatja.

Az általunk használt módszerrel a GFR normál értéke tíz egészséges, 3—13 éves gyermeknél $120 \pm 10,1$ ml/min/1,73 m² (8).

A diabeteses csoport GFR-je $162,1 \pm 20,0$ ml/min/1,73 m². A különbség nyilvánvalóan igen jelentős.

A megoszlási, „extracelluláris” tér a kontroll csoportban a testsúly $24 \pm 3^0/0$ -a, a diabetesesek

esetében $25 \pm 4^0/0$. A különbség nem significans ($p > 0,5$).

Úgy találtuk, hogy a GFR emelkedésének mértéke független az aktuális vércukorszinttől, a napi cukorürítés, ill. diuresis nagyságától és a kapott insulin dosisától.

Extrem magas, 180 ml/min/1,73 m² feletti GFR-t csak azon a három betegen találtunk, akiknek diabeteze hároméves kor előtt kezdődött, több mint öt éve állt fenn, és anamnesisükben ketoacidosis szerepelt. Ketten Mauriac-szindrómások, ami szintén anyagcserejük tartós kiegyensúlyozatlanságát jelzi.

A GFR jelentős emelkedése kimutatható volt azon a négy gyermeknél is, akiknek a diabeteze mindössze egy hónapja vált manifesztté.

A 3. táblázat lehetővé teszi eredményeinknek az irodalomban közölt adatokkal való egybevetését.

A magas GFR értékek fiatal felnőtteken leírt kezdeti normalizálódását az anyagcsere látszólagos egyensúlya esetén sem észleltük.

Az 1. számú betegen a GFR csökkenése — a diabetes fennállásának második évtizedében — már a glomerularis functio kezdődő beszűkülését

2. táblázat

	testsúly kg	testfelület m ²	megoszlási tér a test- súly %-ában	CEDTA ml/min/ 1,73 m ²
1.	31	1,03	24	182
1/a	31	1,04	25	153
2.	28	0,98	27	205
2/a	30	0,99	24	190
2/b	30	1,05	25	191
3.	25	0,86	27	183
3/a	27	0,93	19	159
4.	25	0,88	25	162
4/a	29	0,95	21	137
5.	57	1,55	24	146
5/a	60	1,57	21	166
6.	39	1,25	28	153
6/a	40	1,28	31	166
7.	38	1,23	29	134
7/a	44	1,36	30	123
8.	60	1,62	25	157
9.	30	1,05	14	154
10.	32	1,19	24	172
10/a	38	1,35	24	176
11.	25	0,87	24	159
11/a	30	0,99	20	146
12.	19	0,72	32	153

Átlag ± S. D.: 25 ± 4 162,1 ± 20,0

Kontroll csoport (n=10)

átlag ± S. D.: 24 ± 3 120,1 ± 10,1

mutatja. A mikroangiopathia progressiója mellett szól az is, hogy proteinúriája állandóvá vált, klinikailag peripheriás neuropathia tünetei jelentkeztek és szentükri képe is romlott.

Megbeszélés

A glomerularis filtratio nagysága egyenesen arányos az effectiv filtrációs nyomással, a filtrációs felület nagyságával és permeabilitásával. Ezen tényezők bármelyikének a növekedése a GFR emelkedését vonja maga után, így szerepet játszhat a diabetes korai szakaszában talált functionális veseelváltozásokban is.

A membranpermeabilitást a korai diabetesben dextránnal vizsgálva, a kontrollokéval megegyező értéket kaptak (13).

Az effectiv filtrációs nyomásról közvetlen mérési adatok nem állnak rendelkezésre, fokozódására a magasabb filtrációs fractióból következtetnek. Ditzel (4, 5) vezette be a „functionális mikroangiopathia” fogalmát. Hypothesis szerint ez a veséken a vas efferens constrictiójában nyilvánul meg.

A filtráló felület növekedését bizonyítják azok a mérések, amelyek a vesék megnagyobbodását mutatták ki a diabetes korai (20) és késői (10) szakaszában. Histológiailag Østerby (23) az egyes glomerulusokat is nagyobbak találta. Szerinte csupán a morfológiai kép alapján nem dönthető el, hogy a capillarisek lumenének tágasságát aktív növekedés vagy fokozott nyomás miatti passzív tágulás okozta-e. A vesénagyság és a GFR között szoros correlációt észleltek. A GFR-t nem a normál testfelületre, hanem a vese 1 grammjára vonatkoztatva közel azonos értékeket kaptak a cukorbetegeseken és az egészségeseken (20).

Kérdés, hogy mi okozza a vesék megnagyobbodását diabetesben. Az egyik lehetőség, hogy a féloldali nephrectomiát követő compensáló hypertrophiához hasonlóan növekedési hormon hatás érvényesül. Lundbaek (13), Johansen és Hansen (9) a hypersomatotropismust oki tényezőnek tartja a mikroangiopathia kifejlődésében. A növekedési hormon szint a diabeteses anyagcsere szigorú kontrolljával csökkenthető (9). A mikroangiopathia praeventiójában a somatostatinhoz (Growth Hormone Release Inhibiting Hormone) fűznek reményeket.

Régóta ismeretes, hogy az STH a vesék vérátáramlását, a GFR-t és a maximális tubularis reabsorptiót egyaránt emeli (27). A magas filtrációs

3. táblázat

szerző	módszer	GFR ml/min/1,73m ²	
		kontroll	diabetes
Stalder (24) (gyermeken)	inulin	121 ± 18,5	169 ± 45
Ditzel (5)	inulin, vagy ⁵¹ Cr-EDTA	125,7 ± 21,6	140,3 ± 20,1
Mogensen (20)	¹²⁵ I-iothalamate (tartós infúziós)	116,8 ± 13,7	144,8 ± 15,2
Madácsy (16) (gyermeken)	inulin (egy injekciós)	118,8 ± 19,9	173,7 ± 31,9
saját eredmény (gyermeken)	¹⁶⁹ Yb-EDTA (egy injekciós)	120,1 ± 10,1	162,1 ± 20,0

fractio viszont nem magyarázható csupán STH hatással.

A nagy vesék kialakulásának másik lehetséges oka az abnormis anyagcseretermékek felhalmozódása. *Levin és mtsai* (12) hypothesis szerint a hyperglycaemia növeli az uridin-triphosphat szintézisét, ez okozná azután a basalis membránban a glycoprotein felhalmozódását és a vesenagyság és -functio fokozódását is. Ez a feltevés nehezen egyeztethető össze a tünetek felnőtteken észlelt kezdeti reversibilitásával.

Ditzel (6) szerint a mikroangiopathia kialakulásában központi szerepet játszik a szövetek elégtelen oxygenisatiója, melynek fő oka az erythrocyták csökkent 2,3 diphosphoglycerat tartalma lenne. A hypoxia compensálására reversibilis vasodilatatio lép fel, mely hosszú fennállás után capillaris exsudatio révén vezet az irreversibilis mikroangiopathiához. A praeventio lehetőségét a phosphatban dús diétában látja.

Akármelyik mechanizmus érvényesül is, alapvető az anyagcsere egyensúlyának a jelentősége.

Barta (2) szerint a cukorbetegség kezelése — vagy kezelhetősége — a mikroangiopathia fellépését nem akadályozza meg, de progressióját döntően befolyásolja.

A gyermekkorban a diabetes tökéletes kontrollja olyan ideális eset, amelyre — bár ma még nem érhető el — szüntelenül törekednünk kell.

Összefoglalás. Cukorbeteg gyermekeken ¹⁶⁹Yb —EDTA egyinjekciós clearance metodikával meghatározták és jelentősen emelkedettnek találták a glomerularis filtratiót (GFR). Ez megerősíti az irodalomban eddig közölt adatokat. A radioaktív fémkomplex megoszlási tere („extracellularis tér”) gyakorlatilag azonos volt a kontrollokéval. A vércukorszint, a cukorürítés, az insulin dosisa az ered-

ményeket nem befolyásolta. A fiatal felnőtteken a betegség korai szakában leírt reversibilitást a labilisabb gyermekkori diabetesben nem észlelték. Tárgyalják a magasabb GFR-t előidéző lehetséges mechanizmusokat, a glomerulosclerosissal való összefüggés kérdését. Hangsúlyozzák a prospectiv vizsgálatok jelentőségét.

Köszönetnyilvánítás. Ezúton is köszönetünket fejezzük ki *Sugár Andornénak* a kiváló technikai segítségért.

IRODALOM: 1. *Barta L., Brooser G., Molnár M.:* Orv. Hetil. 1972, 113, 1646. — 2. *Barta L.:* Gyermekgyógyászat. 1975, 26, 3. — 3. *Botazzo, G. F., Florin-Christensen, A., Doniach, D.:* Lancet. 1974, II, 1279. — 4. *Ditzel, J., Schwartz, M.:* Diabetes. 1967, 16, 264. — 5. *Ditzel, J., Junker, K.:* Brit. Med. J. 1972, 2, 13. — 6. *Ditzel, J.:* Acta Med. Scand. 1975, Suppl. 578, 69. — 7. *Drash, A.:* J. Pediatr. 1971, 78, 919. — 8. *Drexler M.:* Orv. Hetil. 1976, 117, 974. — 9. *Johansen, K., Hansen, Aa, P.:* Diabetes. 1971, 20, 239. — 10. *Kahn, C. B., Raman, P. G., Zic, Z.:* Diabetes. 1974, 23, 788. — 11. *Larsen, H. W.:* Acta Med. Scand. 1975, Suppl. 578, 31. — 12. *Levin, N. W. és mtsai:* Lancet. 1975, I, 1120. — 13. *Lundbaek, K.:* Rev. Méd. Suisse Rom. 1970, 90, 603. — 14. *Madácsy L., Fodor J., Lipcsei K-né:* Orv. Hetil. 1970, 111, 205. — 15. *Madácsy L.:* Orv. Hetil. 1972, 113, 1977. — 16. *Madácsy L., Matusovits L., Bokor M.:* Acta Paed. Acad. Sci. Hung. 1973, 14, 43. — 17. *Madácsy L., Bokor M., Matusovits L.:* Acta Paed. Acad. Sci. Hung. 1975, 16, 139. — 18. *Mogensen, C. E.:* Brit. Med. J. 1972, 4, 257. — 19. *Mogensen, C. E.:* Acta Med. Scand. 1973, 194, 559. — 20. *Mogensen, C. E., Andersen, M. J. F.:* Diabetes. 1973, 22, 706. — 21. *Mogensen, C. E., Andersen, M. J. F.:* Diabetologia. 1975, 11, 221. — 22. *Molnár Gy. és mtsai:* Orv. Hetil. 1970, 111, 199. — 23. *Østerby, R., Gundersen, H. J. G.:* Diabetologia. 1975, 11, 225. — 24. *Paulsen, E. P., Colle, E.:* in: Endocrine and Genetic Diseases of Childhood. Ed.: Gardner, L., Saunders, 1969, 808. — 25. *Stalder, G., Schmid, R., Wolff, M.:* Dtsch. med. Wschr. 1960, 85, 346. — 26. *Takazakura, E. és mtsai:* Diabetes. 1975, 24, 1. — 27. *White, H. L., Heinbecker, P., Rolf, D.:* Amer. J. Physiol. 1949, 157, 47.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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



1883

TURINAL



ÖSSZETÉTEL

1 tableta 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

JAVALLATOK

Fenyegető vetélés, fenyegető koraszülés, habitualis abortus prophylaxisa.

ALKALMAZÁS, ADAGOLÁS

Fenyegető vetélés esetén naponta 3×1 tableta 5–7 napon át, a tünetek megszűnéséig.
Habitualis abortus esetében napi $1-2 \times 1$ tableta az átlá-

gos adag. Fenyegető koraszülés fennállásakor az adagolást minden esetben célszerű egyénileg meghatározni.

MEGJEGYZÉS

Az állami egészségügyi ellátás keretében, állampolgári jog alapján szakrendelések szabadon rendelhetik, egyéb esetben csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

CSOMAGOLÁS

20 tableta	60,- Ft
100 tableta	284,- Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Városi Kórház, Siófok,
Szemészeti Osztály (főorvos: Koleszár Gyula dr.)

Falusi lakosság látásértékelései és a gondozási módok kapcsolata

Koleszár Gyula dr.

Szembetegségek, ezen belül a látáscsökkenések eddig a betegségstatisztikában alig szerepeltek. A halálzási statisztikákban nem is találkozunk velük, ezért közegészségügyi jelentőségük leszűkül. A közegészségügyet leginkább csak a vakok gyakorisága érdekelte. Az egészségügy tervezéséhez, a szakmai és tudományos módszerek kidolgozásához a látásélesség egyéb jellemzőinek ismerete is szükséges. A látásvizsgálatokról szóló beszámolók jogos kívánsága, hogy a vakok gyakoriságán kívül a látásromlás különböző értékeit is ismerni kellene. Ennek érdekében településtípusok, foglalkozások, geoklimatikai tényezők figyelembevételével nagyobb lakosságcsoportok, községek, városok egészére kellene a vizsgálatokat kiterjeszteni.

A WHO 25. világegészségügyi közgyűlése hangsúlyozta, hogy az epidemiológiai felmérések, felülvizsgálatok „hatalmas közegészségügyi eszközöket képviselnének az egyének szemészeti státuszának, nagy népességcsoportok szemészeti állapotának megítélésében” (WHO. 1972 Dokument A. 25/10 1972. III. Genf). Ilyen vizsgálatok alkalmazhatók lehetnek a teljes látásúak, kisebb és nagyobb fokú csökkentlátók és vakok gyakoriságának felmérésére is.

Falusi települések összes lakói látásélesség értékeit ismertető közleményt az általunk elérhető hazai és világirodalomban nem találtunk.

Hazai [Németh L. (12), Darányi és Jankovics (1), Györfly és Mezei (4), Simon (13), Károlyi (5)] és külföldi [Turner és Potter (16), Mayr (10)] szerzők csak különböző korú lakosságcsoportok látásélességét vizsgálták.

Mi a rendelkezésünkre álló műszerek segítségével az általunk felismerhető összes szembetegségeken kívül Újléta teljes, és a Balmazújváros (1965) lakóit reprezentáló látásélesség értékeit is regisztráltuk (3, 7, 8, 11). Célunk volt, hogy a fa-

Újlétán és Balmazújvárosban elvégzett látásélesség vizsgálatok korcsoportonkénti megoszlása

I. táblázat

Települések	Korcsoport	Vizsgálható lak. száma	Vizsgált lak. száma	%	Összesen, absz. szám	%
Újléta	0—5	86	—	—	—	—
Balmazújváros		411	—	—	—	—
Újléta	6—14	531	457	86,06	1187	91,66
Balmazújváros		764	730	95,54		
Újléta	15—39	769	769	100,00	2304	100,00
Balmazújváros		1535	1535	100,00		
Újléta	40—	698	698	100,00	2452	100,00
Balmazújváros		1754	1754	100,00		
Összesen		6548	5943	97,22	5943	97,22

lusi lakosság szemészeti vonatkozású specifikus morbiditási mutatói kimunkálásán kívül a teljes, csökkentlátók és vakok gyakoriságát is felmérjük. Kerestük, hogy milyen gondozási módok során lehetne a falusi lakosság további látásromlását megelőzni, a nagyfokú csökkentlátók számát mérsékelni és a vakokat ellátni.

Vizsgálati anyag

A két községben 6548 lakos szemészeti szakvizsgálatát végeztük el (1. táblázat). A visust 5943 esetben (97,22%) tudtuk felvenni. A feldolgozás során 5 éves korcsoportok átlagértékeit számítottuk ki és eszerint kerül ismertetésre a különböző látásélességűek gyakorisága, a preventív és szociális célú gondozási módok szükségszerű kapcsolata.

Eredmények

Újlétán a 6—14 évesek 86,06%-ának tudtuk a visusát felvenni, és közülük 83,57%-nak teljes volt a látása.

Hasonló eredményt kaptunk Balmazújvárosban is, ahol 95,54% felvehető visusú közül a teljes látású 86,26% volt (2. táblázat). Mindkét településen gyakoribb volt a teljes látású fiúgyermekek száma. Újlétán a 16,43% csökkent látás oka fénytörési hiba, kancsalság, következményes tompalátóság (14,42%), fejlődési rendellenesség és szaruhártya-gyulladás okozta homály (2,01%) volt. Balmazújvárosban a 13,74% csökkentlátásúnak ugyancsak fénytörési hiba, kancsalság és tompalátóság (12,83%) fejlődési rendellenesség, gyulladás utáni állapot (0,91%) miatt romlott el a látása. A szűrés eredményeiből tudjuk, hogy a falusi településeken az iskolás korúak 10—15%-ának a látásélesség javításához szemüvegre lenne szüksége. Közegészségügyi szempontból ezt az észlelésünket je-

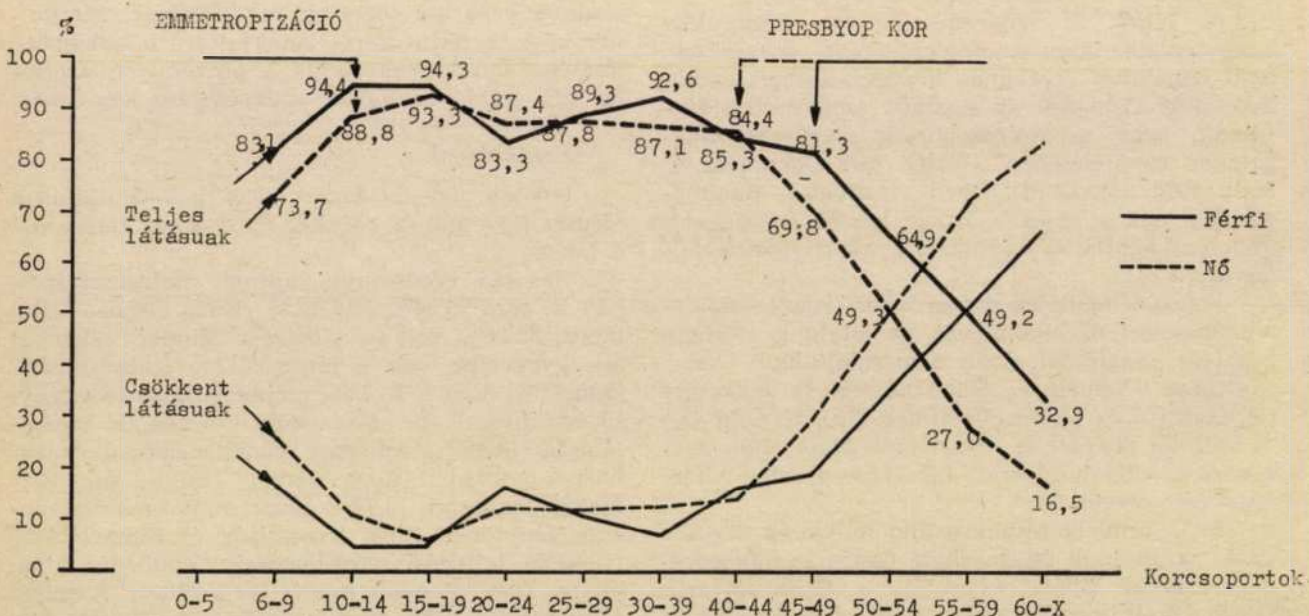
	Kor	Nem és absz. sz.	1,0	0,95—0,6	0,5—0,3	0,25—0,1	0,08—0,02	0,008— f. é.	f. é. n.	Ismeret- len	Összesen
Újléta	6—14	fiú: 220	86,05	4,02	2,93	2,80	1,56	0,05	0,39	2,20	100,00
		leány: 237	81,10	6,30	4,92	3,11	2,17	—	—	2,40	100,00
		össz.: 457	83,57	5,16	3,92	2,95	1,88	0,02	0,18	2,30	100,00
	15—	férfi: 723	70,20	13,33	6,81	6,52	2,62	0,26	0,26	—	100,00
		nő: 744	63,15	13,75	11,00	9,10	2,60	0,40	—	—	100,00
		össz.: 1467	66,67	13,54	8,90	7,81	2,61	0,34	0,13	—	100,00
Balmazújváros	6—14	fiú: 390	89,66	3,94	1,72	0,99	—	0,49	—	3,20	100,00
		leány: 340	82,40	6,99	2,51	2,79	1,12	0,28	—	3,91	100,00
		össz.: 730	86,26	5,37	2,09	1,83	0,52	0,39	—	3,54	100,00
	15—	férfi: 1509	71,37	12,66	6,76	6,56	1,66	0,73	0,26	—	100,00
		nő: 1780	65,00	12,02	10,00	9,78	2,13	0,96	0,11	—	100,00
		össz.: 3289	67,92	12,31	8,51	8,30	1,92	0,85	0,18	—	100,00

lentősnek véljük, mert a látásromlás okai ismeretek, nagy részük megelőzhető és javítható.

A 15 évnél idősebb korú lakosság körében Újlétán a teljes látásúak száma 66,67%, Balmazújvárosban 67,92%. Újlétán 33,33%, Balmazújvárosban 32,08 a csökkentlátó. A statisztikai eredmények szerint a teljes és a csökkentlátók gyakorisága mindkét településen azonosnak mondható. A fénytörési hibákat és a presbyop panaszokat javítani tudtuk, de a zöldhályog, időskori, főleg hypertonia és arteriosclerosis, diabetes és egyéb eredetű fundus-elváltozások miatti látáscsökkenést alig vagy csak kis részben lehetett korrigálni. Az utóbbi korcsoportokba tartozók között azt tapasztaltuk, hogy Újlétán az összes azonos korúak 10,80%-nak, Balmazújvárosban 10,25%-nak a lecsökkent látását csak alig vagy egyáltalán nem

lehetett javítani. Ez utóbbi értékekben benne vannak a vakok és az alig látók is. Az idősebb korban talált látáscsökkenések tetemes részét a gyermekkorban javítatlan hibák következményeként észleltük. Ezért e helyen is hangsúlyozni kell a preventív tevékenységen belül a fénytörési hibák időbeni javítását.

A 6 évesnél idősebb korú balmazújvárosi teljes és csökkentlátók gyakoriságát 5 éves korcsoportonként megkíséreltük ábrázolni (1. ábra). Az ábrán jellegzetes szakaszokat lehet megkülönböztetni. A 10 évnél fiatalabbak körében a teljes látásúak száma folyamatosan emelkedik, és fogy a csökkentlátásúaké. A - szem emmetropisatiója (Straub, 15) és a látásélesség javulása között párhuzam észlelhető. A legtöbb teljes látásélesség a fiúk között 10 éves korra, a leányok esetében 14—



1. ábra.
100 azonos nemű és korú lakosra számított teljes és csökkentlátásúak korcsoportonkénti gyakorisága Balmazújvárosban

A látásértékek alapján felépült „jéghegy jelenség” már az első megtekintés során felkelti a figyelmet közegészségügyi vonatkozásaira, a *gondozási és megelőzési feladatokra*, sőt az egyénnel kapcsolatos ismeretanyag birtokában *meghatározza* szemészeti, klinikai problémájuk szükségét is.

A 2. ábra alapján

- a) szociális gondozásban kellene részesíteni a IV—V. alatti népességet.
- b) A szemorvosi gondozást ki kellene terjeszteni a II., III., IV. kategóriába sorolt népességre, és pedig kétféle tevékenység szerint súlypontosítva.
 1. A gondozás módszerével arra kellene törekedni, hogy minél többen kerüljenek vissza a csökkentlátók, a szociális gondozást igénylők közül a III. vagy II. populatio közé.
 2. A megelőzés módszerével kívánatos lenne a nem törvényszerűen bekövetkező látásromlásúakkal törődni, vagyis elérni, hogy az I. alatt jelöltek minél kevesebben kerüljenek II., III., IV. kategória népessége közé.

Megbeszélés

A WHO közgyűlése (1972) egy széles körű program szükségességét hangsúlyozta a csökkentlátók gyakoriságának pontos megismerése, vakság okainak felderítése és megelőzése érdekében. Szerény munkánk eredményeit felajánljuk e nagy-szerű program sikeréhez.

Újléta és Balmazújváros községekben a 6—14 és a 15 éven felüli korcsoportokban a *teljes látásúak kis és közepesen csökkent, az alig látók és vakok száma közel egyenlőnek mondható*. Ezek az adatok arra is alkalmasok lehetnek, hogy hasonló foglalkozású és településű nagyobb lakosságcsoportok megfelelő gyakorisági arányaira következtethessünk. Fő jellemzőit mi azonban nem csupán ebben látjuk. Érdemesnek tartjuk megemlíteni, hogy a falusi lakosság körében a 14 év alatti és feletti korosztályokban egyaránt 2,0—3,0%-ban található azon alig látó és vakok száma, akiknél ez *nem törvényszerűen bekövetkező látásvesztés következménye*. A gyermekkorban a kancsalság a következményes amblyopiával, idősebb korban a glaucoma, diabeteses retinopathia, és a megelőzhető üzemi balesetek szerepelnek a főbb okozati tényezőként. Érdeklődésre tarthat számot a fenti csökkentlátók, főleg a vakok gyakoriságának összehasonlítása nem szemészeti osztályon fekvő betegek adataival. Koleszár (9) 4012 szemészeti osztályon konzultált beteg 21,26%-ában 0,1 alatti vistsat talált. A szignifikáns különbség azzal magyarázható, hogy ide koncentrált beteganyag kerül, feltétlen több közöttük a csökkentlátó, mint a lakosság körében.

Ebből következtetést nem kívánunk levonni, de figyelmeztető lehet, hogy a kórházi morbiditás nem minden betegségtípusnál egyezik a területen előforduló gyakorisággal. Nem véletlen, hogy a WHO az epidemiológiai felmérések, szűrővizsgálatok elvégzését hangsúlyozza.

A statisztikai számok tényein kívül néhány érdekesség is felvetődik. Tény, de bizonyítás nélkül maradt, hogy a férfiak presbyop korai látáscsökkenése miatt kezdődik átlagban 5 évvel később, mint a nőké. További vizsgálatokat, epidemiológiai felméréseket a mi tapasztalatunk is helyesel, mert számos előre nem várható gondolat ébredhet, betegségekkel kapcsolatos jellemzők deríthetők fel, melyek további vagy utóvizsgálatának eredményei későbbiekben hasznosíthatók. Újabb zárt település szemészeti szakvizsgálata előkészítését kezdtük el. Az eredményektől nemcsak jelen közleményben foglaltak ellenőrzését reméljük, hanem az az előző vizsgálat óta eltelt időszak javult betegellátást is tükrözheti.

Társadalmi rendünk az utóbbi időben megalakította az új *társadalombiztosítási törvényt*, mely ma már minden magyar állampolgár számára megadja a jogot, hogy szükség esetén személyi igazolványa felmutatásával igénybe vegye egészségügyi szolgáltatásainkat: köztük a szemészeti szakvizsgálatokat, hogy látásuk jobb legyen, munkájukat, feladataikat sikeresebben végezhesék, tudjanak jobban olvasni, tanulni, művelődni, hogy élvezhesék jobban a technika, művészet produktumait, a természetet az életet.

Összefoglalás. A szerző hangsúlyozza, szociális, gazdasági és egyéni kihatások miatt az iparosodó országokban szükségszerű a látáscsökkenések felmérésével, ismeretével foglalkozni. Korcsoportonként (6—14 évig és 15-től 5 éves csoportok), és decimális látásélesség értékek (1,0; 0,95—0,6; 0,5—0,3; 0,25—0,1; 0,08—0,02; 0,008—fé., nincs fé.) szerint ismertetik a teljes — csökkentlátók és vakok gyakoriságát. A 6—14 éves korú lakosok közül Újlétán 83,57, Balmazújvárosban 86,26, a 15 éveseknél idősebbek között Újlétán 66,67, Balmazújvárosban 67,92% a teljes látású. Az iskolás korúak kb. 2,00%-ának, 15 éveseknél idősebbeknél pedig Újlétán 10,89, Balmazújvárosban 11,25%-nak szemüveggel is alig vagy egyáltalán nem lehetett a csökkentlátását javítani. A látásélesség értékek alapján felhívták a figyelmet a kapcsolatos gondozási módok szükségére.

IRODALOM: 1. Darányi Gy., Jankovich A.: Közegészségügyi Könyvtár, 1934. 18. — 2. Dasevskij, A. U.: Blizorukoszty, Goszudarsztvennoe Izdatyestvo. Megyicinszkoy Lityeraturi. Leningrad. 1962. — 3. Fülöp T.: NE. 1968, XLIX. 1. 20. — 4. Györffy I., Mezei P.: Szemészet. 1963, 2, 100. — 5. Károlyi Gy.: NE. 1969. 5. 271. — 6. Kettesy A.: Debreceni Tisza István Tudományos Társaság. VII. kötet 1. füzet, 1940. — 7. Koleszár Gy., Rác J.: NE. 1968, XLIX. 1. 51. — 8. Koleszár Gy., Kiss Gy., Végh S.: NE. 1972. LIII. 5. 308. — 9. Koleszár Gy.: Orv. Hetil. 1973, 114, 2532. — 10. Mayr, R.: Der Öff. Ges. 1965, 1, 6. — 11. Molnár L. és mtsai: Klin. Mbl. Augenhk. 1967, 150. 5, 739. — 12. Németh L.: cit. Simon T.: Orv. Hetil. 1966, 107, 262. — 13. Simon T.: Orv. Hetil. 1966, 107, 6. — 14. Sorsby, és mtsai: Emmetropia and its aberrations. London. 1957. 32. — 15. Straub, M.: Graef's Arch. Ophthal. 1909, 70, 130. — 16. Turner, C., Potter, J.: Illion. Med. J. 1950, 97, 151.

Apáthy István Gyermekkorház és Gyermekszakrendelő,
II. Gyermekbelgyógyászati Osztály
(főorvos: Balló Tibor dr.),
Gyermekbelgyógyászati Osztály (főorvos: Balló Tibor dr.),

Műtéttel sikeresen gyógyított „blue rubber-bleb” naevus-szindróma (viscerocutan haemangiomatosis)

Czinner Antal dr., Léb József dr.
és Dénes János dr.

A haemangioma számos syndroma részjelensége lehet (Sturge—Weber, Klippel—Trenaunay, Kasabach—Merritt, Riley—Smith stb.). A „blue rubber-bleb” syndroma (a továbbiakban b.r.b.), vagy más néven viscerocutan haemangiomatosis ritka kórkép. A b.r.b. magyar fordítása szabadon „kék gumyszerű hólyagcsa” — mely az érdaganat morfológiai megjelenésére utal. Leggyakrabban a bőr (előfordulás 100%) és a belek (90%) multiplex haemangiomájával jár, de a máj, a lép, a központi idegrendszer, vázizomzat, subcutan szövet haemangiomatosis is előfordul (2, 7, 10). Elsőként Bean 1958-ban (1), majd Fretzin és Potter (5) 1965-ben írták le a tünetegyüttest. Esetünket első-sorban a kórkép ritkasága és a sikeres műtéti megoldás miatt közöljük.

Esetismertetés

Gy. M., jelenleg 2 és fél éves kisleány második terhességből, IX. hónapra 3550 g-mal született. Perinatalis anamnesise negatív, familiaris betegségről a szülők nem tudnak.

Első ízben 1972. decemberében távolítottuk el a jobb bordaív alatt elhelyezkedő, a bőr minden rétegére kiterjedő és ebből elődomborodó, kistojásnyi, kék, rugalmas tapintatú haemangiomáját. Az eltávolítás nem sikerült teljes radikalitással a mélybe való infiltratív növekedés miatt. 1974 augusztusában a műtéti heg területén a haemangioma recidivált, ezért ismételt műtét (excisio) történt. Ekkor mintegy zöld-diónyi haemangiomát távolítottunk el. 1975 márciusában elesett állapotban, súlyos anaemia miatt vettük fel belgyógyászati kivizsgálásra. Az alábbi leleteket kaptuk: We.: 6 mm³/ó, hgb.: 5,0 g%, htk.: 15%, vvt.:

1 500 000; kvalitatív vérvkép: kar.: 44, eo.: 4, mo.: 6, ly.: 45, pl.: 1⁰%, anisocytosis, hypochromasia. Se. Fe: 49 µg; TVK: 420, LVK: 371 maeq/100 ml; thrombocytaszám: 210 000. Vértelési idő: 1 perc 30 másodperc, alvadási idő 2 perc. Prothrombin 180%, fibrinogen 200 mg¹⁰⁰; reticulocytaszám: 32 ezrelék. Vvt.-resistencia: 0,34—0,50%. Coombs direkt, indirekt neg. Se. összfeh.: 7,0 g¹⁰⁰, elfo.: alb.: 52, a₁: 3, a₂: 18, β: 15, γ: 12 rel.¹⁰⁰. Máj-functio: thymol: 3,2 E, se. bi.: 0,5 mg¹⁰⁰, indirekt, aranyosol: neg. SGOT: 66 E, SGPT: 7 E. Vizelet: neg. Vizelet bakt.: steril. Széklet bakt., parazita: neg. Széklet Weber: pos. Egyéb leletek: mellkas felv.: gyakorlatilag neg. mellkasi lelet. EKG: 150/min freq. sinus rhythmus. Norm. ingerületvezetés. EEG: neg. lelet. Szemézet: ép fundus. Ideggyógy. vizsg.: org. neurol. neg.

Tekintettel az osztályunkon ismételtén észlelt melaenákra, előzetes transfúziók után a vérzés eredetét kutattuk. A rectoscopia során az eszköz 12 cm-ig akadálytalanul felvezethető volt. A nyálkahártya vérbő, sérülékeny, friss vérzés nyomai láthatók. A vérzés eredetét sem a felső, sem az alsó passage-vizsgálattal nem lehetett kimutatni. Mivel a tapintási lelet alapján felmerült a máj-haemangiomatosis lehetősége is, a máj isotop scintigraphiás vizsgálat elvégzését kértük a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinikáján. A vizsgálat csupán diffúz máj-laesiót mutatott ki, de izolált májelváltozást nem. Ennek alapján a máj haemangiomát már praeeoperatív ki tudtuk zárni.

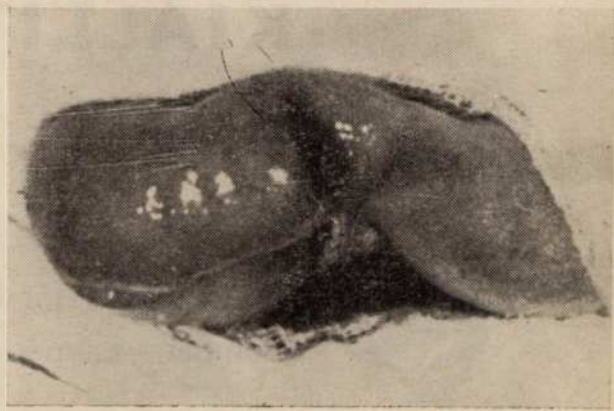
Miután a kórelőzményben recidiváló bőr-haemangiomatosis szerepelt, továbbá betegünk melaenája változatlanul fennállt, és erősen anaemizálódott, felmerült az intestinalis haemangiomatosis gyanúja. A fentiek miatt exploratív laparotomiát terveztünk.

A műtét során (op.: Dénes dr.) a vékonybeleben és a vastagbélben összesen hét, kékes elszíneződésű, borsónyi-babnyi-cseresznyéni nagyságú haemangiomát találtunk, amelyek a belek antimesenterialis oldalán foglaltak helyet (ábra). Ezeket egymás után kímetszettük a bél-tractus folytonosságának megtartásával. A hasfali izomzatban ülő, a peritoneumot bedomborító, tojásnyi, hasonló jellegű haemangioma is eltávolításra került. A máj felszínén és állományában haemangiomát nem láttunk, ill. nem tapintottunk. Kórszövet-tani lelet: haemangioma cavernosum (Górácz dr.).

Zavartalan postop. szak után a bélműködés a második napon helyreállt. Per primam sebgyógyulás. Elbocsátáskor: hgb.: 14,3 g%, htk.: 40%, vvt.: 4 500 000, se. Fe: 105 maeq/100 ml. Az ismételt kontroll vizsgálatok alkalmával intestinalis vérzésre utaló tüneteket nem észleltünk.

Megbeszélés

Esetünkben a bőr, a vékony- és vastagbél, továbbá a hasfali haemangiomatosis együttese typhu-



1. ábra.
A vékonybél antimesenterialis oldalán elhelyezkedő egyik haemangioma. Műtéti preparátum, kétszeres nagyítás

szos b.r.b. syndromában jelentkezett. A gyermekben az anamnesisben szereplő recidiváló bőrhaemangioma és a melaena utalt a viscerocutan haemangiomasist. Egyes szerzők (11) felhívják a figyelmet a melaena nyomán kialakuló sec. sideropeniás anaemiára, melyet mi is észleltünk. További tünetként hasi panaszok, sőt ileus is jelentkezhet (7).

A haemangioma congenitalis mesodermalis defectus (6), amely jelentkezhet egyszeri és multiplex formában. A b.r.b. syndromában az érdaganat — nevének megfelelően — kékes színű, rugalmas tapintatú, nagysága néhány millimétertől 3—4 cm átmérőig változhat. Ritkán domináns öröklődésű is lehet (3, 11); esetünkben a szülők egészségesek voltak.

Számos tankönyv és kézikönyv (2, 7, 9, 10) foglalkozik a haemangiomasissal, ill. a b.r.b. syndromával, a hazai közölt esetek száma mégis csekély, és nem sorolható a viscerocutan haemangiomasist kórképéhez. 1960-ban *Braxatoris és mtsai* (4) írtak le egy 40 napig élő újszülött leányban haemangiomasist. A multiplex elváltozás a bőr, a máj, a vese, a tüdő és az idegrendszer állományát érintette, de az intestinalis tractus ép volt. 1971-ben *Löke* (8) egy 63 éves férfibetegben írt le ileust okozó bél-haemangiomasist. A bélelzáródást okozó haemangioma eltávolításával a beteg állapota megoldódott, bár a többi bél-haemangioma-

mát nem resecálták. Ebben az esetben sem volt észlelhető haemangioma a bőrön.

Esetünk érdekessége egyrészt a sikeres műtéti megoldás, mely lehetővé tette valamennyi érdaganat eltávolítását anélkül, hogy a felszívódás szempontjából oly fontos vékonybélszakaszokat elvesztettük volna, másrészt, tudomásunk szerint, esetünk a kevés külföldi irodalmi közlés mellett (1, 3, 5) az első komplett b.r.b. syndroma a hazai irodalomban.

Összefoglalás. Szerzők a „blue rubber-bleb” syndroma esetét írják le két és fél éves kisleányban. A ritka kórkép sikeres műtéti megoldását ismertetik. Áttekintik a viscerocutan haemangiomasist tünettanát és röviden érintik az irodalmát.

IRODALOM: 1. *Bean, W. B.*: Vascular disorders and related lesions of the skin. Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1958. — 2. *Bergsma, D.*: Birth defects. Baltimore. The National Foundation. Williams and Wilkins Co. 1974. 213. — 3. *Berlyne, G. M., Berlyne, N.*: Lancet. 1960, 2, 1275. — 4. *Braxatoris, R. és mtsai*: Gyermekgyógyászat. 1960, 11, 28. — 5. *Fretzin, D. F., Potter, B.*: Arch. Intern. Med. 1965, 116, 924. — 6. *Haranghy L.*: A kórbonctan elemei. Budapest, Medicina, 1966. 280. — 7. *Korting, G. W.*: Gyermek- és fiatalkori bőrbetegségek. Budapest. Akadémiai Kiadó. 1970, 180. — 8. *Löke M.*: Orv. Hetil. 1971, 112, 2834. — 9. *Nelson, W. E., Vaughan, V. C., McKay, R. J.*: Textbook of pediatrics. Philadelphia, London, Toronto. W. B. Saunders, 1972. 1450. — 10. *Solomon, L. M., Esterly, N. B.*: Neonatal dermatology. Philadelphia, London, Toronto. W. B. Saunders, 1973. 74. — 11. *Schnyder, U. W.*: Dtsch. med. Wschr. 1969, 94, 1990.

Tekintse meg az OMKER új bemutatótermében

Budapest VI., Népköztársaság útja 36. szám^{alatt} rendezendő

kézi műszerek,

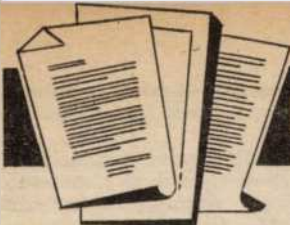
egyszerhasználatos gyógyászati segédeszközök

KIÁLLÍTÁSÁT

Nyitva:

1976. július 7-től augusztus 13-ig, 9–16 óráig
szombat, vasárnap zárva





BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Az NDK műveállandóságok orvosainak 1975. november 18—21. között Berlinben megtartott V. továbbképző tanfolyamáról.

Az NDK műveállandóságok orvosainak továbbképző tanfolyama az évente megrendezésre kerülő nephrologus kongresszus, a klinikai immunológiával és vese biopsziával foglalkozók egy-egy napos megbeszélése mellett értékes fórumát jelent a nephrologiai kérdések megvitatásának.

Az évek során kialakult gyakorlatnak megfelelően a továbbképző tanfolyam célja a műveállandóságok technikájával kapcsolatos elméleti kérdéseknek, valamint a chronikus haemodialysis, ill. vese transzplantáció klinikai és szervezési problémáinak megbeszélése.

A továbbképző tanfolyam első napján az 1975 augusztusában Koppenhágában megtartott XII. EDTA (Európai Dialyzáló és Transzplantációs Társaság) Kongresszusának eredményeit vitatták meg. Összesített adatok szerint Európában 1974-ben 5200 chronikus uraemiás beteget vettek dialysis programba, míg a transzplantációk száma 1800 volt. Az európai centrumok adatai szerint a chronikus uraemiás betegek műveállandóságos kezelésében a legjobb rehabilitációt a gyakori és rövid ideig tartó (heti 3×4 óra), az esti órákban vagy éjszaka végzett dialysis biztosítja. Ebből a gondolatból kiindulva *Klinkmann* professzor (Rostock) a jelenleg forgalmazott műveállandóságok előnyeit és hátrányait ismertette saját tapasztalatai alapján. Véleménye szerint az új kezelési stratégia miatt az ún. coil típusú (csőrendszerű, egyszerű használatos) dialyzátorok háttérbe kerültek és elsősorban a nagy hatásfokú, könnyen kezelhető kapillár vese alkalmazása célszerű. Feltehető azonban, hogy a jelenleg használatos celluloz diacetát kapillár vese alapanyaga változni fog az effektivitás további fokozása érdekében. Jelenleg különböző anyagokkal folynak biztató kísérletek: polymethyl-metacrylat, celluloz gél film, polyacrilon nitrát, cuprophan.

Az erfurti centrum tapasztalata szerint a kapillár vese négyszeri, ismételt felhasználása után a közepes molekulású (500—2000) anyagok kiválasztását reprezentáló B_{12} clearance mindössze 12%-kal csökken.

Külön előadás foglalkozott a mosófolyadék, serum fluorid koncentráció és a csontelváltozások összefüggésével. Nem kellően lágyított víz használata esetén a serum fluorid szint a normális háromszorosát is elérheti, mely osteoporosis, sőt fractura kialakulásához vezet.

A berlini munkacsoport különböző összetételű mosófolyadék alkalmazása során észlelt intraerythrocytaer electrolyt eltolódásról számolt be. Vizsgálataik eredménye egyezik az eddigi klinikai tapasztalattal, mely szerint 130—132 maeq/l natrium és 2 maeq/l kálium tartalmú mosófolyadék használata ajánlatos.

A dialysis technikai részét illetően egy-egy előadás foglalkozott a légembolia megelőzésével, a hepatitis, valamint a műveállandóságok során létrejövő calcium és glukóz szint változás kérdésével.

A chronikus haemodialysis indikációjával kapcsolatban élénk vitát váltott ki, hogy a gyermekkorban végzendő kezelés esetén a haemovagy peritoneális dialysis a választandó eljárás. Végezetül az az álláspont alakult ki, hogy 3 éves kor alatt a vérnyerés és visszaadás nehézsége miatt elsősorban a peritoneális dialysis alkalmazása jöhet szóba, míg idősebb életkorban a két módszer fakultative használható.

A vese-transzplantációval kapcsolatos megbeszélést *Mebel* professzor (Berlin—Friedrichshain) vezette be. Hangsúlyozta, hogy jól funkcionáló dialysis program nélkül a transzplantációs eredmények sem lehetnek megfelelőek. Nemzetközi adatok szerint — kellő számú és decentralizált műveállandóságos révén — a chronikus programban levő betegek 60%-a alkalmas transzplantációra. Ez az arány NDK-ban is alacsonyabb (kb. 36%), ui. 421 a chronikus programban levő és 150 a transzplantációra váró betegek száma.

A Berlin Friedrichshaini transzplantációs centrum mellett 1976-ban kezd meg működését a rostocki és hallei centrum, mely alapján reális az a számítás, hogy a műveállandóságos növelésével (1980-ra 500 kezelő ágy) párhuzamosan a transzplantációk száma évente 100 fővel emelkedik. Mint a két új központ beszámolójából kitűnt a személyi, technikai feltételeik biztosítottak, azonban a megfelelő számú cadaver vese nyerése érdekében számos feladat (perfusio technikájának javítása, a veseeltávolítást gátló szemlélet megváltoztatása stb.) megoldására van szükség. A transzplantációs témakörben a további előadások foglalkoztak a veseátültetésre váró betegek komputeres adatfeldolgozásának kérdésével, az ultrahang diagnosztika jelentőségével, valamint a serum globulin szint és az immunsupressio, ill. gyulladáscsökkentő szerek összefüggésével.

A továbbképző tanfolyam befejezése után az NDK-ban működő 34 nephrologiai centrum kezelési adatainak ismertetésére került sor. A nephrologiai gondozásban levők

száma 16 214. Az aetiológiai megoszlást tekintve 57% pyelonephritis, 17% glomerulonephritis chronica, 5% fejlődési rendellenesség, ill. 21% egyéb. A rendelkezésre álló 210 kezelő ágy segítségével 1975-ben 550 „acute” beteget (shock vese, nephrotoxin okozta vesekárosodás, altatószer mérgezés stb.) kezelték és 421 chronikus uraemiás beteget tartanak programban. A bejelentett adatok szerint 161 chronikus haemodialysisre alkalmas beteg, kapacitás hiánya miatt a műveállandóságos kezelést nem tudták elkezdni. Az 1 millió lakosra eső dialyzált és/vagy transzplantált chronikus uraemiás betegek száma 1975-ben 27.

A Berlin Friedrichshaini transzplantációs centrum eredményeit tekintve 1968—75 között 184 transzplantációt végeztek cadaver vesével (1975-ben 44). Eredményeik jobbakként az EDTA összesített adatainál: a transzplantált betegek 73%-a él, 57%-a működő transzplantatummal, 16%-a ismét dialyzisban részesül. A betegek 5 éves túlélése 55, a transzplantatuma 45%.

A továbbképző tanfolyamon az egyes előadásokat élénk, kötetlen vita követte, mely a therapiás elvek részletes megbeszélését és egységesítését tette lehetővé.

Karátson András dr.

V. Nemzetközi Szimpozium a schizophrénia pszichoterápiájáról (1975. aug. 13—17. Oslo).

A Pszichiátriai Világszövetség Pszichoterápiás Szekciója és a Norvég Pszichiátriai Szövetség 1975-ben Oslóban rendezte meg a schizophrénia pszichoterápiájának ötödik nemzetközi szimpoziumát. Második alkalommal volt skandináv ország a szimpozium vendéglátója (1971. Turku — Finnország). Az első három összejövetelt Svájcban tartották: 1956 — Lausanne, 1959 — Zürich, 1964 — Lausanne.

Dr. Denis Leigh, a Világszövetség titkára üdvözölte a kongresszust, mint a nemzetközi együttműködés fórumát. Egyben sajnálkozását fejezte ki, hogy a kongresszusról igen sokan távolmaradtak. Valóban, a résztvevő 15 országból 13 európai volt. A szocialista országokat csupán a lengyelek és mi képviseltük. Európán kívüli résztvevők az Egyesült Államokból és Izraelből érkeztek.

A kongresszus témája egyéb összejövetelekhez hasonlítva meglehetősen szűk volt: egy kórkép egyféle kezelésmódjának megtárgyalása. Ennek ellenére a program olyan sokrétű volt — mindvégig több szekció ülésezett egyidejűleg — hogy az eseményeket ketten sem tudtuk minden részletében követni. Örvendetes, hogy az eddigi hagyományoknak megfelelően a szimpozium teljes anyaga rövidesen nyomtatásban is megjelenik az Oslo University Press kiadásában.

A kongresszus 3 napja alatt a téma három aspektusa került meg-

vitásra: első napon elméleti kérdések, másodikon a családterápia problémái, harmadikon a kutató munka.

Az említett időzavar miatt csak a plenáris ülések anyagát és az egyéni érdeklődésünk szerinti szekciókban elhangzottakat tudjuk ismertetni. Megnyitó előadásában *Benedetti* professzor a schizophrénia klasszikus pszichoanalitikus koncepcióját vette revízió alá. Azt fejtette, hogy a klasszikus interpretációs technika a schizophréneknél nem használható — ehelyett a beteg élményvilágába való beleélés fontosságát, az ily módon kialakult együttérző, támogató betegvezetést vette meg a modern pszichoterápiás kezelés vezérfonalává. A továbbiakban azt elemelte, hogy ez a folyamat nemcsak a betegre, hanem a terapeutára is hat, ez viszont visszahat a terápiás munkára. Fontos, hogy a terapeuta ismerje, „felértékelje”, ezeket az egymást kölcsönösen és folyamatosan befolyásoló tényezőket.

Az olaszországi Arezzóban működő „neo-marxista” csoportosulás (vezetője *Agostino Pirella*) képviselőjeként *Paolo Tranchina* fogalmazta meg a pszichiátria és a pszichoterápia szerepét és helyét az osztályharcban és a demokratikus (?) társadalomban. Maoista beállítással, Kínát példaként említő előadásában a schizophrénia-kérdés leszűkített, összefüggéseiből kiragadott szemléletét ismerhettük meg.

Érdekes előadást hallhattunk a *Lidz* házaspártól, a szupervízió kérdéséről. Elsődleges feladatuknak tartják, hogy segítsék a terapeutát a beteggel való kapcsolat kiépítésében. A terapeutában valódi érdeklődés kell, hogy éljen a beteg iránt, ennek kifejezést is kell adnia, hogy megnyerje a beteg bizalmát. *Benedetti*-vel együtt ők is elutasítják a hideg, „tükröző” szerepet, illetve az interpretációs technikát. Freud ismert schizophrénia koncepciójával szemben — miszerint a schizophrénia olyan mértékű narcisztikus regresszió, melyben indulatáttétel már nem lehetséges — *Lidzék* igen nagy fontosságot tulajdonítanak a

beteggel való kapcsolat intenzitásának, hőfokának. Két veszélyre hívták fel a figyelmet ezzel kapcsolatban: 1. a terapeuta túl mélyen involválódhat a folyamatba, 2. a beteg irreális eljárásokat fejleszthet ki a terapeutával kapcsolatban, illetve irreális elképzeléseihez őt akarja segítségül hívni. *Lidzék* a szupervízori feladat sarkalatos pontját abban látják, hogy segítsenek a terapeutának saját határai felismerésében, a fantáziák és a realitás közötti helyes disztinkcióban, az empátiás készség fejlesztésében, a terápiás kapcsolat állandó felülvizsgálatában. Így válik lehetővé, hogy a beteg realisan értékelje a terapeuta által felkínált segítséget, szembe tudjon nézni saját konfliktusaival, és saját maga igyekezzék megoldani azokat.

Az első napon hangzott el egyikünk (*Füredi dr.*) előadása a pszichiátriai rehabilitáció különböző fokozatairól. A második főtémához kapcsolódott másikunk (*Füzéki dr.*) előadása a schizophrénia családterápiájának problémáiról az ideggyógyászati gyakorlatban.

A sok érdekes előadás közül szeretnénk kiemelni *Lyman Wynne* beszámolóját a schizophrén szülők saját és örökbefogadott gyermekeinek schizophrénia-morbiditásáról. A vizsgálat szerint nincs értékelhető különbség a két csoport között. Ez az adat egyértelműen a schizophrénia örökletessége ellen érvel.

Palazzoli professzorasszony munkacsoportja új családterápiás módszert mutatott be. Eljárásuk elméleti alapját *Halaynak* az a tétele képezi, miszerint a schizophrén családok fő jellemzője a belső kapcsolatok tisztázatlansága. Minden olyan kísérletet, amely a kapcsolatok tisztázására irányul, paradox kommunikációkkal hiúsítanak meg. Az új eljárás ezt a paradox technikát építi be a terápia menetébe. Az általában szokásos, ritmikusan ismétlődő kezelésekkal szemben bevezetik a „változó idő” metódusát, vagyis az üléseket változó gyakorisággal, változó időtartamban és változó intenzitással tartják. Nagy sikert aratott *David Rubinstein*

képmagnós bemutatója, melyben a nonverbális elemek fontosságát demonstrálta.

A harmadik napon a schizophrénia pszichoterápiájával kapcsolatos kutatásokkal foglalkozott a szimpozium. *M. Bremer-Schulte* — a hollandiai Maastricht-beli új orvosegyetem szociálpszichiátriai tanszékéről — egy olyan vizsgálatról számolt be, melynek célja a schizophrénia korai felismerése, illetve megelőzése. Körzeti orvosokat kérdeztek ki, akik már igen korai fázisban helyesen ismerték fel a kialakulóban levő folyamatot. Eredményeiket igyekeznek hasznosítani az alapellátásban és az egészségvédelmi szervezetek munkájában.

A legnagyobb érdeklődést a palo altoi ún. „Soteria” kísérlet váltotta ki. (Soteria görög szó magyarul megszabadítást jelent.) A vizsgálat alapföggelátása az, hogy a schizophrén tüneteket szemben az eddigi főkezelésekkel — nem elnyomni, és visszaszorítani kell, hanem mintegy szabad folyást engedve azoknak, a beteget át kell segíteni a krízisen. 15 és 30 év közötti elsőfajú pszichotikus nők, illetve hajadon betegeket egy közönséges lakóházban helyezték el, az ápoló személyzetet olyan szakképzettlen egyénekből válogatták össze, akik a betegeiket tüneteikkel együtt magától értetődő természetességgel tudták elfogadni. A Soteria-házban a betegek a személyzet segítségével önellátóak, bevásárolnak, főznek, takarítanak. A kontroll csoport kezelése elmeosztályon történik. A betegek állapotát tesztekkel és pontozóskálákkal regisztrálják. A kísérlet még folyik, de az első eredmények azt mutatják, hogy a „Soteria-elvek” alapján kezelt betegek remissziója tartósabb, mint a kórházi osztályról kikerülteké.

A kongresszus rendezése zökkenőmentes, a vendéglátás előzékeny, közvetlen, sőt meleg hangulatú volt. Köszönjük a Rendezőségnek a meghívást, munkahelyünknek és az Egészségügyi Minisztériumnak pedig kiutazásunk támogatását.

Füredi János dr.
Füzéki Bálint dr.



Iatrogen ártalmak

Dextran infusio hatására kialakult anaphylaxiás reakciók. Négy eset ismertetése. Langner, R., Reichenbach, H. (Anästh. Abt., Chir. Klinik, Solingen.) Prakt. Anästh. 1975, 10, 77—81.

A 20—25 évvel ezelőtt használt dextran-készítmények által okozott allergiás reakciók száma 50% körül volt. A ma használatos készítmények allergén tulajdonsága elenyésző, szövődmények száma 0,2—0,3% között mozog. Viszonylag leggyakoribbak azok a szövődmények, amelyek haemorrhagiás diathesis ill. osmotikus nephrosis kialakulásában nyilvánulnak meg, és nem allergiás alapon jönnek létre.

A szerzők dolgozatukban 4 beteg esetét ismertetik részletesen. Mind a 4 beteg volumensubstitutio céljából részesült dextran infúzióban; az alkalmazott készítmény molekulasúlya 65 000—70 000 volt. Az infúzió első 2—3 percében hirtelen kipirulás („flush”) jelentkezett, majd cyanosis, fulladás, collapsus lépett fel. Két betegen e jól látható reakciókat légzés és szívmegeállás követte. Később a tachycardia volt jellegzetes. A keringést Alupent adásával (0,5—1,0 mg) sikerült megindítani. Jellemző volt az EKG mellkasi elvezetéseiben észlelhető magas csúcsos T-hullámok megjelenése. Három beteg átmenetileg oliguriássá vált.

A dextranallergia kialakulásában — úgy tűnik —, nem megelőző dextran infúzió játszik szerepet; olyan betegeken is észlelik, akik iextrant soha nem kaptak. Legtöbbször a kereskedelmi cukorkészítmények dextran szennyezettségét, illetve a pneumococcus, staphylococcus, salmonella fertőzéseket (mint enterális dextran-forrásokat) okolják az allergiás készség kialakulásáért.

A dextran allergiát bőrpróba ill. conjunctivalis teszt segítségével lehet kimutatni. A hígított dextran oldatot szembe csepegtetik vagy intradermalisan injiciálják. A bőrben hyperaemia, oedema jelentkezik, a conjunctivákon vasodilatatio látható.

A dextran okozta allergiás reakció kezelésére 0,5—1,5 mg adrenalin ajánlanak (i. v., vagy intracardialisan), majd endotrachealis lélegeztetést, antihistaminicumok, 300—400 mg cortison és human albumin adását tartják szükségesnek. A veseszövődmények idejében törtenő észlelése érdekében javasolják az állandó hólyagkatéter behelyezését is.

Berkessy Sándor dr.

Túlérzékenységi reakciók dextran készítmények adása után. Morr-Strathmann, U. és mtsai (Anästhesie-Abt. des Allg. Krankenhauses Altona): Praktische Anästhesie, 1975, 10, 99—101.

Az utóbbi években szaporodtak a 60—70 ezres molekulasúlyú dextran készítményekkel kapcsolatos túlérzékenységi reakciókról szóló közlemények. Az NSZK-ban bejelentett esetek száma 1973-ban megháromszorozódott, 1974-ben megfélszereződött (több mint 100 eset, ebből 1 halálos).

A szerzők 1974 első felében, saját kórházukban előfordult 9 esetről számolnak be. A betegek műtét előtt, Thalamonal + atropin előkészítés után kapták a dextran infúziót. 2 betegnek volt allergiás anamnesise, kettőnél pedig előzetes dextran expozíciót nem lehetett kizárni. A túlérzékenységi reakció az infúzió kezdete után 2—8 perccel, 5—50 ml dextran beadása után jelentkezett. A betegek rosszulérről, hányingerről, néhány esetben görcsös felső hasi fájdalomról panaszkodtak. Minden esetben többé-kevésbé súlyos shock-tünetek léptek fel: vérnyomásesés, tachycardia, hideg veritékezés. Ezzel egy időben egy eset kivételével élénkvoros erythema jelent meg az arcon, nyakon, felső végtagokon, néhány esetben a törzsen is. Három betegen urticariát, egy betegen szemhéj-oedemat észleltek. Egy beteg légzése kifejezetten stridorosussá vált.

A dextran infúzió azonnali abbahagyása, az érpálya feltöltése 5%-os human albuminnal, sympathomimeticumok és corticosteroidok adása a tüneteket 20 percen belül megszüntette. Késői szövődmény nem lépett fel.

A dextránnal kapcsolatos túlérzékenységi reakciók pathomechanizmusa még nem tisztázott. Általában allergiás reakciónak tartják, bár a betegek szervezetében sem dextran elleni antitesteket, sem histamin-felzaporodást nem sikerült kimutatni. A közlemény felhívja a figyelmet arra, hogy ritkán bár, de súlyos, sőt halálos kimenetelű túlérzékenységi reakciót okozhat a dextran, ezt időben fel kell ismerni és azonnal határozott, célzott kezelést kell kezdeni.

Adorján Katalin dr.

Óvatossági rendszabályok kolloidális volumenpótló anyagok adásával kapcsolatban. Frey, R. és mtsai (Institut für Anaesthesiologie der Universität Mainz): Anaesthesist, 1975, 24, 378—380.

Mivel a kolloidális volumenpótló anyagok alkalmazása során fellépő

túlérzékenységi reakciókról szóló beszámolók egyre szaporodnak, a német orvosszövetség gyógyszerbizottsága 1975-ben napirendre tűzte a kérdést. A közlemény az ott kialakult állásfoglalást tartalmazza.

A túlérzékenységi reakció oka zselatin-származékok esetén histamin-felzaporodás, dextránnal kapcsolatban azonban a pathomechanizmus nem tisztázott.

A súlyos reakciók elkerülésére, illetve csökkentésére a következő rendszabályokat javasolják: 1. Csak határozott indicatio alapján szabad alkalmazni a szereket. 2. Az első 20—30 ml infúziója alatt a beteg igen szoros felügyelete szükséges. 3. Pontosan meg kell ismerni a túlérzékenységi reakciók tüneteit és kezelésük módját.

A túlérzékenységi reakció súlyossága különféle lehet, enyhe erythematól, urticariától súlyos shockon és légzészavarokon keresztül egészen a keringésmegállásig váltokozhat.

A teendőket a klinikai kép súlyossága szabja meg. Minden esetben azonnal meg kell szüntetni az illető volumenpótló szer adását. Enyhe reakció esetén antihistaminok, steroidok adása és volumenpótlás eredményes. Súlyos esetben a resuscitatio szabályai szerint kell eljárni: szabad légutak biztosítása, szükség esetén lélegeztetés és szív-masszázs, és egyidejűleg a következő gyógyszeres kezelést kell alkalmazni:

1. Adrenalin 0,05—1 mg iv., ez a dózis szükség esetén 1—2 percenként ismételtető a keringés szoros ellenőrzése mellett.
2. Prednisolon-készítmény 250—1000 mg iv.
3. Volumenpótlás 5%-os human albuminnal.

Végül a kolloidális volumenpótló szerek indicatiójának kérdését tárgyalja a közlemény. Az indiciók: volumenpótlás, haemodilutio, a microcirculatio javítása és thrombosis-prophylaxis. Volumenpótlásra plasmaprotein, ill. albumin oldatok is alkalmasak, drágaságuk miatt azonban nem helyettesíthetik az előbbieket. Thrombosis-prophylaxis heparinnal és cumarin-származékokkal is végezhető, azonban mindkettő legalább annyi mellékhatással rendelkezik, mint a dextran, a posttraumás thrombo-emboliás szövődmények veszélye pedig sokszorosán nagyobb, mint bármelyik gyógyszer alkalmazásának kockázata. Az indiciók tehát lényegében változatlanok annak ellenére, hogy a volumenpótló szerek esetleges szövődményeivel számolnunk kell. A végleges megoldást csak a túlérzékenységi reakciók pathomechanizmusának pontos megismerése, és ennek alapján tökéletesebb plasmapótlószerek előállítása hozhatja meg.

Adorján Katalin dr.

Oxytocin infusio okozta vizinotoxicatio. Ahmad, A. J. és mtsai

Oxytocin nagy adagjainak infúziójával 1951-ben elsőként Loudon végzett a második trimesterben terhességmegszakítást. Az erre a beavatkozásra visszavezethető vízmérgezés első esetét 1962-ben Liggins ismertette. Azóta az irodalomban számos vízmérgezés esetet közöltek.

A szerzők egy 24 éves, terhességének 17. hetében levő nőn végeztek terhességmegszakítást intraamniálisan instillált 20%-os NaCl oldattal — rubeola fertőzés miatt. Egyidejűleg 5%-os dextrose oldatban oxytocin adagolását is elkezdték, először 17 mU/min, majd ennek hatástalansága miatt 42—56—113 és 111 mU/min mennyiségben. Az infúzió összesen 41 óra hosszat tartott (!), mely idő alatt a beteg összmennyiségben 150 IU oxytocint kapott.

A negyedik liter infúzió beadása után (a 35. órában) a beteg gyengeségről, hányingerről panaszkodott, majd zavartá vált. Pulsusa, vérnyomása normális maradt. A 38. órában a beteg hirtelen comatosussá vált, pupillái maximálisan kitágultak és csak fájdalom ingerekre reagált. Ekkor — oliguriájára felfigyelve — vért vettek laboratóriumi vizsgálatokra, iv. 80 mg. furosemidet adtak és dexamethason adagolását kezdték el. Mivel a beteg állapota órák múlva sem javult, neurológiai osztályra helyezték át, ahol újabb 750 ml. 5%-os dextrose infúziót kapott. Oedemái nem voltak, de változatlanul oliguriás maradt. Néhány óra elteltével kapták meg laboratóriumi leleteit, melyekben jellegzetes volt a rendkívül alacsony serum-Na szint (100 mEq/l), és a vér alacsony oszmolaritása (237 mOs/kg). Ekkor az infúziók adását felfüggesztették és diureticumokat sem adtak, csak a dexamethason folytatták. Az oliguriás periódus alatt a beteg vizelete (napi 550 ml) Na-t nyomokban sem tartalmazott! Három és fél nap elteltével érte el a serum-Na értéke a normális szintet és vérének oszmolaritása a 293 mOs/kg-t. A neurológiai osztályról 5 napi ápolás után gyógyultán bocsátották haza.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy az oxytocin antidiuretikus hatása a dosis függvénye: a hatás csak 15 mU/min felett kezdődik, 45 mU/min-nál teljessé válik, de 20—30 mU/min is complet antidiuretikus hatású lehet. A szerzők által ismertettett beteg átlagban 61 mU/min oxytocint kapott, így érthető a súlyos vízintoxicatio kialakulása. Az antidiuretikus hatás nem csökken, ha az oxytocint NaCl-ban infundálják és a comatosus tüneteket a diureticumok nem javítják. Kialakult vízmérgezésben csak a mannit adásának látják értelmét a cerebralis decompressio előidézése érdekében.

Berkessy Sándor dr.

Vízmérgezés oxytocin egyidejű adása mellett hypertoniás konyhasóoldattal végzett terhességmegszakítás eredményeként. Lauersen, N. H., Birnbaum, S. J. (Dept. of Obstet. and Gynecol., New York Hospital-Cornell University Med. College): Amer. J. Obstet. and Gynecol. 1975, 121, 2—6.

A hypophysis hátsólebeny kivonat adásával kapcsolatos vízmérgezés lehetőségére 1923-ban Rowntree hívta fel a figyelmet. Később Thomson és mtsai igazolták, hogy az oxytocin készítmények jelentős ADH tartalma okozza ilyenkor a vízretenciót, különösen terheseken, akik oxytocin sensitivitása erősen megnövekszik.

Mióta — elsősorban a nyugati országokban — kiterjedten alkalmazzák terhességmegszakításra a hypertoniás konyhasóoldatot, ismeretessé vált, hogy szövődményként hypernatraemia és disseminált intravasculáris coagulatio alakulhat ki. A szerzők munkájukban arra hívják fel a figyelmet, hogy ha a konyhasóval indukált vetélés oxytocinos fájáskeltés-fájáserősítés kíséretében történik, a serum natriumszint csökkenésével és vízretenciával, következképpen vízmérgezés lehetőségével is számolni kell. Mint négy ismertett esetben történt, az 5%-os dextrose oldatban óránként 5—10 E mennyiségben infundált oxytocin 24 óra, vagy még hosszabb idő alatt súlyos idegrendszeri tünetek kialakulásához vezetett. A cerebralis tünetek epileptiform rohamokban nyilvánulnak meg, de, mint egyik esetükben történt, maradandó, diffúz cerebralis károsodáshoz is vezethet.

E szövődmény korai felismerése rendszeresen kell vizsgálni a betegek serum-natriumszintjét és annak csökkenése alkalmával felfüggesztve az oxytocin infúzióját, NaCl infúziót kell késedelem nélkül elkezdeni. A cerebralis tünetek — a serum Na concentratio javulása mellett — spontán rendeződnek, az oliguria diureticumok alkalmazás nélkül is megodódik.

A szövődmény nemcsak konyhasós terhességmegszakítás, hanem közönséges oxytocinos fájáskeltés esetén is számolni kell, ezért tartós oxytocin infúzió alatt a serum-Na szintet rendszeresen ajánlatos ellenőrizni.

Berkessy Sándor dr.

Diureticum-indukálta oedema. MacGregor, G. A., — Tasker, P. R. W., — Wardener H. E. (Department for Medicine, Charing Cross Hospital Medical School, London) Lancet. 1975. I. 489—492.

Az idiopathikus oedema-syndroma, amely többnyire nőknél lép fel, ma már széles körű irodalommal rendelkezik. Kezelésére általában diureticumokat használnak.

A szerzők két esetet ismertettek, amelyekben a diureticus kezelés az oedemákat súlyosította, a therapia

befejezése átmenetileg további progressiót eredményezett, néhány napon belül azonban mindkét esetben spontán regressiót, majd gyógyulást figyeltek meg.

A körkép részletes elemzésekor kiderült, hogy a furosemiddel történt diureticus kezelés megkezdése önhatalmú volt, sem cardiovascularis, sem renalis ok a hátterben nem volt kimutatható, sőt retrospektíve, az oedemák kezdeti fennállta sem volt igazolható. Mindkét beteg fogyás céljából kezdte a szerzedését, a közben fellépő oedema miatt azonban további szeredésére kényszerültek.

A furosemid és a többi diureticum ismert hatása a renin-angiotensin rendszer és következményesen az aldosteron secretio stimulálása (az egyik betegen a peripheriás renin-szint és a plasma-aldosteron concentratio emelkedését mutatták ki). Súlynövekedés következett be, igen alacsony vizelet-natrium concentrációval. Ez az állapot a diureticum szedés befejezése után még kb. 5 napig fennállt. Közben folyamatosan csökkent a renin-aktivitás és az aldosteron-secretio, a vizelet Na-tartalma emelkedett, s az oedema fokozatos felszívódásával a test-súly is csökkenni kezdett.

Az aldosteron mellett más tényezők is szerepet játszhatnak az oedemák kialakulásában, tartós diureticus kezelés során. A csökkent vérvolumen és extracellularis volumen, a „kicsérélhető” natrium mennyiségében bekövetkezett változás a víz- és natriumkiválasztás csökkenéséhez vezet, a vese-vérátáramlás, a glomerularis filtratio, és a peritubularis hydrostatikus nyomásváltozás következtében. Ennek a mechanizmusnak a szerepe azonban kérdéses, mivel a néhány napon belüli javulás ily módon nem magyarázható.

Winkler Gábor dr.

Androgen indukálta hepatoma. Farrell, G. C. és mtsai (Royal Prince Alfred Hospital, Camperdown, Australia) Lancet 1975. I. 430—432.

A Fanconi anaemiás betegek oxymetholon kezelésekor fellépő hepatocellularis cc.-t Bernstein és mtsai írták le elsőként, 1971-ben. Azóta több közlemény jelent meg e tárgyban, jelen cikkben a szerzők három esetet ismertettek.

A szövettani vizsgálattal differenciált sejtes tumornak bizonyult elváltozások egyébként ép szerkezetű májban léptek fel. Két esetben az androgen azonnali, teljes elhagyása után regressio jelentkezett, a harmadik betegen azonban már csontmetasztasisokat találtak, s a progressio mértéke a szer elhagyása után sem változott.

Mindhárom daganatos elváltozást fiatal férfibetegben észlelték, akik — az irodalom által ismert esetekkel szemben — az androgen tartal-

mű szert nem anaemiás betegség kezeléseként szedték.

Az androgenek tumor-inductiójának oka nem ismert, nem eldöntött az sem, hogy a hepatoma kialakulása dosistól függő-e, ill. a kezelés időtartama befolyásoló tényező-e. A jelen három eset alapos áttanulmányozása alapján valószínű, hogy a gyógyszeresedés tartama az elváltozás kialakulásában szerepet játszik, hisz az időben abbahagyott kezelés regressióhoz vezetett. A metastasisal járó eset viszont azt a lehetőséget veti fel, hogy egy bizonyos „tolerancia”-időn túl folytatott drog-szedés a hormon-dependenciát, a dosistól függő differenciálódást áttöri, s invazív potenciák előtérbe kerüléséhez vezet.

A Franconi-anaemiákkal kapcsolatban kialakult hepatomák androgen eredetét kérdésekké teszi az a tény, hogy e betegségekben oxymetholon kezelés nélkül is észlelték hepatoma kialakulását, ill., hogy egyéb indicatciók alapján alkalmazott androgen-kezelés azonos dosisa később vezet csak a tumoros elváltozás megjelenéséhez. Ezek alapján a Franconi-anaemiát ma specifikus rizikófaktorként értékelik.

Winkler Gábor dr.

Homonym hemianopsia orális fogamzásgátló kezelés kapcsán. Jähne, M., M. Oertel: Dtsch. Gensundh.-wesen, 1975, 30, 476.

A hormonális anticoncipientek mellékhatásainak irodalma már igen nagy. 1973-ban pl. több mint 5000 ilyen közleményt publikáltak és közülük 50 foglalkozott szemészeti szövődeményekkel. 1964-ben először papillitist ismertettek. Az első homonym hemianopsiát 1965-ben közölték, és eddig összesen 18 permanens és 21 átmeneti ilyen jellegű szövődeményt írtak le.

A szerzők 1971-től 1973-ig fogamzásgátlókat szedő nők között 8 esetben észleltek cerebrales insultust. A jelenleg között beteg panaszai miatt először a szemorvost kereste fel, de egy másik páciens is kétoldali koncentrikus látótér szűkülést tudtak kimutatni, okként egy korábbi koponyatraumát feltételezve. Több látótér kiesést nem észleltek.

41 éves nőbetegükön baloldali homonym hemianopsia lépett fel fejfájás és enyhe kábultság kíséretében. Az anamnesis szerint 5 éve migrénszerű fejfájásai voltak szemhéj tremorral, néhány hónapja pedig eszméletvesztése. Több mint egy éve Ovoston-t, illetve Non-Ovlon-t szedett. Neurológiai és EEG-vizsgálattal, valamint carotis angiographiával az elváltozás okát nem találták.

Ismeretes, hogy hormonális fogamzásgátló kezelésre a cerebrovascularis szövődemények kockázata 4–6-szor gyakoribb, bár e kettő között direkt összefüggést eddig még nem tudtak kimutatni. Az irodalmi adatok szerint a homonym hemi-

anopsia kialakulásában a primer érfalkárosodás és a vérárvadókésztség megnövekedése, illetve az a. cerebri posterior által ellátott terület ischaemiás insultusa játszik szerepet. Szemészeti és neurológiai szempontból az orális anticoncipientek által létrehozott, nem átmeneti homonym hemianopsia prognosisa rossz, ezt komoly és súlyos szövődeménynek kell tartanunk. A szerzők ezért migrénszerű fejfájásra panaszokódó fiatal nőknek orális anticoncipienteket nem javasolnak adni.

Angeli István dr.

Orális anticoncipientek szerepe az akut cerebrovascularis károsodás kialakulásában. (Data Analysis Center (Box 3203, Duke Univ, Med. Center, Durham, NC.): JAMA 1975, 231, 718–722.

430 nőbeteg (15–44 éves) adatait dolgozták fel, akiket akut cerebrovascularis károsodás (AC) miatt kórházban ápoltak. Vizsgálták, hogyan befolyásolja orális anticoncipient (OAC) tartós szedése, dohányzás, gyakori migraine (valamennyi megítélése az anamnézis alapján történt), illetve hypertonia (az ápolás során mért értékek alapján) az AC gyakoriságát.

Normotenzív nőknél OAC szedése esetén a cerebrales infarctus (CI) előfordulásának valószínűsége 3,1-szer, a cerebrales vérzés (CV) előfordulásának valószínűsége 1,8-szor nagyobb volt, mint az OAC-t nem szedő kontroll csoportban. Hypertonia önmagában mind a CI, mind a CV előfordulásának valószínűségét jelentősen megnövelte (6,9, illetve 21,6). OAC egyidejű szedése AC előfordulásának valószínűségét nem fokozta (13,6, ill. 25,7). Dohányzás sem OAC szedése nélkül, sem OAC szedése esetén nem befolyásolta a CI valószínűségét. Ezzel ellentétben dohányzás esetén a CV valószínűsége nagyobb volt (2,0), melyet OAC szedése tovább fokozott (6,1). Az anamnézisben szereplő migraine sem OAC szedése nélkül, sem OAC szedése esetén szignifikáns risk faktort nem képezett. A szerzők nem találtak különbséget a különböző OAC preparátumok hatása között.

(Az adatok megítélését segítheti, ha figyelembe vesszük, hogy az USA-ban a CI előfordulása OAC szedése esetén 1/10 000 nő/1 év. N. Engl. J. Med. 1973, 289, 218.)

Bálint András dr.

Kezelés lassan felszabaduló káliumchlorid-készítménnyel. Howie, A. D., Strachan, R. W. (Dumfries and Galloway Royal Infirmary, Dumfries, Skócia): Brit. Med. J. 1975, 2, 176.

Ma már senki sem vitatja a diureticumok adása kapcsán fellépő kálium-hiányos állapot megelőzésének fontosságát. Azt a felismerést, hogy a KCl-tabletták vé-

konybél-kifekélyesedést és következményes stenosis okozhatnak, a Ciba-gyár „slow-K” (azaz, lassan felszabaduló kálium) készítménye — eleinte úgy látszott, eredményesen — ki tudja küszöbölni. Sajnos azonban, ez sem volt képes az alábbi súlyos vagy életveszélyes mellékhatások kiiktatására: hyperkalaemia, nyelöcső-ulceratio és strictura. A szerzők ez utóbbira kívánják esetük ismertetésével a figyelmet felhívni, továbbá arra, hogy néha a „slow-K” adása is ellenjavallt lehet.

42 éves nőbetegük körelőzményében rheumás láz szerepel. 33 éves korában, 1963-ban állapították meg, hogy keringés támogatására szorult: ekkor pitvarfibrillatiót, megnagyobbodott bal pitvart, valamint mitralis + aorta-insufficienciát találtak nála s megkezdték digoxin-kezelését. Újabb intézeti felvételre 1971-ben szorult, kifejezett keringési elégtelensége miatt. Furosemidre, valamint napi $3 \times 1,2$ g „slow-K”-ra állapota rendeződött. Az ekkori vizsgálat szerint mitralstenosis, mitralis + aorta + tricuspidalis insufficiencia, valamint pulmonalis hypertonia volt kimutatható, ezért 1972 augusztusban tricuspidalis billentyű-plasticát, valamint mitralis billentyű-helyreállítást végeztek, sikerrel s még e hónapban elbocsátották azzal, hogy tartósan szedje tovább a digoxint, a diureticumot és a „slow-K”-t. Ott-honában néhány nap múlva kifejezett dysphagiáig fejlődő kelési panaszok és fájdalmak léptek fel s emiatt mind a táplálkozás, mind a tablettás kezelés kivihetetlené vált. Felvételekor a bariumpépes röntgenvizsgálat a carina alatt csaknem teljes elzáródást mutatott; e felett a nyelöcső erős tágulatát lehetett észlelni. A szeptember végén elvégzett oesophagoscopia igazolta ezt a nyelöcső közepe táján levő stricturát. A próbakimetszés nem mutatott rosszindulatuságot. Majd sikeres tágítás következett, mely után a beteg étkezési képessége visszatért.

Érdekes, hogy a megnagyobbodott bal pitvar ellenére is ritkán fordul elő mitralis vitiumú betegeken dysphagia. Pumberton (1970) betegén is a mitralis reconstruációs műtét után 10 nappal léptek fel hasonló jellegű nyelöcsőtünetek, s nyelöcsőtükrözéssel ki lehetett mutatni a hátsó oesophagusfal nyálkahártyájának kifekélyesedését. Ez a hely KCl-porral volt kitöltve, mivel a beteg ugyancsak kapott „slow-K”-t.

A leírt eset és az eddigi irodalmi adatok alapján helyes, ha a lassú felszabadulású K-készítményt mellőzzük szívsebészeti beavatkozások után, mivel ilyenkor a „slow-K” hajlamos arra, hogy visszamaradjon a nyelöcsőben, következményes ulceratiót és stricturát okozva.

Major László dr.



Intrauterin fogamzásgátló eszköz okozta appendicitis. Rubynoff, M. L. (Department of Surgery, West Hills Hospital, Canoga Park, Calif., USA): JAMA, 1975, 231. 67.

Az IUD (= intrauterin fogamzásgátló eszköz) különböző fajtáinak egyre szélesebb körű használatával természetesen megnőtt a szövődények, valamint az ezeket ismertető közlemények száma is. A szerző mégis úgy véli, hogy az általa észlelt complicatio egyedülálló az irodalomban.

26 éves betege kórelőzményében terhesség még nem szerepelt. Vizsgálatra kiterjedt hasi dyscomfort-érzés miatt jelentkezett. Ezt megelőzően 2 éven át már viselt IUD-t, ezt azonban jelentkezése előtt 2 hónappal eltávolították, s új, réz IUD-re cserélték ki. Ezután 2 napig hüvelyéből erős vérzése volt, majd ez megszűnt s helyette generalisált hasi fájdalom lépett fel. Feltáráskor nem lehetett látni az IUD fonálát, ezért röntgenfelvételeket készítettek, melyek szerint a réz IUD-t rendellenes helyzetben találták a medence jobb oldala mellett. Ezután már nem okozott meglepetést, hogy az eszközt kellő tágitás után curettage segítségével sem tudták eltávolítani, ezért másnap alsó Pfannenstiel-metszéssel pelvisus feltárást végeztek. A már előzőleg elkészített hysteroqram is bizonyította az IUD extrauterin elhelyezkedését s ezzel egybehangzó volt a műtéti lelet is, mert az eszközt a caecum és az appendix lumenében találták meg, hová az minden valószínűség szerint az uterus falának viszonylag csendes átfúródásával került. Műtéti megoldás: az IUD eltávolítása után appendectomia + a caecumfal zárása Szövettani vizsgálat: acut + subacut appendicitisnek megfelelő kép. A beteg ellenőrzéskor is tünetmentes.

Végül a szerző utal arra, hogy az irodalmi adatok szerint az IUD okozta uterus-perforatio gyakorisága 0,5–8,7‰; ugyanakkor a rézszekció mindössze 0,3‰.

Major László dr.

A polyvinylpyridin-N-oxid lehet-e antigén? Antweiler, H., Meyer-Hammer, M. (Med. Inst. Luft- u. Silikoseforsch. Univ. Düsseldorf.) Zbl. Bakter. I. Orig. Serie B. 1975. 160. 97–99.

A polyvinylpyridin-N-oxidot (PVNO) gyakran adják szilikózisban szenvedő betegeknek fibrózist gátló és visszafejlesztő hatás miatt. Több ízben okozott inkompatibilitásos tüneteket, hányinger, szédülés, gyengeség, ismételt adás esetén kollapszus is előfordult.

Felmerült a túlérzékenység kérdése, feltehető, hogy a PVNO ismételt adagolás esetén a betegek egyrészt szenzibilizálják.

A szerzők vizsgálat tárgyává tet-

ték a szert. Nyulaknak Freud f. adjuvánsban vitték be, s kisebb mennyiségekkel tengerimalacokat kísérletek meg szenzibilizálni. A vizsgálatok negatív eredménnyel zárultak, a nyulak vérsavóiban precipitinek nem voltak kimutathatók, s tengerimalacokon nem sikerült anaphylaxiás jelenséget előidézni.

Feltehető, hogy a PVNO klinikai alkalmazásakor közvetlenül a vérésejtekre gyakorol hatást, azok összecsapódnak (nem immun agglutináció). Ha nagy mennyiségű vvt csapódik ki, a képződött agglutinátumok a tüdőerekben elzáródást hoznak létre, s ezzel magyarázhatók a melléktünetek. E tünetek létrejöttét lassú bevittel, esetleg infúzióval meg lehet akadályozni.

Nikodemusz István dr.

Tolbutamid kiváltotta pancytopenia diabetes mellitusban?

Traumann, K. J. és mtsai (I. Med. Abt. und Zentrallabor des Kreiskrankenhauses Göppingen, NSZK), Dtsch. med. Wschr., 1975, 100, 250–251.

A szerzők 3 olyan irodalmi adatot említenek, melyek tolbutamid-készítmény halálos vérképzőszervi ártalmát írják le. Az esetek rövid ismertetése során a halálos csontvelőkárosodás és a tolbutamid-készítmény közötti összefüggést nem látják bizonyítottak. Fejtegetéseikben arra is kitérnek, hogy az újabb, „második generációhoz” tartozó antidiabeticumok hatására is felléphet leukopenia, amelyik azonban reverzibilis. Utalnak arra is, hogy a carbutamid-készítmények alkalmazása során több haematológiai károsodásról számolnak be, mint tolbutamid után. Saját esetük ismertetése során kérdőjelezve vetik fel a tolbutamid-prae-paratum szedése során, illetve a szernek tulajdonított súlyos csontvelő-károsodás lehetőségét.

72 éves nőbeteg frissen felfedezett diabeteze miatt 3 éven át szedett tolbutamid-készítményt. Néhány hónappal kórházi felvétele előtt spontán bőrvérzéseket észlelt, majd felső légúti infectio kapcsán magas láz miatt került intézetbe. A haematológiai vizsgálatok pancytopeniát bizonyítottak, a thrombocyta szám is mindössze 34 000 volt. A beteg megelőzően 8 éven át semmiféle más gyógyszert nem szedett, csak a tolbutamidot 3 éven át. Antibiotikus és cortison terapiára, valamint vértransfúziókra előbb a thrombocyta szám, később a leukocyta szám is normalizálódott, de az anaemia nem változott. Több adat nincs a beteg további sorsáról.

Az eset észlelése kapcsán a szerzők arra figyelmeztetnek, hogy léryegében mindegyik antidiabeticumként használt sulfonylurea-készítmény hatására előfordulhatnak vérképzőszervi károsodások, ezért sokkal szigorúbb indicióik alapján kell per os antidiabeticu-

mot rendelni, s nem szabad megfeledezni a rendszeres vérkép-kontrollról sem.

[Ref.: A kérdőjeles pancytopenia tolbutamid hatására valóban jogos. A szerzők nem szólnak arról, milyen adagban kapta a beteg a szert, s arról sem, milyen egyéb vizsgálatokat végeztek a pancytopenia egyéb okának felderítésére. Arról sem szólnak, mi lett a beteg további sorsa, hogyan történt további beállítás, rendeződött-e végül is anaemiája. Az az okfejtés, mely szerint sulfonylurea-készítményeket szedők haematológiát kontrollolja szükséges, helytálló. Közel 10 éve első 5 éves beteganyagunk feldolgozása kapcsán említettük, hogy 249 és csaknem egyszében carbutamid-készítménnyel (Bucarban) kezelt betegünkön 36-ban fordult elő átmeneti leukopenia. Népegészségügy, 1966, 47, 131.]

Iványi János dr.

Furosemid által kiváltott pancreatitis. Jones, P. E., Oelbaum, M. H. (Univ. Coll. Hosp., London, WCI E6JJ.) Brit. med. J. 1975, 1, 133–134.

A furosemid (továbbiakban f.) egyike a leggyakrabban használt diureticumoknak. A szerzők egy 64 éves acut myocardialis infarctusban szenvedő nőbeteg esetét közlik, aki subacut módon kialakuló bal kamra elégtelenség miatt f. kezelésben részesült. Az ismételt kezelés két ízben acut pancreatitishez vezetett (epigastrialis dyscomfort, hányás, felhisi izomvédekezés, lipase- és amylase-szint emelkedés). Epeútmegbetegedés, alkoholizmus kóroki szerepe elvethető volt. Egyéb gyógyszerek (kálium chloratum, anticoagulansok, dihydrocodein, diamorphin, morphin) ilyen irányú hatását az időbeli lefolyás kizárta. A beteg II. A-típusú hyperlipidaemiában szenvedett (acut pancreatitis az I–III–V. típusokhoz szokott társulni).

Az acut pancreatitis 30%-ában a kórok pontosan nem deríthető fel. Ilyenkor gyógyszerek szerepe merül fel. Erdekes, hogy a f. ilyen irányú hatását már egy közleményben kérdéses formában közölték (Wilson és mtsai, 1967). A f. kiváltotta acut pancreatitis pathomechanismusa ismeretlen (hypokalaemiás sejt-károsodás?, csökkent pancreas perfusio?, allergiás mechanizmus? besűrűsödött secretum?).

A jövőben a gyógyszer ilyen irányú potenciális veszélyével számolnunk kell.

[Ref.: A gyógyszerek váratlan hatását jól példázza egy, ezen közleménnyel közel egyidőben megjelent cikk, hol a f., illetve a f., illetve spironolacton együttese oedemaképződést indukált idiopathiás oedemában szenvedő nőbetegeken. (MacGregor és mtsai: Lancet, 1975, 1, 489, l. a 1894. oldalt.)]

Gesztesi Tamás dr.

Immunosuppressív rákellenes szerek emberben: onkogen hatásuk. C. C. Harris (National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland): *Radiology* 1975, 114, 163—166.

A tumor-ellenes chemoterapeutikumok onkogen hatását emberben kimutatni teljes bizonyossággal aligha lehet. Kísérletes adatok azonban azt mutatják, hogy ezek a gyógyszerek potenciális onkogen vagy co-onkogen jelentőségűek. Ennek különös jelentőséget ad, hogy ilyen anyagokat immunosuppressív hatásuk miatt nem malignus tumorban szenvedők kezelésében is alkalmaznak. Ez a javallati kör világszerte szélesedik, így egyre több ember van kitéve annak, hogy onkogen hatású gyógyszert szed nem malignus tumoros kórfolyamata miatt. Az állatkísérletes adatok ismertté válását követte számos közlés újabb rákok kialakulásáról ilyen szerrel kezelt betegekben. A chlornaphazin nevű készítményt ki is vonták a forgalomból, miután kiderült, hogy nagy adagban hólyagrákot idéz elő. Praecancerososok kialakulását is kimutatták chemoterapeutikum hatására betegekben.

Kísérletes eredmények szerint az alkyláló és a DNS-hoz kötődő vegyületek onkogenek. Az antimetabolitok nem onkogenek, de co-onkogen szerepük lehet. Ezt kimutatták kísérletesen methotrexat, fluorouracil, azathioprin, actinomycin D, mitomycin C, cyclophosphamide, sőt cortison esetében is. Külön probléma a sugárkezelés és a tumor-ellenes szerek kölcsönhatása, hiszen mindegyiknek tumor-keltő hatása ismert. Így besugárzás után chemoterapeutikummal kezelt Hodgkin-kóros betegekben gyakrabban alakul ki második neoplazma, és myeloma multiplex chemoterapiás kezelése akut leukaemiát indukálhat.

Malignus tumorok kezelésében természetesen ezek a szempontok csak annyiban veendő figyelembe, hogy a sugárkezelés és chemoterapia lehetőségeit a legkevésbé veszélyes módon kell kihasználni. Különös gondosságot igényel hosszantartó, „fenntartó” kezelés beállítása. Nem malignus tumor miatt azonban immunosuppressív gyógyszert csak alapos megfontolással szabad alkalmazni.

Laczay András dr.

Szív- és keringési betegségek

Myocardialis infarctus coronaria-sclerosis nélkül. Cheitlin, M. D., Mc Allister, H. A., Castro, C. M. (Cardiology Service, Walter Reed Army Medical Center, Washington): *JAMA* 1975, 231, 951—959.

A myocardialis infarctusos betegek túlnyomó részében a koszorús erek arteriosclerosisa mutatható ki,

ezért más pathogeneticai háttér után viszonylag ritkán kutatnak. Vannak pedig egyéb állapotok is, melyek — bár jóval ritkábban mint a coronariasclerosis — ugyancsak myocardialis infarctushoz vezethetnek. A dolgozat szerzői éppen ezen „egyéb” pathogeneticai kategóriába tartozó kóreseteket gyűjtötték össze és rendszereztek a saját boncolt anyaguk alapján. A myocardialis infarctus kórbonctani kritériumának a körülírt ischaemiás necrosist vagy makroszkopos méretű myocardialis heget tekintették: olyan myocardialis ischaemiával és angina pectorissal járó állapotokkal, melyek nem vezettek a kórbonctani képhez, nem foglalkoztak.

A nem coronariasclerotikus alapon bekövetkező myocardialis infarctus lehetséges okait 5 csoportra osztották:

1. A koszorús arteriák nem sclerotikus betegségei.

a) **Coronaritisek:** Takayasu betegség, *infectiós* arteritis (salmonellosis, tbc., lues, vírus-coronaritis), *kötőszöveti betegségek* arteritiszes manifestációja (polyarteritis nodosa, LED, rheumatoid arthritis, rheumás láz, spondylosis ankylosa).

b) **A coronariákra ható traumák:** a coronariák lacerációja penetráló és — ritkábban — nem penetráló traumák folytán, *iatrogen* sérülés (pl. coronarographia, szívsebészeti műtétek).

c) **A coronariák falának megvastagodása anyagcsere-betegségek vagy az intima proliferatív megbetegedésének következtében.** Néhány anyagcsere-betegségben a coronariák falában felszaporodó metabolitok a lumen beszűkítésével myocardialis infarctust okozhatnak; ilyen kórkép pl. a Hurler-f. betegség (mucopolysaccharidosis), *homocystinuria*, *amyloidosis*, *juvenilis intima-sclerosis*. Contraceptív szteroidokat szedő nőknél — akik között thromboemboliás jelenségek és így myocardialis infarctus előfordulása is gyakoribb — a kis intramuralis coronariaágak intimájának hyperplasiáját és következményes diffúz myocardialis fibrosist mutattak ki. A mediastinum masszív *rtg-besugárzása* után közölték a coronariák mediájának és intimájának fibrosist, mely myocardialis infarctust idézett elő.

d) **A coronariák lumenének beszűkülése egyéb mechanizmusok alapján.** Aorta dissectióhoz csatlakozva vagy önállóan is létrejöhet *coronaria-dissectio*, mely myocardialis infarctust okozhat. A Prinzmetal angina egyes eseteiben coronariasclerosis nélkül lépnek fel súlyos localis ischaemiával járó *coronaria spasmusok*. Ugyancsak coronaria spasmusnak tulajdonítják a *nitroglycerin elvonást* követő angina fájalmakat is (lőszergyári munkások ún. hétfő reggeli angina).

2. **A coronariák emboliás elzáródása.**

A systemás embolisatio, e ezen belül a coronaria embolia leggya-

koribb okai: *infectiós endocarditis*, rheumás szívbetegség *mitralis stenosis* és a *cardiomyopathiák* muralis thrombussal. Újabbban a *műbillentyűk* thrombusai is gyakori forrásai az emboliának. Szokatlan eredetű coronariaemboliák: beteg aortabillentyűből származó calcificált anyag, paradox embolia jobbal shunt esetén, *cardialis myxomából* vagy az aortabillentyű papillaris fibroelastomájából eredő embolisatio.

3. Congenitalis anomáliák.

Fiatalok myocardialis infarctusa esetén a koszorús ereket érintő veleszületett rendellenességekre kell gondolni. A leggyakoribb a bal coronariának az art. pulmonalisból való eredése, egyidejű kifejezett collateralis-képződéssel a bal és jobb coronaria ágak között; ilyenkor „*coronary steal*” mechanizmus révén myocardialis ischaemia, ill. infarctus alakulhat ki már az első életévben. Hasonló eredményre vezethet *arterio-cameralis fistula* fennállása is. Myocardialis infarctus csatlakozhat a koszorús arteriák congenitalis, post-traumás vagy post-inflammatoris *aneurysmájához* is, az aneurysma thrombotizálása következtében.

4. A myocardium oxigén igényének fokozódása.

A leggyakoribb kórkép e csoportban az *aorta stenosis*. Ez esetben az O₂ igényt az intramyocardialis tensio emelkedése és a myocardium tömegének megnövekedése egyaránt fokozza, viszont a coronariák perfusiója limitált, mert az arteriális nyomás alacsonyabb, míg a perifériás coronariás ellenállás az intramuralis ágakra nehezedő nagyobb fali nyomás folytán fokozott. Ugyanez a helyzet *subvalvularis aorta stenosisban* és az aorta billentyűk *incomplett differentiatódásakor* is. Egyéb hypoxiás állapot is okozhat myocardialis infarctust ép coronariák mellett is, így pl. *CO mérgezés*, *thyreotoxicosis*, hosszabb ideig tartó *shock*.

5. Egyéb okok.

Vannak tisztázatlanul maradó esetek, melyekben a boncolás ép coronariákat talál és ugyanakkor az ismertett osztylozozásban szereplő okok egyike sem igazolható. Ilyenkor oki tényezőként elzáródást okozó majd *oldódott thrombus*, esetleg *spasmus*, vagy az *oxyhaemoglobinn dissociatio* „balra toltása” tételezhető fel.

A klinikumban szinte axioma-ként fogadják el, hogy a myocardialis infarctusos betegnek coronariasclerosis van. A szerzők nem is kívánják megdönteni ezt a tételt, mert az esetek túlnyomó részében igaz. Összeállításukkal felhívják a figyelmet a ritkább pathogeneticai formákra, melyeknek differenciál diagnosztikai figyelembevétele elméletileg feltétlenül érdekes, olykor pedig gyakorlati szempontból is fontos lehet.

Keller László dr.

Rizikó faktor-e az elhízottság szívinfarktusból? Höpker, W. (588 Lüdenscheld, Kreiskrankenhaus Hohfuhstr. 23.): Med. Welt. 1975, 26, 213—218.

A közfelfogásban az elhízottság a szívinfartus rizikó faktorai között szerepel. Sok szerző van azonban, aki ezt nem fogadja el, vagy egyenesen tagadja. A Framingham tanulmányok szerint az elhízás csak egyéb hajlamosító tényezővel együtt vehető rizikó faktornak. A kérdést a szerző Lüdenscheldben vizsgálta, amely 80 000 lakosával viszonylagosan zárt településnek számít. 821 kor és nem szerint osztályozott infartusos betege átlag súlyát hasonlította össze ugyanúgy osztályozott kontroll csoportbeliek átlag súlyával. Utóbbi az ambulancia 17 évi beteganyagából (1939 beteg), valamint a kórházi dolgozókból (532) és egy önkéntes biztosítottakból álló (315) csoportból tevődött össze. A kontroll csoportban nem volt külföldi, diabeteses és természetesen infartusos.

Az átlagsúly kiszámítására a módosított Quetelet indexet alkalmazta:

$$I = (\text{testsúlykg} \times 100) : (\text{testmagasság méterben})^2$$

Az így kiszámított átlagok valamivel a Broca-index, illetve az úgynevezett ideális súly felett voltak.

A 2 csoport összehasonlításakor az derült ki, hogy a férfi infartusos betegek átlagos súlya alacsonyabb volt, mint a hasonló korú nem infartusos betegeké. A különbség fiatalabb korban — feltehetően a kisebb beteglétszám miatt — nem volt szignifikáns, idősebb korban azonban igen. Hasonló eredményt talált a szerző a nőbetegek összehasonlításakor is.

Vizsgálta azt is, hogy a rizikó faktorokkal milyen az összefüggés. Férfiaknál diabetes esetében nem volt szignifikáns eltérés, és magas vérnyomás esetén sem. Nőknél a diabetesesek testsúlya valamivel magasabb volt, mint a kontroll csoporté, de a különbségek nem voltak szignifikánsak. Vizsgálta továbbá a serum cholesterin, serum összlipid és triglyceridek összefüggését soványakban és mérsékelt, illetve kifejezetten elhízottakban. A legkifejezettebb emelkedést (szignifikánsan) mindhárom zsírféleségnél a közepesen elhízottakban találta.

Az elhízottság és a dohányzás összefüggése a szerző vizsgálatai szerint lényegesebbet nem mutatott fel.

Máté Károly dr.

Tartós béta-blokkoló kezelés: feltehetően védelem myocardialis infartussal szemben. K. M. Fox és mtsai (Kingston General Hospital, Hull H3 IUR, Nagy-Britannia.): British Medical Journal, 1975. 1, № 5950, 117.

A szerzők azt a kérdést vizsgálták, hogy az előzetesen szedett béta-blokkoló miként befolyásolja a status anginosus, illetve akut in-

fartusos beteg sorsát. A Kingston kórház kardiológiai őrzőjébe 11 hónap alatt felvett 341 betegből kiemelték 90-et, akik előzőleg legalább egy hónapi szedtek valamilyen béta-blokkolót. Ezeket párosították hasonló korú, nemű és klinikumú betegcsoporttal, akik ilyen gyógyszert nem kaptak előzőleg, és a tüneteket valamint a betegség lezajlását elemezték mindkét 90-es csoportban.

Elméleti szempontból az volna várható, hogy béta-blokkoló szedés hajlamosít szívelégtelenségre, hypotensióra és bradycardiára. Ilyen értelmű közlések vannak is. A szerzők azonban ezen csoportban ezt nem észlelték, sőt megfigyeléseik inkább kedvezők voltak. A betegeket a későbbi észlelések, illetve a pontos diagnózis alapján három csoportba osztották: szívinfartus, szívmeghalt (EKG-val nem lokalizálható), coronaria insufficiencia.

Az összehasonlító feldolgozás és statisztikai analízis szerint a béta-blokkoló csoportban szívinfartus csak 30%-ban volt észlelhető, a kontroll csoportban viszont 69%-ban fordult elő.

A mortalitás a két csoportban azonos, feltehetően az extenzív elhalást az előzetes béta-blokkoló szedés nem befolyásolja.

Megállapításuk szerint tehát a tartós béta-blokkoló kezelés nem hogy rontja, hanem inkább javítja a status anginosus beteg kilátásait, és bizonyos védelmet is jelent infartus kialakulásával szemben.

Máté Károly dr.

A terhelési próbák értéke. M. Kaltenbach (Zentrum der Inneren Medizin, Abteilung für Kardiologie, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.): Internist 1975, 16, 152.

A szerző a bevezetésben ismerteti a terheléses vizsgálatok célját. Hangsúlyozza az anamnesis felvétel mellett ezen vizsgálatok fontosságát a vértelen koszorúsér diagnosztikában. Selectiv coronarographiával bizonyítást nyert, hogy a helyesen elvégzett terhelési próba segítségével 90% biztonsággal állítható fel a helyes diagnózis.

A terhelés nyomán EKG-eltérések csak akkor léphetnek fel, ha a terhelés elég nagy és elég tartós ahhoz, hogy ischaemiás következményekkel járjon. A szerző ennek bizonyítására példát is hoz fel.

A terhelési próbák különböző formáival kapcsolatban megállapítja, hogy valamennyinek van előnye és hátránya. Az ergometerek drágák, a lépcsőpróbák nem elég megbízhatóak. A szerző ismerteti az ún. „Kletterstufe” próbát; a többi terhelési próbával összehasonlítva javára írja olcsóságát, kis helyigényét, pontosságát, reprodukálhatóságát. Ismerteti az ezzel a módszerrel elvégzett terheléses vizsgálat előfeltételeit. Felhívja a figyelmet a terhe-

lés alatti és utáni EKG-vizsálat fontosságára. A terhelés alatt végzett EKG-vizsgálat szükségességének magyarázatát adja.

A terheléses EKG értékelésével kapcsolatosan hangsúlyozza az ST szakaszok süllyesztettsége megítélésének fontosságát, felsorolva a differenciálandó okokat. Szükség esetén a megismételt vizsgálat, és nem a fokozatosan növekvő adagú terhelés mellett foglal állást.

Leírja, hogy ha a fent ismertetett módszerrel ischaemiás szívbetegség kerül diagnosztizálásra, akkor selectiv coronarangiographiát végeznek, hacsak súlyos kizáró ok nem merül fel. Leszögezi, hogy súlyos coronaria elváltozás mellett normális nyugalmi EKG-kép lehet észlelhető. Felhívja a figyelmet az ST szakaszok emelkedésének diagnosztikus értékére is.

Hangsúlyozza a „Kletterstufe” próba hasznosságát a többi terheléses vizsgálattal szemben, és a megismételt vizsgálat értékét a diagnosztikában.

Kálmán Péter dr.
Nánássy András dr.

A szívizom kontraktilitásának meghatározása echocardiográfiával. Pernod, J. és mtsai: Nouv. Presse Med. 1975, 4, 1113.

Az echographiát a billentyűhibák és pericardialis ömlenyek kórismézésében már felhasználják. Segítségével újabban a bal kamra funkciójára is próbálnak következtetni. Ennek egyik módja a szívizomrostok megrövidülésének sebességét mérni.

Az echográfiával jól regisztrálható a septum valamint a bal kamra hátsó falának mozgása. Így a bal kamra átmérője, ill. ennek változása mérhető az egész szív ciklus alatt. A regisztrátumon mm/sec átmérő változásban olvasható le az átlagos, a pillanatnyi, meg a maximális átmérőváltozási sebesség.

Cineangiokardiographiával a szívizomrostok kórkörös rövidülése számítható, ill. ennek révén a kontraktilitás. Az echográfiás módszer a bal kamra alakjától független, ugyan olyan értékű vizsgálatnak bizonyult. Előnye, hogy ártalmatlan, veszélytelen és ezért tetszőlegesen ismételtető.

A szerzők két értéket határoznak meg: 1. a bal kamra közepes átmérőjét mm-ben (D), ill. 2. a közepes átmérőváltozási sebességet mm-ben (Vm) adják meg. A kettő viszonya, D/Vm a mérőszám. Pl. egészségesben ez 2,28, isoproterenol adagolása után 1,00, coronariabetegeknél 3,65 és infartus után 3,75.

Ghyecy Kálmán dr.

A posterior mitralis billentyű prolapsusával társult secundum típusú pitvári septum defectus. Betriu, A. és mtsai (Cardiovascular Unit, Toronto General Hospital, 101 College St., Toronto, Ontario Cana-

A mitralis billentyű prolapsusa (P.) és a secundum typusú pitvari septum defectus (s. p. s. d.) is gyakrabban fordul elő nőkben. Familiaris megjelenést is mutathat és tárulhat csontos váz eltéréssel, pl. Marfan-szindrómában is megjelenhet. A coronaria megbetegedésben szenvedők sectiójakor a billentyűk és a chordák myxomatosis elváltozását találták. A szerzők véleménye szerint a congenitalis vitiumtól függetlenül fejlődik ki a P.; a vitium a születéstől, de a P. a korai felnőtt kortól mutatható ki.

A szerzők 54 s. p. s. d.-t mutató betegből 20-ban (37%) mutatták ki a hátsó billentyű P.-t. Ezek közül 11-ben (20%) a mitralis billentyű laesiójának klinikai jelei is megvoltak (pansystolés zöreje 9-ben és mid-systolés click 2-ben, akik közül 1-nek késő-systolés zöreje is volt). A klinikailag néma P. 17% (9 az 54-ből). Betegeik életkora 21–67 éves volt, átlagos életkor 43 év; 15 volt a nő, 5 a férfi. Mindegyikük tünetei között szerepelt a dyspnoe, 3 volt decompensált, 12 panaszkodott mellkasi fájdalomról, közülük 3-ban ez anginás típusú volt, 9-nek volt palpitiója. 7-nek volt az EKG-ján ingerképzési zavara, 17-ben incomplett, illetve complett jobb szárblock, 12-ben a QRS alfa > 90°-nál, 9-ben volt repolarizációs zavar. Rtg-en 18 mutatta a p. s. d.-ra, 3 pedig a mitralis billentyű eltérésre utaló jeleket is. Rutin jobb és balszívfél katéterezést és bal kamrai cineangiographiát végeztek mindegyik betegben, 8-ban selectiv coronaria cineangiót. Az angiocardigraphia az egészséges szívűek 92%-ában a hátsó mitralis billentyű szél hármast ívét (triscallop) mutatta ennek változását is figyelték a mitralis billentyű P.-ban.

A pitvari septum defectus + „néma” prolapsus felismerése nehéz, de gondos anamnézis és vizsgálatok alapján felvetődhet ennek gyanúja.

Péntek Erzsébet dr.

Bal kamra hypertrophia jelei EKG-n egyébként egészséges gyermekekben. Morgenroth, J. és mtsai (Cardiology Branch, National Heart and Lung Institute, Bldg. 10, Room 7B-15, Bethesda, Md. 20 014): Am. J. Cardiol. 1975, 35, 278–281.

Gyakran okoz diagnosztikus problémát az EKG praecordialis elvezetéseiben mutatkozó bal kamra hypertrophia egyébként normális, egészséges gyermekekben. Ez ugyanis korai manifesztációja lehet a cardiomyopathiának, beleértve az asszimmetriás septalis hypertrophiát is.

A szerzők 11 gyermeket vizsgáltak, akiket nagyszámú gyermek közül választottak ki, és szintén „ártatlan” szívzörejt mutattak. Ezek közül 7 volt a fiú és 4 a leány. Fizikális vizsgálatot, 12 elvezetéses

EKG-t, mellkas röntgen, haematocrit meghatározást és echocardiographiát végeztek mindegyikükön.

A gyermekek 8–18 évesek voltak a vizsgálatok idején. Teljesen tünetmentesek voltak és egyikük anamnézisében sem szerepelt szívbetegség vagy anaemia. A vérnyomásuk és a haematocrit normális volt, zörejük 1–2/6-os fokozatú, EKG-jukon nem volt ST-, T-eltérés. 9-nek normális volt a röntgenje, 2-nek kisméretű szívnyagobbodása volt.

Echocardiographiával vizsgálták a ventricularis septum és a bal kamra postero-basalis falának vastagságát és összehasonlították hasonló korú gyermekekével. Mindkét csoportban a vastagság 6–9 mm volt (átlag 7,8 mm). A normális határok között volt a bal kamra, bal pitvar és az aorta belső átmérője és tömege, valamint a mitralis billentyű vitorláinak mozgása és struktúrája.

A jelen tanulmány megjelenésének idején a 11 vizsgált gyermekből 8 még mindig mutatta a bal kamra hypertrophiát — melyre az abnormális praecordialis QRS utal, 3-ban ez csökkent, közel normális értékű.

Az echocardiographia, mint nagyon érzékeny és speciális vizsgálati módszer, képes annak eldöntésére, hogy az EKG-n észlelt eltérés valóban myocardium hypertrophiára utal-e, vagy hamis pozitív diagnózist ad csak. Ez nagyon megbízható, noninvasív módszer. A szerzők megemlítik, hogy nem egy olyan súlyos aorta stenosisos betegük van, akinek az EKG-ja nem, csak az echocardiographia mutatta ki a bal kamra hypertrophiát. Úgy gondolják, hogy eredményeiket széles körű lakosságra vonatkoztathatják.

Péntek Erzsébet dr.

Aktív Coxsackie B vírus inféctióval társult akut transmuralis myocardialis infarctus. Woods, J. D., Nimmo, M. J., Mackay-Scollay, E. M. (Fremantle Hospital, Fremantle, Western Australia and State Health Laboratory Service, Perth, Western Australia): American Heart Journal 1975, 89, 283–287.

A szerzők Coxsackie B vírusinféctio előfordulását és gyakoriságát vizsgálták transmuralis myocardialis infarctusban szenvedő 233 betegben. A szívizomelhalás kritériumának az elektrokardiogram Q és QS szakaszában mutatkozó eltérést, a magasabb GOT szintet és a serum LD és kreatinphosphokinase-szint esetek többségében észlelt szignifikáns növekedését tekintették. A vírusinféctiót a bélsárból és a garatmosó folyadékból végzett tenyésztéssel és a neutralisációs antitest titer emelkedésével bizonyították. Utóbbit pozitívnak tekintették, ha a beteg kórházi felvételekor négyszer vagy többször magasabb volt, mint convalescentia időszakában.

20 betegben találtak aktív Cox-

sackie B vírusinféctiót. A betegek életkora 37 és 68 év között váltakozott; közöttük csupán egyetlen nő volt. A 20 betegből összesen 25 vírusinféctiót mutattak ki; három betegben két vírussal, egyben pedig három vírussal szemben találtak antitesttiter emelkedést. Coxsackie B-1 vírusinféctio mindössze 1 esetben fordult elő. A többi B típus arányosan oszlott meg a betegek között. A körlefolys során 4 esetben alakult ki pericarditisre utaló dörszörej. Öt esetben észleltek kamrafibrillációt, közülük négyben az akut szakban, egyben pedig 18 hónappal később, reinfarctus során. A 20 között mindössze egy halálosan végződő eset volt. Boncoláskor súlyos coronariasclerosist, friss és régi myocardialis infarctust, a szívizomzatban túlnyomóan lymphocytákból álló disseminált lobos beszűrődést és interstitialis oedemat találtak. Három beteg anamnézisében mutattak ki a myocardialis infarctust megelőző lázas betegséget, amelyek közül egyben hepatitiszt diagnosztizáltak.

A szerzők véleménye szerint a myocardialis infarctus és a Coxsackie vírusinféctio kapcsolatára vonatkozóan ezek a magyarázatok lehetségesek: a két betegség véletlen találkozása; nagy kiterjedésű myocarditis utánozza a transmuralis infarctus klinikai képét; a vírus ez ideig ismeretlen módon elősegíti vagy éppenséggel előidézi a myocardialis infarctust, lehetséges, hogy az immunstatus módosítása útján.

Dömötör László dr.

Hyaluronidase alkalmazásának hatása a myocardium ischaemiás sérülésére akut infarctusban. Maroko, P. R. és mtsai (Harvard Med. School, Bldg. A., Shattuck St., Boston, MA 02115, USA): Ann. Int. Med., 1975, 82, 516–520.

A munkacsoport vezetőjének a myocardium károsodásának csökkentésére irányuló vizsgálatai néhány év óta ismertek, a hyaluronidase ilyen hatásáról állatkísérletek kedvező tapasztalatai alapján már több alkalommal beszámolt.

A jelenlegi előzetes közleményben embereken végzett kedvező megfigyelésekről számolt be a munkacsoport. Mielőtt infarctusos betegeken kipróbálták volna a szert, először különböző adagban adták kutyáknak és nyulaknak 2 héten át. Miután a leölt állatokban toxikus károsodásra utaló jeleket nem találtak, 9 önként jelentkező egészséges egyénen próbálták ki a szert folyamatosan adva 2 napon keresztül. Sem a klinikai kép, sem a nagyon részletes laboratóriumi vizsgálatok eredménye, sem a 12 elvezetéses EKG-kép nem mutatott semmiféle változást az iv. többszörösen adott hyaluronidase után.

Ezután vontak be a kísérletbe 24 transmuralis infarctusos beteget úgy, hogy a betegek fele kontrollként szolgált, másik fele előzetes intradermális próba után testsúly-

kg-ként 500 E-t kapott iv., majd ugyanennyit 2 és 6 óra múlva, s ezután a kiindulástól számított 42 órán át 6 óránként ugyanezt az adagot.

Mindkét csoport betegein rendkívül részletes EKG vizsgálatokat végeztek, s a statisztikai számítás alapjául az ST elevatio nagyságát és kiterjedését vették. Az EKG kép mindkét csoportban nagyjából hasonló volt induláskor, de a hyaluronidase-val kezelt csoportban már 2 órával a kezelést megindítása után szignifikáns volt az ST elevatiójának csökkenése.

Tekintettel arra, hogy a szer emberen is ártalmatlannak bizonyult, s a kontrollokhoz viszonyítva lényegesen hamarabb csökkentette a myocardium károsodást reprezentáló ST elevatiót, a munkacsoport úgy véli, érdemes a kísérleteket randomizált és kettős vak kísérlet formájában is elvégezni, s a szer klinikai alkalmazásáról ezután lehet dönteni.

Iványi János dr.

Emelkedett intracranialis nyomáshoz társuló EKG eltérések. Jachuck, S. J. és mtsai (Dept. of Neurosurgery and Medicine, Newcastle General Hospital, Newcastle upon Tyne): Brit. Med. J. 1975, 1, 242—244.

Ismeretes, hogy a központi idegrendszer különféle laesioit az elektrokardiogram kóros eltérései kísérhetik.

Cerebrovascularis történések, koponya traumák, meningitisek, intracranialis térszűkítő folyamatok kapcsán leírták az ST szakasz súlylyedését, a T-hullámok magassága vagy negatívvá válását, prominens U-hullám megjelenését, extrasystoliát, a QT intervallum megnyúlását. Az intracranialis nyomásnak az eddigi vizsgálók nem tulajdonítottak lényeges szerepet az EKG elváltozások létrehozásában, de az ez irányú megfigyelések a liquor nyomásának a lumbalpunkció alkalmával történt esetenkénti megfigyelésén, s nem pedig folyamatos monitorozásán alapultak.

A szerzők hét betegben az extraduralis térben elhelyezett Konigsberg-f. transducerrel folyamatosan mérték az intracranialis (i. c.) nyomást, s közben sorozatos EKG vizsgálatokat végeztek, valahányszor a nyomás lényegesen változott (15 Hgmm-t tekintették a normális felső határának). A betegek különböző központi idegrendszeri kórképekben szenvedtek, kimutatható cardiovascularis megbetegedésük nem volt.

A hét beteg közül kettőben az i. c. nyomás nem emelkedett a normális fölé, ezekben EKG eltérések nem mutatkoztak. A többi öt esetben kifejezett nyomásváltozásokat és egyidejű EKG elváltozásokat figyeltek meg. A *szívműködés frekvenciája* két nyugtalan betegben emelkedett, amikor az i. c. nyomás 30, ill. 45 Hgmm-t ért el; két másik, comatosus betegben viszont még ma-

gasabb nyomásértékek (65 ill. 125 Hgmm) mellett a frekvencia csökkenését észlelték. A T hullám három esetben laposabb, egy esetben magassá vált (utóbbiban a nyomás további emelkedésekor ugyancsak ellapult). Az ST szakasz két betegben süllyedt, egyben emelkedett, majd a nyomás rendeződésekor mindhárom esetben normalizálódott. *Prominens U-hullám* 30 Hgmm i. c. nyomás felett négy betegben jelent meg, normális nyomás esetén egyszer sem. A *lengések magassága* egy esetben csökkent a nyomás fokozódásakor, a többiben nem változott. A *PR távolság* nem nőtt meg, a *QRS távolság* egy betegben megnyúlt. A *QT távolság* az i. c. nyomás emelkedésekor megrövidült, egy esetben viszont — igen magas nyomás (125 Hgmm) mellett — megnyúlt; a QT megnyúlást ezért ominózus prognosztikai jelnek vélik.

Vizsgálataik nemcsak megerősítik a központi idegrendszer megbetegedései és az EKG eltérések közötti összefüggést, hanem arra is utalnak, hogy az EKG abnormitások egy része az i. c. nyomás váltoásaival kapcsolatos. Az agyi kórfolyamatokat kísérő cardialis eltérések pathomechanizmusát illetően eddig főleg a sympathikus idegrendszer tónusváltozásainak tulajdonítottak szerepet, de a kapcsolat közelebbi mibenléte még tisztázatlan. Az i. c. nyomás folyamatos, dinamikus észlelésére alkalmas új módszer remélhetőleg elő fogja segíteni az összefüggések jobb megismerését.

Keller László dr.

A fájdalom föllépése és a diagnosztikus jelek megjelenése közti időintervallum acut myocardialis infarctusban. Mogensen, L., Orinius, E. (Depart of Medicine, Karolinska Institut at Serafimerlasarettet, Stockholm, Sweden): Materia Medica Polona 1975, 7, 29—30.

Az acut myocardialis infarctus legkorábbi specifikus jelének az ST szakasz localis emelkedését tartják. Ez szokásosan már 1—2 órával a bevezető klinikai tünetek föllépése után észlelhető. Megjelenése azonban néha késik, máskor néhány perccel a fájdalom első jelentkezése után már kimutatható. Ez utóbbi esetek diagnosztikus nehézséget nem jelentenek. Ha azonban az ST-elevatio késik, a súlyos angina pectoris és a valódi myocardialis infarctus eldifferenciálása nehéz lehet. Ennek illusztrálására a szerzők ismertetnek egy esetet, ahol a continuus typosus szorító-markoló mellkasi fájdalom főállását csak 72 óra múlva követte az ST szakasz jellegzetes emelkedése. A kóros Q-hullám is a szokásosnál jóval később, csak két hét múlva alakult ki. Az eset kapcsán fölhívják a figyelmet, hogy typosus, állandó, vagy kis szünetekkel ismétlődő mellkasi fájdalom esetén infarctusra kell gondolni, és a beteget ennek megfelelően kezelni akkor is, ha 72 órán

belül sem az ST-elevatio, sem az enyzmértékek emelkedett volta nem észlelhető. 72 óránál nagyobb eltolódást nem észleltek. Infarctus biztossággal csak akkor zárható ki, ha a fájdalom elmúltával is negatív EKG-lelet és normális enyzmértékek mutatkoznak.

Winkler Gábor dr.

A malignus hypertonia klinikuma és terápiája. Schoeppe, W. és mtsai: (Abteilung für Nephrologie, Johann Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt am Main, BRD): Medizinische Welt 1975, 26, 417—421.

Definíció szerint [(Zeitler szerint — Med. Welt 1975, 26, 427. — Sarre és Cottier definíciója — a ref.)] malignus hypertoniáról beszélünk, ha 130 Hgmm fölötti constans diastolés nyomás, angiopastiscus retinopathia (= fundus hypertonicus stad. III—IV.) áll fönn, gyors progressio észlelhető. A plasma-renin aktivitás emelkedett, csakhamar szervi laesiók, szív-, vese-, és agyvelváltozás alapján belátható, hogy valamennyi hypertoniaforma átmehet malignus formába. Az excessiv tensio-emelkedés első ízben gyakran jelentkezik hypertensiv crisis formájában.

Az agyi károsodás oka nem — mint korábban gondolták — az arteriolák spasmusa, hanem az agyi keringés autoregulációjának a zavara. Ehhez társul a vasopressor anyagok, és a hypoxia-hypercapnia hatása.

A veseelváltozások alapja necrotisáló ischaemia. A GFR és az RBF csökken, már korai fázisban jelentkezik a proteinuria, melynek mértéke meghaladhatja az 5 g/1000 ml értéket.

Kezelés nélkül a betegek 80—90%-a egy éven belül meghal. A tensio-csökkentő terápia különösen azokban az esetekben eredményes, amelyekben a veseelégtelenség még nem alakult ki.

A malignus hypertonia problematikájának központi kérdése, hogy mely tényezők vezetnek a magas vérnyomás betegség malignus transformálódásához. A renin-aldosteron regulatio és a natrium háztartás szerepe ismert, vitatott azonban a sympatho-adrenalis systema részvétele. Vannak olyan megfigyelések, melyek a diastolés nyomás és a plasma-adrenalin szint közötti correlatio mellett bizonyítanak.

A kezelés általános irányelvei: folyamatos gyógyszeresedés, constans vérnyomás biztosítása, a tensio-ingadozások elkerülése. Általában nem szükséges a natrium-bevitel megszorítása, mivel az negatív natrium-egyensúlyhoz vezet, s ez a renin-angiotensin-aldosteron rendszer újabb stimulációt jelentené.

Az antihypertonicumok megválasztása, önálló vagy kombinált adagolása egyéni megítélés igényel. Jó hatása miatt kiemelendő a béta-blockoló propranolol, mely a plasma renintartalmát is csökkenti. Antisymphaticotonicumok adása is ál-

talában szükséges, közülük elsősorban az alfa-methyl dopa, a reserpin és a clonidin jön számításba.

Winkler Gábor dr.

Haematológia

A polycythaemia rubra vera lefolyása és korszerű kezelése. Belugina, Z. T. (Központi Radiológiai Intézet, Moszkva): Med. rad.: 1974, 19, 22.

Nagyszámú irodalmi adat alapján a radiophosphor (^{32}P) kezelés eredményei jók, vagy igen jók polycythaemia rubra verában (PRV). Számos tapasztalat van a külső sugárkezelés alkalmazásával kapcsolatban is. Nehézséget jelent azonban a radiotherápia és a leukaemiás transformatio közötti kauzális kapcsolat egyértelmű és pontos tisztázásának a hiánya.

Több cytostaticumot is sikeresen felhasználtak a Vaquez—Osler kór kezelésében. Irodalmi adatok szerint a cytostatikus kezeléssel elért remissiók időtartama rendszerint rövidebb, mint ^{32}P terapia után és az esetek egy részében súlyos myelotoxikus mellékhatások is előfordulnak. Vannak adatok a cytostatikumok mutagén és malignitást kiváltó mellékhatásainak lehetőségére vonatkozóan is.

Mindezek alapján gondos felmérést és alapos megfontolást tesz szükségessé a PRV differenciált — a betegség stádiumaira és fázisaira bontott, ill. konkretizált! — therapiás taktikájának a kidolgozása. Ehhez igyekszik a szerző támpontot adni nagy anyagon szerzett tapasztalatai ismertetésével.

A szerző összesen 170 PRV-s beteget — 95 férfit és 75 nőt — kezelt több mint 20 év alatt. Anyagából 50 beteg kapott egyszer, 86 2—4-szer, 34 pedig 5—7-szer kezelést az évek folyamán.

A több mint 20 éves megfigyelési idő folyamán a következő kezelési módokat alkalmazta: 1. radiophosphor 3—10, átlagban 7,6 mCi dózisban, 2. radiophosphor és rgt- vagy gamma-besugárzás a nyaki sympathicus ganglionokra, 3. a csöves csontok rgt-besugárzása, 4. egésztest rgt-besugárzás, 5. cytostatikus kezelés (Imiphos).

A 170 beteg túlélése a diagnózis felállításától a jelen felmérésig, ill. a betegek esetleges haláláig a következőképpen alakult: 28 betegen 1—3 év, 20-on 3—5 év, 54-en 5—10 év, 41-en 10—15 év, 27-en pedig 15—25 év. A felmérés időpontjában életben levő betegek átlagos túlélése 10,6 a meghaltaké 11 év volt. 44 esetben sikerült a halálokokat tisztázni, ez a következő megoszlást mutatta: 1. cardiovascularis betegség 16 eset, 2. haematologiai transformatio (myelofibrosis, myeloid metaplasia, leukaemia, aplastikus anaemia) 13 eset, 3. daganat 4 eset, 4. polycythaemiás nephropathia talaján kialakult veseelégtelenség 3

eset, 5. vérzés 2 eset, 6. egyéb okok 6 eset.

A szerző anyagában a myelofibrosisos és a myeloid metaplasias, valamint a PRV nephropathias szövödményében szenvedő betegek túlélése volt a leghosszabb, ez átlagban 17,8 évnek adódott. A leukaemiás transformatiós és a csontvelő aplasiás esetekben, az egész túlélési idő alatt, az évenként adott sugárdózis másfélszer-kétszer nagyobb volt az egész anyagra vonatkoztatott átlagnál.

A szerző tapasztalatai szerint a legjobb eredményt a ^{32}P kezelés adta. Jelentősen megnőtt a betegek élettartama, nagyrésztük visszanyerte a munkaképességét, minimálisan csökkent a vascularis szövödmények (thrombosis, embolia, vérzés) előfordulása. Myelofibrosisos és myeloid metaplasias transformatiós a hosszú lefolyású esetekben alakultak ki, függetlenül az alkalmazott kezelésektől. Néhány leukaemiás transformatiós esetben elősegítő tényező lehetett a kezelésükben alkalmazott — az egész beteganyagra vonatkoztatott átlagosnál értékelhetően nagyobb — össz (a teljes élet folyamán leadott!) sugárdózis. Ennek alapján a szerző a ^{32}P egész élet folyamán leadott optimális maximális összdózisát 25—30 mCi-nek tartja. Cytostatikus kezelésnél néhány esetben súlyos cytopenia fejlődött ki. A szerző véleménye szerint a cytostatikus kezelés 2—3-szornál többet nem célszerű ismételni. Nagy György dr.

A ^{32}P kezelés helye a polycythaemia rubra vera korszerű gondozásában. Meuret, G. (Haematologiai és Onkológiai Intézet, St. Gallen.): Klin. Wschr. 1975, 53, 555.

A radiophosphor (^{32}P) és a cytostatikus kezelés bevezetése a polycythaemia rubra verás (PRV) betegek sorsát, élettartamát és általános állapotának tartós alakulását alapvetően megváltoztatta. A jó eredmények mellett azonban mindkét kezelési módnak komoly szövödményei is lehetnek, különösen ha az alkalmazásuk nem minden szempontból a legadekvátabb. Mindezek alapján célszerűnek látszik a betegség sajátosságának és lefolyásának, valamint a különböző kezelési módok hatásosságának és mellékhatásainak az elmúlt három évtized tapasztalatain nyugvó elemzése, és a kikristályosodottnak tekinthető ismeretek rövid összefoglalása.

A Vaquez—Osler kór kezdetén a pathologiai elváltozás lényege az erythropoiesist, myelopoiesist és a thrombocytopoiesist egyaránt érintő multipotenciális haemopoetikus proliferatio. A betegség lefolyása, progressiója kapcsán a proliferációs aktivitás fokozatosan a granulopoiesisre és vagy a thrombocytopoiesisre tevődik át, a csontvelőben lassan fibrosis fejlődik ki, és többnyire jelentősen fokozódik a splenomegalia. A betegség kezdetén a sple-

nomegaliát pangás okozza, később ezt igen kifejezetten fokozza a kifejlődő myeloid metaplasia. Számos haematologiai komplikáció; csontvelő fibrosis, myeloid metaplasia, az erythropoiesis, myelopoiesis és thrombocytopoiesis aktivitásának a változása a betegség lefolyásának természetes következménye, és jelentős mértékben független a myelosuppressiv therapiától. Vitatott a leukaemiás transformatio helyes értelmezése. Az irodalomban ismert, a sugártherápia és a leukaemiás transformatio oki összefüggését szemléltető statisztikák nagy részének több — az informatív értéküket jelentősen csökkentő — hibája van. Ezek közül a legfontosabbak:

1. a beteget nem egységes differenciál diagnosztikai elvek alapján sorolják be, így PRV mellett számos esetben különböző típusú secunder polyglobulia is szerepel,
2. nem tesznek különbséget a ^{32}P és a külső sugárkezelés hatásának a felmérése között,
3. számos esetben a myeloid metaplasias transformatiót tévesen leukaemiának minősítik,
4. figyelmen kívül hagyják azt a tényt, hogy leukaemiás transformatio főleg a hosszú túlélésű betegeken figyelhető meg. Kétségtelen azonban az is, hogy a valódi leukaemiás transformatiós esetek egy részében a betegek egész élet folyamán kapott sugárterhelése értékelhetően nagyobb a betegek döntő többsége alapján átlagosnak tekinthetőnél. Mindezek alapján úgy látszik, hogy az alapbetegség természetéből adódó leukaemiás transformatio manifesztálódásának valószínűségét a túl gyakran adott ^{32}P kezelés fokozhatja.

Cytostatikus kezelés kapcsán gyakoribbak a közvetlen szövödménynek számító, gyakran súlyos cytopeniák. Vannak adatok arra nézve is, hogy a cytostaticumok is elősegíthetik a leukaemiás transformatiós tendencia manifesztálódásának gyakoriságát. A Polycythaemia Vera Study Group randomizált módszerrel végzett előzetes felmérése alapján nincs értékelhető különbség az acut leukaemia frequentációjában a ^{32}P -vel és az alkyláló szerekkel kezelt PRV-s betegek között.

Mivel a kezeletlen, vagy nem megfelelően kezelt esetekben a súlyos, gyakran irreverzibilis, vagy fatális következményekkel járó vascularis szövödmények gyakoriak, ezért a betegek hatásos kezelésére való törekvés elengedhetetlen. Célszerűnek látszik a ^{32}P és a cytostatikus kezelés ésszerű indikációk mellett intermittáló alkalmazása. Előrehaladott esetekben, jelentős splenomegalia mellett, a lép localis rgt-besugárzása javítja a beteg állapotát.

(Ref.: Másfél évtized alatt csaknem 200 PRV beteg kezelésére és rendszeres haematologiai gondozására volt módunk. A betegség therapiás taktikájának kialakításában arra törekedtünk, hogy a kétségtelenül igen jó hatású ^{32}P mellett a betegség lefolyása kapcsán vissza-

térő exacerbációkban a betegeket lehetőség szerint minél gyakrabban cytostatikus kezelésben részesítsük, hogy ezzel a beteg egész élete folyamán adott sugárdózist minél alacsonyabbra tudjuk csökkenteni.)

Nagy György dr.

Leukaemia a gyermekkorban.

Változás a lefolyásban és a prognózisban. F. Lampert (Haematologische Abteilung der Univ.-Kinderklinik München): Med. Welt 1975, 26, 133—136.

Az iparilag fejlett államokban a rosszindulatú betegségek, köztük a leukaemia a gyermekkor leggyakoribb halál oka, az újszülöttkortól elteltéig. Ellentétben a felnőttkorral a gyermekkori leukaemia az esetek 80%-ában akut lymphoblastos leukaemia, amely a 2—5. életév között kulminál. Régen a leukaemiás gyermekek elvérzésben vagy súlyos általános fertőzésben haltak meg néhány héten vagy hónapokon belül. Ma nem a túlélés meghosszabbítása a célunk, hanem a gyógyulás, vagy — „óvatosan kifejezve — 5 éves, vagy még hosszabb leukaemiamentes remissio elérése.”

Az akut leukaemia prognózisának a megváltozása változást hozott a betegség lefolyásában is. Új, régebben csaknem ismeretlen szövődési formák találkoznak, pl. a központi idegrendszer leukaemiájával.

Három terápiás probléma merül fel, melyeket Pinkel a következőképpen oldott meg: 1. A *resistentia-kérdést* több cytostaticum kombinációja oldotta meg. 2. A leukaemiasejtek túlélése olyan helyeken, ahová a terapia nem tud hatásosan hozzáférni. Ilyen hely a vér-liquor-gát által védett központi idegrendszer, melyet korai koponyabeszűrészel lehet megelőzni. 3. A *gazdaszervezet* kérdése. A remissio kezdetén igen gyakran csökkenti kell az intenzív kezelést, ha a beteg fertőzést kapott, kiszáradt, leromlott, vagy a vérképzés nagyon visszaesett. Ilyenkor hosszú, kombinációs chemoterápiát kell bevezetni.

A terapia három fokozata: A leukaemia-kezelés első célja, hogy a sápadt, vérző, lázas betegből „egészséges” ambuláns gyermeket csináljunk. Ezt prednisolon és vincristin kombinációjával érjük el. Ha 2 hét múlva nem jelentkeznek javulás, adriamycin és L-asparaginaset is adunk. Ezzel a kezeléssel 4—6 hét múlva az esetek 90%-ában teljes a remissio.

A második terápiás cél az esetek kb. felében 1—2 éven belül fellépő központi idegrendszeri leukaemia megállítására a koponya prophylaktikus besugárzásával és intralumbalis methotrexattal.

A harmadik cél a testben elmaradó leukaemiasejtek DNS-synthesist megakadályozni purinethol, methotrexat és Endoxan hár-

mas kombinációjával per os 2 és fél éven át.

Az így kezelt gyermekek egészségesnek látszanak, rendszeresen járnak óvodába, ill. iskolába, három havonként ambuláns ellenőrzésük a csontvelőt és a liquort, két hetenként a vért képezik.

6 intézetben 120 beteget kezelték a „Pinkel-séma” szerint. 96%-ban teljes remissiót értek el 4—6 héten belül. 6%-ban lépett fel központi idegrendszeri leukaemia. 38 hónap maximális megfigyelési idő után a betegek 52%-a tartós remissióban van. Eddig 9 gyermeket veszítettek el a tartós remissióban (7,5%). A legfontosabb szövődési forma a *Pneumocystis carinii*-pneumonia volt.

Igen fontos a szakorvosok és házi orvosok jó együttműködése a betegek ambuláns gondozásában, hogy a leukaemia-betegség és az infekciók szikláit jól kalauzolják a beteget.

Kollár Lajos dr.

A gyermekkori akut leukaemia hosszú túlélése. Szerkesztőségi közlemény: Brit. Med. J. 1975, 1, 111—112.

Először Burchenal számolt be 1968-ban az egész világról összegyűjtött 159 olyan leukaemiás betegről, akik a legkorábbi chemoterápiával öt éven át vagy annál hosszabb ideig életben maradtak. Megítélésük szerint, ezek annak a leukaemiás populációnak, melyből eseteit összegyűjtötte, 1%-át sem tették ki. Till és mtsai (Lancet 1973, I, 534) azóta adatokat közöltek 100 négy évnél hosszabb ideig élő leukaemiásról. A túlélő gyermekek aránya az 1953—62-ben diagnosztizált esetekben 1%-alatti volt, az 1963—67 éves csoportban 2,6%-ra emelkedett. Anyagukban a specialista centrumok által kezelt tartós túlélés kedvezőbb volt, mint a nem centrumok által kezelté. A City of Hope Medical Center (USA) 269 akut leukaemiás gyermeket részesített 1957—67 között kezelésben. Ezen betegek 7,8%-a élt a diagnózis felállítása után öt évig vagy annál tovább.

A hosszú túlélők további sorsát vizsgálva a halálesetek egyre ritkább előfordulását találták. 10—11 év múlva leukaemiás halált már nem figyeltek meg. A végső túlélés a „meggyógyulás” valószínűsége 70%-os azoknál a betegeknél, akik az első négy vagy öt év alatt komplett remissióban voltak. Akiken relapsus fordult elő, azok közül csak 17% várhatta a végleges túlélést Till és mtsainak adatai szerint.

A közölt csoportokban a betegek legnagyobb része lymphoblastos leukaemiás gyermek volt, és legtöbbször a modern irányelvekhez viszonyítva elégtelen kezelésben részesült. A leukaemia kezelésében nagy haladást jelentett a chemoterapia kombinációja olyan beavatkozásokkal, melyek a köz-

ponti idegrendszer leukaemiás infiltrációját voltak hivatva megelőzni. Az így kezelt egyes csoportokban 50%-os öt éves túlélést is sikerült elérni.

A Memphis csoport által kezelt 132 olyan beteg közül, akiket két vagy három évvel az állandó komplett remissio elérése után fejezték be a terapiát, 111 még remissióban volt hét és fél évvel később. Jelenleg úgy látszik, hogy jó gyógyulási kilátást jelent, ha a betegségmentes túlélés öt éves, és ebből az öt évből a kombinált intenzív chemoterapia három évet tett ki. A hosszabb ideig adott chemoterapia tovább képes növelni a tartós túlélők hányadát, de megnöveli a krónikus immunosuppressio miatt a járulékos fertőzésekben elhaltak számát is. A Medical Research Council egyik jelenlegi célja éppen az, hogy meghatározza az akut lymphoblastos leukaemiás betegek kezelésének optimális tartamát.

A legoptimisztikusabb becslések szerint jelenleg a modern kezelés hatására az akut lymphoblastos leukaemiás gyermekek egyharmadát vagyunk képesek meggyógyítani. A diagnózis felállításakor az alacsony leukocytá-, ill. blastszám és a normális thrombocytaszám kedvező prognosztikus jelnek tekinthető. Prognosztikus következtetéseket lehet levonni a blastok nagyságából és más alaki sajátosságából és a kezelés előtti csontvelőminták PAS pozitív lymphoblastjainak megoszlásából. Előnytelen prognózissal rendelkező csoportot képeznek azok a betegek, akiknek blastjai T-sejt sajátosságúak. Elképzelhető, hogy az akut lymphoblast leukaemiás esetek cytochemiai és immunológiai módszerekkel való további differenciálása pontosabb prognózis felállítását fogja lehetővé tenni a diagnózis felállításakor, és talán hozzá fog járulni a további fejlődéshez azon betegek kezelésében, akik resistenseknek bizonyulnak napjaink terapiájára.

Dux Ernő dr.

Nucleolus nagyság benignus és malignus plasmasejt proliferációban. Ingemar Turesson (Department of internal medicine, University of Lund, Malmö General Hospital, Malmö): Acta med. Scand. 1975, 197, 7—14.

A szerző 26 myelomás, 19 essentialis monoclonalis gammopathiás és 9 M komponens nélküli beteg csontvelői plasmasejtjeit tanulmányozta. A csontvelőkeneteket Feulgen szerint megfestve a plasmasejtek magjának és magvacskájának nagyságát és a kettő arányát határozta meg. A myelomás betegek plasmasejtjeiben nagy, laza szerkezetű magvakat, és széles nagy nucleolusokat figyelt meg. Kiszámitotta a nucleolus terület: nucleolus terület hányadost, mely a mye-

lomás csoportban gyakran mutatkozott. A benignus monoclonalis gammopathiás betegek adatai meg egyeznek azon betegekével, akikben M komponens nem találtak.

A szerző megfigyelései szerint egyes bizonytalan esetekben, mikor hiányoznak a jellegzetes osteolytikus folyamatok, alacsony a csontvelői plasmasejtek száma, vagy az M komponens alacsony koncentrációja bizonytalanná teszi a myeloma diagnózist, akkor a számos, nagy átmérőjű nucleolus megfigyelése segíthet a helyes kórisme felállításában.

Három esetben az M komponens koncentrációja hosszú időn keresztül változatlan volt, a betegséget benignus gammopathiának tartották. Mikor az M komponens koncentrációjának hirtelen emelkedését észlelték, akkor ezzel egy időben a csontvelői plasmasejtek nucleolusának átlagos nagysága is jelentősen megnőtt.

Koller Oszkár dr.

Gastroenterologia

A Mallory—Weiss-syndroma. Filippini, L., Nauer, E. (Medizinische Klinik, Kantonsspital Luzern): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1975, 100, 1341—1343.

Kereken 100 évvel ezelőtt, Quinke írta le elsőként a felső gastrointestinalis szakaszból, a cardia-tájékból eredő vérzést, amelyet recidiváló hányások során bekövetkező nyálkahártya-sérülésre vezetett vissza. Később Mallory és Weiss foglalkozott részletesen a vérzéti-pussal. Így ma, a cardia-regio mucosus, ill. submucosus sérüléséből eredő haematemesis formákat Mallory—Weiss-syndromának nevezük.

Gyakorisága az acut, felső gastrointestinalis szakaszból eredő vérzések százalékában kifejezve — 0—15% között változik. Az aránylag nagy intervallum, az előfordulás földrajzi, ill. regionalis különbözősége mellett, az endoscopiai technika területenként változó fejlettségének is következménye. A diagnosis fölállításában ui. — a jellemző anamnestikus adatok mellett — az endoscopia nélkülözhetetlen.

A kórelőzmény kérdésekor a betegek typososan, gyakori, erős hányingerről, öklendezésről többszöri hányásról számolnak be, amelyek egyikét hirtelen haematemesis követi. A hányt vér mennyisége nagyon változó. Föltételezik, hogy a hányinger-hányás kiváltotta intraabdominalis nyomásfokozódás a gyomor cardia-körülí részletét a hiatus oesophagein át cranialis irányba préseli, eközben a nyálkahártya vonaglódiák, sérül. E mechanizmus magyarázatot ad azokra a statisztikai adatokra, miszerint chronikus alkoholistákon, ill. férfiakon a betegség gyakoribb. Alkoholabusus kapcsán ui. gyakoriak a hányások, a rendszeres alkoholizálás

pedig túlnyomórészt férfiakon észlelhető. A klinikai adatok — az alkoholizmus mellett — terhességi hányások, gyomorbetegségek (tumor, acut gastroenteritis, stb.), postoperatív hányásokra bekövetkező esetekről számolnak be. Egyszeri voluminosus étkezést követő erőltetett hányások is vezethetnek Mallory—Weiss-syndromához.

A vérzés során történő acut gastroscopia diagnosztikus értékű. Csaknem kizárólagosan az endoscopy technikának köszönhető, hogy e korábban ritásként számoltartott syndroma mind több esetben kerül diagnosztizálásra. Az acut endoscopy vizsgálás szükségességét alátámasztja, hogy már néhány nappal a vérzés után sem találhatók meg biztonsággal nyálkahártya-sérülések diagnosztikus értékén túlmenően pedig terápiás jelentősége is van.

A nyálkahártyarepedések rendszerint hosszanti irányúak. Néhány milliméter és több centiméter között változhat a laesio hossza, szélessége néhány mm-t nem halad meg. Az esetek többségében solitaer-repedések állapíthatók meg. Differenciál diagnosztikai nehézségek ritkán adódnak, esetenként subcardialis ulceratiók elkülönítése lehet problematikus. Radiológiai módszerek a syndroma kórismézésében nem jönnek számításba.

Winkler Gábor dr.

A Mallory—Weiss-syndroma terápiája. Nauer, E., Filippini, L. (Medizinische Klinik, Kantonsspital Luzern): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1975, 100, 1343—1344.

A nyálkahártyarepedésből származó vérzés erőssége, mennyisége nagyon változó. Leírtak ennek megfelelően spontán vérzéscsillapodást, de lehet a vérzés halálos is. Az esetek többségében közép-erős vérzés jelentkezik, s elvérés lehetőségével nem kell számolni. A diagnosztikus céllal végzett endoscopia egyben terápiás értékű is: a vérzés helyének megállapításával mód nyílik localis vérzéscsillapításra.

A szerzők többsége a konzervatív terapia híve. Maga Mallory és Weiss is, a spontán vérzéscsillapodási hajlamot figyelembe véve, symptomás kezelést javasolt. Ennek lényeges része a hányinger, hányáskészség csökkentése antiemeticumokkal, sedativumokkal. Puha gyomorszonda gyors levezetésével a gyomortartalom kiüríthető, a már odakerült coagulumok eltávolíthatók. Így elkerülhetővé válik a gyomor esetleges atoniája, ami a vérzést tovább fenntartó tényező lehet. A gyomortartalom időszakos, többszöri szívásával egyben a vérzés fennállta, ill. csillapítása is kontrollálható. Parenteralisan adott haemostypticumok hatása alig értékelhető; a localis vérzéscsillapítás pedig — kevés kivételen erős vérzés esetétől eltekintve — főleg, és egyben nehezíti a gyomortartalom leszívását. Haemorrhagiás diathesis valamelyik formájának tár-

sulásakor a megfelelő terapia természetesen alkalmazandó (antifibrinolyticumok, K-vitamin, egyes alvadási factorokat tartalmazó vérkészítmények stb.). Néhány közleményben vasopressin intravenás, ill. intraarteriás alkalmazásának sikeréről számoltak be. Szondán át folyékony állapotban, antacidicumok bevitelét ajánlják: peptikus factorok pathogenesisben játszott szerepe így megakadályozható.

A Blakemore—Sengstaken szonda alkalmazását illetően nagyon megoszolók a vélemények. Ellenzői leginkább azt a reális lehetőséget említik, hogy a szonda levezetésekor tovább repedhet a nyálkahártya. Másrésztől igaz, hogy arteriás vérzés esetén föltétlenül szükséges a szonda által kifejtett comprimaló hatás.

Egyidőben próbálkoztak endoscopy kontroll mellett végrehajtott diathermiás vérzéscsillapítással: a mediastinitis, ill. további nyálkahártyasérülések keletkezésének veszélye miatt azonban e módszert később elhagyták.

A konzervatív terapia további lényeges része a megfelelő folyadékbevitel, és amennyiben veszélye fennáll, a portocavalis encephalopathia prophylaxisa, ill. kezelése. E szövődmény fölléptével alkoholistákon, cirrhosisban szenvedőkön kell számolni.

Amennyiben a szokásos kezelési módszerek nem vezetnek eredményre, sebészi beavatkozásra kerülhet sor. Ennek során mód nyílik a nyálkahártyalaesio elvarrására. Korábbi statisztikák 10—20%-os letalitásról számoltak be, újabb adatok szerint azonban alacsonyabb halálozási arány várható. Szokatlan, de peptikus tényezők eliminálása céljából szükséges a korai postoperatív szakban szondán át adott táplálék, esetleg antacidicumokkal együtt.

Winkler Gábor dr.

Szokásos étkezésre létrejövő pancreas-glucagon válasz. Dencker, H. és mtsai (Depts. of Surgery and Medicine, University of Lund, Sweden, Depts. of Clinical Chemistry and Gastroenterology A, Bispebjerg Hospital, Copenhagen, Denmark): Scand. J. Gastroent. 1975, 10, 471—474.

A szerzők 3 betegen végezték vizsgálatukat, akik colon-carcinoma miatt kb. 1 évvel előbb műtéten estek át. A vizsgálat idején jó általános állapotban voltak, bélfunkciójuk normális volt, portographiával, angiographiával és scintigraphiával kimutatható máj-metastasisuk nem volt.

20 g fehérjéből, 36 g zsírból és 50 g szénhidráttól álló, a normál étkezéshez hasonló összeállítású tesztétel elfogyasztása előtt és után kateéterezés útján a vena portae vénében és a perifériás vénás vérmin-tákból gyakori időközönként radioimmunoassay-el meghatározták az insulin és glucagon koncentrációt, valamint glucose oxidase metodus-

sal a glucose tartalmat. A perifériás vénás vérben éhgyomorra a glucagon koncentráció 50—200 pg/ml volt. A vena portae vérben éhgyomorra a glucagonszint 2 betegben kétszer olyan magas volt, mint a perifériás vérben, 1 betegben a két érték azonos volt. Az insulin koncentrációja a portalis vérben (12—22 μ U/ml) mindig magasabb volt, mint a perifériás vérben.

Az étkezés megkezdése után 10 percre a glucose koncentrációja mind a portalis, mind a perifériás vénás vérben növekedett, maximumát a 45. percre érte el.

A portalis insulin szint étkezésre már 5—10 perc után emelkedést mutatott, azonban a perifériás vérben csak 1 betegben észlelték 5 percre növekedést. A szerzők szerint e korai insulin emelkedésben valószínűleg bélhormon játszhat mediáló szerepet, de részben vagus ingerület is okozhatja ezt. Ezenkívül a felszabadult pancreas-glucagonnak insulin felszabadító hatása is számfításba jöhet.

A glucagon koncentrációja az étkezés megkezdése után a portalis vérben már 5 percre emelkedett, de a perifériás vérben ilyen növekedés nem volt megfigyelhető. A szerzők szerint e korai glucagonszint emelkedésben a plasma aminosav koncentrációjának a fokozódása még nem játszhatott szerepet. A gastrointestinalis hormonok közül csak a cholecystokinin-pancreozymín emeli pharmacologiai dosisokban a plasma glucagon szintjét, a secretin viszont gátolja azt. Nem zárható ki azonban, hogy a korai portalis glucagon emelkedését a vagus ingerület okozza. A glucagonszint növekedés azonban csak rövid ideig, 5—10 percig tartott, azután a glucagon koncentrációja az éhgyomri szint alá esett, ez jelentős gátlásra utalt. Ismert, hogy a hyperglycaemia és a növekvő szabad zsírsav-koncentráció gátolja a glucagon felszabadulását. Eseteikben a hyperglycaemia megjelenésének ideje szorosan kapcsolódott a plasma glucagon csökkenésével. Ezért feltételezik, hogy az étkezésre fel-lépő mérsékeltelen növekedő vércukor- és szabad zsírsavszint gátolja a glucagon felszabadulását olyan mértékig, hogy az már legyőzi az étkezés kombinált stimuláló hatá-sait.

Kisfalvi István dr.

A vasoaktiv intestinalis polypeptid Verner—Morrison-szindrómában. Seif, F. J. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 399.

Verner és Morrison 1958-ban írt le egy tünetcsoportot, melyet pancreas-daganatok kapcsán észleltek. Jellemzői: vizes hasmenés, hypokalaemia, achlorhydria. Ezt az együttest „pancreas eredetű cholera”-nak is nevezik a befolyásolhatatlan hasmenés miatt. Újabban Bloon és mtsai

ilyen esetekben a tumorban és a beteg plasmájában nagy mennyiségben találtak vasoaktiv intestinalis polypeptideket.

A szerzők egy 40 éves betegük esetét ismertetik, aki ebben a ritka betegségben szenvedett. A vasoaktiv intestinalis polypeptid (VIP) systemás vasodilatációt, hypotensiót, perctérfogat növekedést és hyperglycaemiát idéz elő. Aminosav-sequentiájában hasonlít a secretinhez, glucagonhoz és a gastroinhibitor polypeptidhez. A bél simaizomzatát ellazítja, fokozza a jejunum és ileum nedvelválasztását, gátolja a gyomor sósavtermelését. Biokémiai szerkezetén kívül biológiai hatásában is hasonló az említett bélhormonokhoz. A Verner—Morrison-szindróma klinikailag és a tumorból kivonható hormon szerkezeté alapján jól elkülöníthető a Zollinger—Ellison szindrómától, glucagonomától. A betegek vizes hasmenése a bélsecretio-fokozódás, valamint a bélfalatonia következménye. A secretio-fokozódás a mucosa sejtek cAMP tartalmának megnövekedésén alapul. Az anaciditás is VIP hatás. A szerzők esetében az anaciditás olyan fokú volt, hogy pentagastrin igen nagy dóziséval lehetett csak áttörni, feltehetően a két anyag

competitiv antagonistá hatásá alapján. A VIP glucagonszerű hatásával magyarázható a beteg enyhe diabete-se, mely a primer tumor eltávolítása után megszűnt. A VIP-nek hypercalcaemiát okozó hatása is van. A szerzők a beteg eltávolított tumorában nagyobb mennyiségű prostaglandin A-t találtak, a hypercalcaemiát ezzel magyarázzák.

Lehetséges, hogy Verner—Morrison syndroma más eseteiben esetleg más bélhormonok okozzák a tüneteket. Először izolálni kellene a vegyületeket és megállapítani pontos biológiai hatásukat.

Mint más hormonképző tumorok esetében, itt is a termelt hormon hatása veszélyezteti a beteg életét elsősorban, s nem a tumor kiterjedése. A szerzők által ajánlott therapiás sorrend: nagy adag glyco-corticoid segítségével a hormon káros hatását kell korrigálni. Amikor ez sikerül és a klinikai kép javul, a primer tumor eltávolítása következik a metastasisok resectiójával együtt. Amennyiben postoperative is maradnak metastatisok, cytostaticum adása javasolt. Műtét előtt nem ajánlják cytostaticum adását. Az insulinomában jól bevált Streptozotocin ebben a betegségben nem vált be.

Kovács Ágota dr.

Kulcs a tudományos kutatások irodalmához. M. H. Hodge (Dept. of Physiology, University of Georgia, Athens, USA): Am. J. Dis. Child. 1975, 129, 1432, ill. eredetileg Am. Psychol. 1962, 17, 154.

A szöveg...

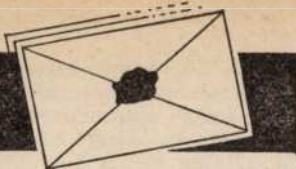
1. Régóta ismert, hogy...
2. Nagy az elméleti és gyakorlati jelentősége...
3. Bár a kérdésekre végleges választ nem sikerült nyerni...
4. A problémák tanulmányozására a legújabb technikai megoldást választottuk...
5. A részletes tanulmányok céljára három esetet választottunk ki...
6. Típusos eredményeink...
7. A felvázolt görbével való egyezés:

8. Felmerült, hogy... Úgy vélik, hogy... Lehetséges, hogy...
9. Általában úgy vélik...
10. Világos, hogy a tények teljes megértéséhez még számos egyéb munka lesz szükséges...
11. Korrekt, de kissé terjedelmes...
12. Köszönetet mondok X kollégának a kísérletekhez nyújtott segítségért, valamint Y kollégának az értékes fejtegetésért...

A gondolat...

1. Nem bajlódtam, hogy utána-nézzek az eredeti közleménynek...
2. Engem szerfelett érdekel...
3. A kísérlet tulajdonképpen az égvilágon semmit nem hozott ki, de legalább lehetőséget adott nekem a publikálásra...
4. Szerencsére a haveromnak a szomszéd laborban kitűnő felszerelése volt...
5. A többi teljesen eredménytelen volt.
6. A legjobb eredményeink... kiváló... tűrhető... jó... szegényes... megfelelő... kétséges... tűrhető... csak képzeletbeli
8. Úgy gondolom...
9. Néhány pacák is azt hiszi...
10. Az egészből egy árva szót sem értek...
11. Vacak!!...
12. Az igazság az, hogy X végezte a munkát és Y magyarázta meg nekem, tulajdonképpen mit is jelent az egész...!

Vadász György dr.



A gyomor radiológiai, endoscopos és cytológiai vizsgálatának helye a gyomorrák diagnosztikájában.

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam Györffy Árpád dr. és mtsai „Tízéves gyomor-carcinoma beteganyagunk elemzése, különös tekintettel a korábbi és jelenlegi diagnosztikus eljárások hatékonyságára” című dolgozatát (Orv. Hetil. 1976, 117, 328.), amely egy nagyon fontos hazai vonatkozású problémát tárgyal.

A szerzők engedjék meg, hogy a segítő szándék feltételezése mellett, néhány észrevétel tegyek.

ad 1. Közismert az Orvosi Hetilap szerkesztőségének az álláspontja, miszerint az irodalmi jegyzék ne legyen túlméretezett, de azért tartalmazza mindazon irodalmi adatot, amelyhez a szerző/szerzők hazai körülmények között hozzáférhetnek, s a cikkben tárgyalta az alátámasztja, vagy esetleg cáfolja. A fentieket figyelembe véve, az irodalmi jegyzéket pontatlannak és hiányosnak tartom. A szerzők cikkében helytelenül szereplő: „6. Hajdu I.: Orv. Hetil. 1969, 110, 1134.” idézett közlemény, helyesen: 6. Hajdu I., Balogh I., Forgács S.: 1969, 110, 1134. A hozzászólásom végén feltüntettem a témához csatlakozó fontosabb közleményeink irodalmi jegyzékét.

ad 2. A 10 éves gyomorrákos anyaguk feldolgozásakor a szerzők olyan területeket is tárgyalnak, amelyeket mi — és számos más hazai szerző — csaknem valamennyi közleményünkben állandóan hangsúlyoztunk. Ilyen például: a teamunka jelentősége, a minél korábbi diagnosis felállítása, a műtéti radikalitás kérdése, a szűrés lehetőségének megvalósítása, stb. (1, 2, 3, 4, 6, 7, 9).

ad 3. A szerzők az endoscopos vizsgálatok elterjedésétől várják a gyomorrák probléma hazai megoldását. Ez a következtetés így helytelen! Hivatkozom itt saját (9), valamint Figus és mtsai (Orv. Hetil. 1976, 117, 217.) közleményére, amelynek lényege, hogy a gastroenterológiai gyakorlat legfontosabb eszköze a gyomorröntgen és az endoscopos vizsgálat. A gyomor röntgenvizsgálat jelentősége még Japánban is nagyobb! Hazánkban ez az eltolódás a röntgenvizsgálat irányába még kifejezettebb! Figus és mtsai említett közleményükben — amely egyébként a 1975-ös parádi Gastroenterológiai Társaság Nagygyűlésén is elhangzott — tovább mennek és azt írják: „... az endoscopos vizsgálóeljárások hazai körülmények között nem válhatnak rutin vizsgálóeljárásokká”. Ezt saját 5 éves gyomorröntgen és gastroscopos összehasonlító vizsgálati anyagunk is egyértelműen igazolja

(9). Az említett 5 éves anyagunkban az össz-gyomorvizsgálatok 6%-ában történt endoscopos vizsgálat annak ellenére, hogy kórházunkban jól felszerelt — endoscopos — gastroenterológiai osztály működik. Nyilvánvaló, hogy ez a százalékos arányszám a kevésbé felszerelt kórházak esetén lényegesen kisebb, vagy esetleg nulla.

ad 4. Szeretném felhívni a szerzők figyelmét, hogy az endoscopos vizsgálat ugyanúgy subjektív, mint a röntgenvizsgálat, s a rutinos endoscopos vizsgáló sem mentes a tévedéstől! Így a két vizsgáló módszer nem kizárója, nem riválisa a másíknak, hanem egymást kiegészítő eljárások.

ad 5. A szűrés panaszmentes lakosságon csak egy-két team helyi próbálkozása lehet. Magyarországon csak annak a lehetősége van meg, hogy a „high risk” csoportokat kézbe tartjuk. De még ez is speciális irányultságot, személyi, gépi, stb. ellátottságot feltételez (5, 8, 9).

ad 6. A szerzők azt írják: „Fiberoscopos vizsgálatokat az utolsó négy évben végeztünk. Az ily módon diagnosztizált gyomor-tumoros betegek száma 95”. „Említésre érdemesnek tartjuk, hogy 95 fiberoscopos diagnosztizált gyomorrák közül a radiológiai vizsgálat 12 esetben negatív, 14 esetben pedig bizonytalan volt. A radiológiai negatívok többnyire a rendelőintézetben vizsgáltakból adódott”. Ez nagyon érdekes, mert a szövegben ugyan benne van, de a szerzők nem mondják ki, hogy 69 esetben a radiológiai vizsgálat már diagnosztizálta a gyomor-tumort, s az endoscopos vizsgálat azt csak megerősítette! Valószínű, hogy az esetek jelentős százalékában, az így végzett endoscopos vizsgálat felesleges, de legalább is nem szükségszerű volt! A 14 bizonytalan eset az, amikor a leletében a radiológus azt írja, hogy az endoscopos vizsgálat elvégzése szükséges. Természetesen ha arra mód van. Ha nincs, akkor a radiológusnak kell közben tartani, ellenőrizni az esetet mindaddig, amíg a rákgyanút kizárni nem tudja! Ellenkező esetben a diagnosztikus exploratív laparotomiát kell javasolnia!

A 12 radiológiai negatív esetben természetesen döntő, hogy ki végezte a vizsgálatot, továbbá figyelembe kell venni azt a tény is, hogy van laesio, ami radiológiai nem verificálható, de endoscopos látható. Természetesen ennek az ellenkezője is igaz (9). A radiológiai és endoscopos összehasonlító vizsgálatoknál az a leggyakoribb hiba, hogy a különböző helyeken végzett röntgenvizsgálatokat hasonlítják össze, egy vagy két jól képzett és

selectált beteganyagot vizsgáló endoscopos eredményével!

ad 7. A szerzők négy téves esetükéről számolnak be: két tévesen negatív volt (Mi volt ezekben az esetekben a radiológiai vélemény?), egy malignus ulcust tévesen benignusnak vélték. Egy esetben a fiberoscopos feltételezett rákos elváltozást a műtét nem igazolta. Ez utóbbi esetben csak tapintották a feltételezett elváltozás helyét, vagy gastrotomia is történt? Esetleg resecálták a gyomrot és a sorozatmetszet döntötte el a téves diagnoszt? A magyar irodalomban is közöltek ugyanis eseteket, amikor műtét alkalmával az elváltozást nem tapintották, sőt nem is látták (3, 6, 7). Sőt Badó és mtsai (Magy. Seb. 1972, 25, 60.) olyan esetet ismertettek, ahol a korai gyomorrák diagnoszt csak a resecatum sorozatmetszete biztosította.

ad 8. Véleményem azonos Figus és mtsai Orv. Hetil. 1976, 117, 217.) véleményével, amennyiben az endoscopos vizsgálat jelentősége az ellenőrzésben és a bizonytalan radiológiai elváltozások tisztázásában van, s az endoscopos vizsgálat még a jövőben felállítandó gastroenterológiai centrumok esetében is csak kiegészítő vizsgálat marad. Természetesen itt nem az urgens endoscopos vizsgálatra gondolok.

ad 9. A legteljesebb mértékben egyetértek a cikk befejező mondatával: „Hazánkban a gyomorrákos betegek sajnálatosan nagy száma miatt a szakmai (orvosi) és anyagi erőfeszítések egyértelműen indokoltak.”

Befejezésül elnézést kérek a szerzőktől, hogy dolgozatukat a szokottnál alaposabban vettem górcső alá, de úgy gondolom a téma aktualitása, fontossága és ébrentartása indokolta azt.

Balogh István dr.

IRODALOM: 1. Hajdu I., Balogh I., Forgács S.: Orv. Hetil. 1969, 110, 1134. — 2. Hajdu I., Balogh I., Forgács S.: Magy. Onk. 1970, 14, 129. — 3. Balogh I., Hajdu I., Forgács S.: Orv. Hetil. 1972, 113, 439. — 4. Balogh I., Hajdu I., Székely M., Hajas A.: Orv. Hetil. 1973, 114, 23. — 5. Forgács S., Hajdu I., Balogh I., Halmos T.: Magy. Radiol. 1973, 25, 12. — 6. Balogh I., Hajdu I., Forgács S., Székely M.: Radiol. diagn. 1973, 14, 181. — 7. Balogh I., Hajdu I., Székely M.: Magy. Onk. 1974, 18, 19. — 8. Forgács S., Hajdu I., Balogh I.: Radiol. diagn. 1974, 15, 293. — 9. Balogh I., Hajdu I., Székely M., Sawinsky I.: Magy. Radiol. 1975, 27, 72.

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastam Györffy Árpád dr. és munkatársainak közleményét (Orv. Hetil. 1976, 117, 328—330. 6. sz.), amelyben tízéves gyomorcarcinoma beteganyagukat elemzik, különös tekintettel a korábbi és a jelenlegi diagnosztikus eljárások hatékonyságára.

A gondosan összeállított közlemény a hazi egészségügy egyik legégetőbb problémájával foglalkozik. Sajnálatos, hogy a szerzők a gastrocytologia alkalmazhatósága, sőt alkalmazandósága tekintetében még a távlati tervekben sem foglalnak állást, holott cikkük bevezető részé-

ben hivatkoznak a Japánban elért nagymértékű javulásra a korai gyomorrák-diagnosztikában, amely a „gyomorröntgen, a gastrokamera, a fiberoscopos, a biopsiás és a cytologiai vizsgálatok tömeges és komplex alkalmazásának köszönhető”.

Mivel a hazai és külföldi irodalomban, éppen az Orvosi Hetilap hasábjain többszörösen hangoztatott adatokról van szó, azért csak röviden szeretnék utalni a következőkre:

1. A gastrocytologia nem egyedüli, de szükségszerű kiegészítő vizsgálat a gyomorbetegségek diagnosztikájában.

2. Az endoscopos eszközök térhódítása nem tette elavulttá a gastrocytodiagnosztikát, ellenkezőleg, a gyors és célzott anyagvétel lehetőségének megteremtésével új távlatokat nyitott meg számára.

3. A cytologiai és a biopsiás szövettani vizsgálat nem ellentétes, hanem egymást szükségképpen kiegészítő vizsgálatok. Hazai és külföldi szerzők egyaránt ismertettek eseteket, amikor a negatív biopsiás eredmény mellett az öblítéscytologia adta meg a helyes pozitív eredményt. A malignus elváltozás helye ui. nem volt hozzáférhető a biopsiás anyagvétel számára.

4. A komplex vizsgálati eljárások során a különböző szakmák harmonikus összedolgozásának fontossága szintén közismert. Az egészséges kollaborációnak akadálya — cytologiai szempontból —, nem ritkán a cytodiagnosztika megalapozatlan túlértékelése a cytologus, másrészt indokolatlan lebecsülése a klinikus részéről. A termékeny együttműködés feltétele, hogy a cytologus legyen tisztában a módszer korlátival, a klinikus viszont ismerje meg és ismerje el a cytologia lehetőségeit.

Miczbán Izabella dr.

T. Szerkesztőség! Balogh István dr. hozzászólását „Tízéves gyomorcarcinomás beteganyagunk elemzése...” c. munkánkhoz nagyon köszönjük. Igyekszünk kérdéseire választ adni.

ad 1. A gyomorrák-kérdésnek nagy hazai irodalma van, nem törekedtünk arra, hogy azt a teljesség igényével idézzük. Balogh dr. radiologiai jellegű irodalmi munkásságát jól ismerjük, de közleményünk nem elsősorban radiologiai vonatkozású. Elnézését kérjük azért, hogy nem tüntettük fel helyesen az egyik idézett közlemény mindhárom szerzőjét.

ad 2. Valóban sokan hangsúlyozták már a team-munka jelentőségét, úgy gondoltuk, hogy mi sem tehetünk mást, minthogy ezt a régi kívánságot újólag aláhúzzuk. „A téma aktualitása, fontossága és ébrentartása...” mint Balogh dr. írja, úgy tűnik, ezt indokolja.

ad 3. Arról egyáltalán nincs szó közleményünkben, hogy az endoscopos vizsgálatok elterjedésétől mi a gyomorrák-kérdés hazai megoldását váránk! Ennél sokkal szerényebbek vagyunk, s csak azt mond-

juk: „a fiberoscopos vizsgálatok kiterjedtebb alkalmazásától... a ma még rossz eredmények javulása várható”. Az idézett irodalmi adatok alapján — úgy gondoljuk — ez nem tartható túlzásnak. Természetesen mi sem mondhatunk mást, minthogy a gyomor vizsgálatának első eszköze a gyomor-röntgen, s csak ezt követi a gyomortükrözés. Nem véletlenül írtuk, hogy a „gyomor-röntgen, gastrokamera, a fiberoscopos, a biopsiás és a cytologiai vizsgálatok...” együttesen alkalmazandók, tehát magunk is első helyre tettük a radiológiát. Azzal viszont nem értünk egyet, hogy az endoscopos vizsgálat nem válhat rutin-eljárássá, ezt tulajdonképpen már a jelenlegi gyakorlatunk is cáfolja. Az évenként végzett 5—600 vizsgálat — úgy gondoljuk — kimeríti a munka rutin jellegét. Sajnos erre valóban nem mindenütt van lehetőség, de arra kell törekednünk, hogy a helyzet javuljon, s az endoscopia rutin-vizsgálattá váljék. Néhol a gyomortükrözést mint első vizsgálatot végzik (1) és az Amerikai Gastroenterologiai Társaság szerint is előbb-utóbb szembekeverülnek a szakemberek azzal a kérdéssel, hogy melyik vizsgálat legyen az elsődleges (2). Úgy gondoljuk azonban, hogy ez a kérdés a belátható jövőben nálunk még nem aktuális.

ad 4. Természetesen egyetértünk azzal, hogy a rutinos endoscopos vizsgáló sem mentes a tévedéstől, ezt közleményünkben is megírtuk. Úgy látszik azonban, hogy a tévedés nagyságrendje jóval kisebb. Az endoscopia subjektivitását lényegesen csökkentik, hogy biopsiás és cytologiai vizsgálatra is van lehetőség, sajnos az utóbbit magunk nem végezzük. Nagyon egyetértünk azzal is, hogy a radiologiai és az endoscopos vizsgálat egymást kiegészítő eljárások, úgy véljük, hogy írásunk ezt egyáltalán nem tette kérdéssé.

ad 5. Balogh dr. is aláhúzza azt a megállapításunkat, hogy a tömegszűrés nagyméretű alkalmazásának tárgyi és személyi feltételei még nincsenek meg. A veszélyeztetett csoportok „kézbentartása” is nagy gondal jár, ezt magunk is tapasztaljuk. Mégis jelen elképzelésünk szerint a szűrési munka fokozása, a veszélyeztetettek gondozásának jobb megszervezése teheti munkánkat eredményesebbé.

Itt említjük meg a japán szűrési eredményeket, mely szerint a gastrokamera és a radiologiai módszerek együttes alkalmazása többszörösére növelte a gyomor valamenyeni lokális elváltozásának kimutatható arányát a csak radiologiai vizsgálatokhoz képest (3).

ad 6. Anyagunkban a 69 gyomorrákos esetben a radiologus is leírta — bár nem mindig teljesen egyértelműen — a daganatos elváltozást. Felmerül a kérdés, hogy szükségszerű volt-e endoscopos vizsgálat is megerősíteni a diagnoszt? Nem volt-e sok felesleges vizsgá-

lat? A fiberoscopiát legtöbbször kérsre végeztük. A kérdés sokszor a radiologus kollégáktól származott, akik ezáltal kívánták talán önmaguk számára is igazolni a diagnoszt. Más esetekben a rendelőintézet belgyógyász, sebész vagy a klinikai sebész kolléga kérte azt.

Valójában egyértelmű anamnesis és radiologiai lelet esetén nem tartjuk feltétlenül indokoltnak a gyomortükrözést és sokszor nem is végzünk. Gyakran azonban valami kétség vagy éppen remény élt az orvos kollégákban, hogy hátha mégsem gyomorrákról van szó. Gyakorlatunkban is sok olyan eset fordult elő, melyben a röntgenvizsgálat a gyomorrák többé vagy kevésbé alapos gyanúját vetette fel, melyet aztán gondos endoscopos vizsgálattal kizártunk. Több olyan eset is volt, amikor talán gyakorlatlanabb radiologus végezte a vizsgálatot, s az egyértelműen tumorra utaló lelettel szemben az endoscopia teljesen negatív volt. Fel lehetne vetni a kérdést, hogy vajon mi volt ezeknek a betegeknek a későbbi sorsa? Valóban igaza volt-e az endoscopiának? A betegek egy részét később ellenőrizve, másoknál újabb radiologiai vizsgálatot kérve nem változott az első endoscopos leletre alapozott véleményünk.

Balogh dr. és munkatársai 9. számmal idézett közleményének néhány adatával nem értünk egyet. A cikk (a 73. oldalon) azt közli, hogy a japánoknál a korai carcinoma aránya az összes gyomorrákhoz viszonyítva 10,7%. Ez régi adat lehet, mert az valójában, mint közleményünkben is idéztük, 40%-ot is eléri. Másrészt nem látszik helyesnek a radiologiai és endoscopiai eredményességének összehasonlításakor olyan irodalmi adatra hivatkozni, mely az 1963 előtti állapotokra vonatkozik. Akkor még nem volt flexibilis, legfeljebb semi-flexibilis endoscop, az adat nem tükrözi az endoscopos technikában azóta végbement hatalmas fejlődést. Úgy véljük, hogy ma már alaptalan az endoscopia 11—15%-os tévedését feltételezni a radiologia 10%-os tévedésével szemben.

ad 7. Az első három esetben a röntgenlelet is negatív vagy bizonytalan volt, a negyedik esetben kis fali merevséget láttunk erosióval, a röntgépkeg negatív volt. Műtétnél gastrotomia is történt, tumort nem találtak, a beteg azóta egy ízben ellenőriztük, akkor panaszmentes volt.

ad 8. Magunk sem, s tudomásunk szerint már sok helyen nem fogalmaznak úgy, hogy az endoscopia „csak kiegészítő vizsgálat”. Balogh dr. is elismeri, hogy „az endoscopos vizsgálat jelentősége az ellenőrzésben és a bizonytalan radiologiai elváltozások tisztázásában van” — és ez önmagában is igen jelentős feladat. Az utóbbi években kialakult gyakorlatunk szerint az endoscopia — az előzetes röntgenvizsgálat és a tükrözés kapcsán végzett biopsia

eredményével együtt — a gyomor betegségeinek diagnosztikájában a legbiztosabb módszert jelenti. Más kérdés, hogy anyagi okok, szakemberhiány miatt ez a gyakorlat még nem lehet általános.

Végezetül ismételtén köszönetet mondunk Balogh dr. segítő szándékú, kritikus megjegyzéséért, s azért, hogy ily módon is lehetőségünk nyílt az endoscopyával kapcsolatos véleményünk kifejtésére. Meg vagyunk győződve arról, hogy

a két szakma eddiginél is jobb összefogása, együttműködése a betegek érdekét szolgálja és eredményesebbé teheti munkánkat.

Miczbán Izabella dr. hozzászólása a cytologiai vizsgálat fontosságára hívja fel a figyelmet. Érveivel mindenben egyetértünk, s magunk is elismerjük, hogy adott esetben a cytologiai analysis, mely igen nehéz, nagy körültekintést igénylő módszer, fontos, sőt talán megha-

tározó jelentőségű lehet. Eddig nem állt módunkban végezni, de ez nem jelenti azt, hogy nem fogunk élni esetleges jövőbeli lehetőségekkel. Hozzászólását hálásan köszönjük.

Györfly Árpád dr.
és munkatársai

IRODALOM: 1. Ottenjann, R. és mtsai: Münch. med. Wschr. 1975, 117. 851. — 2. Work Group: Gastroenterology 1975, 69, 1161. — 3. Sakita, T., Fukutomi, H.: Magy. Belorv. Arch. 1973, 26, 7.

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 aktiválhatja a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

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

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



BRINALDIX[®]

TABLETTA
salureticum

ÖSSZETÉTEL: 20 mg clopamidumot tartalmaz tablettánként.

A Na⁺ és Cl⁻ ionok tubularis resorptiójának gátlásával növeli a diuresist. Mivel a K⁺ ionok kiválasztását alig fokozza, nem zavarja az elektrolitháztartást, ill. sav-bázis egyensúlyt.

Hatása fokozatosan fejlődik ki és tartós: a bevétel után 1–2 órával kezdődik, 8–10 órán át fokozódik és 24 óra múlva megszűnik. A diuresis intenzitása az adagolással jól befolyásolható.

Általános oedema-szüntető effectusa leginkább szívelégtelenség kezelésékor érvényesül.

Hypertoniás betegek vérnyomását csökkenti, a normotoniát nem befolyásolja. Jól kombinálható más diureticumokkal, cardiotonicumokkal és vérnyomáscsökkentőkkel; hatásukat jelentősen fokozza.

JAVALLATAI: szívelégtelenség okozta, terhességi, nephrosisos, postthromboticus oedemák; máj-cirrhosis okozta ascites; praemenstruációs zavarok és elhízás bizonyos esetei; hypertoniában egyedül vagy más szerekkel kombinálva; tartós corticosteroid kezelés okozta folyadék-retentio.

ELLENJAVALLATAI: fennálló hypokalaemia, hyponatraemia, hypochloroemia, acut glomerulonephritis, uraemia, súlyos vesekárosodás.

ADAGOLÁS: gondos orvosi ellenőrzés mellett egyéni megítélést igényel. Átlagos adagja felnőtteknek napi 1–2 tablettá reggel, evés után. Fenntartó adagja másnaponként 1 tablettá.

MELLÉKHATÁSOK: nagyon ritkán jelentkeznek. Nausea, fejfájás, gastrointestinalis panaszok, bőrpír, enyhe fáradtságérzés előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS: bár a káliumvesztés csekély, hosszan tartó kezelés, májbetegség és diabetes esetén a káliumszintet, a vércukrot és a napi cukorürítést tanácsos ellenőrizni.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szakrendelések szabadon rendelhetik.

Körzeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartamú gyógykezelésre.

15 tablettá 45,50 Ft 100 tablettá 290,- Ft

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR





KÖNYVISMERTETÉS

Walter Züblin (Bern): „A nehéz gyermek”. Bevezetés a gyerek- és ifjúság pszichiátriába. 4. átdolgozott és bővített kiadás. Kiadó: Georg Thieme, Stuttgart, 1975, 175. oldal. Ára: 9,80 DM.

A szerző 1967-ben az első kiadás előszavában a következőket jelöli meg a könyv feladatát:

Ennek a könyvnek az a célja, hogy eligazítsa, és ennek megfelelően nem a gyermekpszichiáternek szól. Mindenekelőtt a gyakorló orvosnak és bizonyos fókig egy tágabb, érdeklődő publikumnak akar irányt mutatni és lehetőséget felvázolni. A szerző megjegyzi, hogy tudatában van annak, hogy a szűk keret miatt nem kerülhetett el bizonyos egyoldalúságot, és állást kellett foglalnia olyan területen is, ahol ez ma még problematikus.

A könyv bevezetője leszögezi, hogy a „nehéz gyermek”-ről általában abban az értelemben beszélnek, mint olyan gyerekről, aki környezetének nehézségeit okoz. Ez a felfogás egyoldalú, mert azokból a nehézségekből indul ki, amelyekkel a nevelőnek kell megküzdeni, de vannak gyerekek, akik a környezetüknek nem okoznak nehézséget, hanem saját maguknak vannak nehézségei. A szerző a továbbiakban mindkét fajta nehézségről kíván beszélni.

Már a bevezetőben is leszögezi, hogy a nehézségek jellegénél fogva, hol inkább pszichiátriái, hol pedagógiai, nevelői momentumok vannak előtérben. A pedagógiai és pszichiátriái célok lényegében egybeesnek. Egyik nézőpont nem zárja ki a másikat, módszereik sem, és éppen a „nehéz gyermek”-nél az egyik nem tudja nélkülözni a másikat.

A kérdésfelvetés egyik kiindulópontja, hogy a normális gyermek fejlődéséhez bizonyos előfeltételek szükségesek, a biztonság bizonyos minimuma, ami a védetség érzését váltja ki, továbbá a követelés és a frusztráció olyan minimuma és aránya, ami nélkül a fejlődés megáll. Ez a „nehéz gyerekekre” is vonatkozik, csak nála nehezebb megállapítani, hogy fejlődése szempontjából mi lett volna a védetség, illetve a frusztráció kívánatos mértéke. Ezt minden gyermek esetében egyénileg tudja a tapasztalt pszichiáter beállítani. Bár közvetlenül nem nevel, munkájában hol elsősorban tanácsadó, hol elsősorban terapeuta, rendszerint pedig a kettő együtt.

Külön kiemeli a gyermekpszichiáter nehézségeit, amelyek abból fakadnak, hogy a gyermek nevelőjét elsősorban a tünet zavarja és ez

ellen vár receptet, nehezen látja be a hosszú kivizsgálás, esetleg egy hosszú kezelés, a családi élet átállításának szükségességét.

Kiemelten foglalkozik a diagnózis felállításának problematikájával, konfrontálja a diagnózist a valósággal. Leszögezi, hogy nem a pszichés zavarokat, nem a pszichogén betegséget kell kezelni, hanem a szenvedő embert, aki nagyszámú külső behatás és egyéni adottsága eredményeképpen lesz beteg. Igen fontosnak tartja, hogy alaposan ismerjék az ép gyermek pszichés fejlődését. Rámutat ugyanakkor a kisgyerek fejlődésének potenciáljára, és ezt szem előtt tartva óva int a merev értékeléstől.

Külön fejezetet szentel az anamnézis felvételének, foglalkozik annak problematikájával, a millióanamnézissel, a családi anamnézissel, külön tárgyalja a feljegyzések technikáját s erre egy sémát mutat be.

A következő fejezet magával a pszichésen zavart gyermek vizsgálatával foglalkozik, rámutat a kontaktusfelvétel fontosságára, a vizsgálat időigényességére és nehézségére.

Egy fejezetet szentel a pszichodiagnosztikai tesztvizsgálatoknak, a rajzok és az írásbeli feladatok értékelésének.

Külön fejezetben foglalkozik a pszichés zavarok osztályozásával. Kiemeli az osztályozás nehézségeit. A pszichés zavarokat a következő etiológiai csoportokba sorolja:

1. elsősorban biológiai, agyfunkciózavar által kiváltott,
2. elsősorban milióhatás által okozott zavarok,
3. endogén pszichózisokra, amelyek kiváltó okai még ismeretlenek.

Leszögezi, hogy ez a beosztás nem veszi figyelembe a pszichopatiákat.

Az organikus eredetű cerebrális funkciózavarok elemzése után részletezi a különböző szindrómákat:

1. az oligofréniát,
2. a juvenilis pszichoorganikus szindrómát,
3. az agylokalizált pszichoszindrómát,
4. a tudatzavar szindrómáját és
5. a pszichés fejlődés retardációját.

A pszichogén zavarokat felosztja:

- a) egyszerű pszichés reakciókra,
- b) neurotikus reakciókra és neuroziskra,
- c) pszichoszomatikus megbetegedésekre.

A pszichózisok és pszichózishoz közelálló kórképek között tárgyal-

ja a gyermeki szkizofréniát, a praepszichózisokat, az autizmust és a pszichózis mániakodepressziókat.

Részletesen tárgyalja az egyes pszichés szimptomákat, a tünetképzésnek is szentel egy alfejezetet. Hangsúlyozza, hogy nincs olyan kóros pszichés tünet, ami önmagában idegen lenne az egészségtől, és kifejti, mikor válik betegség tünetévé. Azután rátér a szimptóma interpretációjára, majd a szimptomák csoportosítására:

- a) az alaphangulat és az affektus zavarai,
- b) a kezdeményezés (Antrieb) és egyes ösztönök zavarai,
- c) a szociális magatartás zavarai,
- d) a deperszonalizációs szimptomák.

E fejezetben belül beszél a depressziós alaphangulatról, a félelemről a szegényes kezdeményező-képességről, hyperthymiaról, eretizmusról, az enurézis nocturnáról, enurézis diurnáról, az enkopréziszról, a táplálékfelvétel zavarairól, a szexuális zavarokról, a kötődési gyengeségről, disztanciálanságról, a beszédzavarokról, „nevelhetlenségek”-ről és „rossz szokások”-ról, agresszivitásról, és erőszakosságról, az öngyilkosságról és az öngyilkossági kísérletekről, az öngyilkossági demonstrációkról, kábítószer betegségekről, tüszakásról, ill. gyújtogatásról, a csavargásról, iskolakerülésről, a lopásról, majd a hazudozásról, pseudologia-fanthastikáról, agravációról, szimulációról, hisztérikus szimptomákról, kényszerképzetekről, téveszmékről és végül a hallucinációkról.

Egy viszonylag rövid zárófejezetben röviden tárgyalja a pszichés zavarok terapiáját, hozzátéve, hogy csak vázolni kívánja a kezelés szempontjait. Ez a rész bizonyos fókig összefoglalása is az előző fejezetekben már leírtaknak.

Ebben mint a kezelés 3 fő formájáról beszél, a milióterápiáról (annak lehetőségeiről, korlátairól), a különböző pszichoterápiás eljárásokról, és a gyógyszeres kezeléssel.

Befejezésül leszögezi, hogy nem szabad sematikusan egymástól elválasztani a kezelési lehetőségeket, gyakran azok kombinációja a leghatásosabb. Ehhez bizonyos esetekben szoros együttműködés szükséges a gyógypedagógus és az orvos között. A terápiás módszerek mindegyikében közös, hogy mind a terapeutától, mind a gyógypedagógustól a gyermekhez való belső hozzáfordulást kívánják és készséget arra, hogy a rossznak tűnő gyerekekben is meglássa az embert, és lemondjon arról, hogy szimptomái miatt erkölcsileg elítélje. De az odafordulás mellett technikai felkészültség és szakismeret is kell. Ezek feltétel nélkül szükségesek ahhoz, hogy a meglévő odafordulás gyógyító tényezőként hasson. Eredmény csak

akkor várható, ha a gyerekekkel kapcsolatban álló legfontosabb személyek pozitívan viszonyulnak a kezeléshez.

A könyv egyszerűen, érthetően foglalja össze a gyerekek ellátásának ezt a nagyon fontos területét, minden problémájával együtt.

A könyv áttanulmányozása után megállapíthatjuk, a szerző eléri az előszóban kitűzött célját. A problémakör összefoglalásával, a nehezen kezelhető gyerek nehézségeinek gyerekcentrikus elemzésével, megvilágításával, a gyerekekkel foglalkozó orvosoknak, szakembereknek általában, de a szélesebb érdeklődő közönségnek is, ismereteket és segítséget nyújt e sok problémát okozó gyereksoport helyzetének felismeréséhez, a velük kapcsolatos megfelelőbb, segítő magatartás kialakításához.

Pikler Emmi dr.

H.-J. Streicher, J. Rolle (Szerk.): **Der Notfall: Bewusstlosigkeit.** (Sürgősség: Az öntudatlan állapot.) G. Thieme, Stuttgart, 1974. VII + 241 old. Füzve: DM: 59,—

A nyugat-németországi Wuppertalban 1970 óta évenként más-más tárgykörben megrendezett „sürgősségi” symposiumok között 1972-ben harmadikként az öntudatlan állapotot tették vizsgálat tárgyává. 25 előadásban elemezték a tudatvesztés okait, a differenciál diagnózis módszereit és eszközeit és a tennivalókat multidiszciplináris megközelítésben. R. Hassler pathofiziológiai, W. Masshoff és S. Grohne pathomorphológiai nézőpontból vizsgálták meg az ép tudatért felelősnek ismert struktúrákat és funkciókat, melyeknek többszintű desintegrációjával értelmezték az öntudatlanság intenzitásbeli különbségeit.

A tudatvesztés aetiopathológiáját több előadó tárgyalta. Számos előadás szerepelt a primaer cerebralis tudatvesztés, a keringészavar okozta tudatvesztés, az endogen, illetve exogen intoxicációk okozta tudatvesztés gyűjtőcíme alatt. H. W. Pia az intracranialis nyomásfokozódás következtében kialakuló és beékelődéses neuroológiai (mesencephalis, pontin, nyúltvelői) tünetegyütteseket a coma mélységének megítélésére szolgáló jeleket, a lehetséges okokat és az optimális diagnosztikai módszereket ismertette és mérlegelte a sürgős teendőket és a prognoszt.

J. Rolle a tennivalók sorrendjét ismertette kiemelve, hogy a mielőbbi tájékozódást követően a vitális működések rendezése és biztosítása áll az első helyen. Ezt hivatottak kiegészíteni a gyorsan beszerelhető körélményi adatok és azok a vizsgálatok (röntgen, klinikai-kémiai laboratóriumi vizsgálatok), amelyekről elvárjuk, hogy egyszerűek, gyorsan elvégezhetőek, érzékenyek és csekély hibalehetőség mellett magas specificitásúak legyenek. — F. Erbslöh a status epilepti-

cus következtében fellépő comát, a paroxysmalis tudatavart, a cerebrovascularis katasztrófák és az encephalitisek okozta tudatvesztéses állapotokat ismertette. Felsorolta azokat a diagnosztikai módszereket és eszközöket, amelyek alkalmasak a coma mélységének megállapítására, sőt a „disszociált agyhálal” megerősítésére alkalmasak. Az öntudatlan beteg optimális ellátását szem előtt tartva foglalkozott az intenzív osztályok szervezésével és feladataival. — P. Emmrich, a tudatvesztés sajátos gyermekkorai okait, változatait elemezte, kiemelve a convulsioikkal bevezetett tudatvesztéses állapotokat.

Nem hagyható említés nélkül, hogy amíg az endogen intoxicációk okozta tudatvesztéses állapotokkal (Addisonos és thyreotoxicus crisis, diabeteses, uraemias, hepaticus coma) a könyv igen alaposan foglalkozik, ugyanakkor méltatlanul keveset időzik a postparoxysmalis, intracranialis vérzések okozta tudatvesztések kérdésénél. Kifogásolható, hogy a keringészavarokról szóló összefoglaló fejezet csak a shock, a cardialis eredetű hypoxiás és extracranialis erek elzáródását követő tudatavartokkal foglalkozik. — Az EEG diagnosztikai jelentőségére több helyütt találunk utalást. St. Kubicki és M. Schoppenhorst pedig az exogen mérgezések EEG diagnosztikáját önálló igényes fejezetben tárgyalja.

A symposiumot befejező kerekasztal-konferencia azokat a diagnosztikai és terápiás tennivalókat ismétli meg, amelyek a korábbi fejezetekben systematicus feldolgozásban hangzottak el.

A könyvecskét 10 oldalas gondosan szerkesztett tárgymutató egészíti ki. A 84 ábra, a 49 táblázat a betegágy mellett is hasznos és gyorsan áttekinthető diagnosztikai, differenciál diagnosztikai és terápiás információkat nyújt. — A egyes fejezeteket a symposiumon lezajlott discussio jegyzőkönyve és bibliographia követik. — A könyv igénytelen külseje ellenére nem nélkülözi a szerkesztési és nyomdai munka alaposágát. A Thieme kiadó a jól kezelhető, formailag és tartalmilag egyaránt értékes könyvecskével ismét bizonyította szerepét és érdemeit az orvosi könyvkiadásban.

Walsa Róbert dr.

Hygiene in Halle-Neustadt. — Renker, K. és munkatársai. VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin. Wissenschaftliche Beiträge der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 1974/5. 310 oldal, 46. ábra, 55 táblázat. Ára: 22,— M.

A Martin-Luther Egyetem Hygiene Intézetének kollektívája orvostanhallgatók bevonásával 1969—1973 között vizsgálatokat végzett Halle-Neustadt — egy új város — lakóinak egészségi állapotáról, valamint ennek a városi lakó- és munkakörnyezeti viszonyokkal való összefüggéseiről.

A város alapvetően a Leuna és Buna kémiai üzemekben dolgozók lakóhelye. Az új város lakóinak átlagéletkora 1969-ben 23,5 év volt (1969-ben 27 889; 1972-ben 30 000 lakos).

1972 március óta az NDK-ban a nők szabadon dönthetnek, terhességük esetén a szülés vagy terhesség megszakítás tekintetében. Ezt követően az 1000 lakosra eső élveszületés a 29,6-ról 20,9-re csökkent (országos index 1969-ben 14,0/1000; 1972-ben 11,7/1000). Nagyarányú intézkedéseket tettek a „nemkívánatos” terhességek megelőzésére; pl. a monográfia adatai szerint Halle-Neustadtban a 19—25 év közötti életkorú nők 30%-a szed rendszeresen per os anticoncipienst; ugyanakkor nagy figyelmet fordítanak a gyermekintézményekre, az orvosi ellátás korszerű szintjére és hozzáférhetőségére. Szerzők ismertetik az orvosi ellátás rendszerét.

A nyugdíjasok aránya a városban kicsi (a vizsgálatok idején 343 fő). A lakosság „előregedése” egyelőre külön problémát nem okoz.

Az NDK-ban 5%-os gyakoriságú a magasvérnyomásos betegség. Szerzők megvizsgálták Halle-Neustadtban a 30—40 és közöttiek vérnyomását és a 150/90 fölötti értékeket mutató egyéneket gondozásba vették.

Elemzik a gyermekek napi időbeosztását a gyermekintézményekben és otthon. A gyermekek kapcsolata hétköznap a szülőkkel minimális. Kiemelik a szülők és pedagógusok folyamatos kapcsolattartásának fontosságát. Vizsgálták a gyermekintézményekben a zaj, világítás és mikroklíma körülményeket. Antropometriás méréseket végeztek. Feldolgozták a táplálkozás jellegzetességeit, összetételét, kalóriaértékét.

Elemzik a gyermekintézményekben a megbetegedési struktúrát és dinamikát, kiemelve a légúti betegségek domináló szerepét. Figyelmet érdemel, hogy 6 éves korban 83%-os gyakoriságú a cariesfrekvencia és 44%-os gyakoriságú a gingivitis.

Megvizsgálták a pedagógusok napi beosztását, terhelését és morbiditását, továbbá a lakóhely és gyermekintézmények távolságát, a szülők és gyermekek ezzel kapcsolatos idővesztését.

Összevetették a sportolási lehetőségeket, a testedzést végzők arányait, illetve igényeket. Zajméréseket végeztek uszodákban, közlekedési csomópontokban, illetve főútvonalakon. Megvizsgálták a hatzintes, lift nélküli házakban a felső emeleten lakók lépcsőjárás-terhelését.

Egyik fontos kérdésként foglalkoztak a vízellátással. Halle-Neustadt 1 évi vízfogyasztása kb. 3 millió m³. Ennek egy része taliszűrűsű folyóvízből, egy része talajvízből adódik. Elemzik a különböző vízművek által szolgáltatott ivóvíz minőségét, micro- és macro-elem tartalmát, maradék-klórt, stb. A ka-

pott eredményeket táblázatokban mutatják be. A város szennyvize zömmel kommunális eredetű, ami azután ipari szennyvízzel keveredve az egész iparvidék szennyvíztisztító rendszerébe kerül. Elemzték a tisztítás előtti és utáni szennyvizet, eredményeiket táblázatokban és grafikonokon közlik.

Az új város új uszodájának megnyitása után a fürdőzők bőr- és nyálkahártya-irritációs panaszokat jeleztek, aminek okát vizsgálták.

Egyes üzemrészek dolgozói közt gyakori bőrelváltozásoként jelentkezett az olaj-acne — személyi higiéné és védőruha intézkedésekre tett javaslatokat ennek leküzdésére. Megvizsgálták a zajos üzemekben dolgozók zajterhelését és annak következményeit. Javaslatokat tettek a zajcsökkentésére és a dolgozók egyéni védelmére.

Megvizsgálták a mélyépítők, kábelbektetők munkaterhelését. Elemezték a munkafolyamatokat és a dolgozók energiáfelhasználását.

Vizsgálták az új városrész nagyáruház-vendéglátóipari egységben dolgozók munkakörülményeit és terhelését. A munkahelyek légkondicionáltak.

Elemzték a lakosság munkahe-lyen kívüli tevékenységét, különös tekintettel a szabadidő felhasználásra.

Összegezve: Halle-Neustadtban ma már több mint 60 ezer ember él, 1978-ra 100 ezer lakossal számolnak (Buna, Leuna kémiai üzemek fejlesztése). Az új városban történt higiénés-szociálhigiénés vizsgálatok eredményeit fel kívánják használni a lakosság élet optimális környezetű feltételeinek biztosításához. Az orvostanhallgatók széles körű bevonása a vizsgálatokba elősegítette egyúttal a leendő orvosok megismerkedését az egészségi állapotot befolyásoló fontos tényezők szerepével.

Fodor Ferenc dr.,
Tapfer D. dr.,
Sujbert L. dr.

Krauss, H.: Leitfaden der physikalisch-diätetischen Therapie. VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 1975. 260 oldal, 110 ábra, 14 táblázat. Ára: 30,— M.

Herbert Krausznak, a berlini Humboldt Egyetem physiotherapiás tanszékvezető egyetemi tanárának és klinikai igazgatójának a hydrotherapiát, az egészséges táplálkozást és a szaunát ismertető kitűnő munkáit a magyar orvosok jól ismerik. Az előtűnk fekvő könyvében mintegy 80 oldalt töltenek be az ábrák, a táblázatok, az irodalom és a tárgymutató. A fennmaradó 180 oldalnyi szöveg könnyen érthető, világos stílusú. Értékes a fizikai gyógy módok hatásmechanizmusát és a physiotherapiának a gyógyításban elfoglalt helyét tárgyaló első két fejezete. A hasonló tárgyú és terjedelmű szakkönyvek közül kiténik a manuális kezelés és a légzés-therapia

ismertetésével. Zárófejezeteiben áttekinti a prophylacticus alkalmazását és az indicatiókat is. Korszerűen és röviden, mintegy 50 oldalon tárgyalja a diätetikát.

Elismerésre méltó mindaz, amit a könyv tartalmaz, hiányolnunk kell azonban azt, ami kimaradt belőle. Aránytalanul kevés hely jutott a foto-, az elektro- és az ultrahang-therapia számára. A balneo- és klimatotherapia tárgyalása pedig teljesen hiányzik, szerzőnek az előszóban tett megjegyzése szerint azért, mert az NDK orvosi irodalmában azok más könyvekben megtalálhatók. A magyar olvasó hiánynak érzi a balneo-klimatotherapia ismertetésének elhagyását.

Irányi Jenő dr.

Bleyl, U., Döhnert, G., Höpker, W.-W., Hofmann W.: Allgemeine Pathologie. Nach der Vorlesung von W. Doerr. Springer-Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1975. 249 oldal. Ára: DM 19,80.

Az általános pathologia tankönyve W. Doerr heidelbergi körboncnok professzor előadásai alapján került összeállításra és a „Heidelbergi Zsebkönyvek” sorozatában jelent meg. Az NSZK-ban az elmúlt években az orvospérezés és vizsgáztatás új rendszere (Approbatonsordnung für Ärzte) lépett életbe és a munka az új rendszer által támasztott igények kielégítésére készült. Doerr professzor — akinek klasszikus tagoltságú, ugyanakor korszerű tartalmú ki-váló tankönyvei és kézikönyvei a pathologusok körében jól ismer-tek — az előszóban rámutat arra, hogy az új oktatási rendszer az általános pathologiatól elsősorban a betegségek tanába való bevezetést igényli. A könyv szervesen beépíti a határterületek (orvosi statisztika, immunologia, mikrobiológia, élettan stb.) eredményeit és az általános pathologia előadásában a betegségek felismeréséhez és gyógyításához közvetlenül szükséges ismereteket helyezi előtérbe. Nem tárgyalja kiemelt formában az alapkatatások (pl. biokémia), gene-tika, cytologia, elektronmikroszkópia stb.) eredményeit, hanem azokat szigorúan alárendeli a kóros folyamatok betegágy mellett észlelhető megjelenése megértésének. A könyv alapvetően a klinikai gondolkodásmódnak megfelelő szerkezeti vázra is épül, ami első olvasásra kissé meghökkentő, mivel az általános pathologia ilyen előadástípusa önkéntelenül emlékeztet az elméleti disciplinákra a középiskolai képzés tankönyveiben megszokott „alkalmazott” és — ott indokoltan — felszínes tárgyalására. Később azonban meggyőződik az olvasó, hogy itt felszínességről nincs szó és az általános pathologia minden klasszikus fogalma a modern adatokkal együtt megtalálható a könyvben. Újszerű és rokonszenves, hogy minden arra

a helyre kerül, amely a klinikum szempontjából megilleti.

A könyv a következő fejezetek-re oszlik:

I. A betegségek általános etiologiaja és pathogenesise.

II. Sejt- és szövetkárosodások.

III. A differenciálódás és a növekedés zavarai.

IV. Immunpathologia és gyulladások.

V. Az anyagcsere-folyamatok mechanizmusai és legfontosabb megbetegedéseik.

VI. Fontos anyagcsere-betegségek.

VII. Endokrin-szervek működésének zavarai.

VIII. A mozgásfunctio zavarai.

IX. Az idegszövet és károsodásának típusai.

Az I. fejezetben az orvosi statisztika terminológiájának definíciója kapcsán hangsúlyozzák, hogy mind a mai napig a legértékesebb statisztikai adatokat, bizonyos selectiv hatások érvényesülése ellenére is, a boncolási statisztika szolgáltatja. Említésre kerülnek a cerebralis halál NSZK-ban elfogadott jelei: 1. Cerebralis reflexia; 2. EEG hullámok szünetelése min. egy órán át, 12 órával később megismételve; 3. a koponyaűri keringés teljes megállása min. 30 percen keresztül.

A szövetek károsodásának pathológiáján kívül a II. fejezetben van szó az ún. enzymopathiákról is. Utóbbiak közül a galaktos-aemia, a glikogén-tárolási betegség 8 típusa, a metachromasiás leukodystrophia (glykolipidosis) és a phenylketonuria kerül megtárgyalásra. Az elektrolyt-háztartás zavaraiiban szerepet játszó tényezők tömör összefoglalását követi az oedemák egyes típusainak (hydrostatikus, onkotikus, dyschoriás, osmotikus, lymphoedema, multifaktorialis) betegségeken való bemutatása.

A III. fejezet foglalkozik a magzatok károsodásával (gametopathiák, blastopathiák, embryopathiák és foetopathiák), valamint a sejtptótlás, regeneratio és metaplasia körével.

A daganatok tárgyalása kapcsán említésre kerül minden korszerű adat, ami szükséges a megelőzés, diagnosztika és gyógyítás alapelveinek megértéséhez. Foglalkozik a könyv az 5 éves túlélés értékével és olyan elgondolkodtató adatokat említ, hogy emlőrák műtete után 5 évet túlélő betegek 50%-a is végül a daganat következtében pusztul el. A daganatok histogenetikai osztályozása mellett külön rész tárgyalja a gyakorlat számára legfontosabb formákat: hörgő-, gyomor-, vastagbél-, emlő-, prostata-, méhnyakrák, valamint a leukaemiákat. Utóbbiak áttekintését klinikai és cytologiai differenciál diagnosztikai táblázatok segítik elő. Szó van a paraneoplasziás tünetek három csoportjáról (endokrin, neurological, haematologiai).

A IV. fejezetben külön figyelmet szentelnek a transplantatio immunologiai kérdéseinek és a daganatimmunológiának is. A gyulladások osztályozása (exsudatív, necrotizáló, granulatiós, proliferatív, granulomatosus) az átfedések miatt talán indokolatlanul részletes. A gyulladásokra vonatkozó általános pathologiai fogalmak hasznos megértését szolgálja az, hogy külön alpontok foglalkoznak a gyulladások egyes formáiban megnyilvánuló betegségekkel: nátha, influenza, májgyulladás, appendicitis, streptococcus angina, lobaris és bronchopneumonia, agyhártyagyulladás, gümőkór, sepsis, és soor. Az anyagcserét segítő mechanizmusok témakörében a keringés és a légzés szerveinek megbe-

tegedései mellett szó van a gastritusról, a gyomorfekélyről, a máj zsíros elfajulásáról és cirrhosisáról, továbbá a hasnyálmirigy gyulladásáról és a vese legfontosabb megbetegedéseiről. Az anyagcsere betegségek közül a diabetes mellitus, a köszvény és a haemochromatosis kerül megtárgyalásra. Az endokrin szervek kóros működésének két alapvető megnyilvánulási formája — a hyperfunctio és a hypofunctio — képezi az osztályozás alapját. Az általános pathologiai fogalmakat e téren is a leggyakoribb endokrin megbetegedések mechanizmusai példázzák.

A könyvet részletes — 18 oldalas — tárgymutató egészíti ki. Doerr professzor előszavában hangsúlyozza, hogy e könyv csupán

vezérfonal a tanuláshoz és az általános pathologia teljes elsajátításához szükséges a német nyelvtérületen is nagyszámú klasszikus pathologiai tankönyv és egyéb kézikönyvek tanulmányozására. Ugy gondoljuk, hogy e vezérfonal didaktikai elve — elméleti tárgy tanításának adaptálása a gyógyítás gyakorlatához — a monographiában kiválóan megvalósult. Ez a törekvés, hasznos útmutatóul szolgálhat az integrált oktatás szellemében készülő hazai tankönyvek összeállításához. A gyakorló szakember is sokoldalú és tömör tájékoztatást kaphat, ha a kóros folyamatok valamely kérdésében e könyvből kívánja ismereteit modern adatokkal bővíteni.

Sellyei Mihály dr.

MEGNYÍLT A MEDICOR MŰVEK MINTABOLTJA

Célunk az egészségügy igényeinek gyorsabb, rövidebb úton való kielégítése, valamint a szorosabb üzleti együttműködés kialakítása.

Üzletünkben közületi és magánfogyasztók egyaránt vásárolhatnak:

- egyszerhasználatos injekcióstűket;
- steril atraumatikus sebészeti varrótűket;
- kéziműszereket;
- ionizátorokat;
- kvarclámpákat, valamint a Medicor Művek által gyártott készülékeket, berendezéseket.

A bolt nyitvatartási ideje: 9-től 16.30 óráig.

Címe: Budapest V. kerület, Aranykéz utca 2.

Telefon: 184-482.

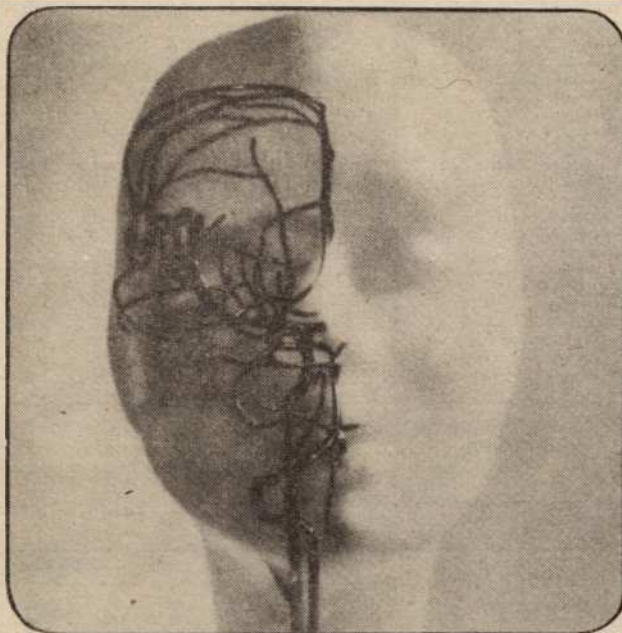
MEDICOR-BUDAPEST



SANDOMIGRAN[®]

draszé

migraine-prophylacticum



ELLENJAVALLATOK

Tekintettel a parasympholyticus hatás-komponensre: glaukoma; prostata hypertrophia; továbbá terhesség; MAO-bénítók egyidejű alkalmazása.

ADAGOLÁS

A napi adagot lépcsőzetesen célszerű emelni, az alábbi táblázat szerint:

	1-2	3-4	5... nap
REGGEL	-	-	1 draszé
DÉLBEN	-	1	1 draszé
ESTE	1	1	1 draszé

Az esetek többségében az 5. naptól napi 3×1 draszé adható. Makacs esetekben a napi adag lépcsőzetesen 3×2 , 3×3 draszéra emelhető.

MELLEKHATÁSOK

A fenti adagolási tájékoztató betartása esetén csak ritkán lép fel enyhe sedatív hatás, mely többnyire 1-2 heti kezelés után megszűnik. Egyes esetekben testsúlynövekedés figyelhető meg, mely az étvágy fokozódásának eredménye.

FIGYELMEZTETÉS

A Sandomigran alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnek megfelelően – előírt adagban szedhetik. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani, nyugtatók szedése kerülendő.

CSOMAGOLÁS

30 db draszé

Ára: 89,50 Ft

MEGJEGYZÉS *

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján az illetékes orvos két példányban („másolat”-tal) kiállított vényen rendelheti.

HATÁS

A Sandomigranra jellemző a biogénaminokra, különösen a serotoninra kifejtett polyvalens gátló hatás.

A rohamok frekvenciáját csökkenti, így alkalmas a migraine kúraszerű kezelésére.

A Sandomigran sajátossága a nyújtott hatás.

ÖSSZETÉTEL

Pizotifenum 0,5 mg (0,73 mg hidrogen-malát alakjában) draszéként.

JAVALLATOK

Migraine és migraine típusú fejfájások megelőzése: tipikus és atipikus migraine; vascularis eredetű fejfájások, Horton-syndroma kezelhetők a legelőnyösebben Sandomigrannal. Kevésbé eredményes a tenziós, psychogen, posttraumás fejfájások esetén.

Az akutan kialakult migraines rohamot nem befolyásolja.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI

SANDOZ A.G. – BASEL licencia alapján

**Az Egészségügyi Minisztérium
tájékoztatója az áprilisi járványügyi helyzetről**

Influenza. Áprilisban megszűnt a februárban kezdődött mérsékelt járvány, amelynek során összesen kéreken 650 000 influenzás és influenzaszerű megbetegedést regisztráltak (100 lakosra számítva összesen 6,24 esetet). Az OKI és a KÖJÁL laboratóriumok a járvány során összesen 137 influenza A vírusörzset izoláltak. Az OKI víruskutató osztályán végzett meghatározás eredménye valamennyi törzs esetében az A(Victoria)3/75-éhez közelálló antigénszerkezetet mutatott.

Salmonellosis. A bejelentések száma több volt mint márciusban és magasabb volt a mediánnál is. Balassagyarmaton egy szociális otthonban S. bredeny okozott járványt. Két megbetegedés történt a salgótarjáni Megyei Kórház baleseti osztályán is. Ez a kórokozó altípus Nógrád megyében évek óta nem fordult elő. Most a betegek és jelentős számú üritőn túl izolálták egy magánkisiparos által készített házikolbászból, a Balassagyarmati Húsüzemben gyártott, Salgótarjánban árusított bácskai hurkából és az Ipoly vízből is. A Békés megyei Gyulaváriban S. enteritidis által fertőzött magánkészítésű krémes fogyasztói között jelentkeztek megbetegedések halmozottan. A Veszprémi Állami Gazdaság küngösi üzemegeységében és Nagyesztergár községben disznósajt fogyasztása következtében alakult ki kisebb járvány. A betegek egy részének és az állami gazdaság vágóhidja és feldolgozó üzeme több dolgozójának székletéből, valamint a maradék disznósajtból S. stanley tenyésztett ki. A nyíregyházi Tbc Kórház csecsemő- és gyermekosztályán az egy éven aluli csecsemők között S. agona fertőzések következtében kontakt halmozódás alakult ki.

Dysentéria. Négy gyermekkollektívában Sh. sonnei okozta járvány fordult elő: az egi gyermekváros óvodájában, a szintén Heves megyei mónosbéli óvodai gyermekotthonban, a pest megyei vácdukai fiúnevelő otthonban és nagybörzsönyi óvodában.

Sh. flexneri okozott kisebb járványt a Veszprém megyei berhidai csecsemőotthonban. Egy Komárom megyei, külföldi társasutazáson résztvevő csoport tagjainak fele az utazás közben szerzett fertőzések következtében megbetegedett, a kórokozó Sh. flexneri 2b volt.

Enteritis. A Veszprém megyei Csopak egészségügyi gyermekotthonának egyik részlegében E. coli 0124 fertőzések következtében járvány alakult ki. A fertőzések terjedésében szennyvíz szerepét feltételezik, a járványt megelőzően — dugulás következtében — az intézet néhány helyiségét szennyvíz öntötte el.

Dyspepsia coli. A bejelentések száma nagyobb volt, mint az előző hónapban és magasabb volt a mediánnál is. A szegedi Városi Kórház fertőzőosztályán E. coli 0111 fertőzések következtében házi járvány alakult ki. Ugyanez a szerotípus idézett elő egy igen súlyos lefolyású megbetegedést az újszegedi gyermekotthonban is. Kisebb házi járvány alakult ki a tatabányai kórház fertőzőosztályán is, ugyancsak E. coli 0111 fertőzések következtében.

Hepatitis infectiosa. Három általános iskola diákjai között halmozott, illetőleg járványos formában jelentkeztek megbetegedések: a Hajdú megyei Ebes általános iskolás diákotthonában, egy kaposvári általános iskolában és a Borsod megyei kurityáni iskolában.

A scarlatina bejelentések száma csökkent, a legtöbb megbetegedést Pest megyéből jelentették. A rubéola megbetegedések száma növekedett, a tavalyinak azonban csak egyötödét adta. Komárom megyéből jelentették be a legtöbb esetet. A parotitis epidemica esetek száma csökkent, az egy évnél korábbinál azonban nagyobb volt. A legtöbb megbetegedést Békés megyéből jelentették.

*Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1975 november—1976 április*

Betegség	1975.		1976.			
	Nov.	Dec.	Jan.	Febr.	Márc.	Ápril.
Typhus abdominalis	9	3	2	2	2	2
Paratyphus	1	—	1	2	—	—
Salmonellosis	484	364	254	180	207	348
Dysentéria	919	682	530	500	509	431
Dyspepsia coli	160	118	100	64	87	109
Hepatitis inf.	758	650	716	604	584	527
Poliomyelitis	—	—	—	3	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Scarlatina	967	1109	1108	1011	1051	657
Morbilli	28	28	35	33	40	25
Rubeola	226	325	409	477	530	642
Parotitis epid.	4114	4808	5076	5479	6161	5073
Pertussis	4	7	5	7	4	2
Meningitis epid.	6	6	6	6	8	4
Meningitis ser.	39	42	24	25	19	27
Encephalitis inf.	17	6	7	8	9	12
Keratoconj. epid.	2	1	4	3	4	6
Malaria	3*	—	—	—	—	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	31	30	47	47	47	45
Tetanus	3	—	3	3	2	4
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	2	13	10	7	2	5
Leptospirosis	—	4	1	1	1	2
Ornithosis	2	—	—	—	—	—
Tularemia	4	6	15	6	2	9
Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	118	138	200	170	182	101
Mononuel. inf.	38	41	33	46	45	43

- Előzetes, részben tisztított adatok.
* Importált esetek.

*Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1976 április*

Betegség	Április-			Január 1.—április 30.-		
	1976.	1975.	Medián 1970— 74.	1976.	1975.	Medián 1970— 74.
Typhus abdominalis	2	2	7	8	11	29
Paratyphus	—	2	1	3	3	5
Salmonellosis	348	393	285	989	1025	748
Dysentéria	431	453	559	1970	1898	2119
Dyspepsia coli	109	244	94	360	592	406
Hepatitis inf.	527	567	619	2431	2331	2802
Poliomyelitis	—	—	—	3	2	1
Diphtheria	—	—	—	—	4	—
Scarlatina	657	1202	914	4539	3951	3951
Scarlatina	657	1202	914	3827	4539	3951
Morbilli	25	95	1234	133	403	3354
Rubeola	642	3452	—	2058	10 442	—
Parotitis epid.	5073	4484	—	21 789	15 516	—
Pertussis	2	2	7	18	10	25
Meningitis epid.	4	3	4	24	18	24
Meningitis ser.	27	24	24	95	117	73
Encephalitis	12	6	7	36	27	22
Mononuel. inf.	43	45	—	167	158	—
Keratoconj. epid.	6	1	5	17	9	17
Malaria	—	—	—	—	—	1*
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	45	22	38	186	115	120
Tetanus	4	6	5	12	19	14
Anthrax	—	—	—	1	—	—
Brucellosis	5	12	13	24	45	36
Leptospirosis	2	6	4	5	14	9
Ornithosis	—	—	—	—	1	—
Tularemia	9	6	1	32	69	4
Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	101	175	—	653	653	—

- Előzetes, részben tisztított adatok
* Importált eset

Staphylococcosis. A szombathelyi kórház szülészeti osztályán pemphygoid neonatorum járvány alakult ki. A betegek váladékából és a tisztasági mintákból három különböző fágtípusba tartozó staphylococcus tenyésztett ki.



PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(136/c)

Nagykanizsa Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője pályázatot hirdet a Városi Tüdőgondozó Intézetben megüresedett 1 fő **tüdőgyógyász szakorvosi állásra**, valamint a Városi Közegészségügyi Felügyelőségen 1 fő **közegészségügyi-járványügyi felügyelői állásra**.
Illetmény kulcsszám szerint. A tüdőgyógyász szakorvosi álláshoz 1977. januártól lakást biztosítunk.

(169)

Kisvárdai Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Kisvárdai, Zrínyi tér 4.) pályázatot hirdet a Városi Tanács Kórházában üres **laborfőorvosi állásra**. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM számú együttes utasítás alapján. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Takács László dr.
osztályvezető

(170)

Budapest IX. ker. Tanács Mériényi Gusztáv Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa (1097 Budapest, Gyáli út 17.) pályázatot hirdet a **bőrgyógyászati osztályon megüresedett beosztott orvosi állásra**. Szakmai gyakorlattal rendelkező nem szakorvosok is pályázhatnak. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint. A pályázati kérelmet a 6/1970. EÜM sz. utasítás előírásai szerint kell benyújtani.

Borza László dr.
igazgató-főorvos

(171)

Karcag Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet Kisújszállás város területén kihelyezett 1 fő **6 órás gyermekszakorvosi állás betöltésére**.

Az állás betöltéséhez csecsemő- és gyermekgyógyászati szakorvosi képesítés szükséges.

Fizetés a gyakorlati időnek és kulcsszámnak megfelelően megegyezés szerint.

A gyermekszakorvosnak mellékállás-ként el kell látnia a bölcsőde orvosi és a szülőotthon neonatológiai feladatait is. Az álláshoz Kisújszállás Városi Tanácsa azonnal beköltözhető 2 szobás összkomfortos tanácsai kiutalású lakást biztosít.

Mikola Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(172)

Karcag Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet 1 fő E 104-es kulcsszámú **felülvizsgáló főorvosi állás betöltésére**.

Az álláshoz belgyógyász szakorvosi, vagy 10 éves körzeti orvosi gyakorlat szükséges.

Fizetés fenti kulcsszámnak megfelelően + 1000.— Ft munkahelyi pótlék.

Az állás betöltéséhez 2 szobás összkomfortos tanácsai kiutalású lakást biztosítunk.

Mikola Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(173)

Karcag Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Karcag, Lenin u. 48.) pályázatot hirdet Karcag város területén 1 üres **körzeti orvosi állás betöltésére**.

A városban 8 körzeti orvosi szolgálat központi ügyelettel működik, a központi ügyelethez terepjáró gépkocsi van biztosítva.

Fizetés gyakorlati időnek megfelelő kulcsszám alapján plusz ügyeleti díj az ügyelet számától függően.

Az álláshoz 2 szobás összkomfortos tanácsai kiutalású lakást biztosítunk.

Mikola Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(174)

A Csepeli Duna Kertészeti MGTSZ szeptember 1-re főfoglalkozású (általános orvos, vagy belgyógyász) **üzemorvost** keres. Díjazás megbeszélés szerint. Jelentkezés a Duna Kertészeti MGTSZ 1751 Budapest, Pf.: 46.

Előzetes érdeklődés: a 478-487 sz. telefonon.

(175)

Fővárosi XIV., Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Budapest XIV., Május 1. út 7.) pályázatot hirdet 1 fő **körzetorvosi, 1 fő sebész szakorvosi állás betöltésére**.

Illetmény kulcsszám szerint történik, szolgálati idő figyelembevételével.

Schindler Jenő dr.
igazgató-főorvos

(176)

A XIII. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet (1131 Budapest, Gyöngyösi út 29.) igazgató-főorvos pályázatot hirdet — nyugdíjazás folytán megüresedett **sebész szak, vagy szakfőorvosi állásra** (szolgálati időtől függően).

A kinevezésre kerülő orvos a Róbert Károly krt. Kórház sebészeti osztályának munkájában is részt vehet.

Illetmény kulcsszám szerint, szolgálati időtől függően.

Kádár Tiborné dr.
rendelőintézet igazgató-főorvosa

(177)

A Dunakeszi Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet Göd-felsőn szeptember 1-vel megüresedő **körzeti gyermekorvosi állásra**.

Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM számú utasítás szerint.

Sátori Árpád dr.
igazgató-főorvos

(178)

Veszprém Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (8200 Veszprém, Szabadság tér 1.) pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett **főfoglalkozású üzemorvosi állásra** a 15. VOLÁN Vállalatnál. Besorolás kulcsszám szerint, lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Bertalan Gyula dr.
városi főorvos

(179)

Veszprém Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (8200 Veszprém, Szabadság tér 1.) pályázatot hirdet a Nehézvegyipari Kutató Intézet — Vegyipari Egyetem — Műszaki Kémiai Kutatóintézetnél áthelyezett **foglalkozású üzemorvosi állásra**. Az intézetben tudományos kutatásban való részvétel lehetősége adva van. Besorolás kulcsszám szerint, lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Bertalan Gyula dr.
városi főorvos

(180)

A Baranya megyei Mentálhygiéniai Intézet vezetője (Kézdi Balázs dr., 7601 Pécs, Pf.: 172.) pályázatot hirdet:

E 107 kulcsszámú intézeti **szakorvosi állásra**. Az állás a pszichiátriai szakvizsga megszerzése előtt 6 hónappal is elfoglalható. Besorolás kulcsszám szerint, az illetmény 30% veszélyességi és 500.— Ft munkahelyi pótlékkal egészül ki. Lakás nem biztosított. A szociálpszichiátria és a pszichoterápia iránt érdeklődők előnyben részesülnek.

A szükséges okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeket a meghirdetést követő 30 napon belül, a munkaviszonyban állóknak a szolgálati idő megtartásával a pályázatot hirdető szervhez kell benyújtani.

Kézdi Balázs dr.
int. vez. főorvos

(181)

A Kalocsai Fegyház és Szigorított Börtön parancsnoka (Kalocsa I., István út 24—26.) pályázatot hirdet intézeti vezető **orvos állásra**. A pályázók személyesen jelentkezzenek.

(182)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (1840 Budapest, Városház u. 9—11.) pályázatot hirdet a Fővárosi János Kórház három belgyógyászati osztályán megüresedő E 104 kulcsszámú **osztályvezető főorvosi állásokra**.

Képesítés és bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmeket a 6/1970. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathatnak.

Bartha Ferenc dr.
fővárosi vezető főorvos

(183)

Hatvan Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (3001 Hatvan, Pf.: 19.) pályázatot hirdet a kórház—rendelőintézet egységénél újonnan szervezett 1 fő **nővédelmi tanácsadói szakorvosi állásra**, változó munkahellyel.

Bérezés kulcsszám szerinti szolgálati időtől függően.

Az állás azonnal elfoglalható.

Valentinyi Pál dr.
igazgató-főorvos

(184)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. István Területi Kórház igazgató-főorvosa (Budapest IX., Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet, áthelyezés folytán megüresedett E 104 kulcsszámú **szülész-nőgyógyász felülvizsgáló főorvosi állásra**.

A meghirdetett állás munkaköréhez tartozik a IX. és XIX. kerület nőgyógyász szakrendeléseinek felülvizsgáló főorvosi teendőinek ellátása. A pályázó orvos — beosztásának ellátása mellett — a kórház szülész-nőgyógyászati osztályán is dolgozhat. Illetmény a kulcsszámnak megfelelő. Az állás azonnali hatállyal elfoglalható.

Balázs Tamás dr.
főigazgató-főorvos

(185)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (1840 Budapest, Városház u. 9—11.) pályázatot hirdet a **Fővárosi István Kórház I. Ideg-osztályán megüresedő E 104 kulcsszámú osztályvezető főorvosi állásra**.

Képesítés és bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 6/1970. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Bartha Ferenc dr.
fővárosi vezető főorvos

(186)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (1840 Budapest, Városház u. 9—11.) pályázatot hirdet a **Fővárosi János Kórház Szemészeti Osztályán megüresedő E 104 kulcsszámú osztályvezető főorvosi állásra**.

Képesítés és bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 6/1970. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Bartha Ferenc dr.
fővárosi vezető főorvos

(187)

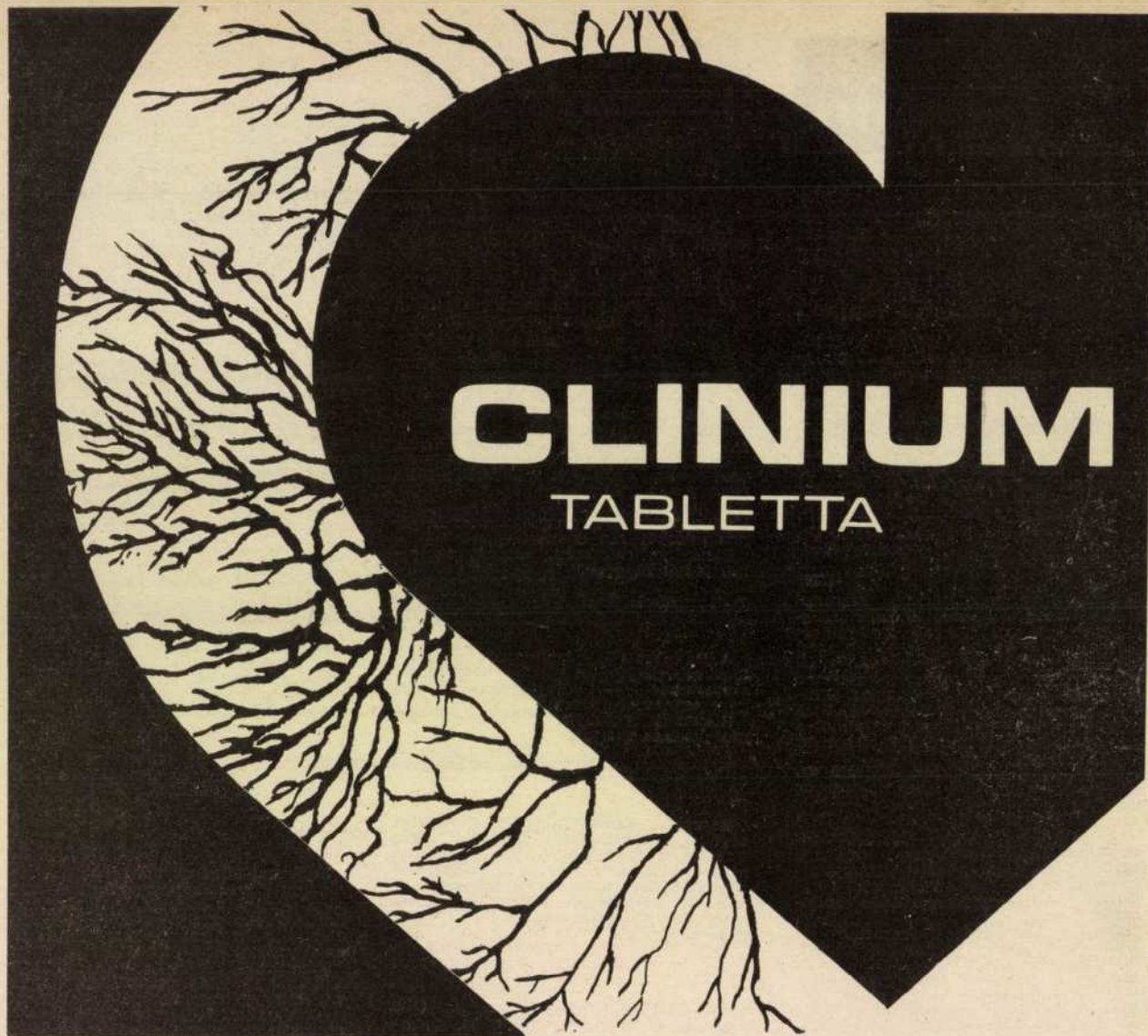
Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (1840 Budapest, Városház u. 9—11.) pályázatot hirdet a **Fővárosi István Kórház Röntgen Osztályán nyugdíjazás folytán megüresedő E 104 kulcsszámú osztályvezető főorvosi állásra**.

Képesítés és bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 6/1970. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Bartha Ferenc dr.
fővárosi vezető főorvos





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 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:  Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján 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.

MAGYAR ONKOLOGIA

1976. 2. szám

Papoly Antal dr., †Nagy Andor dr., Kádár Tibor dr.: A hazai települési formák és a gyomorrák előfordulása. Csuka Orsolya dr., Sugár János dr., Sajó István: Vinca alkaloidok hatásmechanizmusának vizsgálata. Börzsönyi Mátás dr., Pintér Alán dr., Nádasdi László dr., Csik Márta dr.: Benzimidazol carbamat pesticidekből in vivo keletkezett N-nitroso vegyületek daganatkeltő hatása egerekre. Szentirmay Zoltán dr.: Rákmegelőző állapot-e az intestinalis metaplasia? Kummerländer Lajos dr., Pejtsik Béla dr., Pál Kálmán dr., Pácsa Sándor dr.: Herpesvirus antigen előfordulása ép és praeblastomás cervix sejtekben. Sassy-Dobray Gábor dr., Kompolthy Klára és Winkler Edéné: A sarcomat cytologiai differenciál diagnosztikai kérdései. Gottwald Gizella dr., Szokolczai István dr.: Metasztázáló emlőrák kombinált citostatikus kezelése. Fodor János dr.: Modern utánóblítási eljárások az intersticiális sugárterápiában. Fűzy Márton dr., van Putten L. M. dr.: Cytostatikus hexitol származékok hatása nyugalomban levő gyorsan osztódó vércépző sejtekre.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

1976. 2. szám

Molnár Mária dr., Barta Lajos dr., Békefi Dezső dr., Broser Gábor dr.: A ffluorescein fundus angiográfia prognosztikus értéke a diabetes szakaszában. Kádár Krisztina dr., Szirmai Zsuzsanna dr.: Újabb szempontok a pylorus-stenosis diagnosztikájában. Hegedűs T. András dr., Adatok a csecsemők és kisgyermekek pszichomotoros fejlettségi szintje és néhány egészségügyi faktor összefüggéséhez. Vekássy László dr., Paraciz Ervin dr.: Hydrocephalus miatt csecsemőkorban operált, 100 gyermek pszichés teljesítményének néhány adata. Osváth Pál dr., Bernátzy Margit dr., Szabó Mihály dr.: Az IgA-hiány jelentősége a gyermekkori, allergiás betegségekben. Bobok Ildikó dr., Ludmány Konrád dr., Csáková György dr., Csernyánszky Hedvig dr.: Szérum prae-beta-lipoprotein az újszülöttek energia-háztartásában. Gagyi Dénes dr., Zoltán István dr., Virág Lajos dr.: Újszülöttkori haemolytikus betegség okozta anaemia. Sebők János dr., Marton István dr., Riskó Zoltán dr.: Parenterális folyadékbevitel hatása koraszülött patkányok tüdőnyirokereire. Pintér András dr., Pilaszanovics Imre dr., Kustos Gyula dr., Schäfer József dr., Weisenbach János dr.: Extrahapatikus epéut-atresia három sikeres műtete és a késői eredmények. Marosvári István dr., Schmidt Marianne dr.: Sumetrolim szirup terápiás értéke csecsemőkorú betegségekben. Kónya Eszter dr.: Ceporinnal kezelt, toxikus pleuropneumonia kapcsán felépített, általános oedemával jár, akut veseelégtelenség. Túri Sándor dr., Streitman Károly dr., Katona Zoltán dr.: Az Urculitr-módszer jelentősége a kvantitatív bakteriuria megítélésében. Lengyel Anna dr., Albi István dr., Rovó Judit dr.: A mebendazol jelentősége az enterobasis kezelésében. Gerő Anna dr., Baranyai Elza dr.: Fenilazopyrin (Vestin)-mérgezés. Pintér János dr., Velkey László dr., Tóti László dr., Szporny Gyula dr., Szokoly Vera dr., Hronszky István dr., Váradi Endre dr., Bognár Ferenc dr., Sallai Zsuzsa dr.: Vesetranszplantáció 12 éves gyermekekben. Héjj Gábor dr., Balogh István dr.: Csecsemőkorú Lobaris Pneumonia. Czinner Antal dr., Léb József dr.: Négy

generáción át dominánsan öröklődő polydactyilia esete. Gagyi Dénes dr., Zoltán István dr.: Vervestéses anaemia az újszülöttekben. Tóth Miklós dr., Lovas Rozália dr.: Shigellosis neonatorum. Horváth Imre dr.: A győri koraszülöttosztály első 5 éve. Kemény Pál dr., Bukovinszky János dr., Hódosi Júlia dr., Szabó Margit dr.: Wilms-tumoros beteganyagunk áttekinthetése. Újváry Mariánne dr., Baksa János dr., Szokoly Vera dr.: Familiárisan jelentkező, Hirschsprung-betegség. Gáti Béla dr., Dani Mária dr., Kajtár Pál dr.: A Blitz-Nick-Sallaam-epilepsziáról. Léb József dr., Schláffer Erzsébet dr., Dénes János dr.: Prunebelly-szindróma. Kovács Miklós dr., Pavkovics Mária dr.: Kísérlet a lázas convulsiók genetikai klasszifikációjára. Zimonyi Ilona dr., Gorácz Gyula dr., Körömdy István dr.: Halálas kimenetelű, diabeteses szövődmény (Hyperosmolaris coma) akut, lymphoid leukemiás gyermek kezelésének kezdetén. László Aranka dr., Gyurkovics Agnes dr., Várkonyi Ágnes dr.: Az osteogenesis imperfecta öröklődés-menete.

EGÉSZSÉGTUDOMÁNY

1976. 2. szám

Berenesi György: Elnöki megnyitó. Bakács Tibor: Urbanizálódás, az embert érő biológiai károk, a megelőzés és védekezés útja. Juhász Pál: Az urbanizáció néhány szociálpszichológiai problémája. Frenkl Róbert: A sport szerepe az alkalmazkodás elősegítésében az urbanizálódás folyamán. Kolta Ferenc: Salmonellák tenyésztése különböző dúsítókkal. Marton Anny-Nagy-Dani Éva: Staphylococcus aureus törzsek antibiotikum rezisztenciája és enterotoxin termelése közötti összefüggés vizsgálata. Molnár Jenő, M. Molnár Annamária: Szemirritató anyagok heveny gyulladást okozó hatásának mennyiségi értékelése patkányok szemhéján. Medve Ferenc, Mailath Fleur, Mörk József: Adagoló, állatpozíciós kamra konstans levegőszennyeződésének biztosítására. Adamis Zoltán: Különböző ásványi porok hatásának vizsgálata makrofágokon in vitro. Berenesi György, Fodré Zsófia: Adatok a Paracut tüdőspecifikus hatásáról tekintettel a tengeri malacok BCG-vel történő oltására. Morava Endre, Gergely Anna, Czeglédi Pál, Sülle Katalin, Monostori Judit: Oiom hatása fiatal patkányok csontrendszerére. Soós Aladár, Bouquet Dezső, Rödler Imre, Ladányi János: Gőcseji tájegység falusi lakosság-csoportjának táplálkozási vizsgálata. Szöllösi Erzsébet, Mörk József, Sztár Erzsébet, Tumppek Judit, Jakucs Eva, Tatár-Kiss Zsuzsa: Az ózonnal roncolt 3,4-benzopirén termékeinek krónikus toxicitási vizsgálata. Andrik Péter, Takács Sándor: A Sajó és mellékvízének bakteriológiai vizsgálata. Tóth Miklós, Lovas Rozália: Az anya, mint az újszülöttek enteriális fertőző betegségeinek forrása.

ORVOS ÉS TECHNIKA

1976. 3. szám

Perner Ferenc dr.—Járay Jenő dr.—Megyaszi Sándor dr.—Weltner János dr.: A vesekonzerválás és szállítás eszközei. Harmat József dr.—Bocskay László—Simon László dr.: Szempontok az üvegkapilláris, illetve fém-mikroelektrodáknak az elektrofiziológiában történő alkalmazásához. Fröhlich Lóránt dr.—Kékesi Imre: Elektromos húzóágy konstans és intermittáló tractiós kezeléséhez. Havas Jenő dr.: Elektroanalitikai mérőműszerek és mérőkészülékek.

Frank Klára dr.: Az átlagosnál gyengébben ellátott kórházak. Koszár Kálmán—Lantos Tibor dr.—Molnár István dr.—Nagy Zoltán—Orbázi Sándor: Műteti területek megvilágításának és hőterhelésének kapcsolata. Krakovits Gábor dr.—Rácz Lajos—Ráth István: Az orvos-műszaki szolgálat működése kórházunkban. Seres Zoltán: „Keil-érték” nomogramok.

EGÉSZSÉGNEVELÉS

1976. 3. szám

Hantos János: A Nemzetközi Vöröskereszt újraértékelése — a Vöröskereszt Világnapjáról. Szabó Zsuzsa dr.—Herczku Józsefné: Együttműködés az egészségnevelési és a vöröskeresztes szervek között Hajdú-Bihar megyében. Huszonöt éves a Magyar Vöröskereszt képes folyóirata: a Családi Lap (Magyar János). Merétei Klára dr.—Hegedűs György dr.—Szabó Pál dr.: A szabadidő felhasználás különböző formáinak vizsgálata általános iskolások között. Székely Lajos dr.: A balesetmegelőzési ismeretek és a közlekedési magatartás. Aszódi Imre dr.—Sárközi Andorné: Adatok a középiskolai tanulók pszichoszocio-szexuális fejlődését befolyásoló tényezőkhöz. Grósz István dr.: A foglalkozási szembetegségek. Arday László: A szomatikus nevelésről. Vértés László dr.: A cukorbetegség időszéri egészségnevelési kérdései.

PNEUMONOLOGIA HUNGARICA

1976. 5–6. szám

Hutás Imre: Hetvenöt éves az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet. Hután Imre, Strelbel Vilma: Krónikus nem specifikus légzőszervi betegség (CNSLB) előfordulása különböző légszennyeződési területeken. Böszörményi Miklós: A lakosságszűrés szükségességének kérdése. Schweiger Ottó: A hilusi és mediastinális nyirokcsomók differenciáldiagnosztikai kérdései. Kertes Iván, Gyenei Iván, Nagy Gabriella, Moldvai Zsófia: Bronchoscopia és peribronchialis punkció a Boeck-sarcoidosis diagnosztikájában. Gyenei Iván, Vincze Egon: A mediastinális lymphogranulomatosis cytologiai vizsgálatában szerzett tapasztalataink. Ungár Imre: Primaer, nem specifikus mellúri empyemák aetiologiája és kezelése. Levendel László, Buda Béla: Az orvos-beteg kapcsolat alakulása a pulmonológiánál állás során. Naszlady Attila, Littauer András, Dubay Miklós, Korom Gyula, Demeter Magda: Optimálisnak tekinthetők a légzési vizsgálatok kell értékei? Tomcsányi Attila, Kiss Zsuzsanna: Normál egyének lymphoblastos transzformációjának vizsgálata 3H-thymidin inkorporáció segítségével. Kovács János, Barankay András, Kulka Frigyes: Kísérletes és klinikai vizsgálatok kilégtett levegő CO₂ tartalmának eredetéről. Jakab Zoltán, Apatin Anna, Aszity Mirjana, Géval Emil, Kuchár Ferenc, Molnár Mária, Nagy Gábor, Nyiredy Géza, Schweiger Ottó: Az inoperábilis tüdőrákos betegek gyógyszeres kezelése (Beszámoló egy kooperatív tanulmány első részéről). Szántó Endre, Szabó László, Csabuda Mária: A tüdőrák diagnosztikus és terápiás problémái. Abai Anna Mária, Kozma Dezső, Tomcsányi Attila: Rifampicin és dezacetilrifampicin meghatározás szérumban. Udvarhelyi Iván, Kovács László, Lakatos József: A spondylitis tbc megjelenési formái napjainkban. Entz Albert: A tüdőbcs betegek rehabilitációjának módszertani és szervezési kérdései, mint a tüdőbetegek rehabilitációjának modellje.

Figyelem! Új csomagolás!

Arthrofluor

kenőcs



Antirheumaticum

ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alapanyagban. Az 50 g tubus 0,05 g hatóanyag-mennyiséget tartalmaz.

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

ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (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: ❖❖ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft
1 tubus (50 g) 13,40 Ft

Biogal

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 hírlapüzletében 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



76.2124 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1837-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

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.

GIACINTO MIKLÓS DR.

BTAGE ZSUZSANNA DR.

WALSA RÓBERT DR.

BUDA BÉLA DR.

HONTI JÓZSEF DR.

VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

117. ÉVFOLYAM

*

32. SZÁM

*

1976. AUGUSZTUS 8.

TARTALOMJEGYZÉK

Sömjén György dr., Kiss János dr.,
Lakner Géza dr., Dworschák Ernő dr.
és Bedő Magdolna dr.:

A szintetikus tápanyag — az elemi diéta —
alkalmazása a sebészetben 1923

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Rakonczai Gyula dr., Forgács József dr.
és Tarnóczy Péter dr.:

Súlyos Rh isoimmunisatio esetén végzett
intrauterin, intraperitonealis
magzati transfusio radiológiai vonatkozásai 1928

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Barta Lajos dr. és ifj. Bókay János dr.:

A diabeteses gyermekek hosszmereteinek
változása 1932

Niederland Vilmos dr. és Poór Ferenc dr.:

Lidoflazin (Clinium)
antiarrhythmias alkalmazása 1935

FEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉGEK

Mike György dr. és Bellyei Árpád dr.:

Rákolló deformitás
(Lobster Claw Syndroma) 1938

KAZUISZTIKA

Soltész Gyula dr., Klujber László dr.
és Németh Erzsébet dr.:

Újszülöttkori, szűrővizsgálattal
felfedezett histidinaemia 1943

Rozsos István dr., Tódor Gábor dr.
és Pogány Péter dr.:

Verőérsérülések ellátása vénaátültetéssel ... 1947

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Neuhold János Jakab 1951

Goldzieher Vilmos 1952

Julius Hirschberg emlékezete 1953

C. Clusius 1954

Szemléletmód
és az orvosi nyelv szemantikája 1956

Folyóiratreferátumok 1961

Levelek a szerkesztőhöz 1973

Könyvismertetés 1975

Pályázati hirdetések 1979

CLINIUM *tabletta*

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 60 mg lidoflazinumot tartalmaz.

HATÁS

A Clinium tartós orális adagolása – coronaria resistentia csökkentésével – javítja a collateralis keringést és a myocardium revascularizációját is elősegíti.

JÁVALLATOK

Coronariasclerosis következtében fellépő angina pectoris. Myocardialis infarctus, illetve recidiva profilaxisa.

ELLENJÁVALLATOK

A szív ingerképzési és ingerületvezetési zavarai. Myocardialis infarctus-acute szakasza. Terhesség.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

A Clinium optimális therapiás hatásának kialakulásához általában 6 hónapos kezelési időtartam szükséges.

A Clinium átlagos napi adagja 3×1 tableta, azonban célszerű ehhez az adaghoz fokozatosan eljutni:

- a kezelés első hetében naponta 1 tableta,
- a második héten naponta 2×1 tableta,
- a harmadik héttől kezdve naponta 3×1 tableta 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.

MEGJEGYZÉS:

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján fekvőbeteg-gyógyintézet belgyógyászati osztályának vezetője vagy cardiológiai szaktanácsadóval megbízott főorvos kórházi gyógykezelés, illetve kivizsgálás után rendelheti vagy javasolhatja. A javaslat 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.

CSOMAGOLÁS

50 tableta 118,- Ft.



Köbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

A szintetikus tápanyag — az elemi diéta — alkalmazása a sebészetben

Sömjén György dr., Kiss János dr.,
Lakner Géza dr., Dworschák Ernő dr.
és Bedő Magdolna dr.

Századunk elején Emil Fischer és Abderhalden kutatásai nyomán világossá vált, hogy a tudomány további haladásával lehetőség nyílik a kémiaiilag meghatározott összetételű, részben szintetikus előállított táplálék alkalmazására (23). Az állatkísérletek az 1950-es években indultak meg, és igazolták, hogy a tápanyagok ismert mennyiségű elemi alkotórészeiből optimális arányban összeállított táplálék az állatok növekedését és fejlődését jelentősen elő tudta segíteni (23). Winitz és mtsai úttörő munkája nyomán az elemi diéta (elemental diet, chemically defined diet, space diet, bilanzierete synthetische Diät) felhasználására napjainkban mind gyakrabban kerül sor (22, 23).

Indicatiós területe a sebészetben is igen széles. Segítségével leromlott állapotban levő beteget — műtét előtt és után — folyékony formában adagolható, könnyen eszmészthető és gyorsan felszívódó táplálékkal tudunk ellátni.

Az általunk alkalmazott készítmény a Mead—Johnson Laboratórium Flexical elnevezésű tápszer. A Flexical fehérje aequivalens összetevői a casein enzimatis hydrolysis során keletkezett peptidok és aminosavak, valamint néhány essentialis L-aminosav. A szénhidrát komponens zömében szaccharóz és glukóz. A zsírt szójaolaj és közepes szénláncú zsírsavakból álló trigliceridek, MCT formájában mint vízben oldható észtereket, tartalmazza a készítményt. Az MCT lebomlása után a zsírsavak felszívódását követően a bélhámsejtekben nem feltétlenül következik be az energiagényes reészterifikáció, nem keletkeznek chylomicronok, hanem a felszabadult szabad zsírsavak a vena portaen át közvetlenül a májba jutnak (12). A felnőtt ember teljes napi szükségletét fedezi a Flexicalban található vitaminok és ásványi anyagok.

Az előírás szerint elvégzett hígítás eredményeként a tápszer minden millilitere 1 Kcal tápértékű. Az 1. táblázat 2000 kcal, azaz 2000 ml Flexicalra vonatkoztatva mutatja az összetevők mennyiségét.

Az elemi diéta magas tápértékű, azonban a gastrointestinalis tractus enzimatis működését kevésbé veszi igénybe, alig stimulálja az epe- és a pancreasnedv-secretiót (14). Az alkotórészek felszívódása kevés energiát igényel, s e folyamat

A Flexical összetétele 2000 kcal, azaz 2000 ml vízben oldott tápszerre vonatkoztatva

I. táblázat

	g/2000 kcal	kcal/2000 ml
Fehérje aequivalens	43,7	175
Zsír (összes)	67,9	602
Szójaolaj	54,7	
MCT olaj	13,2	
Vitamin A, N.E.		5000
Vitamin D, N.E.		400
Vitamin E, N.E.		30
Vitamin C (ascorbin sav), mg		100
Vitamin B ₁ (thiamin), mg		1,4
Vitamin B ₂ (riboflavin), mg		1,7
Vitamin B ₆ (pyridoxin), mg		2
Vitamin B ₁₂ , mcg		5
Niacin, mg		18
Folsav, mcg		100
Pantothensav, mg		10
Inosit, mg		100
Cholin, mg		100
Biotin, mcg		150
Kalcium, g		1
Foszfor, g		0,9
Nátrium, g		0,7
Kálium, g		3
Vas, mg		10
Magnézium, mg		350
Cink, mg		10
Mangán, mg		5
Réz, mg		2
Jód, mcg		140
Klorid, g		2,4

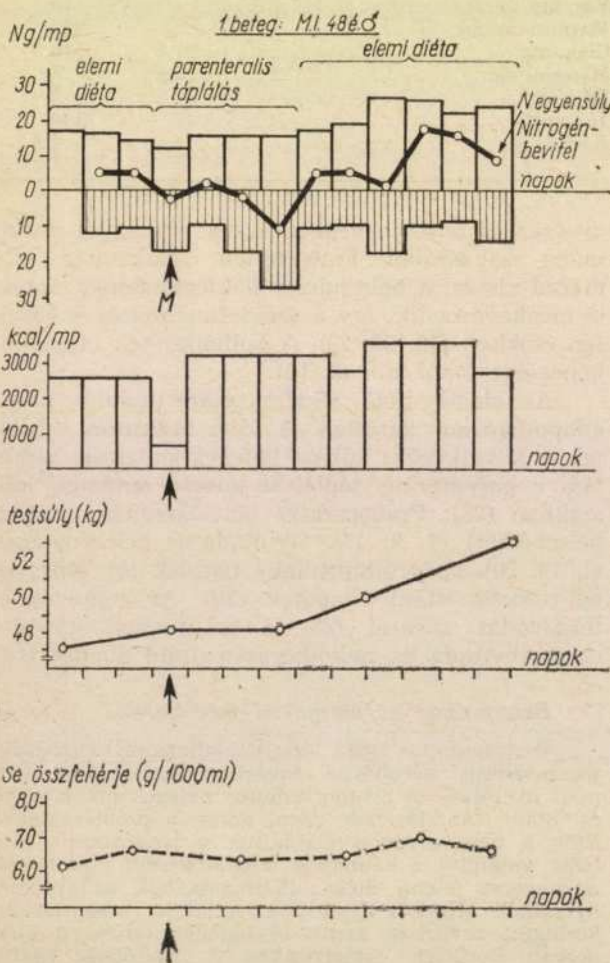
gyorsan és teljesen végbemegy a vékonybél proximális szakaszából. Emésztetlen salakanyag alig marad vissza, a bélrendszer baktériumainak száma is megkevesbedik, így a széketmennyiség jelentősen csökken (19, 22, 29). A bélhámsejtek ellenálló-képessége fokozódik (3, 10).

Az elemi diéta alkalmazására számos kóros állapotban sor kerülhet. A főbb indicatiós területek a következők: súlyos betegek enteralis táplálása a parenteralis táplálást követő átmeneti időszakban (23). Praeoperatív bélelőkészítés (vastagbélsebészet) (4, 9, 15). Gyulladásos bélbetegségek (2, 19, 20). Gastrointestinalis fistulák (5). Kiteredt bél-resectio utáni állapotok (20). Az emésztés és felszívódás zavarai (22). A bél-tractust károsító chemotherapia és radiotherapia utáni állapot (10).

Beteganyag és vizsgálati módszerek

Osztályunkon 1973 óta foglalkozunk chronikus mesenterialis vérrellátási zavarban szenvedők, valamint nyelőső- és gyomortumoros betegek műtét előtti és utáni táplálásának nem könnyű problémájával. Ezen a beteganyagon vizsgáltuk a parenteralis táplálás, valamint a kémiaiilag meghatározott összetételű, úgynevezett elemi diéta alkalmazásának az eredményességét. Mind a daganatos, mind a mesenterialis keringési zavarban szenvedő betegek leromlott állapotban kerültek osztályunkra. A nyelőső-, illetve gyomortumor a betegek kórházi felvételét megelőzően hosszabb-rövidebb idő óta meggátolta a szilárd táplálék fogyasztását, a kielégítő orális kalóriabevitelt. A chronikus éhezés állapota mellett a daganatos beteg-

Sor-szám	Név	Életkor	Nem	Diagnózis	Műtéti megoldás
1.	M. I.	48	ffi.	Occlusio a. mesentericae superioris	Aorto-mesenterialis saphena bypass beültetés
2.	B. P.	46	ffi.	Occlusio a. mesentericae superioris	Aorto-mesenterialis saphena bypass beültetés
3.	V. J.	49	ffi.	Stenosis trunci coeliac	Ganglion coeliacum exstirpatio Truncus coeliacus thrombectomia
4.	B. L.	45	nő	Stenosis trunci coeliac	Aorto-coeliacalis endarteriectomia
5.	H. M.	60	ffi.	Carcinoma recid. ventriculi	Gastrectomia totalis, oesophagojejunostomia
6.	K. J.	61	ffi.	Carcinoma cardia	Gastrectomia totalis, oesophagojejunostomia
7.	B. I.	62	ffi.	Carcinoma oesophagei	Resectio, oesophago-gastrostomia
8.	M. I.	48	nő	Carcinoma ventriculi	Gastrectomia totalis, oesophagojejunostomia



1. ábra. A beteg mind a műtét előtt, mind a műtét után fogyasztotta az elemi diétát

ség általános cachexiát okozó hatása is siettetta a kóros lesoványodást. Azok a betegek, akik a truncus coeliacus és az a. mesenterica superior stenosisa vagy occlusiója miatt kerültek műtetre — részben szintén táplálkozásképtelenek voltak — mivel kis mennyiségű étel elfogyasztása után ischaemiás fájdalom, angina abdominalis gátolta meg az étkezés folytatását.

Vizsgálatainkat 8 betegen végeztük a műtét megelőző napoktól kezdve a kielégítő normális táplálkozás megindulásáig (2. táblázat). Minden betegen regisztráltuk a 24 órás nitrogénbevitelt, valamint a nitrogénegyensúlyt. A nitrogén mennyiségét a vizeletből Kjeldahl módszere szerint mutattuk ki. A székletről történő nitrogénmeghatározástól eltekintettünk, mivel ennek mennyisége intravénás táplálás és az elemi diéta alkalmazásakor elhanyagolható, ha csak nincs extrém fokú hasmenés. Rendszeresen ellenőriztük a rutin laboratóriumi vizsgálatok eredményeit beleértve a serum összfehérje, a serum albumin, a karmabid nitrogén, a serum kreatinin szint értékelését is. Figyelemmel kísértük a 24 órás nátrium- és káliumürítést. Naponta ellenőriztük betegeink testsúlyát.

A szintetikus táplálékot az első négy napban fokozatosan emelkedő koncentrációban és mennyiségben adagoltuk, amíg elértük a 800 mosmol körüli töménységet. Mind a nyolc betegünk szájon át fogyasztotta a tápszert. Három esetben jejunostomán át kezdtük a táplálást, s csak utána tértünk át az orális alkalmazásra. A Flexicalnak mint szondatápszernak számos előnyös tulajdonsága van. Könnyen elkészíthető, adagolása, hígítása egyszerű, nem igényel különleges konyhai technikát. Higiénés csomagolása, csiramentessége miatt a fertőzés veszélye is kisebb, mint rendes táplálás esetén. A hyperosmolaris oldat bevitelére gondos ellenőrzést igényelt. A nap 24 órájában elosztva, többször kis mennyiségűt fogyasztottak betegeink, hogy az — főleg a kezdeti időszakban — hasmenést, hasi görcsöt ne okozzon. Nasogastricus szondát, infúziós pumpát a tápszer adagolása során nem használtunk.

Az elemi diéta alkalmazása mesenterialis vér-ellátási zavarban szenvedőkön

A kémiailag meghatározott összetételű diéta különlegesen jó hatásúnak bizonyult a mesenteria-

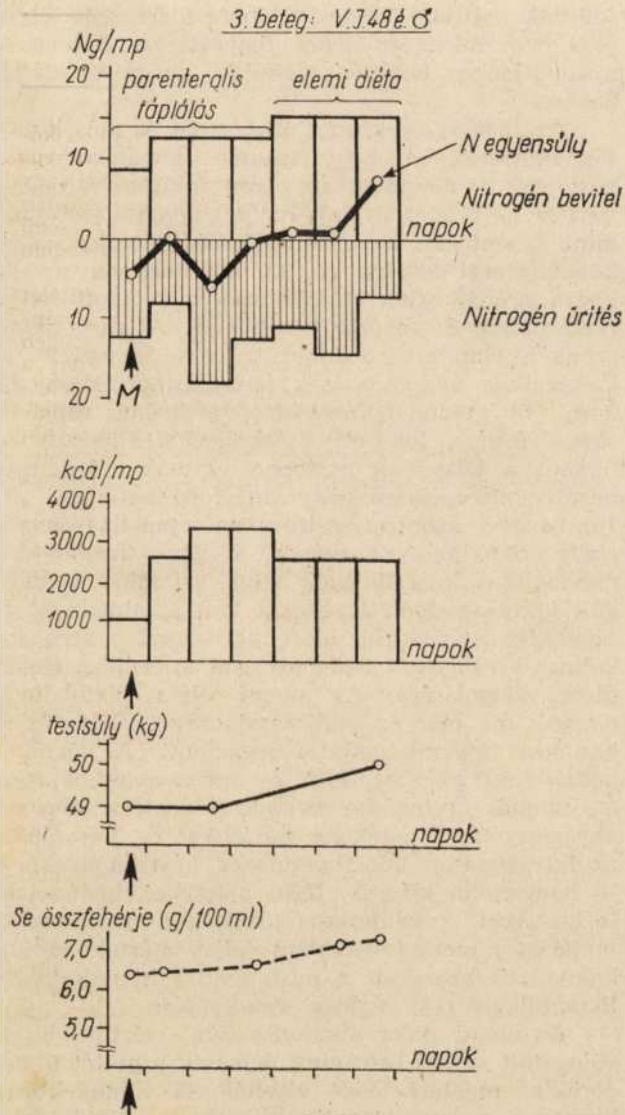
lis arteriák elzáródása vagy szűkülete miatt operált betegeken. Négy ilyen betegünk volt (2. táblázat), akik a malabsorptio, valamint az angina abdominalis egyre súlyosbodó tüneteivel, jelentős súlycsökkenéssel kerültek osztályunkra. Felvételük előtt már igen kis mennyiségű táplálék — pl. egy szelet vajos kenyér is — teltségérzést okozott, s kiváltotta az ischaemiás hasi fájdalmat. Egy betegünk (4. beteg, a 2. és 3. táblázaton) panaszai fennállása óta közel 50 kg-ot fogyott, másik három betegünk is 20 kg körül vesztett súlyából.

Két betegnek (1. és 2. beteg) a Flexicalt egy héttel a műtétet megelőzően kezdtük adni egyre növekvő koncentrációban. A folyamatos adagolás során mellékhatást nem észleltünk. A hatásos aminosav táplálás eredményeként sikerült tartós pozitív nitrogénegyensúlyt kialakítani, amellyel párhuzamosan a testsúlygyarapodás is megindult. E két betegen a leglényegesebb eredményt az étkezéseket követő görcsös fájdalom megszűnése jelentette, annak ellenére, hogy a napi kalóriabevitelt 2500 kcal-ra emeltük. Korábban az angina abdo-

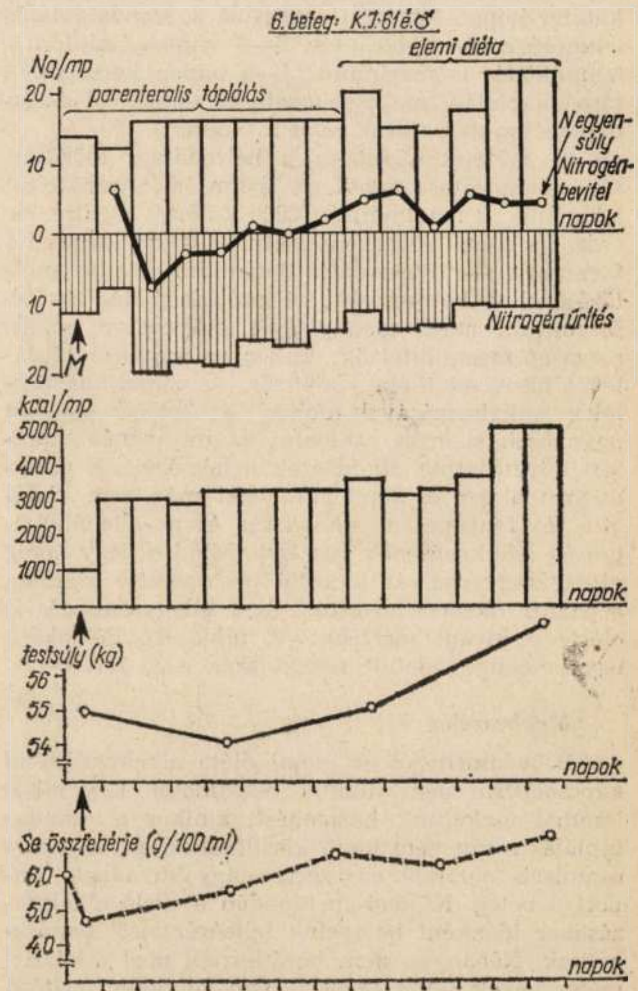
minalis fellépte megakadályozta őket, hogy napi 1000—1500 kalóriaértékű tápláléknál többet vegyenek magukhoz. Szokványos ételek elfogyasztása után az emésztés során a belek körülbelül 30 százalékkal megnövekedett vérigényét (6, 11, 17, 18) a collateralis keringés minden bizonnyal nem volt képes kielégíteni, így ischaemiás fájdalom lépett fel. Az elemi diéta alkalmazásakor úgy látszott, hogy a collateralis vérérhálózat nyújtotta csökkent vérrellátás is elegendő.

A revascularisatiós műtét után mind a négy beteget azonos séma szerint tápláltuk. Rövid, három-négy napos intravénás kalóriabevitel után ismét elkezdtük a Flexical adását, napi 2000—2500 kcal mennyiségben. Ismert tény, hogy a bél-tractus vérrellátásának helyreállítását nem követi azonnal a bélhámsejtek funkciójának visszatérése (6), így néhány napon át még szükséges a könnyen és a maradék nélkül felszívódó tápszer adagolása. Az elemi diéta megnöveli a bélhámsejtek ATP tartalmát (20), fokozza ellenálló- és regenerálóképességüket, megrövidítve ezzel a gyógyulás idejét.

Mindegyik beteg postoperatív nitrogén egyenlege tartósan pozitív volt, s jelentős súlygyarapodást figyeltünk meg (3. táblázat). Példaként két betegünk adatait részletezzük az 1. és 2. ábrán.



2. ábra. A beteg csak a műtét után fogyasztotta az elemi diétát



3. ábra.

Sorszám	Név	Életkor	Nem	Testsúly csökkenés műtét előtt kg	Az elemi diéta alkalmazásának ideje nap	Testsúly-növekedés műtét után kg	Napi átlagos kalória bevitel kcal - i.v. kiegészítéssel együtt	Napi átlagos nitrogén egyensúly g
1.	M. I.	48	ffi.	70—48	14	47—53	2700	+2,8
2.	B. P.	46	ffi.	66—48	13	48—50	2500	+1,8
3.	V. J.	49	ffi.	68—49	8	49—50	2300	+0,5
4.	B.L.	45	nő	90—43	5	43—47	2300	+0,9
5.	H. M.	60	ffi.	66—59	7	59—65	3600	+2,3
6.	K. J.	61	ffi.	61—55	7	55—58	3300	+1,4
7.	B. I.	62	ffi.	73—65	8	65—66	4100	+2,1
8.	M. I.	48	nő	70—53	8	53—58	4200	+2,3

Az elemi diéta alkalmazása nyelöcső- és gyomortumoros betegeken

Négy nyelöcső- és gyomorrák miatt radikális műtétre került betegeken is alkalmaztuk a kémiai-lag meghatározott összetételű diétát. E betegeken katéter-jejunostomát át megvolt a szondatáplálás lehetősége. A műtét után 6—9 nappal, miután a bélműködés is megindult, 4—5 napon keresztül a táplálászondán, majd fokozatosan emelkedő dosisban szájon át kezdtük adni a tápszert.

A műtétet követően a bélrendszer csökkent felvevőkapacitása miatt azt lassan és folyamatosan adagoltuk, s maximálisan 2000 kalóriát vittünk be ezen az úton. A parenteralis táplálást kiegészítő formában — hypertoniás szénhidrátoldatok mellőzésével — betegenként változó ideig még tovább folytattuk, majd mennyiségét csökkentve, alkalmazását megszüntettük. Ekkor az egyedüli táplálékot az elemi diéta jelentette. A szintetikus táplálék alkalmazásával ebben a betegcsoportban ugyancsak sikerült áthidalni az intravénás táplálást követő átmeneti időszak nehézségeit. E periódusban a per os táplálékfelvétel még nem kielégítő, és fenyeget a súlyvesztés és az ellenállóképeség csökkenésének veszélye. Mind a négy beteg nitrogénegyensúlyát a késői postoperatív szakban a pozitív oldalon tartottuk, és a súlygyarapodás is elérte a kívánt mértéket (3. táblázat). Példaként egy betegünk adatait részletezzük a 3. ábrán.

Megbeszélés

Szövődményről az elemi diéta alkalmazásával kapcsolatban nem tudunk beszámolni. Egy alkalommal észleltünk hasmenést, amikor a szonda-táplálás során nem kellő körültekintéssel a hyperosmolaris oldatból egyszerre nagyobb adagot kapott a beteg. Különösen szondán át való alkalmazásakor időnként betegeink teltségérzetről panaszkodtak. Néhányan nem barátokztak meg a készítmény ízével. Sokat segített, hogy többféle ízesítésű tápszerünk volt, s így bizonyos változatosságot

tudtunk nyújtani. Ennek ellenére a betegek többsége nem mint táplálékot fogyasztotta, hanem a gyógyulásához feltétlen szükséges gyógyszert látta benne.

Az 1930-as években *Cuthbertson* és más kutatók mutattak rá, hogy traumát követően vagy postoperatív állapotokban olyan fokú a nitrogénvesztés (a vizelet útján), mely nagyobb mértékű, mint amennyire a szöveti sérülés kiterjedéséből következtetni lehetne (7, 22). *Cuthbertson* javaslatára próbálkoztak először szájon át adott kalóriahordozók és fehérje bevitelével. A várt hatás azonban elmaradt, a fokozott nitrogénvesztést, a katabolikus állapotot csak igen kismértékben sikerült ily módon befolyásolni. Intravénás táplálás segítségével a fokozott katabolizmus ellensúlyozható, s a közvetlen postoperatív szakra jellemző negatív nitrogénegyensúly megfordítható (1, 13, 16). Ismerve azonban az intravénás táplálás potenciális szövődményeit (sepsis, v. cava thrombosis, metabolikus komplikációk stb.), valamint rendkívüli költségességét, igyekezni kell alkalmazását a szükséges legrövidebb időre korlátozni, s arra alkalmas kiválasztott beteganyagot áttérni az elemi diéta adagolására. Az elemi diéta birtokában ugyanis ma már az oralis aminosav táplálás és a hathatós hyperalimentatio megoldott. A vékonybélből felszívódó peptidek és aminosavak bejutva a systemás keringésbe, bekapcsolódnak a fehérje-anyagcserébe, s jótékony hatásukat — hasonlóan az intravénásan adott aminosav készítményekhez — hamarosan kifejtik. Mint ahogy eredményeink is igazolják, a szintetikus táplálék a parenteralis táplálást követő időszakban teljes mértékben alkalmasnak bizonyult a postoperatív hyperkatabolikus állapot (13) végleges rendezésére.

Az elemi diéta alkalmazásával elértük, hogy válogatott súlyos betegeink nemcsak a műtét utáni periódus megterheléseit viselték el könnyebben, hanem a reconvalencia időszaka is rövid ideig tartott, s kórházi elbocsátásukra jobb általános állapotban került sor.

Összefoglalás. A szerzők ismertetik a kémiai-lag meghatározott összetételű táplálék, az úgynevezett elemi diéta alkalmazásának jelentőségét a sebészetben. Mesenterialis vérellátási zavarban szenvedők, valamint nyelőcső- és gyomortumoros betegek kezelése során saját eredményeikkel is igazolják a folyékony formában adagolható, könnyen felszívódó szintetikus táplálék jótékony hatását. Nagy műtéti beavatkozások postoperatív szakában végzett kezelés ideje alatt a részben táplálkozásképtelen betegek testsúlygyarapodása megindult, a nitrogénegyensúly tartósan pozitív volt. E betegek hazabocsátására a bejövételhez viszonyítva lényegesen jobb általános állapotban került sor.

IRODALOM: 1. *Bedő M., Varga P.:* Orv. Hetil. 1967, 108, 13. — 2. *Berg, C. és mtsai:* Dtsch. med. Wschr. 1972, 97, 826. — 3. *Bounous, G. és mtsai:* Ann. Surg. 1967, 166, 312. — 4. *Bounous, G. és mtsai:* Dis-

ease of the Colon and Rectum. 1974, 17, 157. — 5. *Bury, K. D. és mtsai:* Amer. J. Surg. 1971, 121, 174. — 6. *Csernay L.:* Orvostud. 1974, 49, 17. — 7. *Cuthbertson, D. P. és mtsai:* Brit. J. Exp. Path. 1945, 26, 396. — 8. *Glotzer, D. J.:* Gastroenterology. 1971, 61, 405. — 9. *Glotzer, D. J.:* Surgery. 1973, 74, 703. — 10. *Hugon, J. S. és mtsai:* Strahlentherapie. 1973, 146, 701. — 11. *Kelentey B.:* Orvostud. 1974, 49, 24. — 12. *Kaunitz, H.:* Dietary use of MCT Balanced Nutrition and Therapy. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971. p. 25. — 13. *Loirat, Ph. és mtsai:* Europ. J. Intensive Care Medicine. 1975, 1, 11. — 14. *Rocchio, A. M. és mtsai:* Am. J. Surg. 1974, 127, 469. — 15. *Sattler, R. W. és mtsai:* Aktuelle Chir. 1974, 9, 1. — 16. *Varga P.:* A súlyos betegek energia- és fehérjeháztartása. Közlés alatt. — 17. *Varró V. és mtsai:* Kísér. Orvostud. 1964, 16, 662. — 18. *Varró V.:* Orvostud. 1974, 49, 43. — 19. *Voitk, A. J. és mtsai:* Arch. Surg. 1973, 107, 329. — 20. *Voitk, A. J. és mtsai:* Ann. Surg. 1975, 181, 220. — 21. *Winitz, M. és mtsai:* Amer. J. Clin. Nutr. 1970, 23, 525. — 22. *Winitz, M. és mtsai:* Amer. J. Clin. Nutr. 1970, 23, 546. — 23. *Winitz, M. és mtsai:* Balanced Nutrition and Therapy. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971. p. 46.

BIOSUPPRESSIN kapszula

Új készítmény!

cytostaticum

Összetétel: 1 kapszula 0,20 g Hydroxycarbamidot tartalmaz.

Javallatok: Krónikus myeloid leukémia, melanoma metastasisal. Az említett elváltozásoknál elsősorban kombinációs kezelés formájában alkalmazzuk a remissiók idejének kedvezőbb alakulása céljából.

Nagy kiterjedésű, terápiarezisztens psoriasis; psoriasis ad erythroderma vergens; erythroderma psoriaticum, psoriasis pustulosa.

Ellenjavallatok: Hydroxycarbamid nem adható, ha általában cytostaticum, illetve immunosuppressiv szer kontraindikált, továbbá csontvelőkárosodás, máj- vagy vese-fünció zavarok esetén. Fertilis korban csak az életet veszélyeztető állapotokban adható az esetleges teratogen hatás miatt. Terhesség alatt egyáltalán nem alkalmazható.

Adagolás: Tumorok esetében

- a) váltakozó terápiában 80 mg/testsúlykg egyszeri dózisban minden harmadik nap, vagy
b) folyamatos terápiában 20–30 mg/testsúlykg mindennapi adagban (pl. 70 kg-os betegnek $3 \times 2-3$ kapszula/die).

Psoriasis esetében

20–30 mg/testsúlykg napi adagban (pl. 70 kg-os betegnek 3×2 kapszula/die).

Intermittáló kezelés: 1 hetes kúra után 1 hét szünet. A klinikai választól függően 2–3 kúra.

Mellékhatások: Gastrointestinalis zavarok (étvágytalanság, émelygés, gyomornyomás), bőrpiír, átmeneti haematológiai tünetek (anaemia), néha idegrendszeri zavarok. Esetlegesen emelkedett serum-húgysavszint.

Figyelmeztetés: A szer csak intézetben, dózisbeállítás után, a haemopoetikus rendszer, máj- és vese-fünció rendszeres ellenőrzése mellett adható. Krónikus myeloid leukémia kezelésekor az adagolást már a fehérvérsejtszám 15 000 alá csökkenése esetén abba kell hagyni. Egyéb indikációban a terápiát fel kell függeszteni, ha a fehérvérsejtek száma 3000, a trombocitaszám pedig 100 000 alá csökkenne és csak akkor lehet újramezteni, ha az értékük jóval e fölé emelkedik.

Megjegyzés: Csak fekvőbeteg-gyógyintézetek részére kerül forgalomba.

Lejárató idő: 2 év.

Csomagolás: 250 db kapszula.

Ara: 645,- Ft.



Előállítja: **BIOGAL Gyógyszergyár Debrecen**



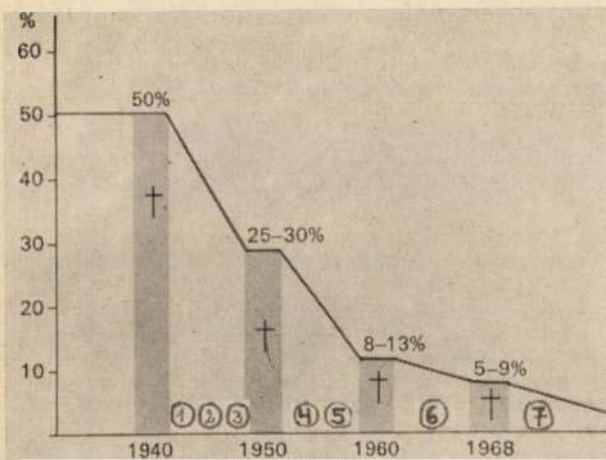
1927

Főv. Tanács Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézete,
Röntgenosztály (főorvos: Gimes Béla dr.),
B Szülő-Nőbeteg Osztály (főorvos: Forgács József dr.)

Súlyos Rh. isoimmunisatio esetén végzett intrauterin, intrapertonealis magzati transfusio radiologiai vonatkozásai

Rakonczi Gyula dr., Forgács József dr.
és Tamóczy Péter dr.

Rh sensibilizált anyák magzatának mortalitását, mint 1. ábránk mutatja, az Rh factor felfedezése, a Coombs-test, a szülés utáni csere-transfusio, a magzatvíz spektrofotometriás vizsgálatának alkalmazása és a művi koraszülés az 1940. év előtti 50 százalékról 8–13%-ra csökkentette; majd az intrauterin, intraperitoneális magzati transfusio (továbbiakban: IIMT) bevezetése 5–9%-ra javította (12, 2).



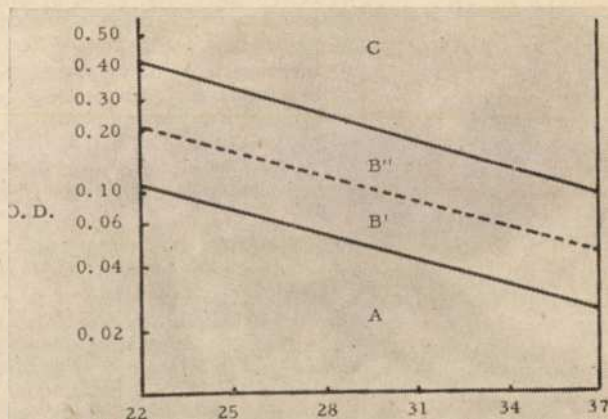
1. ábra.
Az Rh isoimmunisatio perinatalis mortalitásának változása. Schreiner-Maroni szerint.
1. Az Rh factor felfedezése.
2. Coombs-test
3. Csere-transfusio.
4. Magzatvíz-spektrofotometria.
5. Művi koraszülés.
6. Intrauterin transfusio.
7. Anti-D immunglobulin prophylaxis

Hazánkban Lampé és mtsai (8) az IIMT egy sikeres Illei és mtsai (6) egy sikertelen esetéről számoltak be.

Az IIMT lényege, hogy a magzatvíz spektrofotometriás vizsgálata alapján súlyosan vesélyeztetettnek ítélt magzat hasába az anya hasfalán, a méhfalon keresztül szűrt Tuohy-féle punctiós tűn át vékony műanyag csövet vezetünk és kellő mennyiségű „0” Rh negatív vvs.-concentratumot adunk. A vörösvérsejtek a magzati hasúrból 70–100%-ban a nyirokereken keresztül felszívódnak és sértetlenül a magzati keringésbe kerülve az anaemiát átmenetileg kompenzálják. Jóval kedvezőtlenebb a felszívódás lehetősége hydrops foetus esetén.

A beavatkozást az teszi szükségessé, hogy a művi koraszülés legkorábbi optimális időpontja a terhesség 35. hete. Viszont a súlyos, életveszélyes magzati károsodás az esetek egy részében már jóval a 35. terhességi hét előtt kialakul. Ilyen esetekben a tétlen várakozás szinte bizonyosan a magzat életébe kerül, a 35. hét előtt lefolytatott művi koraszülés esetén pedig a magzatok többnyire a légzőszervük fejletlensége következtében pusztulnak el. Az IIMT célja végeredményben az időnyeres és elvégzésének optimális időpontja a terhesség 27–34. hete. Az IIMT-vel az esetek 30–50%-ában menthető meg a magzatok.

Az IIMT javallata a magzatvíz spektrofotometriás vizsgálata alapján történik, mely 90%-ban ad megbízható eredményt. Schreiner és Maroni (12) szerint, ha a magzatvízben levő bilirubinoidok mennyiségét kifejező ΔE_{450} érték a terhesség 35. hete előtt Bishop által módosított Liley-táblázat (2. ábra) C zónájába esik, indokolt a beavatkozás. Szerintük 0,4 felett levő ΔE_{450} érték esetén csak ritka kivételként menthető meg a magzat, 0,6-nél



2. ábra.
Bishop által módosított Liley-diagramm. Az ordinátán az optikai densitás, az abszcissán a terhességi hetek

pedig a beavatkozás reménytelen, tehát felesleges. A javallathoz figyelembe lehet venni a kórelőzményt, az ellenanyagtitert, az élő gyermekek számát is.

Az IIMT kivitelezésében fontos szerep hárul a radiológusra; nem elhanyagolható a magzatot érő sugárhatás kérdése sem. Az irodalomban szereplő közlemények többnyire csak mellékesen fog-

lalkoznak a radiológiai vonatkozásokkal. Ezért érdekesnek tartjuk a beavatkozás radiológiai kérdését tárgyalni. Ehhez azonban szükségesnek látszik eseteink kivonatos ismertetése.

Esetismertetés

B. J.-né, 31 éves. Előzményében időbeli sorrendben 2 művi vetélés, 1 normális szülés icterusos, de vércseréje nem szoruló magzattal. Ezt követően Rh isoimmunisatio miatt bekövetkezett méhen belüli magzatelhalás szerepelt. Jelen terhessége során a „B” Rh negatív vércsoportú asszony ellenanyagtitere a kezdeti 1:16-ról 1:32, majd 1:1024-re emelkedett. Terhességének 31. hetében izotópos placentographiát, majd amniocentesiszt végeztünk. A magzatvíz spektrofotometriás vizsgálata $\Delta E_{450}:0,35$ értéket adott, mely a Bishop—Liley-diagramm C zónájában lévén magzati életveszélyre utalt. Ezért IIMT-ot tartottunk szükségesnek. A beavatkozás során a punctiósz tűvel először a magzat combjába, majd a tü irányát megváltoztatva a magzat hasába jutottunk (lásd 5. ábrát). A hasúrbé 120 perc alatt 120 ml „0” Rh negatív, 24 g⁰/₀ haemoglobin tartalmú vvs.-concentratumot fecskendeztünk. A beavatkozás utáni 18. napon — a tervezett művi koraszülés előtt 2 nappal — spontán szülés zajlott le. Élő, 2200 g súlyú lánymagzat született, akit azonnal intéztünk koraszülöttszűkületének intenzív részlegére helyeztünk át. Laboratóriumi eredményeiből: hgb.: 8,8 g⁰/₀, htk.: 28⁰/₀, thrombocytá: 40 000, se. bilirubin: 10,1 mg⁰/₀, Rh factor: kétes, direct Coombs-reactio: pozitív (az újszülött vércsoportja 4 hetes korában egyértelműen Rh pozitív volt). A koraszülöttszűkületünkön 2 alkalommal végeztek vércserét és 3 ízben transfusiót. A gyermek egészségesen távozott intézetünkől.

2. Gy. S.-né, 30 éves. Vidéken lakó, erősen elhízott nőbeteg. Az előzményben az első szülése normálisan zajlott le. Második terhessége során Rh isoimmunisatio, az újszülöttet három ízben végzett vércseréje ellenére, elvesztették. Az anya vércsoportja „B” Rh negatív. Ellenanyagtitere a terhesség kezdetén 1:32 volt, majd fokozatosan emelkedett. osztályunkon 1:2048 értéket találtunk. Az asszonyt terhességének 29—30. hetében küldték osztályunkra. Vizeletlelete és a terheléses vércukor alapján latens diabetes állapítottunk meg, de diétáza vizeletében cukrot nem ürített. Ultrahang B képpel történt lepény-localisatio után amniocentesis. A magzatvíz spektrofotometriás vizsgálata $\Delta E_{450}:0,166$ értéket adott, ami a Bishop—Liley-diagramm B zónának megfelelő elhelyezkedést mutatott. Kilenc nap múlva, terhességének 31—32. hetében megismételve a vizsgálatot, a C zónába eső $\Delta E_{450}:0,30$ értéket kaptunk, ami magzati életveszélyt jelentett. Ezért a terhességének 32. hetében IIMT-t végeztünk. Ennek során úgy éreztük és a képernyőn látni véltük, hogy a punctiósz tűvel behatoltunk a fartartásban elhelyezkedő magzat hasába, azonban a kontrasztanyag füstszerűen a magzatvízben oszlott szét. Továbbtolva a tűt, a magzat hasába jutottunk, ahová 80 perc alatt 120 ml „0” Rh negatív, 23 g⁰/₀ haemoglobin tartalmú vvs.-concentratumot fecskendeztünk. A terhesség 35. hetében tekintettel az anya latens diabetesére, a magzat medencevégű elhelyezkedésére, császármetszést végeztünk. Élő, 2600 g súlyú, erősen makrosomiás küllemű fiú született, akit koraszülöttszűkületünk intenzív részlegére helyeztünk át. A laboratóriumi értékeiből megemlíthjük, hogy a vércsoport „0” Rh pozitív, direct Coombs-reactio pozitív, se. bilirubin 12,4 mg⁰/₀, hgb.: 11 mg⁰/₀, htk.: 42⁰/₀, vvs.-szám: 3 100 000, thrombocytá: 12 000. Vércukor enzimes módszerrel: 0 mg⁰/₀, ort. módszerrel: 14 mg⁰/₀. Az újszülött egy alkalommal részesült vércserében. A vércukorszint hipertoniás cukoroldat ismételt adása ellenére sem emelkedett a 2. napon 35 mg⁰/₀ fölé, ezért három napon keresztül steroid kezelést adtak. Ezen tüneteket az anya latens diabetesével lehetett kapcsolatba hozni. Oedemái négy nap alatt megszűntek. Gyógyultan távozott.

3. S. G.-né, 23 éves. Az előzményben 1 művi terhességmegszakítás szerepelt. Osztályunkra terhességének 29. hetében került felvételre. Vércsoportja „A” Rh negatív. Ellenanyagtitere 1:64. Lepény-localisatio ultrahang B kép eljárással. Amniocentesis és magzatvíz spektrofotometria, melynek eredménye $\Delta E_{450}:0,095$. Ez a Bishop—Liley-diagramm B zónájának, tehát az úgynevezett „átmeneti” zónának alsó felére esett, ami várakozásra jogosított fel bennünket. Két hét múlva az ellenanyagtitere 1:512. Amniocentesis. A magzatvíz spektrofotometriás vizsgálata $\Delta E_{450}:0,317$, ami magzati életveszélyt jelzett. IIMT-t végeztünk, melynek során minden nehézség nélkül sikerült megpungálni a magzati hasúrt, melyből 50 ml ascitest bocsátottunk le. 110 ml, 24 g⁰/₀ haemoglobin tartalmú vvs.-concentratumot transfundáltunk. A beavatkozás utáni 12. napon szív működést nem észleltünk. Ezért burokrepesztéssel és oxytocinos ceppinfúzióval a szülést megindítottuk. 1950 g súlyú, halott fiú született. A kórboncolás a bőr alatti kötőszövetekben testszerte közepes fokú oedemát, a hasúrbé 200 ml barnás folyadékot, ép mellkasi és hasúri szerveket talált. A lepény súlya 320 g, vastagsága 2,4 cm. Anélkül, hogy eseteinket szülészeti szempontból értékelni akarnánk, megemlíthjük, hogy 3. esetünkben sem az ultrahanggal mért lepényvastagság, sem a terhességi rtg-felvétel nem mutatott hydrops foetalist. Erre csupán az IIMT során a magzati hasúrból lebocsátott ascites hívta fel a figyelmet.

A magzatok fejlettségét a biparietális átmérő ultrahanggal történő mérésével állapítottuk meg. A beavatkozásokat Seduxen előkészítés után, helyi érzéstelenítésben végeztük és a magzatok szív működését ultrahanggal ellenőriztük. A beavatkozások után a szülőfájások megindulásának lehetőségét Partusisten adásával csökkentettük. Prophylactikusan a magzatok hasüregébe és az anyáknak Ampicillint adtunk.*

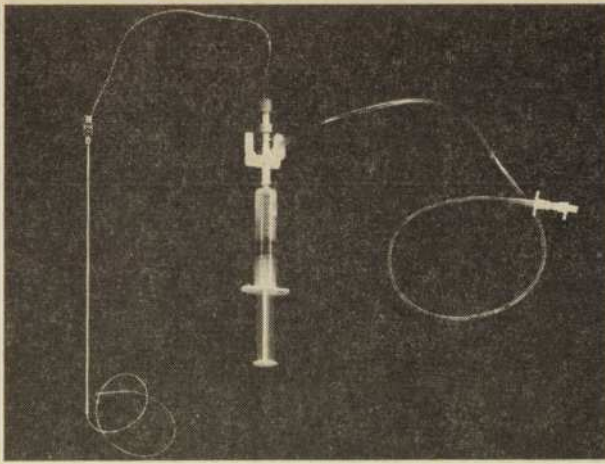
Megbeszélés

Az IIMT-ra, illetve az azt megelőző amniocentesisre és magzatvíz-analízisre, a lepény tapadási helyének pontos meghatározása után kerülhet sor, mely ultrahang B kép eljárással, vagy izotópos placentographiával történhet. Intézetünkben mindkét eljárás végzésére van lehetőség. Általában az ultrahang B kép eljárást alkalmazzuk; amennyiben ennek eredménye kétes, ⁵¹Cr-mal jelzett vörösvérsejtekkel elvégezzük az izotópos placentographiát is. A lepény tapadási helyének megállapítása elkerülhetővé teszi a lepénynek a punctio során bekövetkező sérülését, leválását, illetve, hogy a lepény sérülése következtében magzati vörösvérsejtek kerüljenek az anyai keringésbe.

Mindhárom esetünk technikai kivitelezése sikeres volt. Két esetben a beavatkozás eredményesnek bizonyult és művi koraszüléssel élő magzatok születtek, akiket a postnatalis időszakban vércserékkel sikerült életben tartani. Harmadik esetünkben az IIMT-t már fennálló mérsékelt hydrops foetus mellett végeztük. Ez a magzat a beavatkozás után intrauterin elhalt.

Az IIMT-t végző szülésznek a radiológus ad felvilágosítást a magzat elhelyezkedéséről, a beszűrés helyének és irányának meghatározásáról; választ ad arra a kérdésre, hogy a punctiósz tű a magzat hasába jutott-e vagy sem és a sugarerhelésről. A transfusiót 0,5 mm átmérőjű műanyag csővel és speciális fecskendővel végezzük, mely

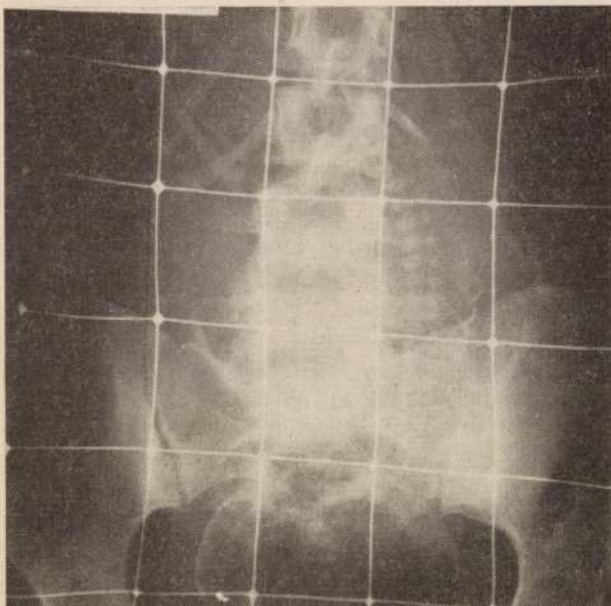
* Megjegyzés: eseteink száma a közlemény megírása óta 4-re emelkedett.)



3. ábra.

bírja a fecskendezés nyomását (3. ábra). Többen ajánlják, hogy az IIMT-t megelőző napon amniocentesis útján vízben oldódó kontrasztanyagot fecskendezzünk a magzatvízbe. A magzat kontrasztanyagot nyel le, mely a beleket kirajzolja és ezáltal könnyebbé válik a magzati has punctiója. Holt és mtsai (5) javaslatára a beavatkozás egyszerűsítése céljából az előzetes kontrasztanyag fecskendezésétől eseteinkben eltekintettünk. Az említett szerzők szerint kis magzat esetén a lenyelt kontrasztanyag nem nyújt segítséget, nagyobb magzat esetén pedig enélkül is meghatározható a magzat hasa. A beszúrás helyének és irányának megkönnyítésére Sherry (13) szerint az anya hasára erősített flexibilis, steril rézrácstól erősítve (4. ábra) ap és oldalirányú felvételt készítettünk (60 mAs, 95–105 kV, 100 cm FF távolság). Az oldalirányú felvétel a magzati has helyzetének pontos megítéléséhez elengedhetetlen.

Amennyiben a magzat úgy helyezkedik el, hogy hasa kisebb-nagyobb mértékben az anya gerince, háta pedig az anya hasa felé fordul, a mag-



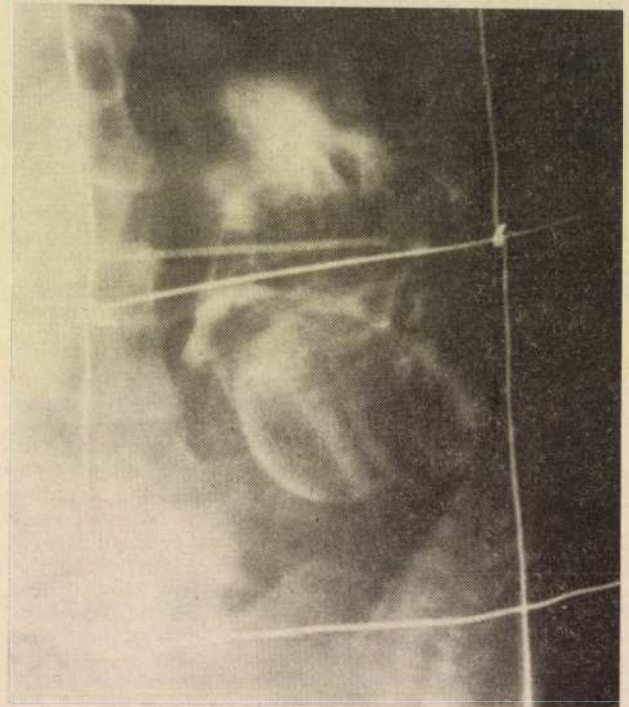
4. ábra.

zati hasúr punctiója várhatóan nehezített, esetenként annyira, hogy célszerű lehet a beavatkozás 1–2 napos elhalasztása.

Mint 2. esetünk igazolja, a beavatkozás medencevégű fekvés esetén is sikeresen kivitelezhető.

Az anya hasfalának átszúrása után a tű útját képerősítőhöz kapcsolt televízióval ellenőrizzük. Holt és mtsai (5) kétirányú képerősítőt használnak mágneses képrögztítővel. Az utóbbi visszajátszása további sugárterhelés veszélye nélkül ad tájékoztatást. A magzati has átszúrásakor enyhe ellenállás és reactiv magzatmozgás érezhető. 2 ml Uromiro befecskendezése után újabb felvételt készítettünk. Amennyiben a tű a magzati hasúrba jutott, kirajzolódnak a rekeszívek és a belek contourjai (5. ábra).

Bashore (1) a punctio után 5 ml CO₂-ot fecs-



5. ábra.

kendez be és horizontális irányú képerősítőn figyelni ennek viselkedését.

Második esetünk azt mutatta, hogy a rekeszívek kirajzolódása medencevégű fekvés esetén is bekövetkezik ugyan, de kevésbé élesen, mint fejvégű fekvés esetén.

Ha a tű nem jutott be a magzat hasúrébe, hanem, mint 2. esetünkben — csak az intraamniális űrben volt — azt láttuk, hogy a kontrasztanyag füstszerűen szétáramlott a magzatvízben, majd a belső méhszáj fölé rétegződött. A tűt tovább vezetve a punctio ez esetben is sikerrel járt.

Amennyiben a kontrasztanyag magzati lágyrészbe jut (5. ábra) pl. 1. esetünkben a magzat combjába, körülírt homogén kontrasztfolt látható. Irodalmi adatok szerint előfordulhat, mint szövődmény, a magzati bél, hólyag, vese, máj, tüdő punctiója. Ha a punctió tű a magzati hasúrba, de azon belül bélbe jutott, nem a belek contourja, hanem

a belek lumene rajzolódik ki (feltéve, ha előzőleg nem nyelettek a magzattal kontrasztanyag-tartalmú magzatvizet) és hiányzik a rekeszív kontúrja is. Ilyen esetekben rendszerint elégséges a tú kisfokú visszahúzása.

Az IIMT nem kívánt mellékhatása a magzat sugárterhelése. A radiológus feladata, hogy adott kereteken belül a sugárterhelést a minimumra csökkentse.

Eseteinkben a magzat sugárterhelésének összege a három db 35×35 felvétel expositiós dóziséból és a televíziós átvilágítás által kapott röntg sugárzásból adódott.

Peddle és mtsai (11) a magzat sugárterhelését $3 \times 30 \times 40$ -es film esetén 0,6 R adja meg. Saját anyagában (74 IIMT) a magzati sugárterhelés átlagát transfusióként a következőkben ismerteti: 1. IIMT 0,8 R, 2. IIMT 1,7 R, 3. IIMT 2,4 R, 4. IIMT 3, —R. *Bowman* (3) 5,62 R dózist mért egy magzat esetében, melyről 4 transfusio kapcsán összesen 18 felvételt készítettek.

A képerősítő tv-lánc alkalmazása nagy segítség a punctio különböző fázisaiban és a magzati sugárterhelés is kisebb. *Ferris* (4) phantom vizsgálatai alapján a magzati expositiós dózis képerősítővel 76 mR/min. A fenti szerző a képerősítő használatát átlagosan 3 min-ban jelöli meg, ami transfusióként 228 mR-nak felel meg.

Figyelemre méltó *Maroni és Schreiner* (10) véleménye, mely szerint magzati gonádkárosodás csak akkor várható, ha az első két hónapban a gonádok 10 R dózist kapnak.

Az IIMT alkalmazására ritkán kerülhet sor. *Kubli és Käser* (7) az NSZK-ban, figyelembe véve az évi 1 millió körüli szülést, elméletileg maximum évi 500-ban jelöli meg a beavatkozásra rászorulókat számát. *Lampé és mtsai* (8) szerint hazánkban reális számítások szerint évente 50—100 esetben volna szükség IIMT végzésére. *Liley* (9) és *Wilken* (14) átlagosan 2000 terhességre 1 IIMT-t számol. A valódi szám az említettnél valószínűleg alacsonyabb, mert mint tapasztalataink mutatják, előfordul, hogy későn ismerik fel, vagy nem kellő súllyal értékelik ezt a szövödményt, illetve az anyák egy része nem egyezik bele a kétes kimenetelű beavatkozásba. Ilyen körülmények között felvetődik a kérdés, hogy egyáltalán érdemes-e végezni ezt a nagy technikai felkészültséget, gyakorlottságot

igénylő és csak korlátozott sikerrel bízható beavatkozást. *Kubli és Käser* véleménye szerint a súlyos Rh isoimmunizált esetek sikeres megoldására való törekvés nem a perinatalis statisztika, hanem az érintett házaspár emberi problémája. Véleményünk szerint, helyes javallat esetén az intrauterin beavatkozással olyan magzatokat kísérelünk megmenteni, akiket IIMT nélkül nagy valószínűséggel elvesztenénk. Mi is csatlakozunk *Lampé* (8) véleményéhez, mely szerint az anyának joga ezt a beavatkozást kérni, az orvos pedig köteles teljesíteni azt még akkor is, ha a remény minimális. A különböző szerzők véleménye egységes abban, hogy az IIMT eredményességének fokozása, a szövödmények és a sugárterhelés csökkentése céljából a rászoruló terheseket 1—2 intézet hatáskörébe kell koncentrálni. Kalifornia 15 millió lakosát 2 centrum látja el. A Föv. Tanács eü. főosztálya Budapest vonatkozásában intézetünköt bízta meg a beavatkozás végzésének kizárólagos jogával. Célszerű lenne a mi körletünk bővítése és országos viszonylatban még egy centrum felállítása, melynek működésére mindaddig szükség lenne, amíg a megelőzés, az anti-D immun-globulin adása kellő mértékben nem érezteti hatását.

Összefoglalás. A szerző 3 intrauterin, intraperitonealis magzati transfusio (IIMT) kapcsán beszámol a beavatkozás radiológiai vonatkozásairól, a radiológus szerepéről, a magzati sugárterhelésről és a kérdés irodalmáról.

IRODALOM: 1. *Bashore, R. A., Facog and Lecky, J. W.:* Obstetrics and Gynecology. 1971, 1, 79. — 2. *Bousquet, M.:* Concours Medical. 1971, 1, 29. — 3. *Bowman, J. M., Friesen, R. F.:* N. Engl. J. Med. 1964, 14, 703. — 4. *Ferris, E. I. és mtsai:* Radiology. 1965, 84, 40. — 5. *Holt, E. M., Boyd, I. E., Dewhurst, C. J., Murray, J., Naylor, C. H., Smitham, J. H.:* Brit. Med. J. 1973, 3, 39. — 6. *Illei Gy., István L., Almos S., Virág L.:* Magyar Nőorv. L. 1974, 37, 393. — 7. *Kubli, F., Käser, O.:* Dtsch. med. Wschr. 1967, 92, 489. — 8. *Lampé L., Kelemen J., Komáromi B., Mihály Gy.:* Orv. Hetil. 1970, 111, 2598. — 9. *Liley, A.:* Brit. med. J. 1963, 2, 1107. — 10. *Maroni, E., Schreiner, W. E.:* Geburtsh. u. Frauenklinik. 1968, 28, 26. — 11. *Peddle, L. J., Campbell, E. M.:* American J. of Obstetrics and Gynecology. 1969, 3, 366. — 12. *Schreiner, W. E., Maroni, E.:* Forum Medici. 1970, 15, 73. — 13. *Sherry, S.:* Obstet. Gynec. 1967, 30, 881. — 14. *Wilken, H., Roeber, J., Eggers, H.:* Morbus haemolyticus beim Fetus und Neugeborenen. Barth. Leipzig, 1971.

„Megérteni az értelmet és nem kimondani. La pensée arriére: amit nem monddunk ki és mégis ki van mondva.”

Gárdonyi Géza

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Gyermekklinika (igazgató: Gerlóczy Ferenc dr.)

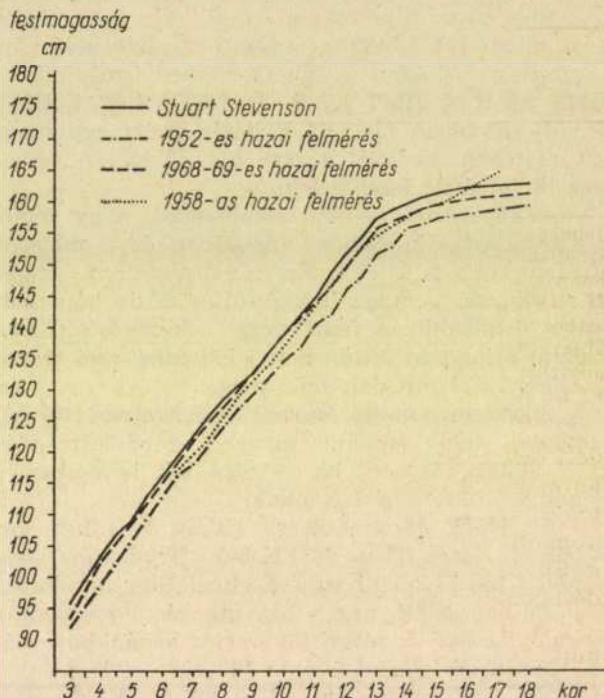
A diabeteses gyermekek hosszméreteinek változása

Barta Lajos dr. és ifj. Bókay János dr.

A diabeteses gyermekek lassult növekedése már a 20-as évek végén feltűnt és a további megfigyelések is arra mutattak, hogy a törpeség és a diabetes együttesen viszonylag gyakran fordul elő (1). A diabeteses gyermek kezelésének és gondozásának javulásával azonban a törpék száma jelentősen csökkent. Mindazonáltal, mint azt a legújabb megfigyelések is igazolják [Leupold (2), Günther és Paul (3), Knowless és mtsai (4), Tattersall és Pyke (5)] a cukorbeteg gyermekek növekedési tempója gyakran lassult.

Nem azonos az álláspont arra vonatkozólag sem, hogy milyen a betegek testmagassága a betegség manifesztációjának időpontjában. Post és White (6) szerint a betegség felismerésekor a gyermekek az átlagnál magasabbak. Ezt az álláspontot azonban többen, Beal (7), Günther és Paul (3) — összhangban régebbi vizsgálatainkkal (8) — nem erősítették meg. Megfigyeléseink szerint a diabetes időtartamának előrehaladásával jelentősen emelkedik az elmaradottak száma. A betegek későbbi fejlődése szempontjából a fejlődés kezdetén észlelt elmaradás erősen significans, negatív irányban ható körülmény. További észleléseink szerint az extrém alacsony termet rendszerint familiáris sajátosság (9), egy-egy esetben a jelentős növekedésbeni elmaradás chromosoma-rendellenességhez is kapcsolódhat (10, 11). Jelen vizsgálataink az 1962 és 1974 között észlelt cukorbeteg gyermekek hossz- és súlyfejlődésére terjedtek ki — egy-két újabb irányú vizsgálattal kiegészítve — lényegében megismételtük az 1963-ban közölt vizsgálatainkat, amelyek az 1946—1960 között észlelt diabeteses gyermekek hossz- és súlyfejlődéséről számoltak be. Célunk annak megállapítása, hogy a gyermekek fejlődésében bekövetkező változás, mely Magyarországon 1948 után jelentős mértékben fokozódott és az 1960-as évek után egy viszonylag stabil állapotba került, milyen mértékben hatott ki a diabeteses gyermekek fejlődésére, továbbá — korszerű, hazai felmérésekkel összehasonlítva — milyen a diabeteses gyermekek között a testhosszméret megoszlása.

Magyarországon 1952-ben (12), 1958-ban (13) és 1971-ben (14) közöltek táblázatokat a gyermekek hossz- és súlyfejlődésére vonatkozóan. Az 1952-es felmérésekhez képest az 1958-as fejlődési táblázat (csak az iskolásokra terjedt ki) jelentősen gyorsult fejlődést mutat, amitől az 1971-ben közölt adatok — ezek az 1968—1969-es tanévben végzett mérésekre épülnek — alig térnek el. E két utóbbi felmérés eredménye közel áll a Stuart és Stevenson által közölt adatokhoz (15), ami azt jelenti, hogy Európában a II. világháború után a hosszfejlődés gyakorlatilag megfelel az Egyesült Államokban élő gyermekek fejlődésének (1. ábra). Az



1. ábra.
Hosszfejlődés a különböző táblázatok szerint. Lányok

1945—1960 között észlelt cukorbeteg gyermekek hosszát — megfelelő táblázat hiányában — a Stuart—Stevenson-táblázathoz viszonyítottuk. A jelenleg feldolgozott, 1962—1974 között észlelt beteganyag méreteit részben ugyanehhez a táblázathoz, részben pedig a hazai, 1968—1969 közötti felmérésekhez hasonlítottuk. Az 1962—1974 közötti időszak secularis acceleratio szempontjából viszonylag megnyugodott szakasznak tekinthető. A Stuart—Stevenson-táblázat alapján jelenlegi eredményeink — korábbi vizsgálatainkkal összehasonlítva — azt mutatják, hogy az 1962—1974 időszakban vizsgált diabetesesek között a növekedésben elmaradottak száma jelentősen csökkent, míg a normál és magas termetűek száma ennek megfelelően emelkedett. Az 1962 után észlelt beteganyagban is megállapítható tehát az acceleratio. Ha azonban a hosszfejlődést a legújabb magyar táblázathoz viszonyítjuk, az adatok jelentősen módosulnak. Az elmaradottak száma tovább csökken, az általános populációnak megfelelő értéket mutatja, míg a magas termetűek száma emelke-

	Eset-szám	<25 p. c.	Normális	>75 p. c.
I.	132	58 43,9	42 31,8%	32 24,3%
II.	214	68 31,8%	77 36%	69 32,2%
II./a	214	56 26,2%	74 34,6%	84 39,2%
F.	88	23 26,1%	30 34,1%	35 39,8%
L.	126	33 26,2%	44 34,9%	49 38,9%

Jelmagyarázat:

I.: 1946—61-es beteganyagunk a Stuart—Stevenson táblázatához viszonyítva

II.: 1972—74-es beteganyagunk a Stuart—Stevenson táblázatához viszonyítva

II./a: 1962—74-es beteganyagunk az 1968—69-es hazai felméréshez viszonyítva

F., L.: A II./a (F: fiúk, L: lányok) nemek szerinti bontásban

dett. Ezen megállapítás nemre való tekintet nélkül lányokra és fiúkra egyaránt igaznak bizonyult (1. táblázat). Ez az eltérés abból következik, hogy bár a magyar gyermekek fejlődésük folyamán elérik a Stuart—Stevenson-táblázat értékeit, a növekedési tempó, ahogy az az ábrán is látható, lassúbb.

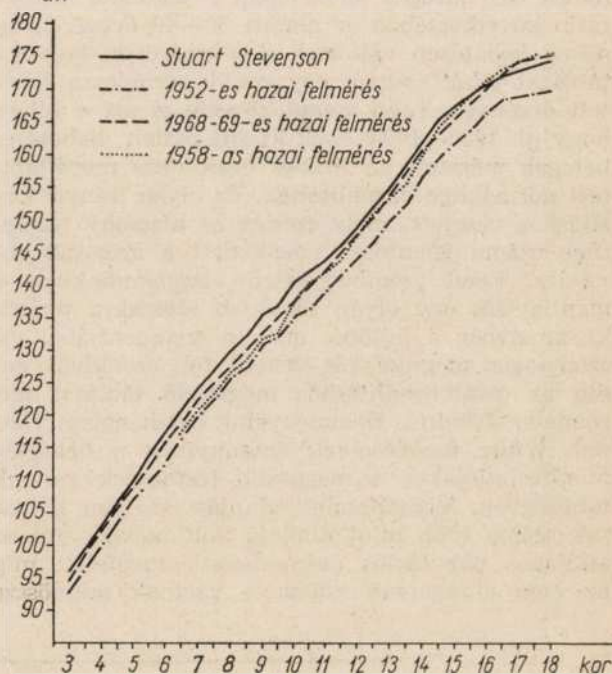
A 2. táblázat a gyermekek kezdeti hosszát mutatja 5 éves kor alatt, 5—10, végül pedig 10—15 év között; a 3. táblázat pedig a hosszfejlődést és az összesített értékeket. E táblázatokon a 3 percentil alatti és a 97 percentil feletti értékeket is feltüntettük. Megállapítható, hogy a 3 percentil alatt kevesebb eset található, mint ahogy az az átlagos populációban várható volna, ugyanakkor a 97 percentil feletti esetek száma több a vártnál. Érdekes módon kiugróan magas értékeket kaptunk az 5 éves kor alatti csoportban. Az észlelés folyamán, amely 9 éves időtartamra terjedt ki, a magas növésűek száma csökkent, a kismövésűek száma pedig emelkedett. Ilyen tekintetben nincs jelentős eltérés előző tapasztalatainkkal szemben. A súlyfejlődés szempontjából jelen vizsgálatainkat

az 1946—1960-as beteganyaggal összehasonlítva megállapítható volt, hogy az 1962 után észlelt csoportban kevesebb a súlyban elmaradott. A diabetes előrehaladtával a súlyfejlődés fokozódó tendenciát mutat, lányok között több a nagy súlyú, mint a fiúk között.

Eredményeink megbeszélése

A betegség kezdetekor a diabeteses gyermekek magasabbak, mint 15—20 évvel ezelőtt. Mivel a manifesztációjakor észlelt hossz a végleges hossz szempontjából döntő jelentőségű, így a diabeteses gyermekek ma általában magasabbak, mint 20 évvel ezelőtt voltak. A diabetes azonban a jelenlegi kezelési lehetőségek mellett is negatív módon befolyásolja a növekedést. Ezen tapasztalataink egyéb irodalmi adatokkal összhangban vannak. Nem igazolható azonban több szerző White-tal szembeni azon megállapítása, mely szerint a betegség manifesztációjakor az alacsonyak és magasak közel egyforma gyakorisággal fordulnak elő. E téves megállapítás onnan eredt, hogy nem

festmagasság
cm



2. ábra. Hosszfejlődés a különböző táblázatok szerint. Fiúk

A diabeteses gyermekek hosszmeretei különböző korcsoportokban, a betegség felismerésekor

2. táblázat

A diabetes manifesztációja	Esetszám	<3 p.c.	<25 p.c.	Normális	>75 p.c.	>97 +.c.
5 éves kor alatt	46	1 2,2%	10 21,8%	14 30,4%	14 30,4%	7 15,2%
5 és 10 év között	68	0	19 27,9%	22 32,4%	24 35,3%	3 4,4%
10 és 15 év között	100	1 1%	25 25%	38 38%	32 32%	4 4%

*A 25 ill. 75 p.c. $\pm 0,67s$ -val azonos

A 3 ill. 97 p.c. $\pm 3(0,67s)$ -val vettük azonosnak.

Diabetesek gyermekek hosszmereteinek változása
összesített adataink szerint

3. táblázat

<3 p.c.	<25 p.c.	Normális	>75 p.c.	>97 p.c.
A betegség kezdetén 214 esetből				
2 0,9%	54 25,2%	74 34,6%	70 32,7%	14 6,6%
A betegség 3. évében 138 esetből				
2 1,5%	54 39,1%	54 39,1%	26 18,8%	2 1,5%
A betegség 6. évében 97 esetből				
7 7,2%	45 46,4%	31 31,9%	14 14,5%	0
A betegség 9. évében 54 esetből				
9 16,7%	25 46,3%	12 22,2%	8 14,8%	0

a megfelelő fejlődési táblázatok nyertek felhasználást. Az európai államokban a secularis acceleratio következtében az elmúlt 30—40 évben különösen jelentősen változtak a testméretek. Egy-egy táblázat tehát csupán egy rövid periódusra lehetett érvényes. Több szerző követte el azt a hibát, hogy pl. 1930—1960. évek között észlelt diabetesek betegeik méreteit az 1950-es évek után megállapított normákhoz hasonlították. Ez olyan irányú torzításhoz vezetett, mely szerint az alacsony termetűek száma jelentősen emelkedett a magasak rovására. Ezzel szemben jelen vizsgálatainkban a megfigyelés egy olyan rövidebb időszakra terjedt ki, amelyben a fejlődés menete szempontjából viszonylagos megnyugvás vehető fel, ezenkívül pedig az összehasonlításhoz megfelelő táblázat áll rendelkezésünkre. Eredményeink összhangban vannak *White* észleléseivel; amennyiben a betegség manifestációjakor a magasabb termetűek vannak többségben. Vizsgálataink alapján az igen magasak száma több mint duplája volt annak, ami az általános populációs megoszlásnak megfelel; míg az igen alacsonyak száma a vártnak mindössze

egyharmada volt. Ebből következik, hogy a diabetes felismerésekor mért extrém alacsony termet nem a betegség természetes velejárója és ilyenkor felmerül a gyanú, hogy a diabetesen kívül valami egyéb, familiaris rendellenesség is fennáll. Érdekes módon a diabetes felmérésekor a legtöbb magas termetű gyermeket az 5 éves kor alatti csoportban észleltük.

Összefoglalás. A szerzők 1949 és 1961, továbbá 1962 és 1974 között diabetesek gyermekek testhosszát hasonlították össze a betegség manifesztációjakor, majd a méretek változását figyelték 9 éven keresztül. Megállapításaik szerint a betegség kezdetekor a diabetesek gyermekek magasabbak, mint 15—20 évvel ezelőtt. A betegség felismerésekor az igen magasak száma duplája, míg az igen alacsonyak száma csak egyharmada annak, ami az általános populációban várható. A betegség felismerésekor a legtöbb igen magas gyermek az 5 év alatti korosztályban fordult elő. Megfigyeléseink szerint a diabetes manifesztációjakor mért extrém alacsony termet indokolja, hogy a növekedési elmaradás speciális oka után kutassunk. A diabetes a jelenlegi kezelési lehetőségek mellett is negatív módon befolyásolja a növekedést.

IRODALOM: 1. *Wagner, R., White, P. R., Bogan, I. K.*: Amer. J. Dis. Child. 1942, 68, 667. — 2. *Leupold, R.*: Helv. paediat. Acta. 1960, 15, 336. — 3. *Günther, O., Paul, I.*: Pädiat. u. Grenzgeb. 1963, 2, 242. — 4. *Knowless, H. C. J., Guest, G. M., Lampe, J., Kessler, M., Skillman, T. G.*: Diabetes. 1965, 14, 239. — 5. *Tattersall, R. B., Pyke, D. A.*: Lancet. 1973, II, 1105. — 6. *Post, R. H., White, P.*: Diabetes. (New York) 1958, 7, 27. — 6/a. *Joslin, E. P., Root, H. F., White, P., Marble, A., Bailey, C. C.*: The Treatment of Diabetes Mellitus. Lea and Febiger, Philadelphia, 1959. — 7. *Beal, C. K.*: J. Pediat. 1948, 32, 170. — 8. *Barta L., Szőke L.*: Acta paediat. Acad. Sci. hung. 1962, 3, 173. — 9. *Barta L., Szőke L.*: Endokrinologie. 1965, 48, 158. — 10. *Barta L., Regöly-Mérei Andrea, Ruzicska P.*: Acta paediat. Acad. Sci. hung. 1973, 14, 91. — 11. *Barta L., Kemény P., Regöly-Mérei A.*: Orv. Hetil. 1975, 116, 153. — 12. *Karossa-Pfeiffer J., Melly J.*: Az iskolaorvos zsebkönyve. Medicina, Budapest, 1959. — 13. *Garamvölgyi K.*: OETI előadás, 1958. — 14. *Hegedűs Gy., Eiben O.*: Budapesti óvodások és iskolások testi fejlettsége (1968—1969). Budapest, 1971. — 15. *Stuart, H. C., Stevenson, S. S.*: In: Nelson Textbook of Pediatrics. Saunders, Philadelphia—London, 1954.

„Az író... csak azt hagyja meg magából, ami életében is egyik sajátossága volt, a dolgokkal szembenéző, könyörtelen gondolkozást.”

Németh László

Lidoflazin (Clinium) antiarrhythmias alkalmazása

Niederland Vilmos dr. és Poór Ferenc dr.

A lidoflazint — (4-)4,4-bis(p-fluorophenyl)-butyl-(1-piperazin-aceto-2;6'-xylydide) — az 1960-as években szintetizálták Belgiumban. Hatásos antianginás gyógyszernek bizonyult, bár kémiai összetétele, szerkezete eltér a többi hasonló hatású gyógyszerétől. Elsősorban elhúzódo coronaria-tágító effectusa és a collateralis keringés stimulálása útján hat. Fokozza az adenosin coronaria-tágító hatását, feltételezések és kísérletek szerint az ischaemiás zónában növeli a regionalis vérátáramlást az adenosin-metabolismusra kifejtett hatásával (1, 4, 6, 7, 12). Állatkísérletek szerint a lidoflazin csökkenti a pacemaker-aktivitást, a depolarizatio mértékét és a Purkinje-rostok vezetési sebességét disznóban (2, 4, 6, 12). Klinikai megfigyelések és placebo kísérletek szerint hatásosan csökkenti az angina pectoris rohamok számát és növeli a munkateljesítményt (1, 3, 4, 7, 9, 11).

A magyar irodalomban is több közlemény foglalkozik a lidoflazinnal, a hazai Cliniummal, angina pectoris betegek kezelésében elért eredményekkel, az észlelt EKG változásokkal, sympathikus tonust fokozó hatásával (3, 9–12).

Kevésbé ismert és hasznosított a lidoflazin antiarrhythmias—antifibrillatiós hatása. Tekintettel arra, hogy elektromos cardioversióra még kevés helyen van lehetőség hazánkban, chinidin alkalmazása mellett nem kívánatos szövödmények fordulhatnak elő, a Clinium antiarrhythmias alkalmazásáról magyar beszámoló még nem jelent meg, érdemesnek láttuk az új lehetőség megvizsgálását és kipróbálását.

Beteganyag

1975 januárjától kezdve 28 betegünket kezeltük Cliniummal pitvar-fibrillatiós arrhythmia, paroxysmalis pitvar-fibrillatio, supraventricularis paroxysmalis tachycardia miatt. A kezelésben részesültek alapbetegsége 20 esetben arteriosclerotikus cardiomyopathia, 2 mitralis stenosis, 1 hypertensiv cardiomyopathia volt, amihez pitvar-fibrillatiós arrhythmia társult. A részletes adatokat az 1. táblázatban tüntettük fel.

Beteganyagunk az idősebb korosztályból került ki: 4 beteg volt 50 évesnél fiatalabb, a legtöbb, 10 beteg 61–70 éves, 7 beteg az 51–60 éves és 5 a 71–80 éves korcsoportba tartozott.

Diagnosis	A kezelés			Összes eset
	sikeres	átmenetileg eredményes	eredménytelen	
Cardiomyopathia angiosclerotica	11	3	6	20
Sten. ost. ven. sin. ^o	2	—	—	2
Cardiomyopathia hypertensiva	1	—	—	1
Cardiomyopathia angioscler. + supraventr. paroxysm. tachycardia	1	—	—	1
Hyperthyreosis + paroxysm. pitvarfibr.	1	—	—	1
Cardiomyopathia angioscler. + paroxysm. pitvarfibrill. ..	1	—	—	1
Sten. ost. ven. sin. + paroxysm. pitvarfibrill.	1	—	—	1
Defect. septi atrii + paroxysm. pitvarfibrill.	1	—	—	1
Összes	19	3	6	28

Eredmények

Sikeres volt a lidoflazin cardioversio, helyreállt a sinus rhythmus 19 esetünkben, átmenetileg jelentkezett sinus rhythmus pár órára vagy napra, majd visszatért az eredeti arrhythmia 3 esetben és eredménytelen volt a kezelés 6 beteg (2. táblázat).

A sikeresen kezelt csoportban 11 esetben egy évnél rövidebb ideje, 8 esetben 2–5 év óta állott fent az arrhythmia. Az eredménytelenül kezelt esetek közül 5 betegnek volt 2–5 éve arrhythmiaja és 1 betegnek volt egy éve (3. táblázat).

A sinus rhythmus helyreállása 12 esetben következett be az első 24 órában, ebből 3-ban átmenetinek bizonyult, 5 esetben a második napon, 2 esetben a negyedik, 1 beteg a hatodik és 2 esetben a tizedik napon.

A sikeresen kezelt betegek közül 17 kapott előzően digitalist, az eredménytelenül kezelt közül mind a hat. Syncumar kezelést 6 betegnek alkalmaztunk, a többi beteg a magas életkor, hypertonia vagy egyéb contraindiciók miatt nem részesült anticoagulans kezelésben.

Az eredményesen kezelt betegek között szerepel 4 paroxysmalis pitvar-fibrillatio és 1 supraventricularis paroxysmalis tachycardia. Ezekben az esetekben a különféle gyógyszerek ellenére addig gyakran jelentkező paroxysmusokat sikerült tartós lidoflazin kezeléssel megelőzni.

Egy esetünkben kellett a Clinium kezelést ab-

	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90 év	Összes
Sikeres kezelés	—	3	5	7	2	2	19
Átmeneti eredmény	1	—	1	—	1	—	3
Eredménytelen	—	—	1	3	2	—	6
Összes	1	3	7	10	5	2	28

bahagyni sikeres conversio után fellépett kamrai ES-ek miatt. Egy héttel később a beteg elhunyt, a sectio alsóvégtagi thrombosisból származó pulmonalis embolisatiót talált. Másik, 43 éves mitralis stenosisos nőbetegünk kompenzálás után, a lidoflazin kezelés negyedik napján convertálódott sinus rhythmusba. Egy nappal később megsemmisítő jellegű mellkasi fájdalom, majd kamra-fibrillatio jelentkezett. Sikeres resuscitálás után a beteg keringési elégtelenség és cerebralis insufficientia következtében elhunyt. A sectio friss papillariszom-infarctust jelölt meg haláloknak.

A sikertelen lidoflazin kezelés után 4 esetben kíséreltünk meg chinidin kezelést, ami 2 esetben eredménytelen volt, egy betegen eredményes, negyedik betegünk esetében pedig a sinus rhythmus helyreállása után 1 héttel syncope lépett fel, resuscitálás után természetesen a chinidin adását nem folytattuk.

Megbeszélés

A lidoflazin antiarrhythmias hatásáról elsőnek *Miyahara és mtsai* (5) számoltak be 1969-ben, véletlen megfigyelés után 15 betegen végzett vizsgálataik alapján. 3×60 mg, 3×90 mg alkalmazása mellett 7 eset közül 5 esetben az első két napon, a másik 2 esetben négy-hat nap után convertálódott sinus rhythmusba a pitvar-fibrillatiós arrhythmia. Kisebb gyógyszeradag vagy a dosis fokozatos növelése nem adott ilyen jó eredményt. Két beteg esetében, akik fenntartó digitoxin kezelést is kaptak, kamrai ES-k, av block, kamrai tachycardia, kamra-fibrillatio jelentkezett. Ezen toxikus mellékhatások miatt további vizsgálatokat javasoltak és terveztek. 1970-ben *Piessens, Kesteloot és De Geest* (6) 26 beteg lidoflazinos cardioversiójáról számoltak be. Azokban az esetekben volt hatásos a gyógyszer, amikor elektro-

mos cardioversio végzése céljából indokoltan kórházba küldött betegeken alkalmazták. 70 évnél idősebb kor, több éve tartó arrhythmia, nagyfokú cardiomegalia, súlyos keringési elégtelenség esetén ritkán volt eredményes a lidoflazin kezelés, de ezekben az esetekben az elektromos vagy chinidines cardioversiót meg sem kísérelték volna. Zavaró mellékhatásként írták le a kamrai ES-kat, kamrai tachycardiát és kamra-fibrillatiót a sinus rhythmus visszatérése előtt és után. Ezek megjelenése függhet a lidoflazin dosisától vagy concomittáló faktoroktól mint a digitalis és/vagy diuretikus th., cardiomegalia vagy venás pangás. *Schlepper és Derro* (8) 30 pitvar-fibrillatiós betegükben 61,3%-os conversiós rátát találtak. Az 1—5 évnél rövidebb idő óta fennálló arrhythmia convertálódott nagyobb arányban. 11 betegnek volt kamrai ES-ja. 5 esetben észleltek syncopét, 1 esetben kamra-fibrillatiót. Minden ES-s és kamra-fibrillatiós betegük digitalis hatás alatt volt a lidoflazin th. idején. A mellékhatások miatt a lidoflazin antiarrhythmias használatát contraindikáltak tartják. *Bruyneel, Verhaegen és De Vil* (2) 1975-ben számoltak be hyperthyreosisos betegek pitvar-fibrillatiójának sikeres conversiójáról lidoflazinnal, és arról, hogy a sinus rhythmus a thyroid functiótól függetlenül is fenntartható. Mind a 6 esetükben helyreállt a sinus rhythmus, mellékhatást nem észleltek. Véleményük szerint is a klasszikus selectiós kritériumok betartásával megelőzhető a mellékhatások, kamrai dysrhythmia kialakulása. *De Vil és Bruyneel* (cit. 2) 70—80%-os sikeres cardioversióról számolnak be megfelelően válogatott beteganyagon, és a lidoflazint előnyösebbnek tartják a chinidinnél. Mellékhatást nem észleltek. *Batlouni* (cit. 2) 30 pitvar-fibrillatiós beteg közül 28 esetben talált sinus rhythmust a lidoflazinos cardioversio után 1 évvel, 60 mg fenntartó adag szedése mellett. Figyelemre méltónak találják, hogy a lidoflazin antiarrhythmias hatása néhány napon belül jelentkezik, míg antianginás hatása a kezelés megindítása után 3—4 hónappal észlelhető. Hatásmechanizmusa még nem tisztázott.

Bár a Clinium rendeléséről szóló „Módszertani levél” (13) csak ischaemiás szívbetegegek kezelésére vonatkozik, az irodalmi adatok figyelembevételével, a mellékhatások megjelenésének lehetőségével számolva és azok megelőzésére törekedve dolgoztuk ki kezelési elveinket a lidoflazin antiarrhythmias hatásának alkalmazására. Keringési elégtelenség vagy fibrillatiós tachyarrhythmia

Az arrhythmia kezdete és a kezelés eredményei 3. táblázat

	1 éve	2—5 éve	összes
Sikeres kezelés	11	8	19
Átmeneti eredmény	1	2	3
Eredménytelen	1	5	6
Összes	13	15	28

esetén betegeinket digitalis, diuretikus kezelésben részesítettük. A tachycardia megszűnése és kompenzálása után a digitalis kezelést elhagytuk és egy-két nap szünet tartása után kezdtük a lidoflazin adását, 3×60 mg-os dosissal. Sikeres cardioversio után is folytattuk a lidoflazin adását. Ha két hét alatt sem értünk el eredményt, a Clinium kezelést abbahagytuk. Anticoagulans kezelés a contraindicációk figyelembevételével ajánlatos. Ha a sikeres cardioversio után diuretikus kezelésre volt szükség, a lidoflazin adását átmenetileg egy-két napra szüneteltettük. Arrhythmia ezekben az esetekben sem jelentkezett, és fél-egy éve kezelés és ellenőrzés alatt álló többi betegünkön sem.

Végső következtetés levonására természetesen csak nagyobb beteganyagon folytatott vizsgálatok és hosszabb megfigyelési idő után lesz lehetőség.

Összefoglalás. A szerzők a lidoflazin jól ismert és használt antianginás hatása mellett annak antiarrhythmias effectusát ismertetik. 28 betegük esetében alkalmazták pitvar-fibrillációs arrhythmia,

paroxysmalis tachycardia megszüntetésére és megelőzésére a Cliniumot. 19 esetben volt sikeres a gyógyszeres cardioversio. A sinus rhythmus helyreállása 12 esetben következett be az első 24 órában. Ismertetik az irodalmi adatokat és felhívják a figyelmet arra, hogy a mellékhatások megelőzése érdekében digitalisszal, diuretikumokkal való egyidejű alkalmazását kerülni kell.

IRODALOM: 1. *Bernstein, V., Peretz, D. I.:* Current Therapeutic Research. 1972, 14, 483. — 2. *Bruyneel, K., Verhaegen, H., De Vil, Ch.:* Postgrad. Med. J. 1975, 51, 4. — 3. *Gábor Gy., Békés M., Rausch J.:* Kőbányai Gyógyszer. Orv. Inf. 1972. — 4. *Lehmann, H. U., Scholle, J., Hochrein, H.:* Münch. med. Wschr. 1974, 116, 2019. — 5. *Miyahara, M. és mtsai:* Tohoku J. exp. Med. 1969, 97, 95. — 6. *Piessens, J., Kesteloot, H., De Geest, H.:* Arzneim.-Forsch. (Drug. Res.) 1970, 20, 355. — 7. *Piessens, J., De Geest, H.:* Cardiology. 1972, 57, 135. — 8. *Schlepper, M., Derro, R.:* Arzneim.-Forsch. (Drug. Res.) 1972, 22, 923. — 9. *Széplaki S., Werkner J.:* Med. Univ. 1973, 6, 95. — 10. *Széplaki S. és mtsai:* Orv. Hetil. 1974, 115, 25. — 11. *Széplaki S., Werkner J.:* Med. Univ. 1975, 8, 91. — 12. *Széplaki S. és mtsai:* Cardiol. Hung. 1974, 3, 63. — 13. *Módszertani levél:* Egészségügyi Közlöny. 1974, 24, 610.

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, arthritisek 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.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján 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)



Pécsi Orvostudományi Egyetem,
Orthopaediai Klinika (igazgató: Barta Ottó dr.)

Rákolló deformitás (Lobster Claw Syndrome)

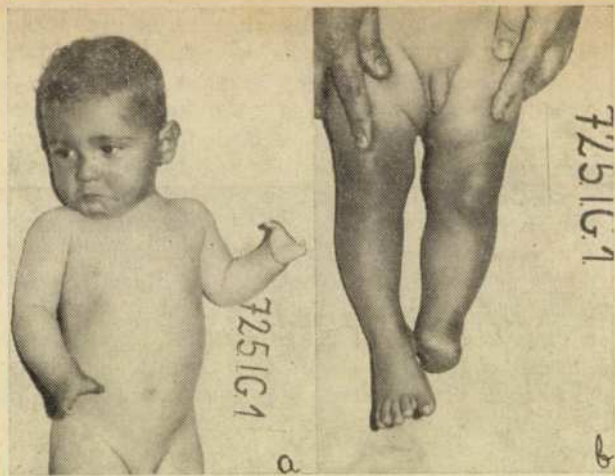
Mike György dr. és Bellyei Árpád dr.

A rákolló deformitás alatt a kezek és lábak egy vagy több ujjának jellegzetes lokalizációjú, kongenitális hiányát értjük. Az elváltozás minden esetben centrális, vagyis a III. ujjugarat érinti és súlyosságától függően a töle radialis és ulnaris irányba eső ujjugarak is érintettek lehetnek, radialis irányú dominanciával.

A kórkép első leírása Jan Jacob Hartsnick-től (1770) származik és ő ismertette elsőként e deformitás örökletes jellegét is (7). A Lobster Claw elnevezést Cruveilhier adta 1842-ben (5). Birch-Jensen 1949-ben a kézanomáliákról írt munkájában 56, általa észlelt rákolló deformitás esetet ismertetett (3). Barsky összefoglaló cikket közölt a kórképről (2) és külön közleményben számolt be a kezeléstről. A magyar irodalomban a fejlődési rendellenességekről írt munkák említik ugyan e ritka deformitást, önálló közlést azonban nem találtunk (4, 11).

Esetismertetés

I. G. (szül.: 1974. okt. 2.), 8 hónapos korában vetük fel klinikánkra. Családi anamnesise negatív. A gyermek első terhességéből, szövődésmenyes terhesség után 7,5 hónapra, 1850 g súllyal, 49 cm hosszal, farfekvéssel született. Születés után élesztetni kellett, majd dysmaturitas miatt egy hónapig újszülöttsztyálon kezelték. Fejét 2 hónapos korában emelte, felvételkor önállóan még nem ül. **Fizikális vizsgálat:** normális fejlettségű, jól táplált fiúgyermek mindkét kéz és bal láb deformitással. Az arcon kp. fokú mikrogathia (1. ábra). Mindkét kézen csak a hüvelyk- és az V. ujjnak megfelelő 2 ujj látható jellegzetes rákolló elhelyezkedésben. A jobb kéz ujjai csökevényesek, de szegmentáltak, különállóan tapintható ujjpercekkel, csökevényes körmökkel. A bal kéz első ujjja normális küllemű, szegmentált, normális körömmel. Az interphalangealis ízületben minden irányban kóros mozgás észlelhető. Az V. ujjon csak csökevényes körömperc látható, mely vékony lefűződött bőrlébbennel csatlakozik a középső perchez. Mindkét kézen az I. és V. ujjhoz mobilis, tapintható metacarpus csatlakozik. A II., III., IV. metacarpus csont hiányzik. Mindkét kezét ügyesen használja, I. ujjával oponálni tud, tárgyakat ügyesen megfog, ami jól koordinált funkcióra utal. A thenar és hypothenar izom-



1. ábra.
I. G., 8 hónapos fiú

zat jól fejlett. Mindkét alsó végtag a bal láb kivételével jól fejlett. A bal előláb egészében hiányzik, csak a lábtő látható és tapintható. A peroneus inak a bal külboka előtt sublaxált helyzetben tapinthatók. A felső ugrózületben a dorsalflexio teljes, plantarflexio nincs. A jobb láb mozgásai megtartottak.

Szemészeti vizsgálat: kóros eltérés nincs (Szemklinikai).

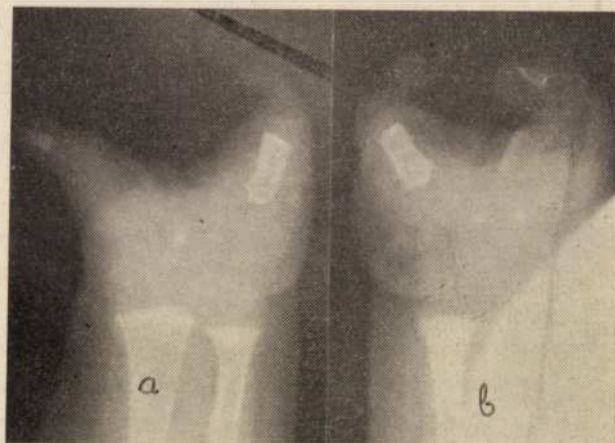
A rutin laboratóriumi vizsgálatok közt kóros értéket nem találtunk.

Kromoszóma vizsgálat: normális karyotypus (Gyermekklinikai).

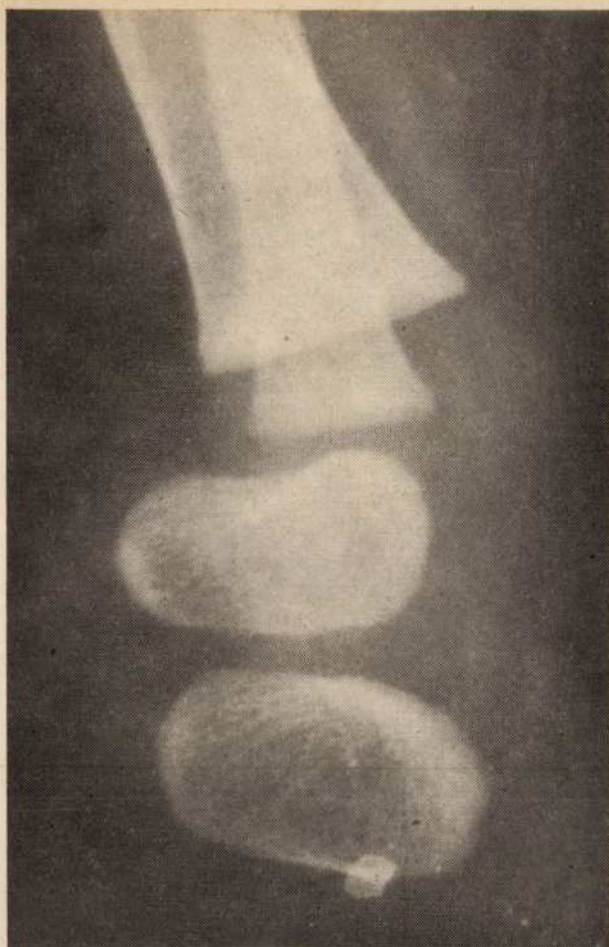
Röntgenfelvétel: mindkét kézen csak a capitulum és hamatum csontmagja, az V. metacarpus és az I. ujj distalis perccsontja (2. a és b ábra), a bal lábon csak a talus és calcaneus látható (3. ábra). A jobb lábon normális anatómiai viszonyok.

Megbeszélés

Az irodalmi adatok alapján a rákolló deformitásnak 2 típusa van. A megkülönböztetés három főbb kritériumon alapszik: az örökletesség, a szimmetricitás és a megjelenés formája (2, 3, 8, 9). Az első csoportba tartoznak a domináns öröklődést mutató esetek (2, 3, 8, 10, 12, 13), melyek rendszerint kétoldaliak és legjellemzőbb formájuk a kezeket (vagy lábakat) kettéosztó mély „V” alakú hasadék.



2. ábra.
I. G., 8 hónapos fiú
a) a jobb kéz ap röntgenfelvétele
b) a bal kéz ap röntgenfelvétele



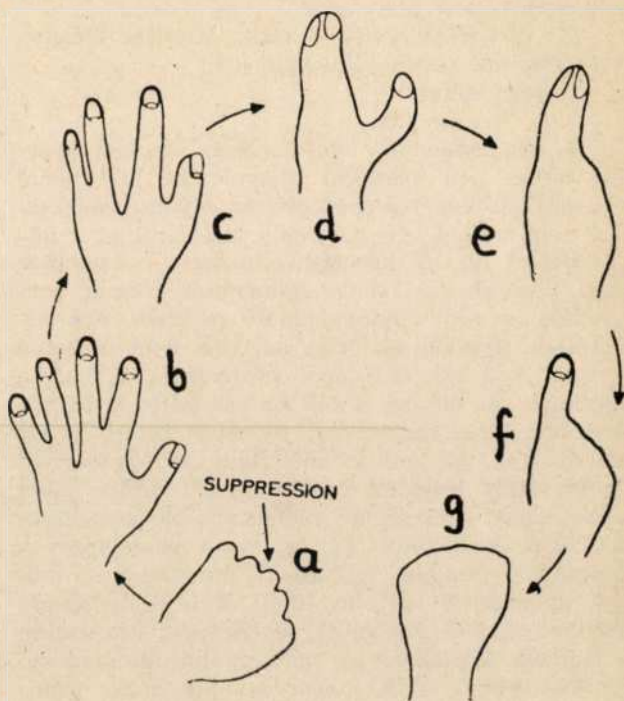
3. ábra.
I. G., 8 hónapos fiú
A bal lábról készült oldalirányú röntgenfelvétel

A második csoportba tartozó esetek sporadikusak, rendszerint egyoldaliak és legjellemzőbb megjelenési formának a rákollóra emlékeztető kétujjú kezét (ill. lábat) tartják. A differenciálás legdöntőbb kritériuma az öröklésment.

Az előfordulás gyakoriságára vonatkozóan csupán egyetlen irodalmi adat ismert (Birch-Jensen, 3). Az általa típusosnak nevezett esetekben (mely megfelel az első csoportnak) minden 90 000. szülésre, az atípusos esetekben (mely a második csoportnak felel meg) minden 150 000. szülésre esik egy megbetegedés.

A károsító tényező az embrionális fejlődés 7. hetében a kezek és lábak differenciálódásának idején hat. A hatás súlyosságától függően különböző deformitások jöhetnek létre. Ezek egységes pathomechanikai szemléletét adja Maisels (9). A károsodás mindig a kéz centrális sugarából indul ki (4/a ábra). Ezért a III. ujj érintett a leggyakrabban. Az elváltozás súlyossági fokozatának megfelelően két irányba terjedhet tovább. Egyrészt proximal felé, ilyenkor nemcsak az ujjak, hanem a hozzájuk tartozó metacarpusok, illetve metatarsusok is hiányoznak, másrészt oldalirányba, a filogenetikailag fiatalabb radialis oldalt jobban érintve. Ennek megfelelően a legenyhébb formában csak hasadékképződést észlelünk, a III. és IV. ujj

közt (4/b ábra). Súlyosabb esetben a centrális ujj hiányzik (4/c ábra), gyakran annak metacarpusa is. Ilyenkor a „V” alakú hasadék kifejezett, és a kezét radialis és ulnaris félre osztja. Ebből adódik a „hasadt kéz” elnevezés. Ha a károsító hatás a kéz fejlődését jobban gátolja, akkor a II. és IV. ujj is hiányzik és a kéz rákollóra emlékeztet (4/d ábra). Előfordulhat a hüvelykujj hiánya is, és előáll az „egyujjú kéz” (4/e és f ábra), míg a legsúlyosabb esetben egyetlen ujjugár sem fejlődik ki (4/g ábra).



4. ábra.
A rákolló deformitás különböző súlyossági fokozatai (Maisels után):
a) A nyíl az ujjbimbó fejlődését károsító hatás helyét jelzi 7 hónapos embrióban.
b) Hasadékképződés a III-IV. ujj közt.
c) Hasadékképződés a III. ujj és metacarpus hiányával
d) Kétujjú kéz a IV-V. ujj közti syndactyliával, csökevényes hüvelykujjjal. A II-III. ujj és metacarpus hiányzik.
e) Syndactylia a IV-V. ujj közt, a többi ujj és metacarpusok hiányával.
f) Egyujjú kéz.
g) Valamennyi ujj és metacarpus teljes hiánya

E változatos megjelenési formákból adódik a kórkép számos elnevezése: crayfish claw, cleft hand, split hand, bidactylia, adactylia, oligodactylia, perodactylia, monodactylia, hypodactylia. Legelterjedtebb a lobster claw elnevezés, melynek leghelyesebb magyar megfelelője a rákolló deformitás (2, 6, 9). A különböző típusok nem önálló kórképek, és egy deformitás egyes fokozatait jelentik. Differenciáldiagnosztikai problémát okozhat a synbrachydactylia, ill. a kezeket és lábakat érintő dysmelia (9, 12). Érdekes Lewis és Embleton megállapítása, mely szerint a proximalis csont soha nem érintett, ha megvan a neki megfelelő distalis csont (8). Például a metacarpus soha nem hiányozhat, ha a megfelelő ujjperccsont megvan. Változatos-ságot jelent a kórkép megjelenésében a syndacty-

liával való gyakori társulás és az ujjperccsontok, ill. metacarpusok gyakori elhajlása (1, 2, 10, 12). Nemritkán keresztbe álló metacarpus, ill. phalanx észlelhető (3, 9, 12).

A lobster claw deformitás gyakran társul egyéb fejlődési rendellenességgel, pl.: nyúlajak, farkastorok, szem fejlődési rendellenességei, elsősorban nasolacrimalis obstructio (2, 3, 9, 12, 13). Előfordul triphalangealis hüvelykujj, nemritkán vese- és ureter-fejlődési rendellenesség (9, 10, 12). Leírtak füldeformitást, egyes ujjak duplicatióját (3, 9, 10). Ezen kapcsolatok fejlődéstani alapja ma még nem ismert pontosan.

Az esetek legnagyobb része kezelést igényel. A kezelésnek kettős célja van:

1. kozmetikai;
2. funkciójavítás.

A kezelésbevétel előtt egyénre szabott kezelési tervet kell készíteni. Figyelembe kell venni a gyermeki kéz növekedését, és olyan beavatkozást nem szabad végezni, mely interferálhat a növekedéssel (2). A kezelést általában 4 éves kor után kezdjük (2, 11). A deformitás formai korrekcióját a nem elhanyagolható psychés okok indokolják, azonban a forma javítása nem mehet a funkció rovására. A funkció szempontjából fogásra alkalmas kéz elérése a cél. Ennek feltétele az oppositóra képes hüvelykujj. Syndactylia esetén azt oldani kell, ill. kellően mélyíteni az úszóhártyát (2, 9). Mély hasadék esetén annak zárása jöhet szóba, amit a divergáló metacarpusok közelítésével lehet egybekötni. Ezt gyakran akadályozza a kapcsolódó phalanx nélküli III. metacarpus, melyet ilyenkor el kell távolítani és a rajta tapadó izmokat át kell ültetni (2, 9). Kétujjú kéz esetén a funkció általában jó vagy gyakoroltatással jó funkció érhető el. A thenar és hypothenar izomzat rendszerint jól fejlett (2, 12). Ha az oppositio nem kielégítő, rotatiós osteotomia jöhet szóba. Egyujjú kéz esetén phalangisatióval lehet a kezlet fogásra alkalmassá tenni (2, 9). A láb deformitási esetén normális cipő viselés elérése a cél, il-

ltve az, hogy megfelelő orthopaed cipővel megakadályozzuk a statikai zavarból adódó korai arthrosist.

Esetünket három szempontból tartottuk érdekesnek ismertetni:

1. Betegünkön ugyanazon deformitás két súlyossági fokozata látható (mindkét kézen a „d” típus syndactylia nélkül, a bal lábon a „g”-vel jelzett típus), mely bizonyíték a *Maisels* által feltételezett pathomechanizmus mellett.

2. A magyar irodalomban e kórkép közlésével nem találkoztunk.

3. A nagyobb gyakorisággal előforduló autosomalis dominans öröklést mutató eseteket el kell különíteni a sporadikus esetektől, és egyéb embriopathiáktól, melynek családtervezés, illetve genetikai tanácsadás szempontjából van jelentősége.

Összefoglalás. A szerzők rövid áttekintést adnak a rákolló deformitás irodalmáról, ismertetik esetüket, a kórkép típusait, kialakulásának pathomechanizmusát, öröklésmenetét és a kezelés általános elveit.

IRODALOM: 1. *Barsky, A. J.*: J. Bone Jt. Surg. 1951, 33-A, 35. — 2. *Barsky, A. J.*: J. Bone Jt. Surg. 1964, 46-A, 1707. — 3. *Birch-Jensen, A.*: Congenital Deformities of the Upper Extremities. Copenhagen, Ejnar Munksgaard, 1949. — 4. *Chatel, A.*: A mozgásszervi betegségek. „Művelt Nép” Kiadó, Budapest, 1956. XVII. fej. 390. — 5. *Cruveilhier, J.*: „Anatomie Pathologique du Corps Humaine”. Paris, Bailliere, 1835—1842. Vol. II. Part 38. (cit.: *Maisels, D. O.*: British J. Plast. Surg. 1970, 23, 269.). — 6. *Frantz, C. H., O’Rahilly, R.*: J. Bone Jt. Surg. 1961, 43-A, 1202. — 7. *Hartsinck, J. J.*: Beschryving van Guiana, of de wilde Kunst in Zuid-America. Gerrit Tielenburg, Amsterdam 1770, 2, 811. (cit.: *Barsky, A. J.*: J. Bone Jt. Surg. 1964, 46-A, 1707.). — 8. *Lewis, T., Embleton, D.*: Biometrika. 1908, 6, 26. (cit.: *Barsky, A. J.*: J. Bone Jt. Surg. 1964, 46-A, 1707.). — 9. *Maisels, D. O.*: British J. Plast. Surg. 1970, 23, 269. — 10. *Phillips, R. S.*: J. Bone Jt. Surg. 1971, 53-B, 247. — 11. *Szombati S., Kéri I.*: Orv. Hetil. 1950, 91, 469. — 12. *Walker, J. C., Clodius, L.*: Plast. Reconstr. Surg. 1963, 32, 627. — 13. *Weigmann, O. A., Walker, F. A.*: J. Pediat. Ophth. 1970, 7, 79.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az **ORVOSI HETILAP**-ot

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



Pecsi Orvostudományi Egyetem,
Gyermekklinika (igazgató: Varga Ferenc dr.),
Megyei Kórház, Győr,
Gyermekosztály (főorvos: Méhes Károly dr.)

Újszülöttkori, szűrővizsgálattal felfedezett histidinaemia

Soltész Gyula dr., Klujber László dr.
és Németh Erzsébet dr.

A histidinaemia a ritka, öröklődő anyagcsere-zavarok egyike. Ritkasága ellenére esetünk rövid ismertetését és megbeszélését azért tartjuk közlésre érdemesnek, mert 1. az aminosavanyagcsere-bajok az öröklődő betegségek azon csoportját képezik, amely az orvosok számára a legfontosabb: kezelhetők, ill. megelőzhetők; 2. jól illusztrálják a biokémiai genetika alapvető princípiumát, nevezetesen azt, hogy a ritka anyagcsere-rendellenességek tanulmányozása gyakran elengedhetetlen ahhoz, hogy a normális folyamatokat megértsük; 3. ezen állapotok kiemelik a klinikai orvostudomány és a biokémia szoros kapcsolatát; 4. végül a histidinaemia egészen speciális helyet foglal el az anyagcserebajok között: igen nagy a heterogenitás, a klinikai kép a teljes tünetmentességtől a súlyos mentális retardációig rendkívül széles skálájú. Ezért minden újabb eset megfigyelése, tanulmányozása, leírása indokolt.

A histidin intermediaer anyagcserejének vázlatos rajzáról (1. ábra) leolvashatók a főbb „biokémiai tünetek”. A histidint desamináló histidáz enzim (L-histidin-ammonia-liáz) defektusa miatt a histidin felszaporodik a vérben, és a veseküszöb elérése után a vizelettel is fokozottan ürül, ez teszi lehetővé a korai szűrést. Az enzim blokk miatt a histidin egy része „kerülő” úton metabolizálódik, és fokozottan képződik imidazol-piroszölősav. Végül a normális histidin-metabolitok (urokanin-sav, forminoglutaminsav [FiGlu] stb.) hiányoznak vagy alig találhatók meg a vizeletben.

Esetismertetés

S. A. a fiatal anya első terhességéből, 38. gestációs hétre született (születési súly: 2300 g) 6 hónapos eutrophiás csecsemő. Zavartalan újszülöttkor, mozgásfejlődése és szellemi fejlődése korának

megfelelő. A pihés szőke hajú, kék szemű csecsemő fizikális statusa teljesen negatív. A rutin laboratóriumi vizsgálatok, vérkép, összfehérje, elfo, immunelfo, maradék-nitrogén, vizelet, mellkas és csont röntgenfelvételek, EEG mind normális eredményt adtak.

A 4 napos korban vett vizelet vékonyréteg-kromatográfiája terelte először a gyanút histidin-aemiájára (Győr). Háromhetes korban a vizsgálatot megismételték — ezúttal a vérből is — teljesen hasonló eredménnyel. A 4 hónapos korban ioncserélő oszlopkromatográfiával (Beckman Multichrom 4225) meghatározott plazma histidin szint: 750 $\mu\text{mol/l}$ (normális: 97 $\mu\text{mol/l}$) (18). További részletes vizsgálatokra (6 hónapos) vettük fel a beteget. Ekkor a következő aminosav koncentrációkat ($\mu\text{mol/l}$) észleltük a plasmában: taurin: 193, asparaginsav: 63, citrullin: 37; glycín: 253; alanin: 476; cystin: 152; valin: 267; methionin: 49; izoleucin: 88; leucin: 153; tyrozin: 142; phenylalanin: 109; ornithin: 81; lyzin: 210; arginin: 75. Az aminogramra jellemző a mérsékelt emelkedett alanin, extrém magas histidin szint.

Néhány napos fehérjeszegény étrend után a plazma histidinszintje 400–500 $\mu\text{mol/l}$ között állapodott meg. Per os histidin terhelés: 2. ábra. Míg az azonos korú és nemű kontroll csecsemő esetében a terhelést követő 1–2 órán belül a histidin szint normalizálódott, addig a „betegben” még 10 óra múlva is a normális 6–8-szorosát meghaladja a plazma histidintartalma. A vizeletben a következő histidin metabolitokat sikerült kimutatni: histidin, imidazol-ecetsav és imidazol-tejsav. A vizeletben urokanin-sav nem volt. Terhelésre a histidin és az imidazol-tejsav ürítése fokozódott, urokanin-sav a terhelés után sem volt kimutatható.

A felvételt követően észlelt mérsékelt hyperalaninaemiát a továbbiakban nem észleltük. Intravénás alanin-terhelés során a tízszeresére emelkedett plazma alanin szint 2 órán belül normalizálódott, a vércukorszint a terhelés első 30 percében megemelkedett. Iv. alanin-terhelés (0,125 g/kg): éhezési alanin-szint: 228 $\mu\text{mol/l}$; 10 perces érték: 2400 $\mu\text{mol/l}$; 30 perces érték: 796 $\mu\text{mol/l}$; 60 perces érték: 471 $\mu\text{mol/l}$; 120 perces érték: 286 $\mu\text{mol/l}$. Vércukorszintek: éhezési: 102; 10 perc: 117; 30 perc: 104; 120 perc: 100 mg%.⁰

A fenti vizsgálatok histidinaemiára utaltak, és a potentialis idegrendszeri károsodások megelőzése céljából histidin-szegény diéta bevezetését tartottuk szükségesnek. Az állati és növényi fehérjék mindegyike annyi histidint tartalmaz, hogy a histidin-bevitel ily módon való megszorítása jelentős fehérjehiányhoz vezetne. Egyetlen járható út tehát — mint PKU esetében is — a szintetikus aminosavkeverék (ami mérhetetlenül drága) vagy az ioncserélő gyantával histidin-mentesített, ill. szegényített fehérjehydrolizátum, ami ugyancsak drága, és eddig nem sikerült beszerezni.

Megbeszélés

Az első histidinaemiás esetet Ghadimi írta le 1961-ben, majd 1962-ben (9, 10) és 1963-ban Auerbach és La Du tisztázta (13) az enzimdefektust,

közel 40 évvel azután, hogy György (1926) már felfedezte a histidin intermedier anyagcseréjének emberben legfontosabbnak látszó útját, a formino-glutaminsav (FiGlu) és ammónia képződését (12). A 60-as évek végére már több mint félszáz eset gyűlt össze az irodalomban, és két, nemrég megjelent, az öröklődő anyagcserebajokkal foglalkozó, neves monográfia (14, 21) is részletesen foglalkozik a kórképpel. Czeizel, Dénes és Szabó (6) könyvében található ugyan egy rövid összefoglaló, de részletes biokémiai vizsgálatokkal is dokumentált esetet a magyar nyelvű irodalomban nem találtunk. A histidinaemia előfordulását a lakosságban: 1 : 14 000 és 1 : 17 000-re teszik (21, 24), ami megközelíti a phenylketonuria gyakoriságát.

A klinikai kép a súlyosságot illetően igen variabilis.

1. Mérsékelt mentális retardatio az esetek kétharmad részében fordul elő. Az IQ általában 47 és a normális érték között mozog.

2. Az esetek háromnegyed részében beszédzavart írtak le, ami részben artikulációs nehézségből, részben rossz memorizálási képességből adódik. Bonyolítja a helyzetet, hogy nincs határozott és egyértelmű összefüggés a mentális retardatio foka és a beszédzavar súlyossága között.

3. Hangsúlyozni kell továbbá, hogy nincs semmiféle histidinaemiára specifikus klinikai tünet, valamint azt, hogy az érintett gyermekek egy része teljesen normális, eltekintve a biokémiai zavartól. Ezek histidinaemiás testvéreik miatt kerültek felfedezésre (9). Esetünkben a fiatal életkor miatt a dolgozat írásakor 14 hónapos a jelenlegi tünetmentesség még semmit sem mond.

A betegség, helyesebben a biokémiai anomália diagnózisa csak laboratóriumi vizsgálatokkal lehetséges.

1. Konzisztens és legkarakterisztikusabb jel a histidinaemia. Az újszülöttkorban normálisan 97 ± 18 (18), a csecsemő- és gyermekkorban 85 ± 10 $\mu\text{mol/l}$ (21) histidin-szint 4–10-szeresére emelkedik. A hyperhistidinaemia mértéke azonban nagymértékben függ a táplálékkal bevitt fehérjemennyiségtől is, különösen újszülött és fiatal csecsemő esetében. Az eddig észlelt legmagasabb érték, amelyet histidin-terhelés kapcsán mértek, megközelítette a 2000 $\mu\text{mol/l}$ -t (1). Ugyanakkor egy másik esetben a plasma histidin szint tartósan 400–500 körül mozgott. Esetünkben az első értékek igen magasak voltak, de fehérjemegszorításra 500 $\mu\text{mol/l}$ liter alá csökkent a plasma histidin szint. Az iro-

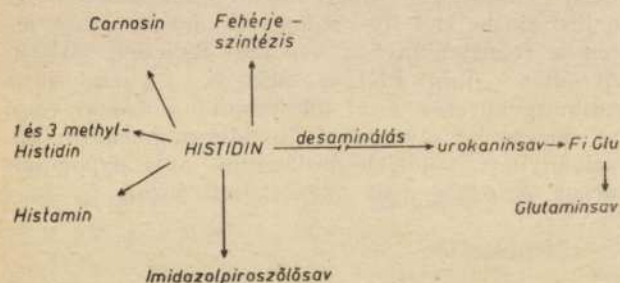
dalmi adatok alapján a többi aminosav plazmaszintje általában normális, de néhány szerző (1, 5) mérsékelt hyperalaninaemiáról számolt be. Ennek klinikai jelentőségét nem ismerjük. Betegünk plasma alanin szintjét egy alkalommal mi is emelkedettnek találtuk, de hypoglykaemiára való hajlam hiánya, az intravénásan adott alanin gyors eliminációja a vérből, és ezzel párhuzamosan a vércukorszint-emelkedés intakt gluconeogenetikus enzimsziszterre utal (18).

2. A vizelettel történő fokozott histidin-ürítés ugyancsak jellemző a histidinaemiára. A hyperhistidinaemia a hyperhistidinaemia következménye, a tubularis resorptio ép. Imidazolpiroszölősav, a histidáz defektus miatt aktiválódott alternatív anyagcsereút egyik intermediaer terméke, histidinaemiában felszaporodik. Normálisan csak igen kis mennyiségben van jelen a vizeletben. Mint gyűrűs ketosav, FeCl_3 -dal ez is színreakciót ad a phenylpiroszölősavhoz hasonlóan, de ez általában csak 500 $\mu\text{mol/l}$ -t meghaladó plasma histidin szint felett pozitív (26). Levy (16) 20 histidinaemiás esetében a vizelet FeCl_3 reakció 6 hónapos korig negatív volt, majd fokozatosan pozitívvá vált. Ennek pontos magyarázata nem ismeretes, a FeCl_3 kémlelés betegünk esetében is ismételt negatív eredményt adott. Urokaninsav, imidazolpropionsav és FiGlu (normális histidin metabolitok) vizeletkiválasztása histidinaemiában csökkent, és még nagy adag histidin adása után sem emelkedik (20).

A további biokémiai vizsgálatok közül a histidin diétás megszorításának hatását a plasma histidin szintre mi is megfigyelhettük. Ez egyezik a legtöbb szerző tapasztalataival (8), de ezzel ellentétes közlések is ismeretesek (13). Per os histidin-terheléses vizsgálatunk teljes mértékben a várt, histidáz enzimdefektusra jellemző eredményt adta. A histidáz enzim aktivitásának direkt meghatározása a májból vagy a bőr stratum corneumból (21) nem volt lehetséges.

Az esetek túlnyomó többsége autosom recessiv öröklődésmentet mutat, és a betegségnek legalább két fenotípusa létezik: normális és kórosan alacsony histidáz aktivitás a bőr stratum corneumban (21). Egy rokonházasságból született gyermek esetében autosom domináns öröklődést figyeltek meg (4). Betegünk egészséges, fiatal szülőik első gyermeke, a rokonságban gyengeelméjű vagy beszédzavarban szenvedő egyén nem ismeretes. Mivel az esetek egy része a későbbi életkorban is teljesen normális marad klinikailag, histidinaemiás rokon esetleg csak biokémiai szűrővizsgálattal lenne felderíthető. Heterozygota hordozók identifikálása pedig sem a plasma histidin szint, sőt még a histidin-terhelés alapján sem lehetséges. Legmegbízhatóbb vizsgálatnak jelenleg irodalmi tapasztalatok alapján a histidin-terhelés első órájában ürített FiGlu mennyiség pontos mérése tűnik (13, 20).

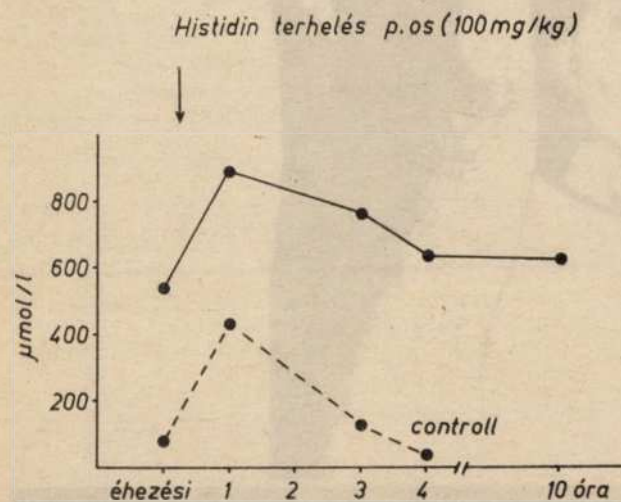
Legfontosabb a terapia és a prognózis kérdése. Alacsony histidin-tartalmú (25 mg/kg/die) diéta bevezetésével számos sikeres (8, 12) és néhány sikertelen (13) próbálkozás történt. A leginkább elterjedt preparatum (Albumaid Histidine Low — Scientific Hospital Supplies Ltd, Liverpool,



1. ábra. A histidin intermedier anyagcseréje (vázlatosan)

England) szarvasmarha serum fehérje hidrolizátuma, igen drága. Ez természetesen nem lehet akadálya annak, hogy ezt — amennyiben bizonyítható, hogy a normális szellemi fejlődés sine qua nonja a plasma histidin szint alacsonyan tartása — a biztosan diagnosztizált esetekben alkalmazzuk.

A legújabb szűrővizsgálatokkal felfedezett esetek 80—85%-ában a mentális fejlődés és a beszéd képességének kifejlődése teljesen normális volt. Ennek ellenére túl korai lenne kimondani, hogy a histidinaemia ártalmatlan biokémiai anomália. Ez a véleménye annak a szerzőcsoportnak is, akik legutóbb (16) 20, már az újszülöttkorban felismert esetet 7—8 éves korukig követték, és évenkénti részletes neuro-pszichiatriai vizsgálatokkal semmiféle kórosat nem tudtak kimutatni. Mentális aberrációk ugyanis még későbbi gyermek-, illetve felnőttkorban is jelentkezhetnek. A szerzők feltételezik, hogy két histidinaemia forma lenne elkülöníthető, a klinikailag benignus és a mentális retardatiót okozó. Biokémiailag a kettő között, eddigi ismereteink szerint, nincs különbség. A benignus formát feltételezve a fenti szerzők diétás kezelést nem alkalmaztak.



2. ábra.
Per os histidin-terhelés

További bonyodalmat okoz, hogy két kutatócsoport (15, 22) egy átmeneti histidinaemiát is leírt 1971-ben. A normálisnál magasabb plasma histidin szint a születés után hetekig emelkedett maradhat. Lindemann (17) feltételezi, hogy a histidin-piroszölősav transamináz tranzitorikus defektusáról van szó. Gyakoriságát 1 : 560-ra teszik (24). Patogenetikai szerepe még tisztázatlan, de fontos elkülöníteni a valódi, histidáz defektuson alapuló histidinaemiától.

Thalhammer egyik esete a histidinaemiás

anyagcsere-zavar újabb variánsát sejteti: a plasma histidin szint az első hónapokban 200—300 µmol/l volt, majd fokozatosan csökkenve 13 hónapos korban normalizálódott. Kimutatható, histidáz aktivitás a máj-biopsiás anyagban pedig a 25. élethónaptól jelent meg (24).

Úgy gondoljuk, hogy mivel jelenlegi ismereteink szerint semmi mód nincs arra, hogy előre megmondjuk, melyik histidinaemiás csecsemő lesz gyengeelméjű vagy beszédhibás és melyik nem — a diéta bevezetése esetünkben indokolt és szükséges, annál is inkább, mivel a plasma histidintartalma tartósan azon szint fölött maradt, amit csak súlyos esetekben észleltek.

A betegség korai, időbeni felismerése csak újszülöttkori tömeges szűrővizsgálattal lehetséges. Az egész országra kiterjedő, PKU szűréshez hasonló program jelenleg nincs, de a külföldi tapasztalatok (15) és az első hazai regionális szűrés eredményei (19) arra utalnak, hogy a jövő útja ez lesz.

Összefoglalás. A vizelet vékonyréteg-kromatográfiájával újszülöttkorban kiszűrt histidinaemia esetét ismertetik. A klinikai kép teljesen jellegtelen, az esetleges mentális retardatio, beszédzavar foka nagyon variabilis. A diagnózist a vér (és a vizelet) kvantitativ histidin-tartalma, a histidin-terheléses vizsgálat, a histidin metabolitok vizsgálata a vizeletben és (a nem elengedhetetlen) enzimaktivitás meghatározás biztosítja (máj-, bőr-biopsia). A diétás kezelés létjogosultsága vitatott.

IRODALOM: 1. Auerbach, V. H. és mtsai: J. Pediat. 1962, 60, 487. — 2. Auerbach, V. H. és mtsai: in: Amino Acid Metabolism and Genetic Variation. Nyhan, W. L. 1967. — 3. Berlow, S. és mtsai: Lancet. 1965, 85, 241. — 4. Bruckman, C. és mtsai: Amer. J. Dis. Child. 1970, 119, 221. — 5. Carton, P. és mtsai: Helv. Paediat. Acta. 1970, 25, 127. — 6. Czeizel E., Dénes J., Szabó L.: Vele született rendellenességek. Medicina, 1973. — 7. Davies, H. E., Robinson, M. J.: Arch. Dis. Child. 1963, 38, 80. — 8. Gatfield, P. D. és mtsai: Canad. Med. Ass. J. 1969, 101, 465. — 9. Ghadimi, H. és mtsai: New Engl. J. Med. 1961, 265, 221. — 10. Ghadimi, H. és mtsai: Pediatrics. 1962, 29, 714. — 11. Gilman, P. A., Howel, R. R.: J. Pediat. 1969, 75, 878. — 12. György P., Röthler, H.: Biochem. Ztschr. 1926, 173, 334. — 13. La Du, B. N. és mtsai: Pediatrics. 1963, 32, 216. — 14. La Du, B. N.: in: The Metabolic Basis of Inherited Disease. McGraw-Hill, 1972. — 15. Levy, H. L. és mtsai: Pediatrics. 1971, 47, 128. — 16. Levy, H. L. és mtsai: New Engl. J. Med. 1974, 291, 1214. — 17. Lindemann és mtsai: Acta Paediat. Scand. 1970, 59, 241. — 18. Mestyán J. és mtsai: J. Pediat. 1975, 87, 409. — 19. Németh E. és mtsai: Orv. Hetil. 1975, 116, 1991. — 20. Rosenblatt, D. és mtsai: Pediatrics. 1970, 46, 47. — 21. Scriver, C. R., Rosenberg, L. E.: Amino Acid Metabolism and its Disorders. Saunders, 1973. — 22. Thalhammer, O. és mtsai: Z. Kinderheilk. 1971, 109, 279. — 23. Thalhammer, O.: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Bad-Pyrmont, 1972. — 24. Thalhammer, O.: Mschr. Kinderheilk. 1973, 121, 201.

TURINAL



ÖSSZETÉTEL

1 tableta 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

JAVALLATOK

Fenyegető vetélés, fenyegető koraszülés, habitualis abortus prophylaxisa.

ALKALMAZÁS, ADAGOLÁS

Fenyegető vetélés esetén naponta 3×1 tableta 5–7 napon át, a tünetek megszűnéséig.
Habitualis abortus esetében napi 1–2×1 tableta az átla-

gos adag. Fenyegető koraszülés fennállásakor az adagolást minden esetben célszerű egyénileg meghatározni.

MEGJEGYZÉS

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szakrendelések szabadon rendelhetik, egyéb esetben csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

CSOMAGOLÁS

20 tableta	60,- Ft
100 tableta	284,- Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

Verőérsérülések ellátása vénaátültetéssel

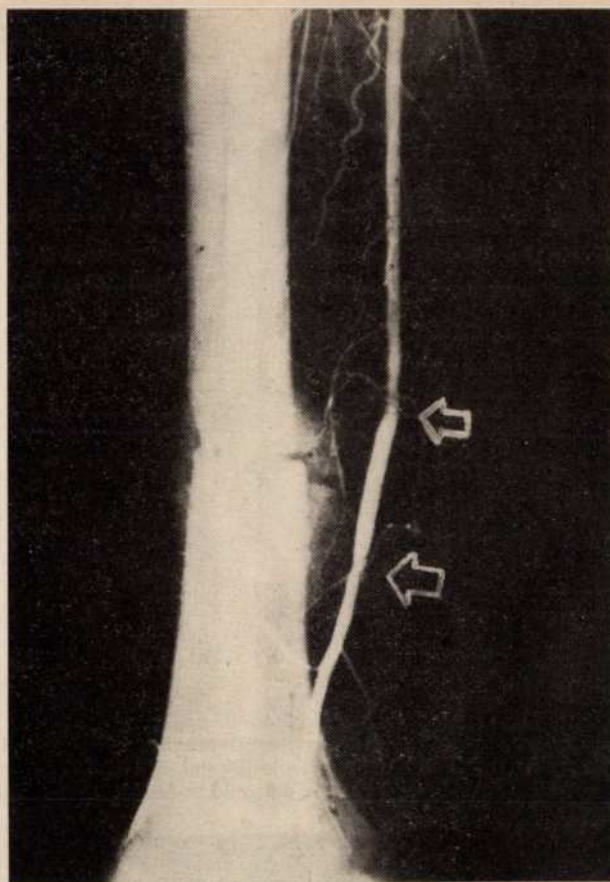
Rozsos István dr.,* Tódor Gábor dr.
és Pogány Péter dr.

Az érsebészet fejlődése a végtagok nagy artériáit érintő sérülések egyre sikeresebb ellátásán keresztül is lemérhető. *Vollmar* (19) adatai szerint a polgári lakosságot érő balesetek 0,3%-ában fordul elő érsérülés. *Treimann és mtsai* (18), *Drapanas és mtsai* (5) az érsérülések gyakoribbá és súlyosabbá válásáról számoltak be; *Hermreck és mtsai* (7) újabb adatai szerint a balesetek 3%-ában fordul elő érsérülés. Hazánkban a növekvő közúti forgalom miatt, a balesetek és így az érsérülések gyakoribbá válásával számolhatunk. Az érsérülés gyors és célszerű ellátásával a halálos kimenetel vagy az érintett végtag elvesztése megelőzhető, sőt az esetek jelentős hányadában a végtag funkciója is megtartható. A hazai irodalomban számos közlemény foglalkozott az érsérülések ellátásával (6, 8, 11, 14, 16, 17, 20), a probléma azonban mit sem vesztett aktualitásából.

Betegismertetés

1. beteg: H. S., 26 éves férfibeteget 1972. december 1-én eszméletlen, shockos állapotban mentők szállították a baleseti sebészeti osztályra. A sérült állítólag motorkerékpárral egy kivilágított teherautóba rohant, a baleset pontos időpontját azonban nem sikerült megtudni, mivel a sérültet a beszállító mentők egy másik mentőcsoporttól vették át. A beteg felvételekor csak a carotis pulzus volt tapintható; a beteg szív működése szapora, de rhythmusos, légzése felületes, kapkodó volt. A jobb comb körfogata nagymértékben megnőtt, feszes tapintatúvá vált, a combcsont törésének biztos jelei voltak láthatók. A jobb comb bőrén, a középső és alsó harmad határán, a comb belső felszínén 2 cm hosszú, zúzott sebész helyezkedett el, amelyen keresztül pulzáló vérzés volt látható. A jobb lábszár és láb, a shockos állapot ellenére, hűvösebb tapintatú és halványabb volt, mint a bal. A bal alkaron a törés biztos jeleit észleltük.

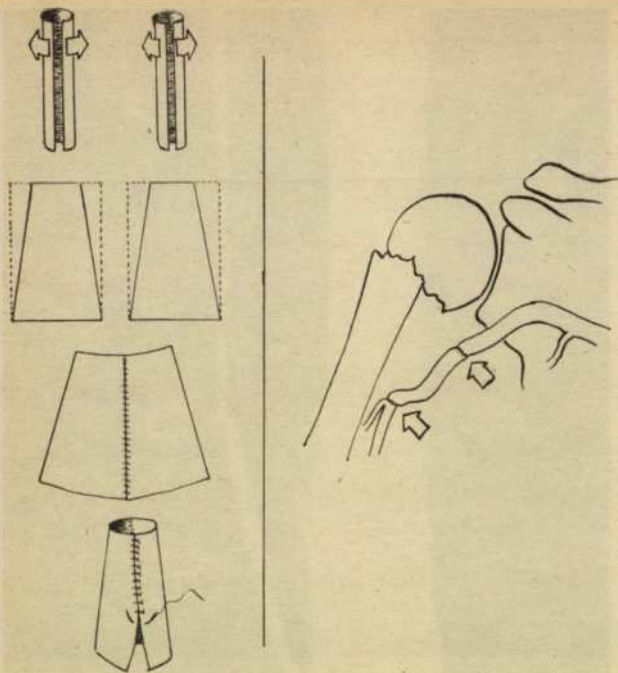
Shocktalanítás közben a nagyfokú vérzés miatt azonnal műtétet végeztünk. Műtét során a combcsont középső és alsó harmada határán dislocált törést, a törés magasságában az a. és v. femoralis teljes átszakadását találtuk. A szabad érvégeket lekötöttük, majd a combcsonttörést velőürszegezéssel láttuk el. Ezzel egyidejűleg a bal v. saphena magnából 10 cm-es szakaszt távolítottunk el. A v. femoralis folytonossága vég a véghez anastomosissal helyreállítható volt. Az anastomosist 5/0 atraumatikus csomós varratokkal készítettük el. Az a. femoralis azonban nagyobb mértékben roncsolódott, az ép intima részben történt resectio után, mintegy 6 cm hiány keletkezett. A bal



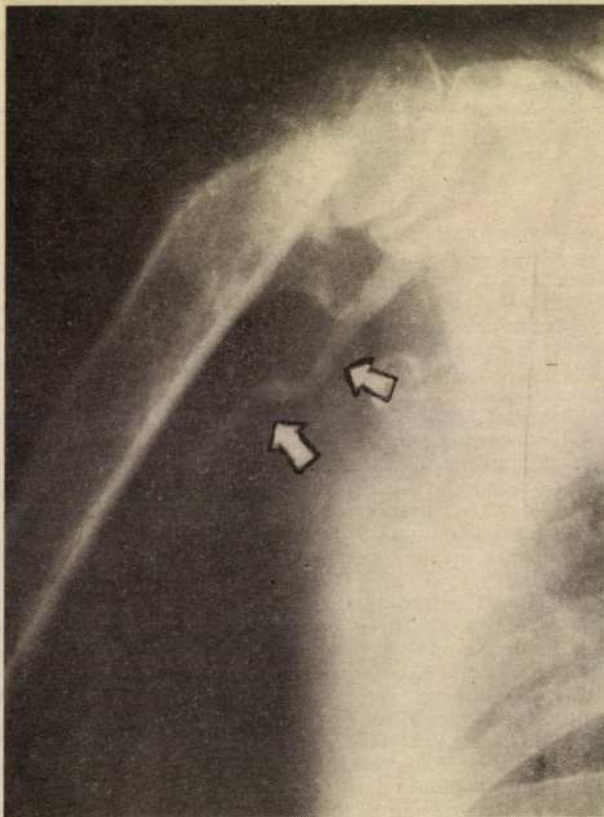
1. ábra.
H. S., 26 éves férfibetegről a vena-graft beültetése után 2 hónappal készített felvétel. A nyilak a graft helyét jelzik. A még nem megfelelő callus-képződés mellett a velőürszeg árnyéka is kivehető

oldali v. saphena magnából vett érszakaszból szükséges hosszúságú darabot megfordítva az a. femoralis superficialis és az a. poplitea proximalis vége közé ültettük, 5/0 atraumatikus csomós varratokkal vég a véghez anastomosist képezve (1. ábra). Előbb a behelyezett vénaszakasztól distalisán, majd fokozatosan attól proximalisan megszüntettük a leszorítást. Az a. dorsalis pedis pulzációja a műtét után azonnal tapinthatóvá vált. 1975 decemberében végzett kontroll vizsgálat során panaszmentes, az a. dorsalis pedis lükte-tése jól tapintható, a végtag funkciója kifogástalan.

2. beteg: T. M., 67 éves férfibeteget 1974. május 14-én shockos állapotban mentők szállították a baleseti sebészeti osztályra. Beszállítása előtt 3 órával vetőgép alá esett, a vetőgép a mellkasán és jobb vállán haladt át. A jobb I—VII. bordákon sorozattörés, a bal II—VIII. bordákon ugyancsak sorozattörés, a bal bokán többszörös törés és sublucatio, a bal vállízületben ficam, a jobb humerus collum chirurgicumán törés keletkezett. A collum chirurgicum törés az a. axillaris elszakította és a plexus brachialis egy részét roncsolta. A jobb felső végtag hűvös tapintatú volt, az a. radialis lükte-tése nem volt tapintható. A jobb váll területén fokozódó haematoma és a. axillaris sérülése miatt shocktalanítás közben műtétet végeztünk. Az a. axillaris 3 cm-es szakasza roncsolódott, a szabad érvégek sclerotikusak. Az érvégek egyesítése elsősorban az érfal rossz minősége miatt nem volt elvégezhető. Ezért a jobb v. saphena magnából egy 8 cm-es szakaszt távolítottunk el. Az a. axillaris és az átültetett vénadarab közötti lumen különbséget, a v. saphena magna haránt irányú felezése, majd hosszanti irányú felmetszése után, az ér lumeneinek megfelelő vénadarab készítésével hidaltuk át (2. ábra). Az elkészített vénadarabot vég a véghez anastomosissal he-



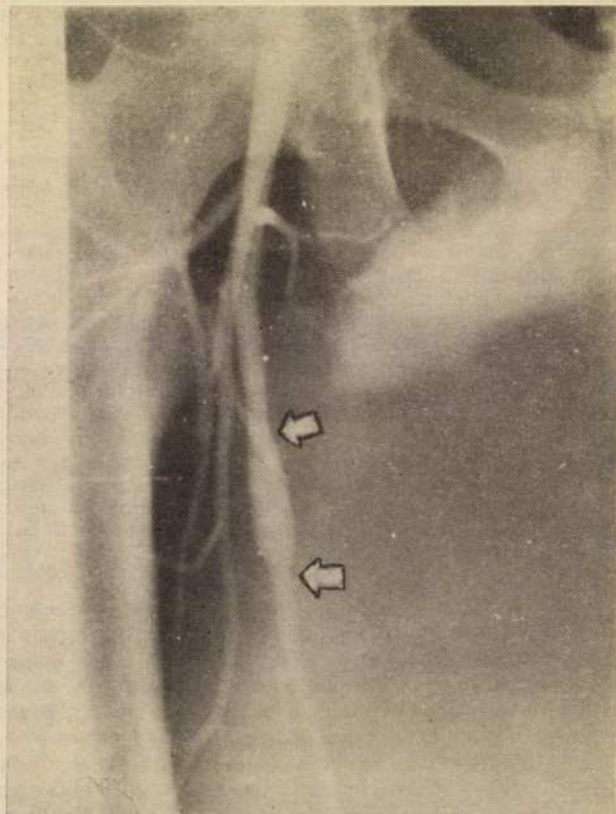
2. ábra.
Az ábrán T. M., 67 éves férfibeteg a. axillaris sérülése ellátásához a lumen-különbség miatt megfelelő vena-graft készítés menetét vázlatosan tüntettük fel. Nagyobb lumenű erek ellátásakor is ehhez hasonló módszer alkalmazható



3. ábra.
T. M., 68 éves férfibetegről az a. axillaris sérülése és a vena-graft beültetése után 13 hónappal készített arteriogram. A nyilak a beültetett graft helyét jelzik. A kiáramlási pálya az expositós idő pontatlan megválasztása miatt csak részben látható. Ismételt felvételt a beteg rosszulléte miatt nem készítettünk. A radialis pulsus mind a felvétel időpontjában, mind 6 hónappal később jól tapintható volt

lyeztük az a. axillaris és az a. brachialis közé. Az anastomosisokat 5/0 atraumatikus csomós varratokkal készítettük el. A leszorítás szabály szerinti felengedése után az a. radialis lüktetése azonnal tapinthatóvá vált. A plexus brachialis elszakadt részeit összevarrtuk. A beteg állapota a műtét utáni időszakban fokozatosan javult és 1974. szeptember 3-án, jó általános állapotban, a plexus brachialis sérülése és collum chirurgicum törése miatt a jobb felső végtag beszűkült funkciója mellett jól tapintható radialis pulzussal hazaengedtük. 1975. június 27-én arteriográfiát végeztünk. A kontrasztanyag beadása után a beteg rosszullétről panaszkodott, bőre verejétkessé vált és vérnyomása leesett. Az elkészített felvétel minősége nem kifogástalan (3. ábra), ismételt kontrasztanyag adásától azonban eltekintettünk. A betegnek elbocsátásakor és 1975 decemberében végzett kontroll vizsgálata során is jól tapintható volt az a. radialis. A beteg a végtagját, beszűkült funkciója ellenére, jól használja.

3. beteg: Zs. F., 17 éves férfibeteget 1974. június 17-én mentők szállították a baleseti sebészet ambulanciájára. Beszállítása előtt 2-3 órával, kerékpárról történő leszállás közben, a kezében levő törrel véletlenül a jobb combjába szúrt. A seb feltárásakor az a. femoralisból sugárban vérzés indult meg, a sebet ellátó orvos az a. femoralist a sérüléstől proximálisan és distálisan Kocher érfogóval lefogta; a beteget műtőbe szállítottuk. Az a. femoralis medialis felszínén egy kb. 1 és fél cm hosszúságú szúrt seb, e szűréssel szemben levő érfalon kb. 2-3 mm-es folytonosságmegszakítás észlelhető. Az érlefogó következtében azonban az intima a sérült rész alatt és felett egyaránt ronccsolódott. Ennek következtében mintegy 4 cm-es érszakasz eltávolítására kényszerültünk. A folytonossághiányt a bal v. saphena magnából vett érdarabbal hidaltuk át. Az anastomosisokat 5/0 atrauma-



4. ábra.
Zs. F., 18 éves férfibetegről készített arteriogram 1 évvel a v. saphena magnából vett graft beültetése után. A nyilak a graft helyét jelzik, a graft mérsékelt tágulata látható

tikus csomós varratokkal készítettük el. Műtét után az a. dorsalis pedis lüktetése tapinthatóvá vált, zavartalanul gyógyult. 1975. június 12-én készített arteriogram az átültetett érdarab mérsékelt tágulatát mutatja (4. ábra). Az a. dorsalis pedis jól tapintható volt, oscillometriával a két végtag között nem észlelhető különbség. Végtagját kifogástalanul használja, rendszeresen sportol mint labdarúgó.

Megbeszélés

Néhány évtizede a végtagok nagyereit érintő sérülés a végtag elvesztését jelentette. Az érsebészet fejlődése és az érsebészeti tapasztalatok az érsérülések egyre nagyobb arányú sikeres ellátását eredményezik. A sikeres ellátást azonban, műtéttechnikai problémákon kívül, egyéb tényezők is befolyásolják. Ilyenek például a sérülés és az ellátás között eltelt idő, a végtagot érő ischaemia időtartama és foka, az érsérülést kísérő egyéb elváltozások, nyílt sérüléskor a seb fertőzöttsége. Az ellátás sikere tehát már a balesetet követő, helyszínre érkező szakszerű ellátással veszi kezdetét. A szükséges teendők általánosan ismertek, mégsem árt néhány jelentős szempontra ismételtén rámutatni. A heveny elvérzést ujjal való leszorítással vagy elasztikus nyomókötés alkalmazásával kell megakadályozni. Zúzó műszerek alkalmazását lehetőleg kerülni kell. Természetesen, ha az arteriális vérzés más módon nem csillapítható, akkor lefogást kell alkalmazni. Igen jelentős az elvesztett vér pótlása és a shocktalanítás, ilyen sérülések során azonban a shocktalanítással egyidejűleg a műtét elvégzésére is kell törekedni.

A nyílt érsérülések felismerése, a nagyfokú vérzés és a sérüléstől perifériáisan látható ischaemia alapján, nem okoz gondot. Tompa érsérülések során azonban, amikor az ér nem szakad át és csak az intima sérül, az elzáródás korai felismerése gondot okozhat. A pontos felismerést tovább nehezítheti egyéb sérülés, fractura előfordulása. Ha érsérülésre van gyanúnk, de a pontos diagnózis kétséges, arteriográfiát kell végezni vagy szükség esetén próbafeltárást alkalmazni (10, 17, 19). Az érsérülések műtéti ellátásában egységes álláspont van kialakulóban. Az irodalomban található nem egyhangú vélemények miatt azonban röviden rámutatunk a célszerűnek látszó teendőkre.

Ha az érfal kis területét éri éles sérülés és az intima nagyobb kiterjedésű sérülése biztonsággal kizárható, úgy az érfal egyszerű elvarrása, szükség esetén foltplasztika alkalmazása elegendő. Ha azonban az érfal teljesen vagy csaknem teljesen átszakad és az ép intimájú lumenek egymás közti távolsága az 1 cm-t nem haladja meg, akkor a keringést vég a véghez anastomosissal állíthatjuk helyre. Az intima épségéről azonban gondosan győződjünk meg. Előfordulhat, hogy látszólag ép adventitia-mögött intima-sérülés rejlik. Hosszabb arteria-szakaszt érintő zúzódás, érfalhiány vagy thrombosis esetében a sérült érszakasztól proximálisan és distálisan egyaránt 1–2 cm-nyire az ép intima magasságában resecaljuk az eret. A folytonossághiányt pedig minden esetben vénadarabbal hidáljuk át (2, 3, 4, 7, 9).

Gunther és Mátrai (6) szerint 2 cm-es arteriahiány is áthidalható direkt anastomosissal, „nagyobb lumenű ereknél” pedig műanyag prothesis alkalmazását is megengedhetőnek tartanak. Véleményünk szerint a Hermreck és mtsai (7) által ajánlott 1 cm-es folytonossághiány oldható csak meg érfalpótlás nélkül. Úgy véljük, „a nagyobb lumenű ér” fogalma terminológiailag nem pontos, ezért helyesebb ha van Dongen (2, 3, 4), Hermreck és mtsai (7), Kutscha-Lissberg (9) tapasztalatait fogadjuk el és a sérült érszakasz pótlását mindig vénadarabbal végezzük el. Amennyiben az érsérülést a végtag csonttörése kíséri, Conolly és mtsai (1), Smith és mtsai (15), Williams és mtsai (21) tapasztalataihoz csatlakozva az érsérülés ellátása mellett a csonttörés osteosynthesissal történő megoldását tartjuk célszerűnek.

Az érsérülésekkel foglalkozó irodalomban mind kísérletes, mind beteganyagon szerzett tapasztalatok alapján a sérülés és annak ellátása között eltelt időnek nagy jelentőséget tulajdonítanak (1, 7, 12, 13). E megállapítás pontos megfigyeléseken alapul, mégis úgy véljük, hogy a végtagereket érintő sérülések esetében — amennyiben az anatómiai viszonyok és a beteg általános állapota lehetővé teszi — a kritikusként jelölt 6–8 óra után is érdemes megkísérelni a végtag megmentését.

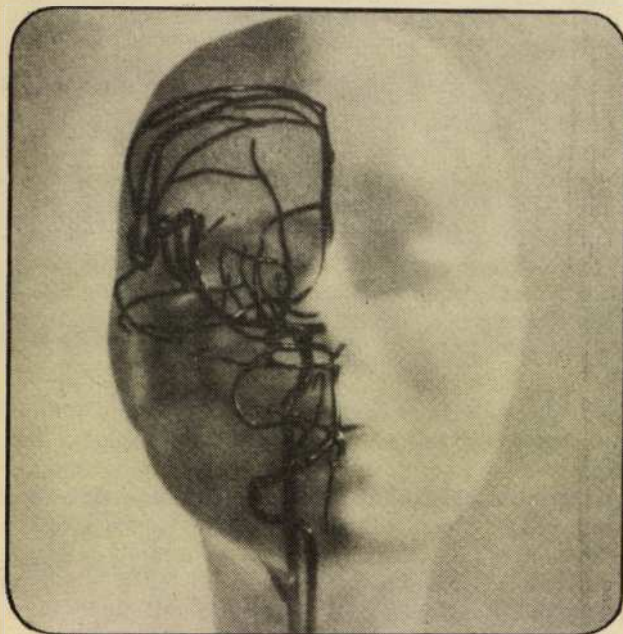
Összefoglalás. Szerzők három, vénaátültetéssel sikeresen gyógyított, érsérültről számolnak be. Egy esetben az a. femoralis superficialis és v. femoralis együttes sérülését, egy esetben a humerus collum chirurgicumának törését kísérő a. axillaris átszakadását, egy esetben pedig az a. femoralis superficialis szúrt sérülését látták el v. saphena magna érdarabnak a beültetésével. Mindkét a. femoralis sérült, teljes funkciómegmaradással gyógyult. Az a. axillaris sérülését kísérő collum chirurgicum törés azonban a plexus brachialiszt is roncsolta, így ezen betegünk funkció beszűkülésével gyógyult.

IRODALOM: 1. Connolly, J. F., Whittaker, D., Williams, E.: J. Bone Joint Surg. 1971, 53-A, 56. — 2. Van Dongen, R. J. A. M.: Langenbeck's Arch. klin. Chir. 1969, 322, 1108. — 3. Van Dongen, R. J. A. M.: Szóbeli közlés. — 4. Van Dongen, R. J. A. M.: Photographic atlas of reconstructive arterial surgery. Stenf. Kr. Leid. 1970. — 5. Drapanas, Th., Hewitt, R. L.: Ann. Surg. 1970, 173, 351. — 6. Gunther, T., Mátrai T.: Orv. Hetil. 1972, 113, 153. — 7. Hermreck, A. S. és mtsai: Amer. J. Surg. 1974, 128, 813. — 8. Hönig V., László Gy., Barabás Z.: Honvéddorvos. 1971, 23, 25. és 101. — 9. Kutscha-Lissberg, E.: Mschr. Unfall. 1972, 75, 55. — 10. Linder, F., Vollmar, J.: Chirurg. 1965, 36, 57. — 11. Löblovics I., Birosz B., Németh L.: Magy. Sebészet. 1975, 28, 58. — 12. Miller, H. H., Welch, C. S.: Ann. Surg. 1949, 130, 428. — 13. Nolan, B., McQuillen, W. M.: Br. J. Surg. 1965, 52, 559. — 14. Ránky L. és mtsai: Schw. med. Wschr. 1956, 86, 1199. — 15. Smith, R. F., Szilágyi E., Elliot, J. P.: Arch. Surg. 1969, 99, 315. — 16. Soltész L.: Orv. Hetil. 1968, 109, 280. — 17. Szilágyi L., Török I., Berentey Gy.: Magy. Traumat. 1969, 12, 296. — 18. Treiman, R. L., Doty, D., Gaspar, M. R.: Am. J. Surg. 1966, 111, 469. — 19. Vollmar, J.: Rekonstruktive Chirurgie der Arterien. Stuttgart, G. Thieme, 1967. — 20. Záborszky Z., Sömjen Gy.: Magy. Traumat. 1972, 15, 246. — 21. Williams, C. W., Fohn, C., Langston, J. H.: J. Bone Joint Surg. 1965, 47-A, 1096.

SANDOMIGRAN[®]

draszé

migraine-prophylacticum



HATÁS

A Sandomigranra jellemző a biogénaminokra, különösen a serotoninra kifejtett polyvalens gátló hatás.

A rohamok frekvenciáját csökkenti, így alkalmas a migraine kúraszerű kezelésére.

A Sandomigran sajátossága a nyújtott hatás.

ÖSSZETÉTEL

Pizotifenum 0,5 mg (0,73 mg hidrogen-malát alakjában) draszéknént.

JAVALLATOK

Migraine és migraine típusú fejfájások megelőzése: tipikus és atipikus migraine; vascularis eredetű fejfájások, Horton-syndroma kezelhetők a legelőnyösebben Sandomigrannal. Kevésbé eredményes a tenziós, psychogen, posttraumás fejfájások esetén.

Az akutan kialakult migraines rohamot nem befolyásolja.

ELLENJAVALLATOK

Tekintettel a parasympatholyticus hatás-komponensre: glaukoma; prostata hypertrophia; továbbá terhesség; MAO-bé-nítók egyidejű alkalmazása.

ADAGOLÁS

A napi adagot lépcsőzetesen célszerű emelni, az alábbi táblázat szerint:

	1-2	3-4	5... nap
REGGEL	-	-	1 draszé
DÉLBN	-	1	1 draszé
ESTE	1	1	1 draszé

Az esetek többségében az 5. naptól napi 3×1 draszé adható. Makacs esetekben a napi adag lépcsőzetesen 3×2 , 3×3 draszéra emelhető.

MELLÉKHATÁSOK

A fenti adagolási tájékoztató betartása esetén csak ritkán lép fel enyhe sedatív hatás, mely többnyire 1-2 heti kezelés után megszűnik. Egyes esetekben testsúlynövekedés figyelhető meg, mely az étvágy fokozódásának eredménye.

FIGYELMEZTETÉS

A Sandomigran alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnek megfelelően – előírt adagban szedhetik. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani, nyugtatók szedése kerülendő.

CSOMAGOLÁS

30 db draszé

Ára: 89,50 Ft

MEGJEGYZÉS ✖

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján az illetékes orvos két példányban („másolat”-tal) kiállított vényen rendelheti.

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI**

SANDOZ A.G. – BASEL licencia alapján



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója

16. szám

Neuhold János Jakab

Sopronban született és 38 éves korában ugyanott halt meg *Neuhold János Jakab*. Talán rövid élete volt az oka annak, hogy orvostudományi működését, írásaiban lefektetett életművét eddig a szakirodalomban nem méltatták összefoglalóan, talán az, hogy az orvostörténészek figyelme egyik magyar nyelvű munkájára összpontosult, a himlőről és kanyaróról szóló „Fundamentumos oktatás”-ra, a többi csak tudomásul vették, regisztrálták vagy kis sem tértek rájuk. Pedig nem ez volt egyetlen nagyobb műve és nem is ez volt a legjelentősebb alkotása. *Neuhold* rövid életéhez mérten nagyon is számos írásában haladó gondolkodású orvosként mutatkozik be, aki nemcsak a korában úttörő természettudományi módszerek alkalmazásához jutott el, mint kortársai közül *id. Rayger Károly*, *Fischer Dániel*, majd *Perlitz János*, hanem gondolkodásában is — jelentéktelen csökevényeket nem tekintve — tudatosan szembeszállt a skolasztikus előítéletekkel és új területeket, új utakat is keresett. Ebben az időben, a 18. század elején Magyarországon ilyen messzire csak néhányan jutottak el, elsősorban *Raymann János Ádám* eperjesi orvos.

Neuhold János Jakab 1700. április 4-én született. Alapos ismeretekkel felszerelve került Wittenbergbe, ahol rövidebb ideig teológiát hallgatott, de érdeklődése az orvosi pálya felé vonzotta. Jénában 1717-től orvostudományi tanulmányokat folytatott, amelyeket 5 év múlva Lipszében fejezett be és a lép funkciójáról szóló értekezésével megszerezte az orvosdoktori diplomát.

Előbb Nógrád megyei tisztii főorvosnak választották meg, majd 1730-ban ugyanezen funkcióba került Komáromban. Itt a nagy létszámú helyőrség orvosi ellátását is rábízta. 1729-ben, még Nógrád megyei főorvos korában a német természettudósok társasága, az Academia Leopoldina tagságával tiszti meg (holott addig még nyomtatott műve sem jelent meg), 1732-től kezdve pedig — életének még hátralevő hat éve alatt — bámolatba ejtő számmal, terjedelemben és értékes, változatos tartalommal jelennek meg munkái, úgy hogy 1735-ben az Academia Leopoldina megválasztja a szerkesztő elnök mellé adjunktusnak, területi szerkesztőnek. Talán két körülményben láthatjuk e tudományos fórumon oly gyors elismerésének és művek híján is taggá választásának az okait: megválasztásakor

(1729) már több soproni orvos volt tevékeny tagja a társaságnak, akik bizonyára felhívták a vezetőség figyelmét a törekvő, képzett fiatal orvosra, másrészt *Neuhold*nak bizonyára gyakori írásbeli érintkezése a társasággal is hozzájárult ahhoz, hogy képességeit felismerték. A továbbiak folyamán kiterjedt irodalmi munkásságával bebizonyította, hogy az Academia Leopoldina az előlegezett elismerést nem pazarolta méltatlanra.

Ha eltekintünk kéziratban hátrahagyott, de sajnós a magyarországi orvostudományi fejlődés nagy kárára elveszett munkáitól: egy összefoglaló munka a magyarországi betegségekről, egy magyar nyelvű bevezetés a bírósági orvostanba és egyéb kisebb művek, négy csoportban foglalhatjuk össze munkásságának jelentősebb eredményeit: elvben állást foglalt az ellen, hogy az orvostudomány elsősorban kuriózumokkal foglalkozzék; új területekre hívta fel a figyelmet; nemzeti nyelven népszerűsíteni kívánta az orvostudomány fontosabb kérdéseit; bizonyos problémákban a jövő fejlődése felé mutatott.

A skolasztikus gondolkodás egy jellemző maradványának, a kuriózumok iránti érdeklődésnek *Neuhold* sem tudott mindig ellenállni. 1730-ban jelent meg Győrött egy műve, amely a címében is jelzi, hogy a szerző „elég kuriózus” (sat curiosa) esetekkel foglalkozik benne, 1734-ben Nürnbergben pedig két megfigyelése jelent meg: egy asszonyról, aki bármikor fekete tejet tudott az emlőiből kipréselni és egy terhességi tüneteket mutató asszonyról, akinek kő volt a méhében. De *Neuhold* igazi magatartását a hitvallása jellemzi, amelyet az Academia Leopoldina 1732-es évkönyvében megjelent tiz megfigyelése elé írt: a szerzők ne írjanak csak kuriózumokról, hanem inkább arról (a tipikus esetekről), amit különböző írók különbözőképpen látnak. Írjanak a saját tapasztalataik alapján. Ezzel a kuriózumokról szóló irodalom lényegére tapintott rá: a róluk szóló hírek általában másodkézből szerzett (pl. „ahogy x nemes vagy y plébános közli”), nem ellenőrzött vagy ellenőrizhetetlen értesüléseken alapultak.

Neuhold olyan betegségekkel és tünetekkel is foglalkozott, amelyekkel más magyarországi szerzőknél csak elvétve vagy egyáltalán nem találkozunk. A lengyelországban endemikus, de a Szepességbe és Sárosba is áthurcolt lengyelfürtről (plica polonica, Polenzopf) addig Németországban csak *Patterson Hain János*, eperjesi orvos emlékezett meg egy vitatható különleges esettel kapcsolatban. *Neuhold* viszont részletesen taglalta a haj levágása után észlelhető tüneteket. Közleményére a magyar szakirodalomban *Néktám Lajos* hívta fel a figyelmet, legújabbban pedig *Franco Bazzi* olasz orvostörténész mutatott rá arra, hogy *Neuhold* cilke, amely előkelő és ismert évkönyvben jelent meg, egész Európában tette ismertté a betegséget. *Neuhold* egy másik, akkor újszerű jelenségről is írt: a kender és len szárításakor bizonyos anyagok — szerinte kigőzölgések — károsan hatnak az emberi szervezetre. Volt egy betege, aki valahányszor kocsijával áthajtott egy falun, ahol kendert vagy lent szárítottak, lázas tünetek kíséretében megbetegedett. *Neuhold* itt az allergia lényegére tapin-

tott rá. Az esetet tovább taglalva azt fejtegette, hogy sokféle, az egészségükre káros anyaggal dolgoznak az emberek és ezért az orvosoknak megfelelő utasításokat kell kiadniuk a veszélyeztetettek védelmére. *Bernardo Ramazzini* úttörő munkája a kézművesek betegségeiről közvetlenül *Neuhold* cikke előtt jelent meg és *Neuhold* tájékozottságára jellemző, hogy már idézi is.

Nemcsak a tudós kortársaknak írt magyar nyelvű műve a himlőről és kanyaróról („Fundamentumos oktatás, miképpen köllessék a gyermekekkel és más felnevelkedett személyekkel a himlő és kanyaró előtt, benne és utána bánni”, Sopron, 1736.) a latinul nem tudó szélesebb köröknek szolt. 14 éves gyakorlat alapján, 1600 esettel kapcsolatban — amelyekről pontos naplót vezetett és amire kevés példát találunk az ő korában — írta le tapasztalatait.

Néhány meglátása és irányelve korát túlszárnyalva, a jövő fejlődése felé mutatott: azt indítványozta, hogy az ország nagyobb kórházaiban rendszeresen végezzenek inaktív célú boncolásokat az orvosok részére. Ennek az indítványnak különös jelentőséget ad az a körülmény, hogy akkor Magyarországon még orvostudományi kar nem volt. Felszólalt a drasztikus gyógyszerek és gyógymódok túlzott használata ellen. Akkor írt erről, amikor *Stahl* tanításai alapján a drasztikus szerek rendelése virágkorát élte és csak 50 évvel később vették fel ellenük a rendszeres harcot a felvilágosodás orvosai. Korának legkiválóbb orvosaival egyetértve hangoztatta a pontos és okadatoló diagnózis fontosságát. Nem elég a tünetek leírása, az „okot” (eredetet, origót, *Boerhaaven*él az emberileg felismerhető, bár nem végső okot) kell az orvosnak megállapítania.

Neuhold János Jakab 38 évet élt, ebből csak 8 évig publikált, de előrelátása, kritikai szelleme és konkrét útmutatásai azon magyarországi orvosok közé sorolják, akik munkásságukkal hozzájárultak az orvostudomány továbbfejlesztéséhez.

Duka Zólyomi Norbert dr.

Goldzieher Vilmos

A századforduló magyar orvostudományának és szemorvoslásának kiemelkedő és sokoldalú egyénisége volt *Goldzieher Vilmos*, aki európai hírneve ellenére nem került egyetemi katedra élére. Emögött nem valami megkülönböztetést kell kutatnunk, csupán arról volt szó, hogy a magyar szemészet egy időben több kiváló képességű nagysággal rendelkezett, így *Goldzieher* munkássága idején nem volt az egyetemi tanszékek élén változás.

Goldzieher Vilmos 1849. január 1-én született vagonos kereskedőcsaládban. E családhoz tartozott a világhírű orientalista, *Goldzieher Ignác* is. A hazai előtanulmányok után orvosi tanulmányait Heidelbergben és Bécsben végezte, ahol 1871. február 12-én orvostudományi oklevelét szerezte. Még Heidelbergben rövid időre megszakította tanulmá-

nyait, mivel kitört a porosz—francia háború, amelyben ő is részt vett önkéntes segédként. Kiváló szolgálataért katonai kitüntetésben is részesült. Orvostudományi oklevelének megszerzése után visszatért Heidelbergbe, ahol két esztendőig töltött *Becker* klinikáján, majd 1874-ben Budapesten telepedett le. Itthon *Hirschler Ignác* felfigyelt a fiatal szemorvos képességeire és közbenjárására egy esztendeig tartó tanulmányi ösztöndíjat kapott, amit Berlinben, Prágában és Lipcsében töltött. Hazatérése után gyakorkló orvosként működött Budapesten, 1877-ben a látószerv körbonctana tárgyköréből egyetemi magántanári képesítést szerzett, majd 1895-ben rendkívüli tanárnak nevezték ki.

1883-ban a Vöröskereszt Kórház szemorvosának nevezték ki, ezzel egy időben az Általános Poliklinika szemészeti osztályát is vezette. 1895-ben viszont a János Kórház szemészeti osztályának és rendelőjének főorvosa lett, amely állást 1901-ig töltötte be. Ekkor, *Siklóssy Gyula* nyugalmába vonulása után, a Rókus Kórház szemészeti osztályának élére került, amelyet 1916-ig, haláláig vezetett. Az előbb felsorolt tisztségei mellett az 1870-es évek végétől betöltötte a Vakok Intézetének szemorvosi állását is, amelyért soha ellenszolgáltatást nem fogadott el.

Szakirodalmi munkásságát még orvostudományi oklevelének megszerzése előtt kezdte. 1870-ben jelent meg első figyelemre méltó tudományos közleménye „Zur Kenntnis des Elektrotonus” címmel a „Pflüger's Archiv für Physiologie” című folyóiratban. Hosszú munkássága alatt mintegy 122 közleményt írt. Különösen figyelemre méltóak a szövettani és élettani megfigyelésekre alapuló közleményei, de hasonlóan értékesek betegmegfigyelései és terápiás publikációi. Szakirodalmi munkásságából kiemelkedik „Az idült ragályos szemgyulladások (Trachoma)” (Budapest, 1888) c. monográfiája, valamint az élete főművének tekintett „A szemészet kézikönyve” (1891), amit németül és magyarul adtak ki. E munkájáról írta a korabeli kritika: „... A munka valóban tankönyv. Mindegyik előtt a praxis igényeit elégíti ki, megtanítja megismerni és kezelni azokat a szembajokat, amelyek leggyakrabban fordulnak elő... nagy előnye, hogy praktikus fogásokra tanít meg, melyek eddig egy tankönyvben sem voltak feltalálhatók”. Szakirodalmi munkásságának lényeges vonatkozása, hogy majdnem minden közleményét magyarul és németül egyaránt megjelentette, hiszen fontosnak tartotta a magyar szakirodalmi eredmények külföldi terjesztését. Ebből a szempontból lényeges, hogy éveken át főmunkatársa volt a „Realencyklopedie der Medizinischen Wissenschaften”-nek, amely munkába igyekezett magyar orvoskollegáit is bevonni.

Széles körű szakirodalmi és kutatómunkáját kiegészítette orvosi gyakorlata. Kiváló operatőr hírében állt. Igaz, a ptosis operálása helyett ajánlott ptosis-szemüveg a gyakorlatban később nem vált maradandóvá.

Az orvosi munkája mellett széles körű közeleti tevékenységet is folytatott. 1874-től tagja volt a Budapesti Orvosegyesületnek, ahol több mint 30

előadást tartott a szemészet tárgyköréből. Az orvosegyesületi tevékenységéhez tartozik, hogy 1892-ben javasolta az elnökségnek: alakítsanak külön szemészeti szakosztályt, amely az Orvosegyesület szemorvosait fogta volna össze. Sajnos javaslata nem valósult meg. Számos előadást tartott a Közkórházi Orvostársaságban, amelynek több alkalommal alelnöke és főttkára is volt. Több külföldi szemorvosi társaságnak (bécsi, berlini, prágai, párizsi, lengbergi és krakkói) lett levelező és tiszteletbeli tagja.

Életének kevésbé ismert vonatkozásai közé tartozik, hogy egyike volt az elsőknek, akik hazánkban a vakok oktatását és gyógyolítását felkarolták. A számos — elsősorban magánkezdeményezésen és alapítványon nyugvó — vakokat gondozó intézetet 1873-ban a XXXI. törvénycikkkel országos intézménnyé alakították át, amelynek élete végéig szemorvosa volt. Az intézetnek nevelő, oktató és gondozó feladata volt, amely közül az oktatás arra irányult, hogy a látáscsökkeneteknek vagy vakoknak megélhetést biztosító szakmát nyújtsanak. Viszont az intézetből kikerült vakok és látáscsökkenetek további gondozása bizonytalan volt, így társadalmi egyesület megalakítására tetek javaslatot. Az 1895-ban megalakult Vakokat Gyógyító Országos Egyesület megalapításának egyik kezdeményezője *Goldzieher Vilmos* volt, később is a vakokat támogató társadalmi összefogás és az egyesület munkájának legfőbb ösztönzője és irányítója lett. Az egyesület munkájának egyik célja a szegénysorsú vakok oktatásának és nevelésének előmozdítása, kiképzése és további gondozása volt, a kiképzésben nem részesült felnőttek felderítése, kiképzése és munkához juttatását is célul tűzték ki. A munkaképtelenné vált vakokat rendszeres anyagi támogatásban részesítették. Az igazsághoz tartozik, hogy a célok sok esetben meghaladták az anyagi lehetőségeket, így az első világháború kitöréséig létrejött hat vidéki fiókegyesület sem tudott könnyíteni az állandó anyagi nehézségeken, pedig ezek célja a vidék társadalmi összefogása volt.

A vakok gondozása mellett *Goldzieher* kezdeményezte a csökkentlátású gyermekek oktatásának megszervezését is. Többéves szünet után az 1898-ban, a „Magyar Gyógypedagógia” című folyóiratban megjelent felhívás, amely a hivatalos szervek figyelmét igyekezett felhívni a csökkentlátású gyermekek súlyos helyzetére. Ez már kapcsolódott az a szereppel, amelyet *Goldzieher* az iskolaegészségügyi és iskolaorvosi mozgalomban vállalt. E kérdésben kezdettől fogva együttműködött *Fodor Józseffel* és az általa szervezett tanfolyamok állandó előadója volt, a szemészeti ismereteket *Csapodi Istvánnal* felváltva adták elő.

Az első világháború kitörése után egyik kezdeményezője lett a háborús cselekmények során látásukat veszített katonák gondozásának és támogatásának.

1916. július 15-én hunyt el Budapesten.

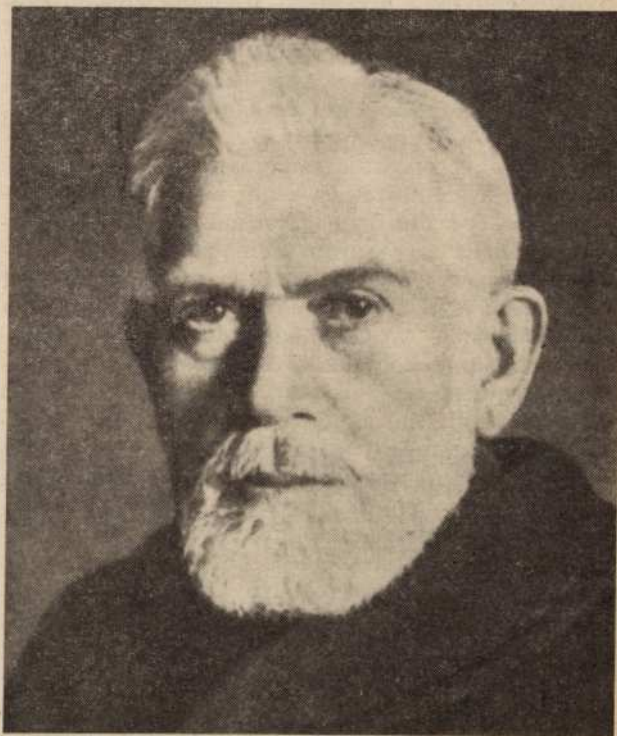
Kapronczay Károly dr.

Julius Hirschberg emlékezete

Julius Hirschberg (1843—1925) a *Graefe* utáni kor, a múlt századvég és századforduló legnagyobb és legkarakterisztikusabb szemészei közé tartozott. Szemészeti tevékenysége, úttörő megállapításai és eljárásai, könyvei, százakra menő tanulmányai, az általa alapított és évtizedeken keresztül szinte egyedül írt folyóirata önmagukban véve is az újkor vezető szemészei között biztosítanak helyet számára, de az ami nevét a szemészet keretein túl is, az egyetemes orvostörténet, sőt a kultúrtörténet halhatatlanjai közé sorozza, az a „Geschichte der Augenheilkunde” című, 8 kötetes fundamentális műve, ami egyike az orvostörténelem legmaradandóbb alkotásainak.

Julius Hirschberg 1843-ban Potsdamban született egy sok gyermekkel megáldott szegény kereskedő fiaként. Már diákkorában is saját magának kellett — házitanítóssággal és gyorsírással — a megélhetéséről gondoskodnia. A berlini egyetemre iratkozott, s jó sorsa *Virchow* intézetébe vezette, aki a fiatalember vasszorgalmáról és tehetségéről hamarosan meggyőződhetett. *Virchow* volt az, aki *Hirschberg*et önkéntelenül is a szemésszi pályára irányította, amikor a fiatal orvost az észak-németországi kolerakórházba küldte, amelynek egyik osztályát akkor — 1866-ban — *Albrecht Graefe* vezette. A *Graefe* oldalán töltött koleraorvosi idő a nagy mester örök hívévé tette *Hirschberg*et, aki követte *Graefét* Berlinbe s két évig az ő intézetében tanult és dolgozott.

1868-ban szemészeti rendelőt, majd annak felendülése után magánklinikát nyitott, amelyet idővel nemcsak a gyógyulni vágyó betegek, hanem a tanulni akaró orvosok is felkerestek a világ min-



den tájáról. Hamarosan a legismertebb s a legbecsültebb szemorvosok közé tartozott. A következő évtizedek ernyedetlen, szünet- és megállás nélküli munkával voltak telítve. *Hirschberget minden* érdekelte, a szövettani vizsgálatokban éppúgy otthonos volt, mint a műtéti metodikában, a trachoma problémája éppúgy foglalkoztatta, mint az orvosi statisztikák matematikai vonatkozásai, vagy az általános betegségek szemészeti kapcsolatai, az elektromosság szemészeti alkalmazása nem kevésbé, mint az ókori arab orvostudomány. Úttörő megfigyeléseket publikált a glioma retinae-ről, a vele született és a szerzett szifilisz szemészeti szövődményeiről, felfedezi a cornea mély ereződését keratitis parenchymatosában, bevezeti a kézi elektromágnes használatát az intraocularis idegentestek eltávolítására. 1877-ben megalapítja a „Zentralblatt für Augenheilkunde” c. folyóiratot, amelyet 43 éven át nemcsak maga szerkesztett, de szinte maga is írt s benne az évtizedeken át könyvek tömegét ismertette. 70. születésnapja alkalmából tanítványai összegyűjtötték e folyóiratban megjelent cikkeit s 864 oldalas kötetet nyújtottak át mesterüknek. Emellett tankönyvet is írt, beutazta az egész kultúrvilágot, személyes kapcsolatba került korának majd minden neves szemorvosával s megismerte az ó- és újvilág vezető szemészeti klinikáit.

Fiatalon lett magántanár, 1879-ben rendkívüli professzor, 1895-ben titkos tanácsos. Élete folyamán sok kitüntetésben és megtiszteltetésben volt része, de nyilvános rendes tanárrá zsidó volta miatt nem nevezték ki, mintahogy ugyanezen okból *Ehrlich* sem jutott katedrához.

57 éves korában, 1900-ban felhagyott orvosi, klinikai gyakorlatával s minden idejét és erejét az orvostörténelemnek szentelte. A „Geschichte der Augenheilkunde” — amely kötetenként a Graefe—Saemisch—Hess-féle „Handbuch der gesamten Augenheilkunde” keretében (Leipzig, Engelmann) 1899 és 1918 közötti évek során jelent meg — az ókori egyiptomi szemorvoslás ismertetésével kezdődik s a XIX. század vége tárgyalásával zárul. Ezt a grandiózus munkát csak olyan ember alkothatta meg, aki éppúgy járatos volt a történelemben, mint az orvostudományban, az archeológiában mint a szemészetben s aki nemcsak a kultúrnyelveket beszélte, hanem latinul, görögül és arabul is tudott (az ó-arab szemészettel külön monográfiákban is foglalkozott), s a forrásmunkákat nem másodkézből vette, hanem mindig eredetiben tanulmányozta. A „Geschichte der Augenheilkunde” tartalom, sokoldalúság és precizitás szempontjából nemcsak az egyes orvosi szakmák hasonló jellegű műveit múlja messze felül, de az egyetemes orvostörténelem és kultúrhistoria terén is kiemelkedő hegycsúcs. Ennek a műnek a megteremtése *Hirschberg* igazi nagysága és érdeme, munkájának jelentőségét az elmúlt évtizedek csak növelték s azt mind nélkülözhetlenebbé tették, megállapításait forrásértékűvé avatták.

Hirschberg természetesen a magyar vonatkozásokat is — különösen a XVIII., XIX. századiakat — behatóan ismertette művének „Reform der Augenheilkunde” című fejezetében s többek kö-

zött igen melegen méltatja *Grósz Frigyes* és *Goldzieher Vilmos* életművét. *Bartók Imre* hézagpótló munkájáig („A magyar szemészet története”. Akadémiai Kiadó, 1954) ez az első áttekintés a magyar szemészet fejlődéséről.

Bíró Imre dr.

C. Clusius (Charles de l'Écluse) (1526—1609)

A XVI. század második felének a közepe táján a katonai erejük teljében levő törökök a keresztény hatalmakat (pontosabban a Habsburgokat), a keresztény hatalmak pedig a keresztényeket, azaz a protestánsokat akarták végképp kiirtani Európából. A *vérmenyegzős* Szent Bertalan-éj ideje ez. Így kerültek örvénybe egyazon népen belül a más vallásúak (a hugenották) és a különböző kis néptöredékek azonos hitet valló fiai, mint például a németalföldi és a magyar nem pápisták. Ekkor találkozott (szerencse a szerencsétlenségben) két botanikus, *C. Clusius* és *Beythe István* egy védett helyen, a törökverő és tudománypártoló főúr, *Batthyány Boldizsár* németújvári birtokán. Közös munkájukból született meg a *Pannóniai Flóra* és a (nemcsak magyar) mykológia tudománya.

Carolus Clusius, azaz *Charles de l'Écluse* orvosdoktor vallon létre a magyar botanikatörténet (*Gombocz Endre, Istvánffi*) a sajátjának (is) vallja, nem indokolatlanul. Arras városában született abban az esztendőben, amelyről nekünk mindig Mohács jut az eszünkbe. Louvain—Marburg—Wittenberg volt a tanulmányi útvonala, ez utóbbi helyen ismerkedett meg *Melanchton Fülöp* német reformátorral, s e találkozásnak vélik tulajdonítani a hitváltoztatást.

Kezdetben a jogtudománnyal foglalkozott, míg útja délre nem fordult és Strassburgon át el nem jutott Montpellier egyetemére. 1551-ben iratkozott be az orvosi fakultásra, *G. Rondelet* botanikus tanár egyik legkedvesebb tanítványa lett, de nem tudni, mikor és hol avatták orvosdoktorrá. Kortársai mindenesetre orvosként tartották számon a gyógyfüvekkel (de gyógyítással nem) foglalkozó *Clusius*t.

Mint minden frissen végzett fiatalemberben, felébredt a hazalátogatás vágya, ám szüleit már nem találta a szülővárosában. Közben a családja is áttért a protestáns hitre, ami nyilván akkor egyet jelentett szemben állni a spanyol hódítókkal. Nagybátyját a hírhedt *Alba* herceg kivégeztette, apja vagyónát elkobozták, így a *l'Écluse* család Antwerpen kikötővárosába menekült, ahová közel száz éve a dühödt hittérítők elől a spanyol és a portugál zsidók.

Meglepő viszont, hogy abban az utazni kényelmetlen és veszélyes létbizonytalan időben mennyit vándorolt ez a *Clusius*. Nem maradt a biztonságos kikötővárosban (ahol veszély esetén



Clusius 50 éves korában

hajóra lehet lépni), hanem hol Franciaországban, hol Itáliában, hol az Ibér-félszigeten tűnik fel, ez utóbbi helyen az augsburgi Fugger-fiúk nevelőjeként. Közben franciára fordította Rembertus Dodonaeus botanika könyvét, majd a németalföldi Mecheln virágkedvelő városában kezdte feldolgozni a saját tapasztalatait, aztán áthajózott Angliába, ahol megismerkedett Francis Drake admirálissal, a spanyol Győzhetetlen Armádia majdani legyőzőjével, de visszavágyott a kontinensünkre.

Érdekes, hogy amíg a spanyol Habsburg II. Fülöp és a francia Navarrai Henrik egymásra licitálva irtják a protestánsokat, addig az osztrák Habsburg Miksa fennhatósága alá tartozó területeken viszonylagos vallási türelem tapasztalható. Részben a közvetlen törökveszély, részben a császár liberalizmusa miatt. Nem csoda, ha Clusius az apja halála után elfogadja a bécsi Busbequius (egykori konstantinápolyi követ) meghívását, és 1574-től már az udvari akadémia tagja. Ama akadémia tagja volt az olasz matematikus Fabricius Paulus és a holland orvosbotanikus Rembertus Dodonaeus mellett Joannes Sambucus, vagyis a mi Zsámboky Jánosunk is, akire Clusius és a többi fűvész társaságában a birodalom növényvilágának leírását bízták, a terv azonban csak kis részben valósult meg.

A Duna mentén Dévényen át Clusius eljutott Pozsonyba, ahol megismerkedett Purkircher György orvosbotanikussal, aki a babot meghono-

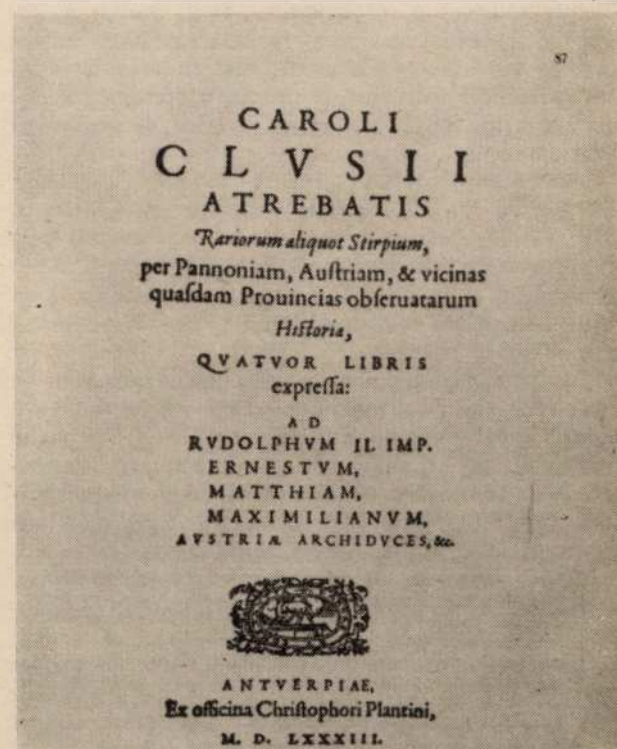
sította. Ezért Clusius a babfajták egyikét *Phaseolus Purkircherianus* névvel jelöli a későbbi könyvében. Ismeretségre tett szert Istvánfy Miklós történetíró államférfival.

Sajnos az udvari akadémia 1576-ban, Miksa halála után a protestáns tagjait szélnek eresztette. Az egyetemi rektor, Aicholtz hiába próbálta meggyőzni a trónkövető Rudolfot.

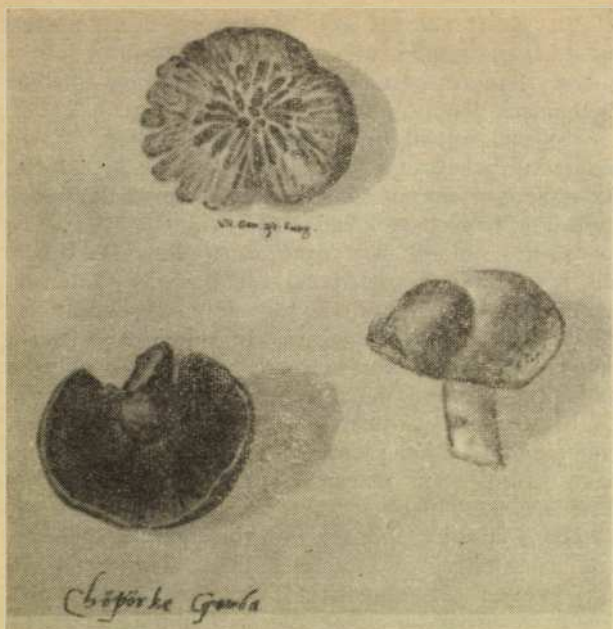
Ekkor jelentkezett érte Batthyány Boldizsár, aki egyrészt a németújvári birtok és a szalónoki vár (ma a Burgenlandhoz tartozó Stadtschlaining), másrészt sok kiváló minőségű tulajdonosa volt. Ha kellett, karddal a kezében harcolt a török ellen, s ha kellett, semmi pénzt nem sajnált a kultúrára.

Batthyány udvarában Clusius nyugalmas helyet talált, a főúr szerzett egy francia piktor (a neve sajnos nem maradt fent) a növényi ábrák festésére. Ugyanebben az évben került (1576) udvarába a Méliusz Juhász Péterhez hasonló botanikus érdeklődésű protestáns lelkész: Beythe István, aki éveken át segédkezett a Pannóniai Flóra (1583); a *Stirpium nomenclator Pannonicus* (1583, 1584); és a *Fungorum Historia* elkészítésében. A Pannóniai Flórát és a *Stirpium...* 1583-as kiadását Németújváron Manlius vándornyomdász műhelyében jelentették meg, majd Beythe a művet pár növényvel kibővítve magyarul is kinyomatta.

A *Stirpium*, teljes címén: *Rariorum aliquot Stirpium, per Pannoniam, Austriam, vicinas quasdam Prouincias obseruatorum Historia* két kiadásban (1583, 1585) Antwerpenben is megjelent. Batthyány Boldizsár és Beythe István a legnagyobb segítséget a *Fungorum in Pannonia obseruatorum brevis* elkészítésében nyújtották. A mű az előzőhöz csatolva 28 folio oldalon jelent meg, de csak jóval később, 1601-ben. A pompásan megfestett



Clusius pannóniai flórájának címlapja



A gomba-atlasz egyik ábrája Beythe kézírásával

gombákhoz a magyar nevet *Beythe István* írta, ahogy az a mellékelt ábrán a *csöpörke* (csiperke) szóból is kitűnik. Ez az első gomba-atlasz a világon.

A Clusius-féle kódex, noha *Sadler József* és *Mátyus István* hivatkozott rá, egészen 1895-ig úgy tűnt, mintha nyoma veszett volna. Ekkor határozta el *Istvánffi Gyula* egyetemi tanár, hogy ez ügyben levelet meneszt a leideni egyetemi könyvtár igazgatójához. A legkellemesebb meglepetésére *Du Rieu* úr elküldte Pestre az eredetit lemásolás céljából. A színes ábrákat nagy gonddal maga *Istvánffi* készítette, különleges finom papíron, s a Clusius-kódexet a saját jegyzeteivel, illetve a kódex méltatásával magyar, francia, holland és latin nyelven kiadta. Felbecsülhetetlen értékű tudománytörténeti tett volt, a művet a francia akadémia is kitüntette. Ma ritka értékű és szépségű könyvritkaság.

Visszakanyarodva *Clusius* további sorsához, 1589-ben a Majna melletti Frankfurtba költözött, a IV. *Vilmos* hesseni választófejedelem kasseli kastélyához tartozó botanikus kertet ő igazgatja, ezért tisztességes és rendszeres anyagi támogatást kap. Rá is fért, mert 1593 húsvétján baleset érte, egész életére sánta maradt.

A választófejedelem halála után megszűnt a segítyezés, jól jött hát néki 1593 karácsonyán a leideni egyetem, személy szerint *Chimay* hercegnő meghívása az új botanikus kert irányító tisztségére. A szülőföldre azonban már egy megkeseredett, öreg, beteg ember érkezett. Hadakozott az egyetemi tanárokkal, féltett minden virágot a tolvajoktól. A levelezés az egyetlen vizsgálatódása. A viharos életű ember csendesen hunyta le szeméit 1609-ben.

A szakavatott botanikatörténész *Gombocz* szerint *Clusius* vitte az első tulipánhagymákat a holland szélmalomok szomszédságába, ezért ő *lesz akaratlan okozója a Németalföldön később szinte nemzeti csapássá váló tulipánláznak*. Soha na-

gyobb csapás ne érjen egy nemzetet. Ő honosította meg az orgonát, a vadgesztenyét, a burgonyát, a kávé és a dohányt.

Ennek a hányatott életű orvosbotanikusnak tehát sokat köszönhetünk, mert a végvárak eleste után Pannónia Flórájáról (is) hírt adni a XVI. század végén *inter arma* nem volt könnyű dolog. A mykológia őt tekinti a megalapítójának.

Szállási Árpád

Szemléletmód és az orvosi nyelv szemantikája

Egy és ugyanazt a dolgot többféleképpen lehet kifejezni. Mindennek van színe és fonákja, a testeknek homorulatuk és domborulatuk és hogy bizonyos helyzetekben melyiket hangsúlyozzuk, az a szemléletmódtól függ.

A régi és a mai orvosi nyelv összevetése vagy a különböző nyelvű orvosi kifejezések összehasonlítása érdekes fényt vet az egyes nyelvek természetére, a korabeli orvosi ismeretek állására, fejlődésére is, sőt hasznos tapasztalatokat ad az orvosi nyelv mai szemantikájával foglalkozóknak is.

Példaként tizenkét, a régi és a mai orvosi nyelvben igen gyakran használt, számos régi és mai szótárban fellelhető magyar, latin, német, angol, francia, orosz, lengyel és szerb-horvát szót, illetve kifejezést vizsgáltunk meg. A legtöbb közülük valamennyi nyelvben a jelölt tárgy külső jégeit ragadja meg és csak némelyikük a testrészt valódi vagy vélt funkcióját.

Ósi magyar szavakat, kifejezéseket használunk ma is az *aludt vér*, a *mellbimbó*, a *lábfej*, a *láb szár*, a *szembogár* és a *szemhéj* jelölésére. Későbbi átvételek a *keresztcsont* és a *lábikra*; és már átalakult, kihalt, nem használatos szavak a *farkashályog* (farkasvaktság), az *iha feje* (gyomorszáj), a *nevetlen ujj* (gyűrűs ujj) és a *vakszem* (halánték).

1. Az *aludt vér* kifejezés az alvó ember megmerevedése és a kifolyt vér megmerevedése közti képzettársításon alapulhatott. XVI—XVII. századi latin alakja: *sanguis concretus* 'összesűrűsödött vér'. Ugyanennek középkori német változata: *gestocktes*, *geronnenes Blut* 'besűrűsödött, pangó vér' ma is így használatos. A mai európai nyelvek legtöbbszörében is vagy a besűrűsödést hangsúlyozzák ki: *clotted blood* (angol, a továbbiakban: a.), *szgusztok kroví* (orosz, a továbbiakban: o.) vagy a trombusok, vérrögök jelenlétét: *grumeau de sang* (francia: f.), *slrzepka krew* (lengyel: l.). A szerb-horvát nyelv a történése helyezi a hangsúlyt: *usi-rena zgrušana krv* (sz.-h.) 'összement vér', v. ö. 'összement tej'.

A magyar kifejezés az összes felsorolttól eltér az alvásra utalással, még akkor is, ha a szó átvitt értelmű jelentése a besűrűsödés.

2. A testrészt formáját jeleníti meg a *bimbó*, *cssecsbimbó* (mamma) ugyancsak ősi szavunk.

Eredeti jelentése: rügy, bogyó, v. ö. kibomlani. Középkori latin jelölése: *papilla* 'szemölcs'. Ezt a képzetársítást mutatják a középkori német szavak: *Brustwarze*, *Wärzlein a. d. Brust*, de az angol *teat*, a francia *mamelon*, az orosz *szoszok*, a szerb-horvát *bradavica na sisi* is. A funkcióra utal a mai német *Zitze* (v. ö. *zitzeln* 'szopni') és az angol *nipple* 'szopóka' is. Hangutánzó a német *Zitze* és a gyermeknyelvi magyar csecs (cuppogás hangja). A bimbó 'ki nem nyílt virág' jelentésében a magyaron kívül csak a lengyelben van meg: *brodawka*.

3. Az orvosi ismeretek fejlődését mutatják a középkori *farkashályog* 'hemeralopia' és korabeli változatainak, a *farkassötétnek* és a *farkasvakságnak* a változásai.

Farkas előtagú összetett szó sok van nyelvünkben, mindig kellemetlen jelentéssel. Az ezzel kezdődő növények (farkasfű, farkastej, farkascseresznye stb.) mérgezők vagy használhatatlanok. Az orvosi nyelvben súlyos betegségeket jelentenek: *farkas-seb* 'bőrrák', *farkasvar*, *farkasfene* 'rák', *farkastorok*, *bőrfarkas* stb.

A farkasvakságról azt hitték, hogy vékony hályog van a szemben (a hályog eredeti jelentése: vékony réteg), amelyen a nappali fény át tud hatolni, a szürkületi kevésbé, az éjszakai csekély fény pedig egyáltalán nem.

A megvizsgált nyelvek közül csak a szerb-horvátban van meg a farkassal való képzetársítás: *vučje slepilo*, a többiek a házi baromfi szürkületi vakságára utalnak: *Hühnerblindheit* (n.), *kurinaja szlepota* (o.) *kurza sl'epota* (l.), *kokoš(i)je slepilo* 'kakasvakság' (sz.-h.), de a magyar nyelv is használja ugyanerre a *tyúksötét* kifejezést.

Nem hasonlít, hanem a tényt regisztrálja a *Night-blindness* (a.), a *Nachtblindheit* (n.) 'éjjeli vakság', a *sl'epota zmierzchowa* (l.) 'szürkületi vakság'. A francia csak átvette a *héméralopie* görög szót.

A farkashályog kifejezést lassan kiszorította a farkasvakság vagy tyúksötét. Rájöttek, hogy nem hályog okozza.

4. Az egyik, magyar nyelvészeti szempontból is igen érdekes szó a kardia XVI. századi magyar megfelelője: az *iha feje*.¹ Eddig sem a nyelvészeti, sem az orvostörténeti irodalomban nem írták le.

Az iha feje kifejezés a XVI. századi magyar orvosi könyvben minden kétséget kizáróan gyomorszájat jelent:

„mýndén fele Nehez nyawalja, mely lezén a gyomornak zájában, kých magyarul Iha fejének hýnak”. (AMA 166. oldal 34. sor.)

A gyomorszáj az iha fejénél újabb szó, a XVI. században azonban már mindkettőt használták. Valószínűleg tükörszó, számos mai idegen nyelvben is ebben a formában él: *Magenmund* (n.), *boca del estomago* (spanyol), *želuzana usta* (sz.-h.). A gyomorszáj a nyelőcső beszájadzása a gyomorba, amelyet, ha nincs munkában, különleges záróizmok zárnak el a gyomortól. Erre a helyzetre utal az ben ebben a formában szerepel: *krzyż* (l.), *krsta stomach* 'gyomorgödör' vagy a lengyel *wpust żoładka* 'gyomormélyedés'. Ezek azonban sem a kardia alakjára, sem a szerepére nem utalnak, legfel-

jebb annyiban, hogy a nyitott száj a gödör szerepét töltheti be.

Az iha feje az összes eddig felsorolt szókapcsolattól eltérően írja le a kardiát. Utal alakjára is, de a felsoroltaktól eltérően arra, amit akkor vesz fel, amikor nem működik, amikor a rekesz gyűrű alakú rostjai kidudorítják a nyelőcsőnek ezt a részét és ezzel, amikor zár, némileg fejhez teszik hasonlóvá. De gondolhatunk arra is, hogy a gyomorszáj a gyomornak egyik végén helyezkedik el és ezért itt a fejnek 'valaminek a vége, csúcsa' értelmét használták.

A szókapcsolat első tagja a nyelvészek által közismert *jonh*, *inh*, *ih* 'a test belső részei' ősi szó birtokos személyragos alakja. A XVI. századi orvosi könyvben egyes szám 2. személyű birtokos raggal is előfordul:

„el vežy fajdalmath es ragasath az Ihod fejének, ýnkáb az gyomor zájának.” (AMA 199. old. 19. s.) Ez az alak tudomásunk szerint az eddig ismert egyetlen előfordulás.

5. A *keresztcsont* (os sacrum) régebbi magyar megfelelője a *farscont*. A *keresztcsont* szó első tagja közismert szláv átvétel, a legtöbb európai nyelvben ebben a formában szerepel: *krzyż* (l.) *krsta* (sz.-h.), *kresztovcuj koszt* (o.), vagy a csont alakjára utal: *Kreuzbein* (n.). Oka valószínűleg az, hogy a *farscont* feletti 5 csigolya, összeforrása révén a rá merőleges gerinccel kereszt alakot zár be. A kereszt a középkorban a kereszténység egyházi jelképe, innen az *os sacrum*, a *das heilige Bein* (n.) kifejezés. Tájanatómiai fogantatású a magyar *farsconton* kívül az angol *rump-bone* és a francia *os basilare* 'alapsont', a *gerincoszlop* 'alapja'.

6. Az iha fejéhez hasonló a *fej* szó rendeltetése a *lábfej* 'pes' szóban, azaz: a végtag vége. A korabeli latin *tarsus* 'lábtő', német változata a *Fusswurzel*. A többi nyelvben a láb a *pes*-hez hasonlóan egyszerű (nem összetett) szó: *foot* (a.), *piéd* (f.), *sztopa* (o.), *stopa* (l.), *stopalo* (sz.-h.). Az utóbbi három talpat, sőt lábnyomot is jelent.

7. Alakot, „tapintat”-ot fejez ki a *lábikra* (sura) szó. Korabeli magyar változatai: a *lábszár vastag húsa*, *ina kásája*, *lába kásája*.

Az ika szláv jövevényszó, *lábikrát* jelent az oroszban: *ikrü*, és a szerb-horvátban (de itt csak a jelentése): *lisnjača*. Viszont mindkét nyelvben ugyanaz a szó jelenti a halikrát és a láb vastag-húsát is. Az ika a hal hasa végét kidomborítja, mint a *lábszár* izmát, de a *lábikra* tapintása is emlékeztet halikrára, kására.

A kidomborodást és a puhaságot fejezi ki a francia *mollet* és a *le gras de la jambe*.

8. *Lábszár* (tibia). A legtöbb nyelv a testrészt alakját írja le. Az ősi magyar *szár* eredetileg önmagában is *lábszár*at jelentett, innen került át a szó a növényészetre stb. jelentésére. A többi vizsgált nyelv mindegyike azt fejezi ki, hogy hosszú: *Schien-Bein* (középkori német) 'sín, gerenda-láb', *leg* (a.), v. ö. *wooden leg* 'lécláb, gólyaláb', *jambe* (f.) 'szár, cső'. Tájanatómiai megjelölés a német *Unterschenkel* 'alcomb, alszár' és a lengyel *podudzie* 'alcomb'.

9. A szaknyelvből már kihalt szó a *nevetlen*

ujj (digitus annularis). Minden rokon ázsiai nyelvben és az oroszban is ez a jelentése (*bezümjannüj palec*). Magyarázata nem ismeretes. Későbbi fejlemény a *gyűrűs ujj* elnevezés. A középkori német *Gold-Fingernek*, a mai *Ringfingernek* hívja, az angol *ring fingernek*, de *third fingernek* (!) is, holott a negyedik ujjról van szó, a franciában *doigt annulaire*-nek, a lengyel pedig *palec serdecznynek*, *szívélyes ujj*'-nak.

10. Alakot utánzó a *szembogár* (pupilla) szó is. Korabeli, a szaknyelvből már kihalt változatai: *szemfény*, *szem feketéje*. A XVI. századi német *Augen-Stern* 'szemcsillag'-nak vagy *Augen-Apfel* 'szemalmá'-nak hívta. A mai német csak az *Augen-sternt* használja, az angol viszont megtartotta az *apple of the eye*-t. A franciát a pupilla a kökényre emlékezteti: *prunelle*. Az orosz nyelv a funkciót emeli ki: *zracsok* 'amin nézünk'.

11. *Szemhéj* (palpebra). Minden vizsgált nyelvben a testrészt funkcióját emelik ki, azt, hogy takarja a szemet: *Augenlid*, *Augendeckel* (n.), *eyelid* (a.), *veko* (o.), *powieka* (l.), *očni kapak* (sz.-h.). Kivétel a latin: v. ö. *palpo* 'simogat, cirógat'.

12. Valószínűleg szláv tükörszó a *vakszem* 'halánték'. Korabeli magyar változata: a *homlok két szegelete*. A vizsgált nyelvek közül az angol és a francia megtartja a latin szót: *temple* (a.), *tempe* (f.). Szempontunkból a többi nyelv közül a legfigyelemreméltóbb a szerb-horvát: *slepo oko*, *slepočica* 'vakszem' és ezt a kifejezést használja mindmáig. A magyar tükörszó viszont csak a népnyelvben maradt fenn.

A különböző nyelvű régi orvosi szavak vizsgálata magyarázatot tud adni a kulturális hatásokra, az orvosi felfogás fejlődésére. De nem érdektelen a modern tezaurusz-szemantikai vizsgálódások számára sem. A gépi memóriának egyáltalán nem mindegy, hogy egy vagy több szóval fejezünk-e ki ki valamit. Az elfoglalt jelek száma (a szavak hosszúsága) sem érdektelen. Nem mondhatjuk ki természetesen egyértelműen, hogy a ma szokásosnál több magyar szót használjunk a latin vagy a nemzetközi vándorszavak helyett. De nem hagyható figyelmen kívül a tömör magyar összetett szavak előnye sem az idegen jelző-jelzett szavas kifejezésekkel szemben. Ezek azonban még mindig csak gyakorlati-formai szempontok.

A legnagyobb problémát a fejlett orvostudományú „európai” nyelvek szókészletének az összevetése, értelmezése jelenti. Hiába a latin a nemzetközi orvosi nyelv. Minden nép orvosi szókincsének több mint a fele nemzetnyelvi szó. A latin szavak írásmódja sem teljesen azonos, az eponymák, szindrómák elnevezése sok esetben teljesen eltérő. A régebbi és az új fogalmak értelmezése, összehasonlítása, egymás mellé állítása előttünk álló feladat.

Szepesiné dr. Benda Mária

IRODALOM: 1. XVI. századi magyar orvosi könyv. *Ars Medici*. Közread. Varjas Béla. Kolozsvár, 1943. — 2. Pápai Páriz, Franciscus: *Dictionarium latino-hungaricum*... Ed. novo... *Dictionarium ungaro-lat-germ*. Posonii-Cibinii, 1801. Hochmeister—Landerer. — 3. A Magyar Nyelv Történeti-Etimológiai Szótára. Bp. 1967—71. Akad. Kiadó. — 4. Tordai Ferenc: *Orvosi műszótár*. Bp. 1948. Novák K. 538 p.

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.



Tudománypolitika

Két lábon állunk a talajon? Comroe, J. H. jr.: *American Review of Respiratory Disease* 1975, 112, 251—253.

1975. április 9-én az Egyesült Államokban a képviselők törvényjavaslatot fogadtak el, amelynek értelmében vétőjoggal a kongresszus dönti el, hogy milyen tudományos kutatási téma részesülhet állami támogatásban. A szerző példák felsorolásával ábrázolja, hogy ha annak idején az állam pl. nem támogatta volna az állatok mozgásának álló fényképsorozattal való vizsgálatát, nem találták volna fel a mozit, a televíziót. Ha nem figyelték volna meg a denevér sötétben való biztos röpködését, ma nem lenne radar. Mi lett volna, ha megtiltják Röntgennek a kísérletezést? A kutatómunka a tudomány minden területén tilalom ellenére és anyagi támogatás nélkül is számos „abszolúte lehetetlen” eredményt produkált.

Pongor Ferenc dr.

Anaesthesiologia

Általános anaesthesia a terhesség korai időszakában. Strunin, L. és mtsai (Department of Anaesthetics, King's College Hospital and Medical School, London.): *British Journal of Surgery*, 1975, 62, 471—473.

Általánosan elismert, hogy az anaesthesia és a műtéti beavatkozás a terhesség korai időszakában a spontán abortus veszélyével jár. Ezért tanácsos a nem akut műtétek elvégzését — ha a klinikai kép alapján lehetséges — legalább a második trimeszterig elhalasztani. Állatkísérletekben is bizonyították (Smith és mtsai, 1965, Fink és mtsai, 1967), hogy a párolgó narkotikumok spontán abortust és fejlődési rendellenességeket okoznak, ha azokat a terhesség korai szakában alkalmazzák. Askrog és Harvard 1970-ben, Cohen és mtsai 1971-ben, Knill-Jones 1972-ben közölt eredményeiből kitűnik, hogy a műtőben dolgozó nők között gyakoribb a spontán abortus és a magzati fejlődési rendellenesség előfordulása, a műtő levegőjébe került narkotikumok káros hatása miatt. Nem általános gyakorlat részletesen kikérdezni a nőket menstruációs ciklusuk alakulásáról sem általános anaesthesiával járó műtéti beavatkozások, sem nőgyógyászati műtétek előtt. Így viszont lehetséges, hogy sokan ki vannak téve különböző fokban embryotoxikus gyógyszerek hatásának, mert még terhességüket nem diagnosztizálták.

A szerzők 106 szülőképes nő (14—45 éves) adatait dolgozták fel, akiknél nem akut sebészi, hanem kizárólag nőgyógyászati beavatkozásokat végeztek. Menstruációs ciklusukkal kapcsolatban a következő kérdésekre voltak kíváncsiak: 1. A ciklus szabályos vagy szabálytalan. 2. Az egyes ciklusok időtartama. 3. Az egyes ciklusok közötti intervallum. 4. Az utolsó menstruáció időpontja. 5. Használ-e orális fogamzásgátlókat. 6. Volt-e már terhes.

A 106 nő közül 32 orális fogamzásgátlót szedett, 6 nőn előzőleg méhexstirpiót végeztek, 4-nek tuba ligaturája volt, 1-nél intrauterin terhességmegszakítást végeztek. A többi 63 nőről az utolsó menstruáció és az ovuláció idejének ismeretéből megállapították, hogy biztosan nem terhes. (Nem terhes csoport). 31 volt olyan, aki ciklusa alapján a kórházba érkezéskor már terhes lehetett: „valószínűleg terhes csoport”, ők számítottak veszélyeztetettnek. A valószínűleg terhes csoportból 1 nő tudott terhességéről és elmondta, hogy terhességének 28. hetében melldagánatot távolítottak el nála. Másik 4 nő gondolta, hogy terhes. 5-nél 7 vagy több hét telt el az utolsó menstruáció óta, közülük egy 15 éves lány volt, akinek ez volt az első menstruációja. 2 nő az utolsó 8 hét alatt abbahagyta az orális fogamzásgátló szedését. További 5 nőnek 4 hét telt el az utolsó menstruáció óta, de ezt az időt kórházban töltötték. A közölt táblázatból látható, hogy milyen műtéti beavatkozást végeztek a vizsgált 106 esetben, és hogy a 31 valószínűleg terhes csoportba tartozó nő közül 19-en végeztek olyan kis műtéti beavatkozást melynek időpontja elhalasztható lett volna.

Nem találunk a világirodalomban olyan adatokat, amelyek azon terhes nők számát közölnék, akiknél általános anaesthesiát végeztek valamilyen műtét miatt. A szerzők vizsgálatából kitűnik, hogy azok a nők, akik tudtak vagy gyanakodtak terhességükre, félték a műtétől és az anaesthesiától. A 106-ból 26 nő nem tudott arról, hogy terhes. Gyakran nem lehet a terhességet megállapítani teljes biztonsággal a korai időszakban, bár rendelkezésre állnak különféle tesztek. Az is igaz viszont, hogy ezek a tesztek (Pregnosticon: Organon, Gravidex: Ortho Pharmaceuticals Ltd.) gyakran adnak hamisan pozitív vagy negatív eredményt. További tesztek, mint a progeszteron vagy a HCG teszt sokkal megbízhatóbbak, de kivitelezésük lassú, drágák, és csak kevés helyen alkalmazzák ezeket, pedig a 7. naptól biztosan pozitív eredményt adnak. Ha a 31 nőnél ezeket elhagyták volna, 14 esetben

nem diagnosztizálták volna terhességüket.

Mivel a rutin tesztek nem megbízhatóak, így minden olyan adat, ami az eddig szabályos menstruációs ciklus változásaira utal, ok lehet a nem akut műtétek elhalasztására, amíg a biztosan negatív eredmények meg nem érkeznek. Sajnálatos, hogy nincs kialakult gyakorlat a nők menstruációs ciklusának részletes elemzésére, pedig egyszerű, félreérthetetlen kérdésekkel is megállapítható az esetek zömében, hogy egy nő terhes-e. A műtéti beavatkozások nagy része nem akut műtét, tehát elhalasztható, amíg a potenciális veszély el nem múlik.

Érdekes problémája az orális fogamzásgátlókat szedő nőknek, hogy műtét előtt mikor kell elhagyniuk a tabletták szedését, ill. mikor kezdhetik újra a postoperatív szakban. A szerzők azt tanácsolják, hogy akik csak egy napot hagytak ki, folytassák a következő napon, ha 2 vagy több nap maradt ki, akkor 5 nap szünet után kezdjenek egy újabb periódust.

Hargitay Zoltán dr.

A halothan abortív hatásának vizsgálata patkányokon. Doenicke, A. és mtsai (Universität, München): *Anesth. Analg. Réan.* 1975, 32, 41—46.

A kísérleti állatokat gondosan válogatták, s számukra a kísérlet folyamán olyan feltételeket biztosítottak, amelyek biztosan kizárták a vizsgálat objektivitását és specificitását zavaró tényezőket. A patkányokat terhességük 6—10. napja között 6—12 óráig tartó változó összetételű anaestheticum hatásának tették ki, és ennek hatását vizsgálták.

A kísérletbe be nem vont, természetes környezetükben meghagyott állatokon a vetelés aránya 15% volt. Pontosan ilyen volt az arány abban a csoportban is, amelyet a kísérlet körülményei között tartottak, de nem tettek ki anaestheticum hatásának. A N₂O/O₂ keveréket belégző állatok 13%-a, a halothan tartalmazó keverék hatásának kitett patkányok 44%-a vetelt el. Ha ez utóbbi halothan hatásnak kitett csoportban nem a terhesség 6—10., hanem csak 7—9. napján bekövetkezett vetéléseket vették figyelembe, az arányt 50%-nak találták. (A 7—9. nap az embryogenesis kezdete. Ember esetében ez a nyolcadik hét környékének felel meg. Néhány, anaesthesiológusok körében végzett statisztikai felmérésben valóban így is találtak.) Még egy kontroll csoportjuk volt. Ezzel tiszta oxigén lélegeztették be. A vetelés itt 21%-ban fordult elő, a különbség nem szignifikáns.

Ezután újabb kísérletsorozatot végeztek, amelynek eredményeként párhuzamosságot találtak a belégzett halothan koncentráció és a vetélések száma között.

Vizsgálataik alapján a szerzők bizonyítottan tartják a halothan

expositio és a bekövetkezett vetélések között az ok-okozati összefüggést. Két fontos következtetést vonnak le: 1. A tartós halothan expositio reális veszély a műtőkben dolgozó nők terhessége szempontjából. 2. Ha a terhesség kezdeti szakaszában végzett beavatkozásokhoz általános anaesthesia szükséges, lehetőleg kerüljük a halothant.

Barna Béla dr.

A halothan teratogén hatásának vizsgálata patkányokon. Doenicke, A., Wittman, R. (Univ. München): Anesth. Analg. Réan. 1975, 32, 47—51.

Patkányokon a teratogén hatás mérhető a csigolya és a borda anomáliák előfordulásának gyakoriságával.

A kísérleti állatok rendkívül érzékenyek megszokott környezetük változásaira. Stressként hat a kiemelés a megszokott milióból, a testhőmérséklet esetleges csökkenése, az állatok összezsúfolása miatt kialakult hypoxia, az éhség, a szomszúság stb. Ezért kísérletükben törekedtek az ilyen hatások elkerülésére, és biztosították az optimális feltételeket, hogy valóban csak a vizsgált tényezők hatása érvényesülhessen.

A patkányokat több csoportba osztották. Minden csoport terhelése más volt. Változtatták a halothan koncentrációját, a vívógáz összetételében a levegő — oxigén, illetve az oxigén-dinitrogén-oxid arányát és az expositio időtartamát.

Megállapítják, hogy a csigolya és a borda anomáliák előfordulásának gyakorisága egyértelmű összefüggést mutat az alkalmazott halothan koncentrációjával. Az expositio idő nem játszik jelentős szerepet. Meglepetésre hasonló összefüggést találtak az oxigénnel kapcsolatban is. Sőt, a halothan koncentráció emelése ellenére csökkent a fejlődési rendellenességek aránya abban a csoportban, amelyikben az előzőleg magas oxigén koncentrációt csökkentették. A dinitrogén-oxid és a sűrített levegő hatására az anomáliák nem szaporodtak jobban, mint bármely más környezeti tényező megváltoztatása esetén.

Barna Béla dr.

Terhesség és anaesthesia. Szerkesztőségi közlemény: Lancet 1975, II, No. 7926, 169.

Terhes anaesthesiologus asszisztensnők és orvosnők fokozott kockázatnak vannak kitéve az anaestheticumok (különösen dinitrogén-oxid és halothan) kis koncentrációinak tartós belégzése miatt: vetélés és a fejlődési rendellenességgel születő gyermek valószínűleg gyakoribb. Az Amerikai Anaesthesiologus Társaság olyan komolyan veszi ezt a veszélyt, hogy a következő évekre kitiltják a terhes nőket a műtökből, ezen időszak alatt aztán

bizonyítékok gyűjthetők majd a ganu alappságára vonatkozóan.

A műtétre kerülő terhes nők vizsont — rövidebb időre — sokkal nagyobb anaestheticum-koncentrációnak vannak kitéve. Mekkora az ő kockázatuk?

A 3. hónaptól kezdve van anamnesztikus adat arra, hogy az illető terhes —, ha nem kívánja ezt eltitkolni. Egyéb terhességi vizsgálat rutinszerű elvégzése nem általános gyakorlat, különösen nem a kisebb műtétek előtt. A contraceptivumok csökkentik ugyan a nem tudott terhességek arányát, de a legkorábbi szakban a legérzékenyebb terhességi próbák sem tudják azt kimutatni. Megfontolandó ezért az a javaslat, hogy a fogamzóképes korban minden a froid mütétet a menstruatio kezdete és az ovulatio időpontja között kell elvégezni —, hacsak nem történik hatásos contraceptio. Terhesség esetén a nem sürgős műtétet legalább a 3. hónap utánra, de még inkább a szülés utáni időpontra kell halasztani. A kockázat nemcsak a dinitrogén-oxidra és a halothanra vonatkozik, hanem — legalább is, míg az ellenkezője nincs bebizonyítva — minden anaestheticumra.

Giacinto Miklós dr.

Anaesthesiologiai gyakorlat és terhesség. Kontrollált vizsgálat férfi anaesthesiologusok családjában az Egyesült Királyságban. Knill-Jones, R. P., Newman, B. J., Spruce, A. A. (University Department of Anaesthesia, Western Infirmary, Glasgow): Lancet 1975, II, No. 7939, 807—809.

A Nagy-Britanniában és Skóciában nyilvántartásban szereplő valamennyi férfi anaesthesiologus orvosnak és kontrollként a regiszter névsorából minden tizedik más szakterületen dolgozó, 65 évnél fiatalabb férfi orvosnak küldtek kérdőívet annak felmérésére, hogy a műtöben végzett munka (tartós kis koncentrációjú anaestheticum-expozíció) befolyásolta-e házasságukban az infertilitas, vetélés, koraszülés és fejlődési rendellenesség gyakoriságát, azaz okozott-e spermatogenesis zavart. A kérdőív ugyanolyan volt, mint amilyet az Amerikai Anaesthesiologus Társaság 1974-es felmérésében használtak. Összesen 7949 kérdőívet küldtek ki, értékelhető feleletet adtak 5507-en (70,1%); ezeknek 26%-a volt anaesthesiologus, 9%-a sebész, 1%-a radiologus, 17%-a kórházban más szakterületen dolgozó, 39%-a nem kórházban dolgozó és 8%-a egyéb orvos.

Eredmények: ha az apa dolgozott műtöben, ez nem befolyásolta a vetélés, fejlődési rendellenességek és nem kívánt infertilitas előfordulási arányát. A minor fejlődési rendellenességek gyakorisága az exponált apák gyermekei között 3,09% volt, a nem-exponáltak 2,35%-ával szemben. Ha azonban az anya volt narotikum-expozíciónak kitéve, a vetélés gyakorisága 15,5% volt, a nem

exponáltak 10,9%-ával szemben. A születési sorrend, anyai életkor és dohányzás figyelembevételével elvégzett statisztikai elemzés szerint az anya műtöben dolgozása 158—217%-kal növelte a vetélés gyakoriságát.

Következtetésük, hogy az apa részéről nincs fokozott veszély, de adataik további alátámasztást adnak az anya műtői munkája és a fokozott abortus-kockázat közötti összefüggésre. Nyitott kérdés marad, hogy mi ebben az anaestheticum, stress, fizikai megterhelés és egyéb tényezők szerepe. A műtő levegőjének szennyezése minden esetre csökkentendő, a kérdés pedig érdemes további — lehetőleg prospektív — vizsgálatra.

Giacinto Miklós dr.

Az anaesthesiologusok egészségkárosodásának kérdéséhez. Tempel, G., Jelen S. (Institut für Anästhesiologie der TU München): Praktische Anästhesie 1975, 10, 185—192.

Az anaesthesiologusok foglalkozási ártalmainak kérdésével az utóbbi években sok felmérés és kísérlet foglalkozott. Bizonyos tünetek (fejfájás, migrain, fáradékony-ság, levertség, alvászavarok, pszichés labilitás) és betegségek (felső légúti hurut, krónikus bronchitis, szívritmus-zavarok, hepatitis, lymphoreticularis megbetegedések, malignus tumorok) egyes felmérések szerint gyakoribbak anaesthesiologusok között. Számos közlemény számol be az anaesthesiologus orvosok és asszisztensnők magasabb vetélési rátájáról, és a fejlődési rendellenességek gyakoribb előfordulásáról gyermekeik között. Többen felhívják a figyelmet a suicidiumok feltűnően magas számára. Mindezeket a párolgó anaestheticumok kis koncentrációjának tartós belégzésével hozzák összefüggésbe.

A szerzők saját intézetük dolgozóinak (25 orvos és 22 asszisztens) és egy belgyógyászati klinika dolgozóinak (32 orvos és 49 nővér) másfél éves morbiditását hasonlították össze. Nem vették figyelembe a bal esetet, hepatitis, gyógyüdülés és gyermekágy miatt betegállományban töltött napokat. A két csoport morbiditási gyakorisága nem különbözött (anaesthesiologus orvosok: 5,6 nap, anaesthesiologus asszisztensek: 11,8 nap, belgyógyász orvosok: 5 nap, nővérek: 11 nap).

Részletesen áttekintik és kritikai-lag elemzik az idevágó irodalmat. Mások felméréseinek adatait saját eredményeikkel összehasonlítva azt a következtetést vonják le, hogy az irodalmi adatok és a valóságos megbetegedési gyakoriság nem felelnek meg egymásnak. Kis esetszámukat ugyan maguk sem tartják statisztikai következtetések levonására alkalmasnak, de további hasonló vizsgálatokat sürgetnek a kérdés tisztázására.

(Ref.: A további vizsgálatok való-

ban szükségesek, mivel a nagy, több tízezres esetszámmal dolgozó, és sokéves vizsgálati periódust felölelő felmérések adatai is sok tekintetben egymásnak ellentmondóak. Ez a felmérés azonban mind esetszámát [128 egyén!], mind a vizsgálat idejét tekintve minden bizonnyal egyike a legkisebbeknek, és ezért következtetések levonására nem alkalmas. A közlemény értékét inkább az irodalom gondos áttekintése és elemzése adja.)

Adorján Katalin dr.

Emelkedett serum bromid koncentráció halothan anaesthesia után. Johnstone, R. E. és mtsai (Univ. Pennsylvania, Philadelphia): *Anesthesiology*, 1975, 42, 598—601.

A szervezetbe került halothan 10—25%-a metabolizálódik. Az aktív metabolizmus, amelynek során egyebek közt brom-, chlor-, és trifluoracetát keletkezik, minimálisan 13 napig tart. Az eddigiek során inkább a fluorid származékok hatását vizsgálták és kevesebb figyelmet fordítottak a többi metabolit jelenlétének esetleges következményeire.

A szerzők hét önkéntesen vizsgálták a serum bromid koncentrációjának változását, átlagosan 6,6%-óra halothan anaesthesia után. (A %óra az átlagos alveolaris koncentráció és az anaesthesia tartamának szorzata.) Az anaesthesia előtti serum bromid koncentráció átlaga 0,6 maeq/l volt. Az első hét órában a változás jelentéktelen. 14 óra elteltével a koncentráció 1,9 maeq/l-re emelkedett. A legmagasabb értéket, 2,9 maeq/l-t a második napon érte el, és még a kilencedik napon is 2,5 maeq/l volt. (Az egyik vizsgálatban a hatodik napon 4,2 maeq/l-es koncentrációt találtak.)

A brom régen ismert psychoaktív pharmacon. Koncentrációjának felezési ideje a serumban 12—14 nap. Bromizmusban vagy chronicus brom-intoxicációban a serum bromid szintje: 6—10 maeq/l. A brom intoxicatio legjellemzőbb tünetei: fejfájás, lethargia, szédülés, zavartság, hallucinatio, érzéksaladások, elkent beszéd, mydriasis, az EEG-ban diffúz lassulás, acneiform dermatitis, constipatio.

A vizsgálat során talált értékek ugyan nem érik el a toxikus értéket, de elérik annak 50%-át. Ez már az ion psychoaktív szintje. Feltehetőleg, hogy ez a bromid koncentráció bizonyos esetekben oka lehet a postoperatív psychotikus, vagy depressív reakcióknak.

Az anaesthesiologusok foglalkozási ártalmainak okai közt a folyamatos halothan expositio okozta brom akkumuláció lehetőségét is meg kell vizsgálni!

Barna Béla dr.

Az anaesthesiologusok foglalkozási ártalmairól az Egyesült Államokban készített nemzeti tanulmány kritikája. Walts, L. F. és mtsai (UCLA School of Medicine,

Los Angeles): *Anesthesiology*, 1975, 42, 608—611.

A szerzőknek három fontos ellenvetése van.

1. Megfelelő-e a vizsgálat módszer, ha bizonyos betegségek esetében egyértelmű következtetéseket lehet levonni, más betegségek esetében azonban az információ elégtelennek bizonyul igaz következtetések levonásához.

2. A statisztikai szignifikancia kimondásában túlságosan liberálisnak ítélik 5% hiba megengedését. A vizsgált 30 teszt csoportban — szerintük — még 1% hiba ($P = 0,01$) esetében is 26% a véletlen tévesen pozitív válasz lehetősége. Az átlagos pozitív válasz jelentőségét, a vizsgálatból levont következtetéseket a törvény előtti felelősség és a szakma népszerűségének szempontjából vizsgálva még az 1% hiba megengedése is túlságosan kockázatos.

3. Nem értik a vizsgálat adataiból levont következtetések logikáját. Pl. a spontán vetélés esetében — szerintük — az anaestheticum gőzök nyomainak kóroki jelentősége minden egyéb környezeti tényezőnél kisebb.

Ha a spontán vetélés oka az anaestheticum hatás lenne, a vetélés általában korai időpontban következne be, és eltolódás lenne az újszülöttek nemének arányában is. Ezek a vizsgálat szerint nem következtek be.

A különböző alcsoportok között a spontán vetélés előfordulásának a halothan expositio mértékével kellene arányban lennie. Ezzel szemben a műtő asszisztensek csoportjában volt legmagasabb a vetélés aránya, pedig kétségtelen, hogy ebben az alcsoportban a legkisebb a halothan megterhelés.

A műtőkörnyezet elhagyása a terheség idején, sem az orvosok, sem az asszisztensek között nem csökkentette lényegesen a vetelési arányt. A műtő asszisztensek körében ugyanakkor szignifikánsan csökkent a vetelés aránya, ha a terheség ideje alatt nem dolgoztak a műtőben.

A kritika szerzőinek véleménye szerint, ha a műtői környezet okoz valamilyen foglalkozási ártalmat, akkor az a spontán vetélés, de azt valami más okozza, nem az anaestheticumok nyomainak tartós belégzése.

A következők részben a congenitális anomáliák, a rosszindulatú daganatok, a máj és a vesebetegségek eseteit vizsgálva a szerzők rendre felsorolják és aláhúzzák azokat az alcsoportokat, amelyekben a nemzeti tanulmány nem lelt szignifikanciát. Ahol a talált elváltozás egyértelmű, ott a vizsgálat módszerét vitatják. Pl. a májbetegségek esetében kétséges vonják azt, hogy a kérdőívek válasza alapján valóban különválaszthatók a serum hepatitiszes esetek. Szerintük a májbetegségek gyakoribb előfordulásának oka csupán a serum hepatitisis érthetően magasabb frekvenciája. Megállapítják, hogy egyik betegség

esetében sincs dózis-hatás összefüggés.

Végül kifejtik, hogy a fentiek alapján nem logikus a tanulmány ajánlata az elszívó berendezések beszerzésére. A költséges eszközök beszerzéséről és használatáról nem akarnak lebeszélni senkit sem, de szükségességéről és hatékonyságáról nem győzte meg őket a kiterjedt tanulmány.

(Ref.: Az Amerikai Anaesthesiologusok Szövetségének Különbizottsága által elkészített nemzeti tanulmányt a műtőben dolgozók foglalkozási betegségéről az *Orv. Hetil. referálta*: 1975, 116, 1111—1112.)

A vizsgálatot kérdőíves módszerrel készítették. Ez a módszer szükségszerűen magában hordoz bizonyos hibalehetőségeket. A felmérésről készített jelentés szerzői ezzel tisztában is voltak, külön felhívták rá a figyelmet és az adatokat ennek megfelelően értékelték. Az anaestheticumok kis koncentrációjának tartós belégzése és a talált elváltozások közötti ok-okozati összefüggést maguk sem tartják bizonyítottnak, csupán lehetséges okként feltételezik, legfeljebb valószínűsítik. Biológiai mérésekben és általában a statisztikailag értékelt vizsgálatokban kimondható a szignifikancia, ha $P = 0,05$ vagy kisebb. A vizsgált 5 kórkép 6 alcsoportban valóban 30 összehasonlítási lehetőség van. Az egyes alcsoportokon belül azonban a vizsgált esetek száma — néhány speciális helyzettel eltekintve — igen nagy és a tanulmány szerzői az ezen belül észlelt gyakoriságot hasonlították össze.)

Barna Béla dr.

A lithium hatása az általános anaesthesiára. Jephcott, G., Kerry, R. J. (Northern General Hospital, Sheffield): *British Journal of Anaesthesia* 1974, 46, 389—390.

A lithiumot (általában lithium-carbonát formájában) kiterjedten alkalmazzák a psychosis maniacodpressiva kezelésében. Az alkalmazás kezdete (1949) óta több halálos kimenetelű lithium intoxicációs eset is ismeretes. A serum terápiás ion szintje 0,8—1,4 maeq/l. Általános vélemény, hogy a 2,0 maeq/l-es koncentrációt szűkségtelen túllépni. Ezen a serum szinten már jelentkezhetnek a toxikus tünetek: somnolentia, lethargia, izomgyengeség, stupor, coma stb., de 3,6 maeq/l-es koncentrációt is észleltek toxikus tünetek nélkül.

A szerzők az emelkedett serum lithium szint és az egyidejűleg elektroshock kezeléshez végzett általános anaesthesia kockázatát vizsgálták.

Esetükben lithiummal kezelt idős nőbetegen végeztek elektroshock kezelést általános anaesthesiában. Praemedicatióként 0,6 mg atropin adtak, majd 60 mg methohexitalal végezték a narkózist. Az elektroshockot 30 mg succinylcholin adása után végezték el. A beteget maszk

és ballon segítségével, oxigénnel lélegeztették. A spontán légzés a várt időben visszatért, de a beteg csak két óra elteltével vált ébresszhetővé, és egész nap álmos, nyugodt maradt.

A tartós eszméletlenség lehetséges okait sorra véve a barbiturátot — önmagában — kizárják, mert az előzőekben, a lithium kezelés előtt, hasonló körülmények között már alkalmazták, minden zavar nélkül, és később, amikor a serum lithium szintje csökkent, újra komplikáció nélkül használták. A serum ekeltrolitok és az anyagcserét jellemző laboratóriumi értékek nem mutattak kóros eltérést. A lithium koncentrációt azonban — minden előzetes tünet nélkül — 3,4 maeq/l-nek találták. Ezután a kezeléssel elhagyták a lithiumot és folytatták az elektroshock terápiát, hasonló epizód nélkül.

A leírtak alapján úgy vélik, hogy a barbiturát anaesthesia elhúzódsát a magas lithium koncentráció okozta. Levonják a következtetést, hogy lithium terápia alatt sűrűn kell ellenőrizni a serum lithium tükért. Általános anaesthesia előtt legalább 24 órával tanácsos a gyógyszerelésből kihagyni a lithiumot (a lithium szint igen gyorsan változik!), elektroshock kezelést idejére pedig a leghelyesebb teljesen elhagyni.

Barna Béla dr.

A lithium és a rubidium hatása az intravénás anaestheticumokkal létrehozott alvász tartamára, egereken. Männistö, P. T., Saarnivaara, L. (University of Helsinki): British Journal of Anaesthesia, 1976, 48, 185—189.

Az anaestheticumok hatásmechanizmusának a sok közül egyik teóriája a sejtfal-permeabilitás elmélete, amely az ionhatás és az iontransport változásaiból indul ki. Ismeretes, hogy a lithium kezelés megváltoztatja a sejtek electrolyt egyensúlyát. Minthogy klinikai esetet is leírtak, amelyben a beteg barbituráttal létrehozott alvását megnyújtotta a lithium kezelés, érdemesnek tartják ennek kísérletes vizsgálatát, kiterjesztve más intravénás anaestheticumokra is. A kísérlet sorozatban egyben a lithium- és a rubidium hatás ellenfétét is vizsgálták, amit számos élettani, elsősorban idegéletteni kísérletben már kimutattak.

A kísérleti állatok egyes csoportjait a lithium, illetve a rubidium egyszeri hatásának tették ki, más csoportokon a tartós kezelés hatását próbálták ki. Ezek az állatok 21 napon keresztül ivóvizükben kapták az ionokat. Kontroll csoportokat is beállítottak.

A lithium az akut hatás kísérleteiben megnyújtotta a barbiturátok (thiopental, methohexital) alvási idejét. A változás szignifikáns! A tartós hatás kísérleteiben is megnyújtotta az alvási időt, de ebben az esetben a változás nem

egyértelmű. Ennek okát abban látják, hogy a serum lithium szintje alacsonyabb volt, mint az akut kísérletben. A dózist mégsem növelték, mert a nagyobb koncentrációt toxikusnak találták.

A ketamin, a propanidid és az althesin hatását sem az egyszeri, sem a tartós lithium adagolás nem befolyásolta lényegesen.

A rubidium csökkentette a barbiturátokkal létrehozott alvász idejét, a methohexital esetében a csökkenés szignifikáns volt. A többi anaestheticum között szignifikanciát csak a ketamin esetében találtak, a rubidium hatásnak tartósan kitett csoportban.

A diazepam alvási idejét mindkét ion lényegesen megnyújtotta.

A szerzők úgy ítélik meg, hogy a kísérletek az anaestheticumok hatásával kapcsolatban bizonyították a lithium és a rubidium ellenfetes szerepét. Remélik, hogy a lithium—rubidium hatássalentét alkalmas vizsgáló módszer lesz az analgeticumok és az anaestheticumok hatásmechanizmusának vizsgálatában.

Kísérleteiből nem kívánnak klinikai következtetést levonni, de felhívják a figyelmet az óvatosságra a lithiummal kezelt betegek barbiturát és diazepam anaesthésiájával kapcsolatban.

Barna Béla dr.

A tüdő shuntkeringés alakulása narkózis alatt embereken. Stone, J. G. és mtsai (Department of Anaesthesiology, Columbia Presbyterian Medical Center, New York, 10032): Canad. Anaesth. Soc. J. 1975, 22, 647—652.

Számtalan cikk, közlemény jelent meg arról, hogy az anaesthesia gyakorol-e hatást a tüdő shuntkeringésére. A legtöbb cikk egyértelműen megállapítja, hogy a narkózis fokozza a shuntkeringést. A szerzők 22 beteg idegsebészeti műtétje során végeztek méréseikről számolnak be. Az átlagos életkor 40 év volt. A betegek műtét előtt néhány napig feküdtek és sedatívumokat kaptak. A praeeoperatív készült mellkas röntgenfelvételek és légzésfunkciós értékek nem mutatnak semmi kórosat. A narkózist 0,5—2 térf. % halothan és O₂-keverékkel tartották fenn, és a légzést kontrollálták. Ellenőrizték a vérnyomást, pulzusszámot, testhőmérsékletet, végzárterteket, 12 betegen meghatározták a szív perctérfogatot.

A shunt mértékét a következő egyenletből számították:

$$Q_s/Q_t = (C_{cO_2} - C_{aO_2}) / (C_{cO_2} - C_{vO_2})$$

A képletben Q_s/Q_t a shunt értéke, C a koncentrációk jelzése, a = arteriális, v = venás, c = pulmonalis capillaris. A CO₂ = (1,39 × Hb konc. × saturatio % - ban) + (a × PO₂), ahol a = az oxigén véroldékonysága.

Minden betegen meghatározták

a shunt mértékét és ezzel egyidőben regisztrálták a keringési és légzési paramétereket.

Normálisan a tüdő shuntkeringése a szív-perctérfogat 2—5%-a. A szerzők a betegeket 2 csoportba osztották aszerint, hogy a shunt a normális értéken belül volt-e, vagy jelentősen eltért attól. 15 beteg az I. csoportba került, ezek átlagos életkora 37 év volt, 10 évvel kevesebb, mint a II. csoportba tartozó betegeké. Az életkor egyenes arányban van a shuntkeringés fokával, a korrelációs együttható 0,57. A shunt normális értéken volt a narkózis alatt a narkózis kezdetétől a végéig az I. csoportban, fokozódott és kb. 13% volt a II. csoportban. A betegeket hyperventilálták, így respirációs alkalózis alakult ki, de a PaCO₂ nem függött a shunt mértékétől, ami azt bizonyítja, hogy a ventiláció nem befolyásolja a shuntot.

Mind a tüdőbetegségek következtében, mind az idős kor miatt a kilégzés korai stádiumában záródnak a porcos vázsal nem rendelkező légutak, még mielőtt a volumen a nyugalmi tüdőterefogatot elérte volna. A kilégzés során a porcos vázsal nem rendelkező légutak lumene összeesik és bezár egy bizonyos volument. Ez fiatal, egészséges embereknél az expirációs rezerv értékén belül van, tüdőbetegségekben és idős embereknél már a légzési volumen egy része is hozzátartozik. Minél jobban károsodott a tüdő, vagy idősebb a beteg, annál jobban megközelíti ez a „bezárt” érték (closed volume) a funkcionális reziduális kapacitást (FRC). Ez a bezárt gáz gyorsan egyensúlyba kerül a kevert vénás vérrrel, és ha az alveolusok reexpansziója (amihez egy elég nagy nyitó erő szükséges) elmarad, atelectasia alakul ki. Sok atelectasiás terület egyre inkább fokokza a jobbról balra shunt mértékét. Amikor rossz állapotban levő beteget altatunk, a már praeeoperatív fokozott shuntkeringés tovább romlik, mert narkózis alatt a FRC csökken, és egyre nagyobb ellenfét alakul ki a nyugalmi tüdővolumen és a bezárt volumen (C. V.) között. Vita tárgya, hogy az anaesthesia önmagában fokozza-e a shuntkeringést. A szerzők szerint fiatal, egészséges emberek anaesthesiája nem oka a shunt fokozódásának.

Hargitay Zoltán dr.

Egy tüdőfélen át történő lélegeztetés hatására létrejött élettani változások tüdőmütétek alatt. Chand, R. és mtsai. (Department of Anaesthesia, University of Montreal Medical School and Department of Anaesthesia, Notre-Dame Hospital, Montreal, Quebec, Canada): Canad. Anaesth. Soc. J. 1975, 22, 659—664.

A tüdőmütétek során gyakran alkalmazott eljárás a kettős lumenű (Carlens) tubus használata,

melynek segítségével az egyik oldali tüdőfél izoláltan lélegeztethető. Ez a módszer azonban szöveti hypoxiát okozhat, ha nem ügyelünk a megfelelő oxigenizációra.

A szerzők 18 tüdőműtét során végzett méréseikről számolnak be. 16 betegen lobectomiát végeztek tumoros elváltozás miatt, 1 betegen emphysemás bullákat távolítottak el, 1 esetben pedig pulmonectomiát végeztek. Thiopental bevezetés után halothan (0,5–1,5 térf.%) és O_2 (95–98%) keveréket adtak. A N_2O -t a PaO_2 alakulásától függően csak később kezdték adagolni. D-Tubocurarin relaxációban 16-os frekvenciával 12 ml/tskg volumennel térfogat vezérelt respirátorral lélegeztették a beteget. Az arteria radialisból, az arteria pulmonalisból és a kilégzett gázkeverékből kétszer vettek mintát. Először a beteg oldalra fektetése után 10 perccel, amikor a pleura-üreg már megnyílt, de még mindkét oldali tüdőt lélegeztették, majd az egy tüdőt át történő lélegeztetés megkezdése után 10 perccel.

Az egy tüdőt át történő lélegeztetéssel az anaesthesiológus lényegében csökkenti a gázcsereben részt vevő tüdőfelszín nagyságát. Felmerül a kérdés, hogy ilyen körülmények között lehet-e pótolni két tüdő munkáját. A CO_2 -kiválasztás, az arteriális O_2 -nyomás középérték és a holtter/légzési volumen arány (VD/VT) változásának mérésével adtak választ a kérdésre. Ha a légzési volument fél oldali lélegeztetéskor is az eredeti értéken tartották, a fenti paraméterek nem mutattak szignifikáns változást. Ez azt mutatja, hogy az egy tüdőfélén át történő lélegeztetés is képes a CO_2 -tenziót a normál értéken tartani, ha az egyik oldali tüdőfelet hasonló volumennel lélegeztetjük, mint a két oldalit. Ehhez megbízható volumenvezérelt respirátor szükséges.

Lényeges arra is ügyelni, hogy az arteriális vér oxigéntartalma ne csökkenjen. A csökkenés irányában hat a kialakult jobbról-balra shunt és a ventiláció/perfúzió arány megbomlása. Ez a két faktor kihat a szív perctérfogatára is. Néhány szerző Kerr és mtsaival szemben azt állítja, hogy amikor a ventilációból kikapcsolt tüdőfél kollabál, a véráramlás nem változik olyan mértékben, hogy a vér oxigéntenzója zavart szenvedjen. Azt is kimutatták, hogy azon betegeken, akiknek a tüdőkeringése már praeoperative is rossz volt, nem romlott az arteriális vér oxigéntartalma az egy tüdőt át történő lélegeztetés alatt. Erre példa egy 70 éves férfi betegük esete. A betegen jobb felső lebeny epithelioma miatt végeztek thoracotomiát. Anamnesisében chronikus obstructív tüdőelváltozás, hypertonia és súlyos arteriosclerosis szerepelt. A praeoperative mért értékek alig változtak az egy tüdőt át történő lélegeztetés során. Ezzel

szemben áll egy 23 éves nő esete, akin bullosus emphysema miatt végeztek thoracotomiát. Légzésfunkciós értékei, EKG-ja normálisak voltak. Mikor elkezdték a féloldali lélegeztetést, a jobbról balra shunt hirtelen 4-ről 23%-ra nőtt, az arteriális O_2 -tenzió 570 Hgmm-ről 190-re esett, az alveolo-arteriális O_2 -különbség 96-ról 476-ra nőtt.

Az oldalfekvő helyzetben végzett thoracotomia az alul levő ép tüdőfélben atelectasiát okoz, ha a normális légzésvolumennel (7–8 ml/tskg) lélegeztetünk, ez hypoxaemiához vezet. Hogy ezt elkerüljük, ennél sokkal nagyobb (12 ml/tskg) volumennel, és közel 100%-os O_2 -el kell lélegeztetnünk a beteget. Ügyelni kell a szív perctérfogat-változására is. Az egy tüdőfélén át történő lélegeztetéskor a megnövekedett shunt-keringés, az arteriális vér O_2 -tartalmának csökkenése hat a szív perctérfogatára is. Az oldalfekvő helyzet, a nyitott mellkas, a narkotikumok, a gyors vérvesztés, a praeoperative esetleg fennálló hypovolaemia, az ellenoldali tüdőfél szívre gyakorolt nyomása és a sebési ténykedés mind gátolják a venás visszafolyást. Ha a szív perctérfogat csökken, kevesebb oxigén jut a szövetekhez. A szöveti hypoxia elsősorban a szívet és az agyat érinti. Előbbi miatt tovább romlik a perctérfogat. Az alacsony perctérfogat az anaemiával és hypovolaemiával, valamint a belélegzett gáz alacsony oxigéntartalmával kombinálódva arrhythmiahoz, extrém esetben szívmegálláshoz vezethet. A szerzők által között 18 esetben alig változott a perctérfogat. Mindezt úgy érték el, hogy az anaemiát (12g% Hb alatt) és a hypovolaemiát rendezték, korrigálták a savbázis státuszt, kerültek a myocardium depressiót okozó szerek használatát, a perctérfogatot, ha kellett gyógyszeresen: isoproterenollal vagy adrenalinnal (és nem digitallissal) a normális szinten tartották. A fél tüdőt át történő lélegeztetés kezdetekor 100% oxigénnel lélegeztették a beteget, amíg az arteriális vér oxigéntenzója a 200 Hgmm-t elérte, ezután N_2O -t is adtak olyan arányban, hogy az O_2 -tenzió 100–120 Hgmm körül legyen.

Hargitay Zoltán dr.

Toxicomania

Az ópium-zárlat. Politika és egészség. (Szerkesztőségi közlemény): New Engl. Jour. Med. 1975, 293, 990.

A Nixon-kormányzat az előző években megtiltotta a papaver somniferum természetét. Ennek a helytelen egészségpolitikai intézkedésnek a természetes alkaloidák és azok derivatumaik hiánya és az árak emelkedése lett a következménye. Egy 1972-ben végzett felmérés pedig azt bizonyította, hogy a

synthetikus analgetikumok teljes mértékben nem pótolják a természetes alkaloidákat. Az amerikai orvosok többsége és a nyugat-európaiak is úgy vélik, hogy a morfin nélkül — ritka kivételes esetektől eltekintve — a praxis ellátható, de a codein csoport nem nélkülözhető. A brit orvosok a morphinhoz is ragaszkodnak. A Nixon-féle rendelet e felmérés tapasztalatait nem vette figyelembe. Ez az intézkedés is azt bizonyítja, hogy a prohibitio nem old meg semmit. A heroin és a morfin adminisztratív eltiltása csak azt eredményezi, hogy a zügforgalom fokozódik és a synthetikus analgetikumokra is áttérjed.

Fenyvesi Tamás dr.

Radiológia

Mellékvese-tumorkok radiológiai kórisméje. D. Sutton (St. Mary's Hospital, London): The British Journal of Radiology 1975, 48, 237–258.

Rövid, főként a mellékvesék ér-ellátására kitérő anatómiai bevezető után a szerző a mellékvese-tumorkok pathológiájával, klinikumával, részletesen pedig természetesen radiológiai kimutatásukkal foglalkozik. A szóba jövő vizsgálati módszerek a következők: natív röntgenfelvétel és tomographia, kiválasztásos intenzív urographia rétegfelvételezéssel, pneumoretroperitoneum, arterio- és phlebographia, izotópvizsgálat. A klinikai syndromák, melyek ez irányú radiológiai vizsgálatok javallatát képezik, az Addison-kór, Cushing-syndroma, Conn-syndroma, adrenogenitalis syndroma, phaeochromocytomára utaló tünetek, tapintható hasi tumor. E tünetcsoportok hátterében állhat mellékvese hyperplasia, adenoma, carcinoma, neuroblastoma vagy ganglioneuroma, phaeochromocytoma, végül a mellékvesében levő metastasis.

Gyermekekben leggyakoribb a neuroblastoma, ritkábban az érettebb ganglioneuroma. Kimutatásukhoz gyakran elégséges a natív felvétel és az urographia, segítséget nyújthat arteriographia. Az idősebbekben is előforduló ganglioneuroma esetleges intraspinalis összetevőjére gondolva nem szabad elmulasztani a gerincfelvételeket. Cushing-syndroma tisztázására a pneumoretroperitoneum alig alkalmas, nagy a hibaszázaléka. Legmegfelelőbb a mellékvesephlebographia, mely különösen hasznosnak bizonyult Conn-tumorkok kimutatásában. A jelzett cholesterollal végzett izotópvizsgálat még csak lehetőség, technikájának tökéletesítése azonban talán az agresszívabb angiographiás vizsgálatok későbbi háttérbe szorulását is eredményezheti. Az arteriographiának különösen a mellékvesecarcinoma, phaeochromocytoma és a metastasisok kimutatásában van szerepe. A phaeochromocytoma kimutatását problemati-

kussá teheti az, hogy e tumor néha szegényesen vascularizált, multiplex vagy ectopiás. A szerző mondanivalóját saját anyagából szép esetekkel, sok röntgenképpel illusztrálja.

Laczay András dr.

Mellékese-phlebographia és ultrahang a mellékese vizsgálatában: 58 eset elemzése. J. K. Davidson és mtsai (Western Infirmary, Glasgow): The British Journal of Radiology 1975, 48, 435—450.

58 esetben végeztek mellékese-phlebographiát. A bal mellékese-vena katéterezése 52 esetben, a jobb oldali 44 esetben sikerült. 30 hyperaldosteronismusban szenvedő beteg közül 11-nek sikerült így kimutatni 12—35 mm átmérőjű mellékese-adenomáját, kettőben pedig felvetni ennek gyanúját, amit a műtét később igazolt. Az érintett oldalon az aldosteron szint a mellékese-vena vérében magasabb volt. További 2 esetben az elvégzett műtét macronodularis hyperplasiát talált, egyikben a phlebographia 12 mm átmérőjű csomót mutatott ki. 3 esetben a phlebographia lelete pozitív volt, de műtét nem történt.

12 elsődleges aldosteronismus esetben végeztek ultrahang vizsgálatot, így 2 nagyobb adenomát sikerült kimutatni 30—31 mm átmérővel, a kisebbeket nem. Három 45—90 mm kiterjedésű intraadrenalis phaeochromocytomát arteriographia után ultrahanggal is kimutattak és műtéttel igazoltak, hasonlóképpen egy 80 mm átmérőjű extraadrenalis phaeochromocytomát is.

10 Cushing-szindrómás beteg közül phlebographiával háromban találtak mellékese hyperplasiát, amit műtét igazolt.

Tapasztalataik szerint phlebographiával ki lehet mutatni a mellékese 10 mm-nél nagyobb átmérőjű tumorait vagy megnagyobbodását. Aldosteron-meghatározással 3 mm nagyságú tumor oldal-localisatiója is eldönthető. Ultrahang-vizsgálat a 30 mm-nél nagyobb tumorok kimutatására képes. Az arteriographia teljesítőképessége hasonló a venographiához.

Az angiographia szövödményeként egy esetben heveny, egy esetben pedig átmeneti részleges mellékese-elégtelenség lépett fel. A közölt esetek alapján a szövödmény gyakorisága 1% körül van.

Laczay András dr.

A vena spermatica interna anterograd phlebographiája heretumorokban. A. Kolbenstvedt és mtsai (Norwegian Radium Hospital, Montebello, Oslo): Radiology 1975, 114, 461—463.

A malignus heretumok retroperitonealis áttéteinek kimutatása és kiterjedésük megítélése nemcsak prognosztikus jelentőségű, hanem szükséges a sugárterápiás terv kidolgozásához is. A szerzők e célra rutinszerűen urographiát, alsó vég-

tagi lymphographiát, cavographiát, az utóbbi időben pedig ezeken kívül renalis phlebographiát végeznek, bal oldalon kiegészítve a vena spermatica retrograd töltésével. Mivel a vena spermatica interna ily módon történő retrograd töltése nem mindig sikerül, és az alsó végtagi lymphographia is csak hiányosan ábrázolja a heretumok terjedési területébe eső nyirokcsomókat, újabban orchidectomia során funicularis lymphographiát végeznek és anterograd töltik fel a vena spermatica rendszerét. Közlésük időpontjáig 3 seminoma és 2 embryonalis carcinoma esetben végezték el a vizsgálatot. 2 esetben a phlebographia normális képet mutatott, és a többi vizsgálat sem utalt metastasisokra. A többi 3 esetben a vena spermatica interna elzáródása, dislocatiója és collateralis keringés volt kimutatható. Mindhárom esetben egyébként is nyilvánvaló volt a metastatisatio funicularis lymphographia és spermatica-phlebographia nélkül is, de ezek a vizsgálatok értékes segítséget nyújtottak a besugárzási mezők tervezésében. Varicocele vizsgálatára már ajánlották korábban is az anterograd spermatica-phlebographiát, heretumor-áttétek kimutatásában azonban a szerzők véleménye szerint érdemtelenül elhanyagolták ezt a lehetőséget.

Laczay András dr.

A tüdőhilus xerotomographiájának és a hagyományos tomographiának összehasonlítása. R. Otto, J. Wellauer (Kantonsspital der Universität Zürich): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1975, 123, 1—6.

A xeroradiographia előnyös tulajdonságai, mint a fokozott széli kontraszt, a megvilágítási lehetőségek szélesebb skálája, különösen alkalmassá teszik ezt a módszert a hilusok rétegvizsgálatára. Az így készített felvételeken a hörgőrendszer olyan jól érzékelhetően ábrázolódik, akár a bronchographiánál. A hagyományos röntgenfelvételek szemben előnye az is, hogy a hilus és a tüdőperipheria elváltozásai azonos felvételi adatokkal ugyanazon képen jól ábrázolhatók. A tüdőben levő kiterjedtebb árnyékok is jobban kimutathatók, a széli effektus következtében kontúrjaik biztosabban megítélhetők.

A szerzők 32 kóros esetben végezték el a hagyományos tomographia mellett a xerotomographiát úgy, hogy a szokásos módszerrel megállapított kóros rétegben készítették ráadásul xerotomogramot. Három betegük felvételeit bemutatják. A xerotomographia diagnosztikus értéke kétségkívül nagyobb, mint a hagyományos módszeré. Hátrány, hogy a bordák az átnézeti felvételen intenzívebben ábrázolódnak, de ez a rétegekpeken természetesen nem zavar. Komolyabb hátrány, hogy a xeroradiographiá-

hoz a hagyományosnál mintegy hatszor nagyobb sugárterhelés szükséges. Eppen ezért készítik a szerzők ily módon a felvételeket csak előzőleg meghatározott kóros rétegben. Így a többletterhelés elfogadható. A vizsgálat időtartama nem hosszabb lényegesen, ezenfelül a xeroradiographia olcsóbb a hagyományos film-röntgenographiánál.

Laczay András dr.

A célzott retrograd cholangiographia értéke az epeútbetegségek radiológiai diagnosztikájában. Sobbe, A. és mtsai (Radiologische Klinik der Univ., Bonn): Fortschr. Röntgenstr. 1975, 122, 390—398.

400 retrograd pancreato-cholangiographiás vizsgálat eredményeit vizsgálják a konvencionális módszerekkel összevetve. A 400-ból 250 vizsgálat célzottan az epeutak ábrázolására történt. Izolált epeúttelődést 19, izolált pancreas-járat ábrázolást 17%-ban sikerült elérniük, mindkét vezetéket 46%-ban telődött, 18%-ban nem sikerült az epeutak célzott feltöltése.

Vizsgálataik 72%-ban pozitívnak bizonyultak. A cholestasis nélküli esetekben a konvencionális módszerekkel retrograd cholangiographia nélkül kielégítő diagnózishoz lehetett jutni az esetek 91%-ában. Cholestasis fennállása esetén azonban az említett módszerek csak 66%-ban, míg a retrograd cholangiographia 73%-ban vezetett kielégítő eredményre. Az egyidejűleg nyert pancreatogramm 22%-ban adott mellékletet, amelynek azonban csak az esetek kisebb részében volt terápiás konzekvenciája. A kiválasztásos cholangiographia, natív hasfelvétel és esetenként a coeliographia együttes értékelése 97%-os diagnosztikus találati arányt eredményezett.

A retrograd vizsgálat felderített, kezelést igénylő 55 papillastenosisos beteg közül a konvencionális cholangiographia csak 34-ben derítette fel a szűkületet. A retrograd módszer igen hasznosnak bizonyult a szűkület jellegének eldöntésében. 2 esetben az intravenás vizsgálat alapján gyulladásonak tartott stenosis hátterében papillacarcinomát derítettek fel.

Chronikus pancreatitis esetén a célzott cholangiographia a pancreas-folyamatot kísérő extrahepatikus epeút-obstruktókat hivatott felderíteni. A 39 ilyen indicióval vizsgált beteg közül 13-ban praepapillaris vagy proximalis epeútszűkületet lehetett kimutatni, melyek részben a pancreas-megnagyobbodásnak tulajdonítható sekunder elváltozások voltak. Ezen beteganyagban egyébként a natív hasfelvétel és az angiographia is jó diagnosztikus találati arányt mutatott.

Tizenhárom pancreas-carcinomás beteg (10 műtéttel is igazolt) vizsgálatának tapasztalatai alapján arra a meggyőződésre jutottak, hogy a

retrograd pancreato-cholangiographia elsődrendű célja a szobajövő palliatív beavatkozás érdekében nem annyira a pancreas-vezetéken levő elváltozások, hanem inkább az epeelvezetési akadályok kimutatása. Differenciáldiagnosztikailag és az operabilitás megítélésében értékesebb az angiographiás lelet.

Az *extrahepatikus epeutak carcinomái* ideális alanyai a retrograd cholangiographiának, mivel tünetek ezen methodusnál jellegzetesek.

A *postoperatív elváltozások* vizsgálata beteganyaguk legnagyobb hányadát teszi ki (101 eset). Többnyire cholecystectomiák és papillotomiák (66), epeútrevisiók (17) és biliodigestív anastomosisok (18) utánvizsgálatára került sor. 65%-ban olyan organikus elváltozásokat találtak, amelyek reoperatív tettek szükségessé. A stricturák, laesiók, mint korai komplikációk, a papillastenosis, kórcidiva és gyulladós szűkületek, mint késői szövődmények biztonsággal kimutathatók voltak. 2 mg% feletti serum bilirubinszintnél az intravénás vizsgálatot meg sem kísérik, a retrograd cholangiographia ilyen esetekben szu-
verén módszer. *Than Zoltán dr.*

Cronkhite—Canada-syndroma.

Röntgendiagnosztika. H. J. Maurer, R. Hansen, B. Maurer (Röntgenavdeling, Sentralsykehuset, Institut for Klinisk Medisin, Universitetet i Tromsø): Fortschr. Röntgenstr. 1975, 122, 399—404.

Cronkhite és Canada 1955-ben írták le a később róluik elnevezett tünetegyüttest: a gastrointestinalis tractus generalizált polyposisát, alopeciát, körmök dystrophiáját, sárgás elszíneződést. Ezekhez az elváltozásokhoz gyakran véres hasmenés és malabsorptio is társul.

A szerzők egy 62 éves nőbeteg esetét ismertetik. Felvételt megelőzően fél évvel kezdődtek panaszai (vizes-nyákos hasmenés, savanyú felbőfős, 5 kg-os fogyás).

A gyomor röntgenvizsgálata hiatus hernia mellett a gyomor és a nyombél kiterjedt polyposisát mutatta ki. A jejunum és az ileum nyálkahártyáján is hasonló jellegű, de kevésbé kifejezett elváltozás volt megfigyelhető. Az irrigoscopia során a vastagbélben is észleltek néhány apró polypot.

A szerzők kezdetben atypusosan kezdődő Crohn-betegségre gondoltak; a szövettani vizsgálat eredménye Cronkhite—Canada-syndromát igazolt. A beteg ezután tüzetes vizsgálata során pigmentzavarokat és körömelváltozásokat is találtak. Malabsorptióra utaló tüneteket nem észleltek, ezt azzal magyarázzák, hogy a vékonybél elváltozása csekély fokú volt.

A szerzők rámutatnak, hogy a diagnózis felállítását röntgenológusok, gastroenterológusok és pathológusok együttes munkája tette lehetővé.

Esetük egyéb klinikai vonatkozásairól más helyen számoltak be.

Molnár Zoltán dr.

A gyomor- és nyombélfelekély röntgenológiai és endoscopos diagnosztikájának összehasonlítása. H. St. Stender és mtsai (Institut für klinische Radiologie und Abteilung für Gastroenterologie, Department Innere Medizin der Medizinischen Hochschule, Hannover): Fortschr. Röntgenstr. 1975, 122, 381.

A szerzők a röntgenvizsgálat teljesíthetőségét vizsgálták gyomor- és nyombélfelekély esetén. Összehasonlítási alapul az endoscopos vizsgálat által kimutatott felekéyek szolgáltak.

Az endoscopos vizsgálatokat fiberoscop GIF D 2, gastrofiberoscop GFB K 2, valamint fiberduodenscop JF eszközökkel végezték; mindhárom endoscop a japán Olympus-cég gyártmánya. Az endoscopos leleteket extragastrikus kamerával rögzítették, ezenkívül biopsziát és cytológiai vizsgálatokat is végeztek.

A gyomor röntgenvizsgálata hagyományos módon történt kettős kontraszt módszerrel kiegészítve. A vizsgálatokat részben a hannoveri Radiológiai Klinikán, részben különböző intézetekben végezték.

Az endoscopos vizsgálat során 455 beteg közül 250 esetben gyomorfelekélyt, 205 esetben pedig nyombélfelekélyt találtak.

Eredményeik értékelése során megállapították, hogy a gyomorfelekély a klinikán kívül történt vizsgálatok 20%-ában, a klinikán végzett vizsgálatok 10%-ában rejtve maradt. A nyombélfelekélyt 27, illetve 8%-ban nem mutatta ki a röntgenvizsgálat.

A klinikai röntgenvizsgálat által fel nem derített kicsi, vagy felszínes felekéyek főként a gyomor felső harmadában, v. az antrum helyezkedtek el. A röntgenvizsgálat a bulbus elülső falán levő, valamint vonalszerű felekéyek egy részét nem tudta kimutatni.

A szerzők endoscopos vizsgálatot javasolnak, minden olyan nyombélfelekély esetén, melynek a röntgenmorphológiai képe hosszabb idő után sem változik, a hegesezés vagy tasakképződés kizárására, valamint olyan esetekben, melyben a klinikai tünetek nyombélfelekélyre utalnak, de a röntgenológiai vizsgálat ezt nem igazolja; továbbá minden gyomorfelekély ellenőrzésére a korai rák kizárására.

Molnár Zoltán dr.

Röntgenvizsgálat heveny pancreatitisben. M. K. Scerbatenko, E. A. Beresneva, A. Ja. Saimanidze (N. W. Sklifosowski Kutatóintézet, Moszkva): Radiologia Diagnostica 1975, 16, 177—185.

A heveny pancreatitis előfordulási gyakorisága növekszik. A súlyos heveny állapot helyes felismerése gyakran nehéz feladat. Ezért a szerzők több mint 300 saját esetük ta-

pasztalata alapján összegezik és értékelik a különböző röntgenvizsgálati eljárások teljesíthetőségét e vonatkozásban. Minden esetben elvégezték a mellkas és a has nativ vizsgálatát, ezt követte a gyomor-bélrendszer felső szakaszának bariumos vizsgálata. 22 esetben végeztek selectív angiographiát az a. coeliaca és a. mesenterica superior töltésével Seldinger szerint. Már a natív átvilágítás sok esetben mutat olyan elváltozást, amely heveny pancreatitisre utal. Ilyen néhány vékonybélkacs felfúvódása, a colon transversum segmentalis spasmusa a flexurák felfúvódásával, nívó a bulbus duodeniben, a vese és psoas-kontúrok elmosódása. További gyanújeleket szolgáltat a gyomor-bélpassage, amelynek alapján a kórfolyamatot határozottabban a hasnyálmirigyre lokalizálhatjuk. Ilyen jel a gyomor határos részének spasmusa, durva redőzete, a gyomor dislocatioja, a duodenum dyskinesise, a duodenum leszálló szárán látható pancreasfej impressio.

A különböző röntgentünetek korán kimutathatók, legkifejezettebbek a betegség kezdetét követő 12 óra és 6. nap között. A komplex röntgenvizsgálattal a szerzők az esetek 78%-ában tudtak kimutatni pancreatitisre utaló elváltozást.

Az arteriographia nemcsak a pancreatitis tényének megállapítását teszi lehetővé, hanem módot ad a gyulladós folyamat jellegének és elhelyezkedésének, kiterjedésének megítélésére is. A látott érelváltozások alapján elkülöníthető a heveny pancreasviznyő, a destructiv gyulladás és a súlyos pancreasnecrosis. Ennek ellenére természetesen a legtöbb pancreatitisben szenvedő beteg nem kerülhet sor erre a vizsgálatra, ezért gyakorlati jelentősége a hagyományos módszereknek nagyobb. *Laczay András dr.*

Szerk. megjegyzés: A referatum utolsó mondatát jelentőségénél fogva mind a klinikusok, mind a radiológusok figyelmébe ajánljuk.

Pleura árnyékok ultrahangvizsgálata. B. D. Doust és mtsai (University of Michigan, Wayne County General Hospital, Eloise, Mich.): Radiology 1975, 114, 135—140.

Ha a mellkas röntgenfelvételén valamely tüdőmező fedett, gyakran nem könnyű eldönteni, hogy ennek oka pleuralis folyadék, tüdőbeli beszűrődés, pleura-fibrosis vagy egyéb. Ilyenkor nem dönthető el határozottan, érdemes-e a beteget megpungálni. Mivel az ultrahangvizsgálat a testben levő egyéb folyadékgyülemek kimutatására alkalmasnak bizonyult, a szerzők megkísérelték ezt a technikát alkalmazni mellkasi gyülemek tisztázására is. Az ülő beteg mellkasfalán függőleges irányban vezetett detektorral végzik a vizsgálatot A- és B-típusú képkötéssel. A-típusú felvételen a mellkasfal alatt normális

körülmények között echomentes terület van. Ha a pleuralemezek között folyadék van, akkor a mellkasfaltól eltávolodott tüdőfelszín echot ad, kettejük távolsága a folyadék réteg vastagságát mutatja. Tüdőbeni consolidatio esetén echomentes zóna nincs. B-típusú felvételen ennek megfelelően rajzolódhatnak ki az anatómiai képletek. A bordaív alatt ferdén felfelé a hasfalnak nyomott detektorral a rezkes viszonyai is jól vizsgálhatók. Így ki lehet mutatni röntgenfelvételen nem egyértelmű basalis folyadékgyülemet is.

Összesen 41 esetben végezték el a vizsgálatot. 27 pleuralis folyadékgyülem közül 25 esetben bizonyult helyesnek az ultrahang-vizsgálat értékelése. 14 pleuramegvastagodás és tüdőconsolidatio közül pedig helyesen ismertek fel 13-at. Így az ultrahang-vizsgálat diagnosztikus teljesítőképessége e vonatkozásban 93%. A tévedéseket elemzik, részben technikai hiba következményei voltak. Ily módon problematikus esetekben el lehet dönteni, érdemes-e punctiót végezni, és egyszerűen meg lehet határozni a behatolás optimális helyét is.

Lacza András dr.

Multiplex gyomorfekély: jóindulatúság röntgenjele? R. N. Taxin, P. A. Livingston, W. B. Seaman (Columbia University, Columbia-Presbyterian Medical Center, New York): Radiology 1975, 114, 23—27.

Számos röntgen-jelet írtak le már, mely egy gyomorfekély jó- vagy rosszindulatúságának elbírálásában segít. Nincs azonban olyan röntgenjel, mely önmagában teljesen megbízható ilyen vonatkozásban. A vizsgálatnál észlelt és a felvételen látható teljes kép minden részlet-elváltozásának figyelembevételével lehet csak eldönteni ezt a kérdést, de így sem minden esetben. Elterjedt nézet, hogy a multiplex fekélyek általában jóindulatúak. Ezt a nézetet azonban nem támasztják alá nagy beteganyagra kiterjedő vizsgálatok. Ezért a szerzők intézték 6 éves anyagában kerestek választ arra, hogy értékelhető-e a fekély multiplicitása jóindulatúság jeleként, és hogyan értékelhetők az egyes laesiók ilyen esetekben.

29 esetben találtak multiplex gyomorfekélyt, 19 nő, 10 férfi volt, életkoruk 39—81 év között; hatnak malignus, 23-nak benignus fekélye volt. 19 esetben — ebben 3 malignus — a röntgenvizsgálat lelete egyértelmű és helyes volt. 10 esetben bizonyult problematikusnak a radiológiai kórisme. 2 beteg malignusnak vélt fekélyei jóindulatúnak bizonyultak, 1 benignusnak véleményezett pedig malignus volt. 7 esetben a vizsgáló nem tudott határozott véleményt mondani, ebből 5 benignus, 2 malignus multiplex fekély volt.

Ezekben a problematikus esetekben a multiplicitás a jó- vagy

rosszindulatúság elbírálásához semmiféle segítséget nem nyújtott, a tapasztalatok alapján benignus elváltozás jeleként nem értékelhető. Ha a fekélyek közel helyezkednek el egymáshoz, környezetük oedemás duzzanata egybeolvadhat, és a kép értékelését tovább nehezítheti. Végeredményben tehát a fekély multiplicitása nem jelent segítséget az elkülönítő kórismében, inkább bonyolítja a képet és nehezíti az értékelést.

Lacza András dr.

„Kardhüvely”-trachea: a légső mellkasi szakaszának kifejezett szűkülete. Klinikai és functionális tanulmány. R. Greene, G. L. Lechner (Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston, Mass.): Radiology 1975, 115, 265—268.

A szerzők 2 éves mellkasfelvételi anyagukban 13 esetben találták a trachea mellkasi szakaszának kardhüvelyszerű szűkületét. A trachea a sagittális átmérőben kiszélesedett, oldalirányban beszűkült. A szűkület fokát indexben fejezik ki, a haránt- és a sagittális átmérő arányával. Mindegyik beteg 50 év feletti férfi volt, és egyéb betegségek mellett valamennyien idült hörghurutban, többé-kevésbé kifejezett obstructív tüdőbetegségben szenvedtek, erős dohányosok voltak. 11 esetben elvégezték a különböző légzésfunkciós vizsgálatokat, ezek csak 1 esetben bizonyultak normálisnak, de ez a beteg is idült bronchitisben szenvedett. A kórtani irodalomban ismételtlen foglalkoztak a trachea ilyen deformitásával, de nem tűnt fel, ami a szerzők röntgenfelvételein, hogy a szűkület a mellkasbemenet felett megszűnik, csak a légső intrathoracalis szakaszára szorítkozik. Ez arra utal, hogy a szűkület kialakulásban intrathoracalis nyomásviszonyok játszanak szerepet. A légső alakváltozása talán a tüdők térfogatnövekedésének következménye. Bármilyen esetben a kardhüvely-alak kialakulásának mechanizmusa, összefüggése az idült bronchitissal és az idült obstructív tüdőelváltozásokkal kétségtelen. Az intrathoracalis trachea nemtől, kortól és alkattól függően normálisnak tekinthető méretei nem tisztázottak, ez irányban a szerzők kiterjedtebb vizsgálatokat folytatnak.

A légsövet kétoldról összenyomó mediastinalis tumorok hasonló képet okozhatnak, ezt az elkülönítő kórismében figyelembe kell venni.

Lacza András dr.

Környezetvédelem

Veszélyesek az aerosol spray-k? Frank, R. (School of Environmental Health and Community Medicine, University of Washington, Seattle, Washington 98195): American Review of Respiratory Disease 1975, 112, 485—489.

Az aerosol inhalálás ártalma főleg az asthmás betegeket, a női fodrászokat, az allergiás reakcióra és a szívinfarctusra hajlamos egyéneket, különösen pedig azokat a fiatalembereket fenyegeti, akik a különböző inhaláló szerekkel doppingolás céljából visszaélnak. Ezek száma az Egyesült Államokban az 1960-as évek végétől egyre szaporodik. Közülük többen az inhalálás után hirtelen meghaltak és boncoláskor bennük kóros elváltozást nem találtak. Ekkor széles körű kutatásba kezdtek annak a megállapítására, hogy az egészségkárosodást az aerosol-készülékben levő hatóanyag, az oldószer, vagy a gyógyszer okozza-e.

Az aerosol-készülékekben hajtóanyagként a leggyakrabban fluorchlorhydrocarbont, gyári néven freon-t alkalmaznak. Ennek a gáznak szobahőmérsékleten alacsony a forráspontja, meglehetősen inaktív, gáznyomása nagy, a tartállyal és az abban levő anyaggal nem lép vegyi kapcsolatba. Kezdetben nem tartották toxikusnak, az újabb átlakísérletekből azonban kiderült, hogy csökkenti a szívizom összehúzódását, főleg anaemia esetén arhythmiait indít el, kamra fibrillatiót, atrioventricularis blockot és asystolét okozhat.

Ártalmatlanok-e az asthmások által használt kézi aerosol-készülékek? Az elmúlt 10 év folyamán Angliában, Wales-ben, kisebb mértékben Ausztráliában e készülékek alkalmazása óta emelkedett a gyermek és fiatalok asthmások halálozása. Úgy gondolták, hogy az asthmások hypoxaemiája, hypercarboxaemiája, a belégzett fluorocarbon és az adrenerg szerek együttesen okozták a fatális szív-arhythmiait. Abban az időben Angliában lényegesen magasabb volt az ilyen készülékekben az isoproterenol töménység, mint más országokban.

Az isoproterenol sem mentes mellékhatásoktól, csökkenti a simaizom összehúzódását, a ventilációt és a perfúziót, mélyíti a hypoxaemiát. Hatására a beteg jobban érzi magát, állapota azonban romlik. Az Egyesült Államokban az Akadémia gyermekgyógyász bizottsága is foglalkozott ezzel a problémával és azt ajánlotta, hogy a kézi aerosol-készülékeket óvatosan és csak a szájon át adott gyógyszerek kiegészítésére használják.

Bergmann és mtsai 1956-ban észlelték először 2 fiatalasszonyban haj-spray okozta tüdő-granulomatosis. A scalenus-nyirokcsomókban a reticuloendothelialis sejtek cytoplasmájában a spray alkatrészeinek, polivinylpyrrolidonnak makromolekuláit találták. Később több hasonló eset közölték, amelyekre tüdőbészűrődés, csökkent vital- és szénmonoxid diffúziócapacitás, a köpetben pedig atypusos sejtek jellemző volt. Kiderült, hogy már a 20 másodpercig tartó haj-spray inhalálás után is csökkent a maximális kilégzési áramlás.

Végül is a fluorocarbont az a tulajdonsága, hogy ideális hajtóanyag, teszi alkalmassá arra, hogy környezetünket szennyezze. Relative inaktív, nehezen oldódó anyag, ellenáll a kémiai átalakulásnak, a föld felületén a víz, a jég, a hó abszorptiójának. Az óceánok és a jéghegyek azonban jelentős tartályai a szén- és kéndioxidnak. A folyamat valóban lassú: a fluorocarbon nehezebb levén a levegőnél, csak évek múltán jut fel a sztratoszférába. 20–25 km magasságban azonban, ahol az ózon-töménység maximális, a fluorocarbon a nap ultraibolya sugarainak hatására chlor atomokra bomlik és ez láncreakciót indít el, ami azzal végződik, hogy a földünket az ultraibolya sugárzástól védő ózonréteg kisebb lesz. Ez pedig utat nyit az életet fenyegető károsodásnak, aminek a jelentőségét ma még nem is sejtjük. Annyi bizonyos, hogy az ultraibolya sugárzás intenzitása és a vékony bőrű fehér emberek bőrrák gyakorisága között máris kapcsolatot találtak.

Manapság a valószínűtlenül egymásba kapcsolódó technológiai dilemmák világában élünk. Figyelünk a szuperzónikus repülőgépekről házunkon belül az aeroszol-készülékekre terelődött. Nemrégiben még a repülőgépektől féltettük fejünk felett az ózon védőréteget, ma pedig már a fluorocarbonoktól félünk. Kérdés, hogy a különböző országok hogyan reagálnak erre a változásra. Oregon az első állam, amelyben 1977 márciusától tilos lesz a fluorocarbonnak hajtóanyagként való alkalmazása. Az akadémia egy külön bizottsága ezt az Egyesült Államokban kötelezővé ohajtja tenni.

Pongor Ferenc dr.

Levegő NO és NO₂ tartalmának meghatározása egy éven át 2 berlini közlekedési csomóponton. Prietsch, W., Kahl, H., Frühholz, R. (Bez. Hyg. Inst. Berlin): Verkehrsmed. 1975, 23, 49–56.

A szerzők két berlini közlekedési csomóponton (Kelet-Berlin északi része és Treptow parki keresztezés) egy éven át vizsgálták a forgalom következtében szennyezett levegő NO és NO₂ tartalmát. Az NO₂ értékek az év közben 0,01 és 0,09 mg/m³ között ingadoztak, az NO mennyiség középértéke 0,12 mg/m³-nak felelt meg. A levegő szennyeződése a téli hónapokban magasabb, mint nyáron (házi fűtés). Az NO értékek a napszakok között a közlekedésnek megfelelően ingadoznak. Egyelőre a csomópontok levegője nem haladja meg az NDK-ban engedélyezett határértékeket. A közlekedés sűrűsödésével az NO és NO₂ értékek a közeljövőben emelkedni fognak, szükséges lesz a robbanó motorok rendbe hozása, különösen a Dieselmotoroké, amelyek a levegőt első sorban szennyezik. Kívánatos olyan járművek forgalomba hozása, amelyek hengereiben az elégséges tökéle-

tesebb, mint eddig, és célszerű lenne az üzemanyagok tisztítása.

Nikodemusz István dr.

Klinikai pharmacologia

Kölcsönhatások a fertőzések kezelésében. Kuhlmann, J., Rietbrock, N. (Institut für Klinische Pharmakologie, Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 2496.

A gyógyszerek kölcsönhatása érvényesülhet a farmaceutikus, a farmakokinetikus és a farmakodinámias fázisban. Az első lényegében fizikai-kémiai inkompatibilitás a szervezeten kívül (infúzió) vagy belül (gyomor-bél traktus). A farmakokinetikus fázisban interferenciák keletkezhetnek a felszívódás, eloszlás, fehérjekötődés, metabolizáció és a kiürülés során. Végül a farmakodinámias fázisban az egyes szerek a hatás helyén konkurálnak egymással. A felsorolt interakciók valamennyi fajtája lehet hatásfokozó vagy hatáscsökkentő.

Interakciók az antibiotikumok területén sem ritkák. A *farmaceutikus* jellegű interakciók közül a gyomor-bél rendszerben keletkezőket a szerző táblázatosan foglalja össze. Kiemelnék az anticidákat, amelyek számos, savi jellegű, ill. kelátképző antibioticum felszívódását csökkentik (tetracyclin, penicillinek, INH, stb.). Az infúzióban alkalmazott kezeléskor figyelni kell a pH-ra (penicillinek csak neutrális oldatban stabilak; saccharose vagy bikarbonát jelenlétében gyorsan bomlanak; más gyógyszerek hozzáadása pl. aminoglikozid antibiotikumok) e bomlást, ill. biológiai inaktiválódást fokozzák.

A *farmakokinetikus fázisban* a fehérjekötés, a biotranszformáció és a kiürülés folyamataiban képződhetnek interakciók.

A *fehérjekötés* mértéke igen változó; gyakorlatilag nulla cefaloridin, kanamycin, polymyxin B és Isonicid: több mint 90% Oxacillin, Cloxacillin, hosszúhatású sulfonamidok stb. esetében — és e két véglet között minden átmenet megtalálható. Mivel farmakológiai aktivitás csak a kötetlen molekulától várható, a fehérjekötés %-a a farmakológiai hatás fontos tényezője. Két olyan szer alkalmazásakor, amelyek mindkettő kötődnek a serumfehérjékhez, kometicáció keletkezik és a kisebb affinitású szer szabad, kötetlen molekuláinak száma megnö — aktivitása, hatása fokozódik. A példákat az olvasó táblázaton találja meg. Elsősorban az állandóan szedett szerek veszélyesei (anticoagulánsok, antidiabetikumok), ha melléjük, pl. interkurrens fertőzés miatt a beteg még egy, fehérjéhez kötődő szert szed.

A *biotranszformáció* fázisában interakciót okozhat az enzimindukció, és az enzimgátlás jelensége. Azok a gyógyszerek, amelyek enzimindukció révén a biotranszformációt

gyorsítják (pl. griseofulvin, INH, rifampicin, doxycylin) más gyógyszerek hatását csökkentik; míg az enzimgátlók (chloramphenicol) a folyamat lassításával más gyógyszerek hatását fokozzák, megnyújtják.

A *kiválasztás* fázisában három összetevőjű folyamatot kell figyelembe vennünk: passzív filtrációt a glomerulusokban (fehérjéhez nem kötött, ionizált és nem ionizált molekulák egyaránt), aktív kiválasztást a proximális tubulusban (ionizált molekulák) és ugyancsak aktív visszazívást a distalis tubulusban (zsírolékony és nem ionizált molekulák). Mivel az ionizáció a pH-tól függ, savanyú vizeletből a bázikus anyagok fokozott disszociációjuk miatt alig szívódnak vissza — (természetesen alkalikus vizeletben ez a savanyú anyagokra érvényes) így a szervezet pH változtatásával irtésük is változtatható. A mikrobiológiai hatás ugyancsak függ a pH-tól: a vizeletben ható savanyú anyagok (penicillinek, tetracyclin, nitrofurantoin, nalidixsav) akkor hatnak jobban, ha a vizelet is savanyú vegyhatású — bázikus anyagok (aminoglikozidok, erythromycin, cefalosporinok) számára viszont a kedvező hatás feltételeit a lúgos vegyhatású vizelet biztosítja. A kiválasztás meggátolható olyan anyagokkal, amelyek a tubulus aktív szecernációjáért versenyeznek egymással: így penicillinnek probeneciddel vagy pl. olcsóbb benzylpenicillin egyidejű adásával a drága ampicillin kiürülése késleltethető, vérszintje tovább marad emelkedett.

A *farmakodinámias fázis interakciói* a farmakológiai hatás erősítéséhez vagy gyengítéséhez vezetnek. Nem mindig a kívánatos, néha a mellékhatás változását észleljük, mint pl. az aminoglikozidok és a polymyxin neuromuscularis blockot létrehozó hatása csak rossz vese-funkció vagy a neuromuscularis kapcsolat már fennálló gyengesége esetén érvényesül. Ha azonban e szerek valamelyikét étterrel, vagy izomrelaxánsokkal együtt adják, úgy a block manifesztté válik egészséges veséjű, ill. idegrendszerű emberen is. A digitális és az izomrelaxánsok hatása erősebben érvényesül előzőleg amfotericin B-t kapott betegben (vs. hypokalaemia).

A furosemid és a cefalosporin együttes adása utóbbi félidejét szignifikánsan emeli. Ugyanez következik be aminoglikozidok és furosemid, ill. etakrinsav együttes adásakor — ami az ototoxicitást jelentősen fokozza. A cefalosporinok és entamicin együttes adásának kölcsönhatása még nem tisztázott: egyes szerzők szerint a nefrotoxicitás fokozódik, míg mások a cefalosporin protektív hatását hangsúlyozzák.

Az interakciók nem mindig azonos okra vezethetők vissza. Így a sulfonamidok és sulfonilureák hatásfokozó interakciója, ami hypoglikémiára vezet, nem egyedül a fe-

hérjekötés kompetícióján, hanem részben a tubularis aktív kiválasztódásért való versengésen is alapul. A szerző ilyen, több okra visszavezethető, ill. nem teljesen tisztázott kölcsönhatásokat is táblázatosan mutat be.

(Ref.: az összefoglaló jellegű cikk nem tartalmaz különösen új adatokat — de igen jól, nagy irodalomlistával ad képet az antiinfekciós terápia során várható interakciókról. Különösen hasznosak a táblázatok, amit a referátum nem tud visszaadni — ezért a témában tájékozódni kívánóknak az eredeti közlemény elolvasását ajánlom.)

Graber Hedvig dr.

Antiepilepticumok vér-szintjének meghatározása. Loiseau, P., Brachet, A. Henry, P. (Clinique Neurologique 89, rue des Sablières, F 33000 Bordeaux): La nouvelle Presse Médicale. 1975, 4, 1501—1503. és 1573—1576.

I. Az 1960-as évektől több mint 300 közlemény foglalkozik a problémával. Elsősorban gázchromatographiás módszerekkel ma már a legfontosabb antiepilepticumok mennyisége a testnedvekben gyorsan és pontosan meghatározható. Egyes államokban e módszerek széles körben elterjedtek. Franciaországban a meghatározásokat alig alkalmazzák, ezért foglalják össze a szerzők saját anyaguk (3000 meghatározás) alapján tapasztalataikat. Hangsúlyozzák, hogy az antiepilepticumok alkalmazásakor ismerni kell az illető szer felszívódási viszonyait, megoszlását az egyes szervekben — szövetekben, átalakulásait, kiválasztódási viszonyait, terápiás vérkoncentrációit, a hatás dosisfüggőségét stb. Mindezek ismeretében, a klinikai szempontokat is figyelembe véve, szerintük az antiepilepticum vér-szint meghatározás a következő esetekben indokolt: 1. A gyógyszerbeállítás klinikailag megfelelőnek látszik, de a rosszul érzékelési gyakoriak. Ebben az esetben esetleg individualis anyagcsere-sajátosságok miatt nem megfelelő a terápiás vér-szint, ez korrigálható. Esetleg viszont a vér-szint megfelelő, mégis meg a kívánt hatás. Ekkor az illető gyógyszer adását be kell szüntetni. 2. Olyan esetekben, ahol túladagolás valószínűsíthető. 3. Olyan antiepilepticumok — elsősorban hydantoin származékok — használata esetén, melyeknél az optimális dosis beállítása nehéz.

II. Ebben a részben egyes antiepilepticumok sajátosságait ismertetik, főleg pharmacokinetikai szempontból: 1. *Phenobarbituratum*. A szer maximális vér-szintje az egyszeri adag bevétele utáni 8—12. órában található. A szokásos 1—3 mg/kg adagolás mellett a vér-szint fokozatosan nő az első 2—4 hétben, majd stabilizálódik. A szer félétideje hosszú, felnőttben kb.

100 óra, gyermekekben rövidebb. Pontos összefüggés van a dosis és a vér-szintemelkedés mértéke között, minden mg/kg 0,6—1,2 mg^o/o-kal emeli a vér-szintet. A szokásos, hatásos, tartós adagolás esetén a vér-szint 2,0 mg^o/o körül van. Kölcsönhatásai más, nálunk is alkalmazott antiepilepticumokkal nem kifejezettek. Intoxicációs jelek 3,0 mg^o/o körüli vér-szint esetén jelentkeznek. Adataik alapján a phenobarbituratum nem rendelkezik túlságosan kedvező sajátosságokkal — elsősorban mellékhatásai és hosszú félétideje miatt. Csak esti adagolását javasolják. Előnye viszont, hogy alkalmazásakor viszonylag kevés alkalommal szükséges a vér-szint meghatározása.

2. *Diphenylhydantoin*. A pharmacokinetikai vizsgálatok szerint „kényes” szer. Lassú hatása, maximális vér-szintjét 6—8 óra alatt éri el, félétideje átlag 20 óra, de sokszor sokkal hosszabb. A szokásos adagolás mellett vér-szintje 6—10 nap alatt stabilizálódik, de vér-szintje erősen függ a betegek életkorától, az alkalmazott dosis-sal nem mindig egyenesen arányos, és individualis tényezők, egyéb gyógyszerek befolyásolják. Terápiás vér-szintje a szerzők szerint 0,8—1,5 mg^o/o között van. Ha hatásos adagban kívánják alkalmazni, ismételt vér-szintmeghatározása — főleg dosis-változtatások — szükséges.

3. *Primidon* (nálunk *Sertan* — Ref.). Alkalmazásakor a szervezetben a primidon mellett phenylethylmalonamid és phenobarbituratum is kimutatható. Félétideje rövid, gyógyszer-interakciói kevésbé ismertek. Barbiturátokkal együtt alkalmazni felesleges és könnyen intoxicációhoz vezet. Vér-szintmeghatározását a szerzők még nem végezték, nem is tartják nagyon szükségesnek.

4. *Carbazepine* (nálunk *Stazepine* — Ref.). Kinetikája kevésbé ismert. Maximális a vérkoncentráció egyszeri adag után 3 óra múlva. Félétideje talán 36 óra, terápiás vér-szintje 1,0 mg^o/o körül van. Hydantoin vagy barbiturát származékokkal együtt adva, kedvező interakció észlelhető. Vér-szintmeghatározásának szükségességét a klinikai gyakorlatban nem említik.

Még néhány, hazánkban nem használatos készítmény (pl. dipropyl-ecetsav) hatásait ismertetik röviden.

Következtetésként megállapítják, hogy az antiepilepticumok alkalmazásánál a pharmacokinetikai hatásokat és interakciókat mindig figyelembe kell venni. Ekkor az antiepilepticumok vér-szintmeghatározása nem feltétlenül szükséges minden epilepsziás betegen.

Heiner Lajos dr.

A diphenylhydantoin egyes alkalmazási lehetőségeiről. Watson, P. és

mtsai (Clinical Pharmacology Section, College of Medicine and Pharmacy, University of Arizona, Tucson): JAMA, 1975, 233, 1385—1389.

Az antiepilepsziás szerként régóta alkalmazott diphenylhydantoin (ná-lunk: Diphedan) egyre több indikáció alapján kerül manapság alkalmazásra. *Bogosh* és *Deryfus* 75 tünet, ill. betegség kezelésére ajánlja. Ezekből mindössze 17 alkalmazási terület érdemel említést, bár eredményesnek ennél is kevesebb esetben bizonyult. A legelterjedtebb alkalmazásmódok kritikáját a szerzők az alábbiakban foglalják össze.

1. *Szívritmus zavarok*: Intravénás alkalmazását az atrialis és ventricularis extrasystolék megszüntetésére és megelőzésére többen ajánlották. Elsősorban ventricularis ES-k megszüntetésére vált be, de a digitális intoxicatio tünetinek csökkentésére is alkalmasnak találták. Használják anaesthesia, műtét, szívkatéterezés alatti rhythmuszavarok megelőzésére is. Profilaktikus hatása egyébként nem bizonyított.

2. *Alkohol elvonás*: A kezdeti jó kilátások alapos kritikai elemzése az esetek alig 1%-ában találta megfelelőnek e célra. Egyesek csak adjuvansként ajánlják. 3. *Fájdalomcsillapítás*: Diabetikus neuropathiában, trigeminus neuralgiában ajánlották analgeticumként. A spontán remissiók gyakorisága miatt eredményesnek tűnő hatása tárgyilagosan nem ítéltető meg. Önmagában szuverén szernek nem tartható. 4. *Colon irritabile*: Kimutatták, hogy emberen (és kutyán is) csökkenti a simaizomok görcskészségét, elsősorban a belekben. Egyéb specifikus hatása colon irritabilisban (és duodenalis ulcusban) nincs. 5. *Neuropsychiatriai kórképek*: Neurosis anxiatásban és chronikus schizopreniában hatástalan. 6. *Glaukoma*: *Becker* és *mtsai* 21 betegen látásjavító hatását észlelték, ezt a tapasztalatot mások nem tudták megerősíteni. 7. *Hatása a glukóz-toleranciára*: *Klein* és *mtsai* diphenylhydantoin hatására a glukóz-tolerancia romlását észlelték. Ezen hatását mások is megerősítették, kimutattva, hogy csökkenti az insulin secretiót. E hatása két fázisban (korai és késői) érvényesül. Alkalmasságát bizonyult latens diabetes kimutatására. Insulinomában napi 600—800 mg-os mennyiségeitől nem láttak értékesíthető terápiás effectust. 8. *Glycogén tárolási betegség*: A specifikus enzimhiány miatt manifestálódó glukóz-metabolismus zavart állatkísérletekben a diphenylhydantoin javítja: kimutatható glycogen depletiót idéz elő. E hatása dosis-dependens, s a ma még nem lezárt human vizsgálatok szerint terápiásan is értékesíthetőnek tűnik.

Összefoglalva: a diphenylhydantoin az epilepsia, bizonyos szívritmuszavarok, az insulinoma és a glycogen tárolási betegségek kezelésére alkalmazható.

Berkessy Sándor dr.

Totem és tabu: orális anticoagulansok. Breckenridge, A. (University of Liverpool, Dept. of Clinical Pharmacology): Brit. Med. J. 1976, I, 419—423.

A ma legszélesebb körben használt bis-hydroxycumarin azonosítása, tisztítása és szintetikus előállítására Karl Paul Link nevéhez fűződik. A klinikai gyakorlatban 1941 óta alkalmazzák. 1946-tól csaknem szuverén szerepe a myocardialis infarctuson átesett, vagy veszélyeztetett betegek „long-term” kezelésének.

A chronikus anticoagulans terápia ellentmondásai: kétes előnyei és kézzelfogható hátrányai 30 év alatt változatlanul megmaradtak a számtalan esetben végzett klinikai és farmakológiai kísérletek, tanulmányok és felmérések ellenére. A farmakológus szerző figyelmét 1967-ben keltették fel az orális anticoagulansok, közelebbről a warfarin, két életveszélyes vérzéses complicatio kapcsán. Már akkor megfigyelték, hogy e betegek a warfarinnal együtt dichloralphenazon nevű altatószert is kaptak, melynek használatát otthonukban felfüggesztették. E készítmény chloralhydrat és antipyrin 2:1 arányú keveréke. Chloralhydrat jelenlétében az anticoagulans hatása változatlan marad, de a plasma warfarin szintje csökken. A trichloreccsavvá metabolizálódó chloralhydrat a serum-fehérjékhez erősebben kötődik, mint a warfarin, ezért a szabad warfarin szintje megnövekszik, viszont a májban ezzel arányosan gyorsabban is metabolizálódik. Antipyrin hozzáadásakor a warfarin metabolizálódása a májban microsomalis enzim-indukció következtében felgyorsul, ezzel együtt terápiás effektusa is csökken, ezért a kívánt hatás eléréséhez nagyobb mennyiséget szükséges adagolni. Diazepam hatására ilyen változás nem következik be, 100 mg quinalbarbiton hatására azonban a plasma warfarin szintje csökken (kb. 65%-ra), e csökkenés azonban a dosis emelésére (200—300 mg) nem fokozódik tovább.

A warfarin metabolizmus tanulmányozása állatokon nem ad reális felvilágosítást, mivel a patkány és az ember farmakokinetikájában nagy különbség van. A vizsgált és használt készítmény milyensége is más és más eredményhez vezethet. A kereskedelmi warfarin racem módosulat: az R módosulat mellett négyszer annyi S warfarin is tartalmaz. Az S módosulat eliminálódása az R módosulaténál négyszer gyorsabb. Phanylbutazon hatására az S módosulat vérszintje lassan csökken, míg a R módosulat inkább emelkedik.

A májeredetű II., VII., IX. és X. factorok a K₁ vitaminnal epoxidá történő conversiója hatására keletkeznek. E conversiót befolyásolja a warfarin, miközben a vérben K₁-oxid accumulálódik.

A myocardialis infarctus és a cerebrovascularis laesiók cumarin terápiaját ma egyre többen vitat-

ják. Elsősorban az arteriás thrombosisok kialakulásában játszanak nagy szerepet a thrombocyták, melyekre a cumarinok nem hatnak. Szívinfarctusban a betegek halálát elsősorban a pumpafunctio elégtelensége, az arrhythmia, a szívruptura és (csak 20%-ban) a thromboemboliák okozzák. Kérdéses, hogy a chronikus anticoagulans terápia kiszámíthatatlansága miatt e 20% okozta kockázat megéri-e a thromboemboliás complicatioiban nem szenvedő nagyobbik hányad általunk megnövelt kockázatát?

Berkessy Sándor dr.

Intravénás salbutamol a status asthmaticus kezelésében. Fitchett, D. H. és mtsai. (Cardiothoracic Department, Central Middlesex Hospital, London, N. W. 10.): Brit. Med. J. 1975, I, 53—55.

A β -2 adrenerg blokkoló salbutamol eddig per os és inhalációs úton adták. A szerzők intravénás alkalmazással nyert tapasztalataikról számolnak be.

11 asthmás rohamban szenvedő betegnek adták. A betegek előzetesen és a roham alatt más kezelésben nem részesültek. 100—300 mg-ot adtak lassan, intravénásan. Ha szükséges volt, 20 perc múlva megismételték az injectiót. Regisztrálták a légzésváltozást, pulszusszámot és a klinikai változást, valamint a melléktüneteket.

Megállapították, hogy az iv. salbutamol kitűnő hörgőtágító és az optimális hatás 300 mg iv. adás mellett érvényesült.

Melléktünetet gyakorlatilag nem találtak.

Schweiger Ottó dr.

Tartós practolol kezelés hatása a plasma-lipidekre akut szívinfarctus után. P. Ghosh, A. M. G. Cochrane, D. de Bono (Univ. of Cambridge and Addenbrooke's Hosp., Cambridge): Lancet, 1975, I, 9.

20 beteget 2—3 héttel szívinfarctusuk kialakulása után napi 2 × 20 mg practolollal kezelték 12 hónapon át dupla-vak kontrollvizsgálat keretei között. Megállapították, hogy a practololnak nem volt szignifikáns hatása a plasma-lipidek koncentrációjára. Bár a practolol nem a leghatékonyabb antilipolitikus béta blokkoló, valószínűnek látszik, hogy a catecholaminoktól függő perifériás lipolízis mértékének relatíve kicsi a plasma cholesterol és triglicerid koncentrációra való tartós hatása. Hotovy Eleonóra dr.

A methyldopa és hydrochlorothiazid hatása a vérnyomásra kombináltan és külön-külön. McMahon, F. G. (Dept. of Medicine, Tulane University School of Medicine, 1430 Tulane Ave., New Orleans, L. A. USA): JAMA, 1975, 231, 155—158.

A szerzők a methyldopa és hydrochlorothiazid kombinációjának vér-

nyomáscsökkentő hatását vizsgálták meg az egyes komponensek (és placebo) hatásához viszonyítva, kettős vak, randomizált klinikai vizsgálat sorozatban.

24 hypertoniás beteget (diastolés vérnyomás 100—130 Hgmm között) négy csoportba osztottak. A különböző csoportok beteget a következő szerek kapták: 1. placebo 2., 15 mg hydrochlorothiazid, 3., 250 mg methyldopa, 4., 15 mg hydrochlorothiazid és 250 mg methyldopa.

Minden kezelési periódus 4 hétig tartott, négyhetente a csoportok váltották egymást, és minden beteg részesült mind a négy fajta kezelésben. A betegek életkora 32—66 év között volt. Öt beteget különböző okok miatt ki kellett zárniuk a vizsgálatból, és végeredményben 19 beteg eredménye volt értékelhető.

A kombinált kezelés mind álló, mind fekvő helyzetben hatásosabb volt (átlagosan 170/116 Hgmm-ről 133/95 Hgmm-re csökkent a vérnyomás), mint bármelyik komponens önmagában. Annak ellenére, hogy a kombinált kezelés a külön-külön adott gyógyszerekhez viszonyítva jobban csökkentette a vérnyomást, a mellékhatások (szédülés, gyengeség, fejfájás, aluszékony-ság) relatíve ritkán fordultak elő, és csak enyhék, vagy mérsékelték voltak. Mindössze két beteg észlelt jelentősebb ortosztatisz hipotenziót.

A laboratóriumi értékek közül a hydrochlorothiaziddal (akár önmagában, akár kombináltan) kezelt betegekben mérsékelt fokú húgysavemelkedést és ugyancsak mérsékelt fokú hypokalaemiát észleltek (a serum kálium szint 4,17 mEq/l-ről 3,62 mEq/l-re csökkent).

A szerzők véleménye szerint nemcsak a középsúlyos, hanem az enyhe hypertonia (diastolés vérnyomás 90—115 Hgmm között) kezelésében is hasznos a két gyógyszer kombinációja. Csanády Miklós dr.

Élelmiszer-gyógyszer kölcsönhatások. Quevauviller, A. (Inst. Hyg. Educ. Sanit. Fac. Pharm. Paris.): Ann. Hyg. L. Fr. 1975, 11, 257—263.

Az élelmiszerek és gyógyszerek kölcsönhatása, azaz, hogy az egyes étrendek mennyire befolyásolnak gyógykezeléseket, régóta ismert számos esetben. Ha fiziko-kémiai sajtóságokról van szó (zsírolékonyság, chelat-lépzés, nemkívánatos vegyi hatás) e kölcsönhatásokat meg lehet előzni. Nehezebb a megelőzés akkor, ha a gyógyszer lebomlása a máj microsomalis szintjén megy végbe, s itt lépnek közbe enzimtevékenységek. A cytochrom P 450 értékét emelni nem ajánlatos, ha az mérgező metabolitokat eredményez, kívánatos inkább a hatás csökkentése, hogy a gyógyszer tovább érvényesüljön. Elegendő tudni, hogy ilyen mechanizmusok gyakran létrejönnek kísérletek



alatt, ahol hiányosan táplált állatokkal dolgoznak.

Az A-vitamin hiány hajlamossá teszi a bélhámot a daganatképzésre és fokozza az aflatoxin rákkeltő képességét, a dimethylhydrazin képeséget is. A B₁-vitamin-hiány csökkenti a hexobarbital és az aminopyrin lebontást, a B₂-vitamin hiány számos vegyület cancerogen hatását növeli. Az oxidatív reakciók fokozódnak, ez az aminopyrinre, hexobarbitalra és anilinre vonatkozik, a benzpyren lebomlása lassul. A-vitamin hiányos rácsálók számos különböző gyógyszerrel szemben érzékenyebbek, mint a normálisak, feltehetőleg a gyógyszerek lebomlása akadályozott lesz. A K-vitamin a vérárvadásra ható gyógyszerek mechanizmusát befolyásolja; a K-antivitaminok hatását a fehérje és C-vitamin hiány potenciálja. A K-vitamin egyébként az A és a B₆-vitamin antagonistája. A sulfamidok mellékhatásait kén tartalmú vegyületek fokozzák. Ca, Mg, Fe, J, Zn, Se-ionok, valamint E-vitamin hiánya a microsomalis enzimekre különbözőképpen hatnak, de nem közömbösek.

A tetracyclin vegyületek Ca, Mg, Al és más ionokkal oldhatatlan chelat vegyületeket képeznek. Ismert, hogy a streptomycin, neomycin, kanamycin kezelésekhez savanyító étrendre, a tetracyclin kezeléshez lúgosító étrendre van szükség. Ilyen és hasonló megfigyelések eredményeiről a gyakorló orvosnak tudnia kell, hogy az általa végzett gyógykezelések redeményesek legyenek.

Nikodemusz István dr.

Élelmiszerek és gyógyszerek esetleges zavaró kölcsönhatása. Desbordes, J. (Cons. Super. Hyg. Publ. Paris.): Ann. Hyg. L. Fr. 1975, 11, 265—269.

Szükséges minél pontosabb ismereteket szerezni arról, hogyan befolyásolják a táplálékok az egyes gyógyszerek hatását. A normális étrend összetevői a modern gyógyszerek hatását és toxicitását egyaránt növelni, ill. csökkenteni képesek. Angol szerzőkkel együtt arra a következtetésre kell jutni, vajon a régen „idiosyncrasia-nak” nevezett esetek mögött sokszor nem az élelmiszer/gyógyszer kölcsönhatása rejlett-e? A táplálkozással általában — kivéve a tapasztalati ún. ellenméreg táplálkozást — ritkán lehet gyógyszerek toxikus hatását csökkenteni. Újabb adatok alapján a táplálékok inkább fokozzák és időben elnyújtják egyes gyógyszerek hatását.

Ilyen hatással járhatnak: 1. bizonyos szénhidrátok túlzott mennyiségei, 2. különböző aminosavakban vagy zsíradékban gazdag étrendek, 3. fokozott konyhasó töménység, 4. nagyfokú vízfogyasztás, 5. túl magas vitamin tartalom, 6. szeszes

italok nagymértékű fogyasztása, 7. a táplálék egyensúlyának változása vagy pl. erősen savanyító, ill. lúgosító étrend.

A szerző különösen a túlzott vitaminbevitel veszélyeit hangoztatja, annál is inkább, mert a vitaminszedés divatos. Nagy mennyiségű — önmagában veszélytelen — B-vitaminok bevitelét növeli a prothrombin időt és antikoagulánsokkal együtt adva vérzéseket okozhat. A K-vitaminban gazdag zöldegek fogyasztása gátolja a K-antivitamin hatású gyógyszerek működését. A konyhasó fokozott bevitelét más ionok hatását akadályozza. A táplálkozás egyébként számos laboratóriumi vizsgálat eredményét befolyásolja. Mindez nem egészen ismeretlen, de erre az értékelésnél tekintettel kell lenni.

Nikodemusz István dr.

Szeszes italok és gyógyszerek kölcsönhatása. Masquellier, J. (Inst. Pharmacol. Univ. Bordeaux.): Ann. Hyg. L. Fr. 1975, 11, 283—289.

Elképzelhető, hogy ha most fedezik fel az etilalkoholt, ami eddig ismeretlen volt, akkor a szokásos vizsgálatokkal a következőket alapíthatják meg róla: kevéssé toxikus, nem allergizál, nem hat közvetlenül a vérre. Felismerik a nyugtató, fájdalomcsillapító s értágító hatását. Megfigyelik, hogy csökkenti az anti-diuretikus hormon értéket s olyan köveket képes feloldani, amelyek egyébként oldhatatlanok. Besorolják az olyan szerek közé, amelyek energiaforrásnak is megfelelnek s azonkívül gyors hatásúak. Esetleg csodaszerként lenne elkönyvelve.

Sajnos az etanol, mint alkohol, az emberiség keletkezése óta ismert s nem orvosilag előírt, hanem toxikus mennyiségben fogyasztják. Így ismeretes, hogy milyen károkat idéz elő a huzamos, nagymértékű fogyasztása, ezenkívül kevéssé tanulmányozottak azon közvetett hatások, amelyeket maga a szeszes ital, részint etilalkohol tartalma, részint más anyagai miatt a gyógyszerekkel kapcsolatos kölcsönhatásában kifejtetni képes.

Bizonyos gyógyszerekkel együtt (trinitrin, vérnyomáscsökkentők) erősen csökkentik a vérnyomást, salicyl-származékokkal együtt gyomorvérzést, heveny fekélyt idéz elő, számos idegrendszerre ható gyógyszer (altatók, nyugtatók, fájdalomcsillapítók, kábítószer, izombénítók, antihistaminok) hatását erősen fokozza. Egyes gyógyszerek kiürülését nehezíti, emiatt a heveny alkohommérgezés, altatók,

nyugtatók, görcsoldók, anticoagulánsok, hypoglycaemiát előidéző gyógyszerek hatását fokozza, az idült alkoholizmus — a szervezet megszokása miatt — ugyanezen gyógyszerek hatását csökkenti. Újabb adatok szerint a génekárosodást előidéző vegyszerek hatását ugyancsak fokozza, néha csak additív, néha synergizmus útján. Ez azonban csak maga az etilalkohol, amelyet önmagában nem fogyasztanak. Még az úgynevezett „fehér pálinkák” is számos aroma-anyagot, illóolajat, magasabb molekulású alkoholt tartalmaznak, az ún. „természetes szeszes italok” (bor, almalabor, sör) még több idegen anyagot tartalmaznak az alkohol mellett. Franciaországban a szeszes italok 90%-át természetes italok formájában fogyasztják, ebben szerepe van annak is, hogy az égetett szeszes italok ára jóval magasabb, mint az egyszerűké, de részben a tömény szesz fogyasztása fokozódik, részben a kevés alkoholt tartalmazó italok vívőanyagaiban (környezetében) is számos vegyület van, amely a gyógyszerek hatására befolyást gyakorol.

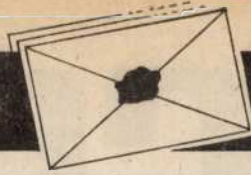
A vörös borokban újabb vegyelemző eljárásokkal mintegy 250 különböző vegyületet mutattak ki. (!) Mindez érthető, hiszen a bor tartalmazza a szőlő (esetleg más gyümölcs héjának anyagait) s ezenkívül mesterségesen hozzáadott vegyületeket.

A természetes alkotórészek közül a sótartalom a NaCl bevitelt növeli, a biogen aminok (histamin, tyramin) az erekre hatnak, a vörös festékszármazékok epehajtó hatásúak s fokozzák a barbiturátok altató hatását. A sárga festékszármazékok (flavonok) a C-vitamin támogatói s ezenkívül a vér koleszterin tartalmát csökkentik. Az a mondás többé-kevésbé helytálló, hogy a vörösbor és az almalabor az alkohol ellenszere.

A mesterségesen bekerült alkotórészek közül a kéndioxid inaktíválja a B₁-vitamint, az élesztőgombák részben előidézik a bélfőra egyensúlyának zavarát, részben akadályozzák az antibiotikum kezelést, a növényvédőszer maradványok a máj méregtelenítő képességét csökkentik; ezen utóbbi vélemény már kevéssé elfogadott.

Ezek után kétségtelen, hogy a szeszes italok károsan befolyásolják egyes gyógyszerek hatását. Mégsem lehet ráíratni a palackokra, hogy „Mérgező”. Egyébként ilyen rendszabály az Egyesült Államokban a dohányzást alig csökkentette. Az viszont kivihető, hogy egyes gyógyszerek dobozára ráírják, hogy *alkohollal együtt fogyasztva káros!*

Nikodemusz István dr.



Gamma-glutamyl-transpeptidase tumoros betegekben — a hazai tapasztalatok tükrében.

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam az Orvosi Hetilap „Újabb diagnosztikai eljárások” rovatában megjelent *Kralovánszky Judit és mtsai*: „Gamma-glutamyl-transpeptidase meghatározás jelentősége rosszindulatú daganatos megbetegedésekben” című munkáját (Orv. Hetil. 1976, 117, 901). Mivel az elmúlt években ezen enzim (továbbiakban GGT) diagnosztikus jelentőségével kapcsolatosan magam is bőven gyűjtöttem tapasztalatot (1., 2., 3., 4.) szabad legyen az említett dolgozatra reflektálva néhány gondolatot felvetni:

Amióta a GGT meghatározására vonatkozóan Szász által alkalmazott methodika (5.) elterjedt és a Boehringer-, majd más cégek révén összeállított „enzim-tesztek” segítségével rutin-módszerré vált, a GGT aktivitások klinikai értékelésére vonatkozó külföldi irodalom rohamosan duzzadt. A Boehringer-tesztek a Reanalon keresztül 1973 óta szerezhetőek be, tehát a hazai tapasztalatok lényegében eddig nyúlnak vissza. Az enzim hepatológiai vonatkozású értékéről véleményt magyar nyelven elsőként Pelle Júlia közölt (6).

A külföldi irodalmi adatokkal egybehangzóan a hazai tapasztalatok is megegyeznek abban, hogy a GGT elsősorban a különböző májbetegségek diagnosztikájában, illetve a differenciál diagnosztikában informatív és az enzim aktivitásának ismerete a májdiagnosztikai paraméterek redundanciáját nagymértékben növeli. Ennek hangsúlyozása fontos, mert a hazai „rutinlaboratóriumokban” sajnálatos módon a még mai napig is szinte „egyeduralkodó” transzaminasék mellett (vagy helyett!) igen nehezen honosodnak meg a különböző korszerűbb enzimdiagnosztikai eljárások. A GGT aktivitásának meghatározása pedig mikromódszerrel nem munkaigényesebb és — ami szintén fontos — nem is költségesebb más enzimeknél, informatív értéke pedig magas.

A hazai tapasztalatok a tumoros betegek vonatkozásában lényegében megegyeznek *Kralovánszky és mtsai* eredményeivel — akik a normál, illetve kontroll aktivitást egységnyinek véve a májmetasztasis adó malignus tumoros beteganyagokban az enzimaktivitás átlagában tizenkétszeres emelkedést találtak. Az 1975-ben megjelent dolgozatunkban (1.) mi is extrém mértékű GGT aktivitás fokozódásról számoltunk be a sectióval is igazolt primer, illetve sekunder májtumoros eseteinkben. A későbbiekben nagyobb beteganyagban vizsgálva, az enzim aktivitásában bekövetkező

változás átlagát a normál érték több mint tizenötszörösének találtuk (3.). Varga és mtsai tumoros betegek GGT aktivitásának átlagában kb. tízszeres fokozódást tapasztaltak (7.). A GGT ilyen mértékű változása mellett feltűnő, hogy a transzaminasék aktivitása csupán kismértékben változik (6., 7.). Saját anyagunkban kb. kétszeres emelkedést észleltünk (1., 3.). Más enzimekben bekövetkezett változás is lényegesen elmarad a GGT aktivitás emelkedésétől. *Kralovánszky és mtsai*-hoz hasonlóan értékeljük mi is az LDH, a LAP és az alcalicus phosphatase jelentőségét. Az LDH izoenzimek vizsgálatának azonban a tumoros betegek diagnosztikájában nagyobb szerepet tulajdonítunk. Ha az említett szerzők a malignus tumoros betegek kétharmadában nem találtak változást az izoenzim „patternben” — felvetődik az a lehetőség, hogy ezt nem az igen szenzitív májspecifikus LDH₅ izoenzim kimutathatóságát csökkentő methodikai probléma eredményezi-e?

A GGT nem tekinthető májspecifikus enzimnek, így aktivitásának emelkedése önmagában nem pathodiagnosztikus. Igen sokféle hatás (alkoholfogyasztás, fogamzásgátlók szedése, a sedatívumok és egyéb enzimindukciót kiváltó gyógyszerek valamint nem hepatológiai eredetű más megbetegedések stb.) változást idézhet elő az enzim aktivitásában, ezért az aktuálisan felvetett diagnózis támogatására mindig más paraméter ismerete is szükséges. Nem tartjuk tehát helyesnek a „májmetasztasis GGT vizsgálat alapján feltételezni” hiszen említett szerzők ebbe a csoportba sorolt 7 betegüknél „a májmetasztasis más módszerrel még nem igazolták” és a GGT aktivitás emelkedés 5 betegnél nem is tekinthető kiemelkedően magasnak. A GGT tehát nem ad specifikusabb információt egyéb májspecifikus enzimeknél de a gyakorlat számára igen fontos, hogy azoknál sokkal érzékenyebb — tehát több esetben várható ún. „álpozitív” fokozódás. Saját tapasztalataink nem egyeznek meg teljesen *Kralovánszky és mtsai* azon megállapításaival sem, hogy „a GGT aktivitás a betegség progressiójával párhuzamosan emelkedik ezért az egyes betegek között igen nagy az egyéni különbség”. Azonos kórfolyamat esetén is — a betegség stádiumától függetlenül — az egyének közötti nagy különbség az enzim természetéből adódik. Magunk sok esetben észleltük azt — ami egyébként a szerzők 4. számú ábráján feltüntetett adatokból is kitétni — hogy ugyanazon tumoros betegben a különböző időpontban elvégzett vizsgálat a nagy egyéni

szórás mellett átmenetileg aktivitáscsökkenést is igazolhat.

Saját tapasztalataink alapján tumoros betegekben nagyon fontosnak ítéljük meg a GGT-n kívül a cholinesterase (ChE) valamint az LDH izoenzimek vizsgálatát. Amennyiben a fokozott GGT aktivitások mellett az LDH aktivitás is emelkedett és/vagy az LDH₅-izoenzim is fokozott, továbbá a ChE aktivitás csökkent, akkor már ez a viszonylag szűk enzimogramm is a primer vagy szekunder májtumor lehetőségét támogatja.

Remélhetőleg az elkövetkező években a GGT „elfoglalja megillető helyét”.

IRODALOM: 1. *Nemesánszky E., Magyar I.*: Orvosképzés 1975, 50, 298. — 2. *Nemesánszky E.*: Orv. Hetil. 1975, 116, 2917. — 3. *Nemesánszky E.*: Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság Pályázata 1975. — 4. *Nemesánszky E., Végh M.*: Laboratóriumi Diagnosztika 1976, III, 2, 23. — 5. *Szász G.*: Clin. Chem. 1969, 15, 124. — 6. *Pelle J.*: Nógrádi Orvosok Lapja 1974, 5, 4. — 7. *Varga L., Sohár I., Döbrenté Z.*: Orv. Hetil. 1976, 117, 201.

Nemesánszky Elemér dr.

T. Szerkesztőség! Köszönettel fogadjuk *Nemesánszky dr.* munkákkal kapcsolatban írt kiegészítő gondolatait és megjegyzéseit. Mindekelőtt sajnálatunkat fejezzük ki, hogy nem volt lehetőségünk *Nemesánszky dr.* munkáinak áttanulmányozására, mivel kéziratunk beküldésének időpontjában azok még nem jelentek meg.

Levélíró néhány megjegyzésére következőkben szeretnénk reflektálni:

1. Laboratóriumunkban az LDH izoenzimek meghatározását agarose gélelektroforézis után Van der Helm módszere szerint végezzük. Lehetséges, hogy a futtatási idő alatt az elektroforézis készülék hűtés ellenére történő felmelegedése csökkentette a hőre igen érzékeny LDH₅ frakció kimutathatóságát. A jövőben vizsgálati módszerünket összehasonlítjuk más LDH izoenzim meghatározási eljárással.


2. Lehetséges, hogy nem helyes a májmetasztasis GGTP vizsgálat alapján „feltételezni”, mi mindenestre úgy gondoljuk, hogy előrehaladott állapotban levő, ismert primer tumorral rendelkező betegek esetében (amennyiben enzimindukció, illetve egyéb nem malignus hepatobiliáris megbetegedés kizárható) felhívja a figyelmet az esetleges malignus májelváltozásra.

3. Saját eddigi vizsgálataink alapján véleményünk változatlanul az, hogy bár az egyéni enzimaktivitás különbségek igen nagyok, a betegség progressióját az aktivitásértékek emelkedése kíséri. Ez alól egyetlen betegünk volt kivétel, aki megfigyelésünk időtartama alatt hosszabb ideig dibromdulcit (Elobromol) kezelés alatt állt és állapotában átmeneti javulást figyeltünk meg, amelyet a GGTP értékek csökkenése kísért.

*Kralovánszky Judit
Bodrogi István dr.
Tarján György dr.
Eckhardt Sándor dr.*

NORCOLUT

tabletta

ÖSSZETÉTEL:  Tablettánként 5 mg noterthisteront tartalmaz.

HATÁS: Oralisan felszívódó gestagen készítmény.

JAVALLAT: Praemenstruációs syndroma, mastodynia, a secretiós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, dysfunctionalis méhvérvzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriosis adenomyosis.

ELLENJAVALLAT: Általában nincs. Külön elbírálást igényelnek, főleg tartós szedés esetén: thrombosis-készség, hepatitis, májműködési zavarok, emlő-carcinoma, genitális carcinoma.

ADAGOLÁS: Praemenstruációs syndroma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusok: a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1—2 tablettát, esetleg oestrogennel együtt. Dysfunctionalis méhvérvzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii (amenyinyiben a vérvzés functionalis jellegét 6 hónapon belül végzett histológiai vizsgálata igazolta): 6—12 napon át napi 1—2 tablettát a vérvzés megszüntetésére. Recidiva megelőzésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1—2 tablettát. Általában oestrogennel együtt. Endometriosis, adenomyosis: a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tablettát 6 hónapon át vagy folyamatosan szedve a ciklus 5. napján napi fél tablettával kezdve és az áttöréses vérvzések elkerülésére 2—3 hetenként fél tablettával emelkedve 4—5 hónapon át.

MELLÉKHATÁS: Ritkán fellépő és későbbi ciklusokban megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, áttöréses vérvzés, esetleg oedema, allergiás bőrreakció, paraesthesia, test-súlyváltozás, fáradékonyság.



MEGJEGYZÉS

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján nőgyógyászati szakrendelések rendelhetik, illetőleg csak nőgyógyászati szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

CSOMAGOLÁS

20 tablettát 34,90 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest



KÖNYVISMERTETÉS

Health By The People (A népek egészsége). — Szerkesztette: **Kenneth W. Nevell**, az Egészségügyi Világszervezet egészségügyi szolgáltatásokat fejlesztő osztályának igazgatója. World Health Organization, Geneva, 1975. 206 oldal. Ára: Sw. fr. 36,—

Aki az Egyesült Világszervezet (EVSZ) által évről évre április 7-re beütemezett Egészségügyi Világnapok téma-kijelölését figyelemmel kíséri, észrevehette, hogy az utóbbi években a világnapi témák túlnyomóan az ún. fejlődő országok egészségügyi szükségleteihez, igényeihez igazodnak. Így például 1974-ben a néptáplálkozás, 1975-ben a himlő, vagy legutóbb, 1976-ban a vakság témájának kijelölése s ezzel kapcsolatban az EVSZ által kiadott propaganda-anyagok kifejezetten az EVSZ-nek a fejlődő világban sűrűsödő gondjait tükrözik.

Ugyanebbe a vonalba sorolható be az a testes kötet is, amelyet most legutóbb „*Health By The People*” címmel az EVSZ közzétett. A kiadvány **Mahler dr.**-nak, az EVSZ vezérigazgatójának előszaván, **Kenneth W. Nevell** szerkesztőnek a bevezetésén s a szerzők életrajzi adatait közlő függeléken kívül összesen 11 tanulmányt tartalmaz. Valamennyi tanulmány Ázsia, Afrika és Latin-Amerika különböző országainak egészségügyi ellátási nehézségeivel foglalkozik s az egyes országokban kialakult különböző kísérleteket, terveket ismerteti. A tanulmányok szerzői — két USA-beli megfigyelőn és egy-egy tanulmány jugoszláv, illetve francia társszerzőjén kívül — valamennyien helybeli egészségügyi szakemberek.

A kötet 2 afrikai, 3 latin-amerikai és 4 ázsiai országból (kettő Indiából) származó tanulmányt, végül a szerkesztő értékelő zárótanulmányát foglalja össze. Az első tanulmány a *Kínai Népköztársaságban* az egészségügyi gondozás megvalósulási rendszerét ismerteti (két USA-beli szerző tanulmánya), ezt követi a *kubai* nemzeti egészségügyi szisztéma bemutatása, majd egy tanulmány a *guatemalai* Chimaltenango indián falu fejlesztési tervéről. *Indiából* két tanulmányt is olvashatunk: az egyik az Ayurvedic területi orvoslási rendszert, a másik pedig a Jamkhed nevű település átfogó falusi egészségügyi tervét elemzi. Egy *Indonéziából* származó tanulmány Central Java egészségügyi ellátási színvonalának fejlesztési lehetőségeivel, egy *iráni* tanulmány pedig az ottani egészségügyi szolgálat fejlesztési tervével foglalkozik. Afrikai problémák

két tanulmányban szerepelnek: az egyik a *Niger-beli* Maradi megye falusi egészségügyi teamjeit mutatja be, a másik pedig *Tanzania* alapvető egészségügyi szükségleteit és azok kielégítésének módját — a kötet legterjedelmesebb, 24 oldalas tanulmányában — elemzi. A különböző országokból származó ismereteket „A leegyszerűsített orvoslás a *venezuelai* egészségügyi szolgálatban” c. tanulmány zárja.

Az egyes ismertetések láthatólag különböző nagyságrendű területekre terjeszkednek ki: egy-egy falu, megye vagy tájegység problémájától olyan rendkívüli kiterjedésig, mint a Kínai Népköztársaság egészségügyi ellátása. **Mahler dr.** vezérigazgató előszava is hangsúlyozza, hogy főleg a falusi problémákkal foglalkozó szerzők mondanivalójának skálája országától faluig terjed s szemléletmódjuk megmutatja az általuk szerzett mind a jó, mind a rossz tapasztalatokat. A fejlődő világ problémái — úgymond — olyan súlyosak s a gyors megoldás lehetősége annyira problematikus, hogy meg kell hallgatni és hallani minden véleményt.

Persze ez a „minden vélemény” nem szorítkozik a kötetben közölt néhány beszámolóra. Amint **Kenneth W. Nevell** szerkesztői bevezetéséből kitűnik, a kiadvány előzményét egy WHO/Unicef tanulmányozási összefogás képezte, amelynek során 1974-ben felkérték a változatos kísérletekben, megfigyelésekben résztvevőket, írják le tapasztalataikat. A kötet ezeknek az írásoknak a *szelekciójaként* alakult ki. A szelekció vezető szempontja a tanulmányok „egységes szemlélete” és az általuk nyújtott remény volt, hogy a szerzők ábrázolta megközelítések különbözőségei a világszerte folyó erőfeszítések felfrissítő expressziójaként fognak hatni.

A bevezetés a világ lakosságára nehezedő egészségügyi problémák rendkívüli súlyosságát elemzi. Ezek a problémák a Föld népességének — főleg falusi jellegű — mintegy 80%-át sújtják. Ezeknek alig van vagy egyáltalán nincs kapcsolatuk azzal, amit mi egészségügyi technológiának nevezünk s amelyet oly gyakran idézünk korunk technikai leleményessége és előrehaladása ragyogó példájaként. Ezt a 80%-ot — írja a bevezetés — olyan tétlen személyek teszik ki, akik nyilvánvaló tehetetlenségben ülnek, mialatt váratlan csapások közelednek s környezetüket képezik aszály-sújtotta mezők, mellettük vizes területekkel, szomszjas földek a tengerbe vizet hordó folyók mentén. A tragédia az, hogy ezek nem tudják: a száz, ezer vagy millió pár kéz

együttműködve befolyásolhatja a jövőt és távoltarthatja a betegségeket.

Az EVSZ-et két ok készítette a könyv kiadására. Az *egyik*: újból rámutatni a problémákra, amelyekkel a világ szemben áll. A *másik*: sikeres megoldásokat bemutatni, remélve, hogy az eredményességgel kapcsolatos információk másokat is serkenteni fognak az új út keresésére, mert több út is látszik a siker felé.

Ha van ennek a könyvnek tanulsága, az az, hogy — hangsúlyozza a szerkesztő — a fejlődés, változtatás lehetősége nyitva áll *minden nép számára*, de nincs mindegyikre alkalmazható szabvány-módszer.

Füsti Molnár Sándor dr.

J. Schuster: Die Metallose: Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1975. A „Praktische Chirurgie” sorozatban (Herausgegeben von G. Maurer) Heft 90. (110 oldal, 82 részben színes ábrával, 15 táblázattal). Ára: 58,— DM.

A korszerű traumatológiában, orthopaediában mind nagyobb mennyiségben kerülnek implantálásra fémanyagok a legkülönbözőbb formákban, összetételben, törések rögzítésére, ízületek, félízületek pótlására. A legnagyobb fokban szövetbarát fémanyagokkal, a legtökéletesebb gyártási technológia mellett is, napjainkban is fordulnak elő zavarok e fémekkel, s nem is oly ritkán. Fémanyagokat nap mint nap implantáló csontsebész számára szinte nélkülözhetetlenek mondhatók azok a metallurgiai alapismeretek, melyeket e kis könyv koncentrált formában nyújt az olvasónak.

Az osteosynthesis anyagokról adott rövid, de tömör történelmi visszapillantás után szerző az alulthesis-anyagokkal szemben támasztandó követelményeket tárgyalja. Érdekes fejezet a leggyakoribb orvosi fémek összetételét analizáló fejezet. Orvosi acélok ferum-basis alapon rendszerint cobaltot, nikkel, és molybdent tartalmaznak. Ebből a csoportból jól ismertek és gyakran alkalmazott fémek a V2—A, V4—A, és V44—A jelzésű acélok. A cobalt basisú ötvözetek legismertebb tagja az amerikai Austenal-cég „Vitalium”-a. A titán tisztán is, ötvözet formájában is alkalmazást nyer orvosi gyakorlatban. Főleg alumíniummal, vanádiummal ötvözik. Nagy keménysége mellett vannak azonban orvosi szempontból nemkívánatos tulajdonságai is. Az összetétel mellett azonban nagy szerepet játszik a gyártási technológia is, mely nem egyszer gyári titok.

Egy fejezet szól a fémek corrosiójáról. Tárgyalásra kerülnek különböző fémek érintkezéséből származó elektrochemiai, a repedések nyomán meginduló és belső feszültség kialakulásából származó

corrosiók és a felszínnek simaságának jelentősége.

Gyakorlati szempontból talán legfontosabb fejezet az élő szövetekre kifejtett hatások vizsgálata fény és elektronmikroszkóppal. Szerző a metallosisok gyakoriságát nem is kevése becslé: 1723 osteosynthesisből 4,78% gyakorisággal fordult elő. A metallosisok spektralanalysise, Rtg-spektrometriája olyan területre is elvezetik az olvasót, melyek inkább már a metallurgiai kutatás, mintsem a sebész problémái.

A könyvet az osteosynthesis anyagok töréseiről írt gyakorlati fejezet és 5 oldalas irodalmi felsorolás zárja.

E kis könyvnek nem volna szabad hiányozni azok könyvespolcáról, akik valamilyen formában fémanyagok implantálásával foglalkoznak.

Forgon Mihály dr.

Vizsgáztatás és osztályozás az orvosképzésben és orvostovábbképzésben. (Az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodájának kiadványa, Koppenhága).

1974. május 13—17 között 8 ország egy-egy szakemberéből álló munkacsoportot hívtak össze Koppenhágába az orvosképzés, -továbbképzés helyzetének áttekintése, a problémák felismerése és a megoldás keresése végett. Főként módszertani kérdésekkel kívántak foglalkozni, ezen belül is elsősorban a mérési-értékelési módszerekkel. E szempontok alapján áttekintést nyújtanak 7 európai országra (Hollandia, Svájc, Nagy-Britannia, Francia-, Német-, Lengyel- és Svédország) és összehasonlítás céljából az USA orvosképzéséről. Valamennyi jelentkező felvétele egyik országban sem lehetséges, kivéve Svájcot, ahol az egyetemre beiratkozást az állampolgárok alkotmányos joga, de itt is korlátozott terveznek. A válogatási módszerek különbözők (előzetes iskolai eredmények, felvételi vizsga, személyes beszélgetés, az USA-ban „személyiségkiértékelés” is). A tanulmányi idő (mely többnyire 6 év) utolsó évében, vagy a diploma megszerzése után minden országban 1—2 év szakmai gyakorlat kötelező, ezt gyógyintézetben kell eltölteni, diplomás ezért fizetést kap és enélkül általános orvosi gyakorlat nem folytatható (kivéve Svájc). A vizsgáztatásban eléggé elterjedtek az írásbeli módszerek (essay, rövid válasz és leginkább a multiple choice — tesztkérdések különböző típusai). Sajnos azonban inkább a szükség (sok vizsgázó, túlterhelt oktatók), mint az objektívebb megítélésre törekvés az oka a teszt-vizsga (és számítógépes kiértékelés) fokozódó elterjedésének. Sajnálatos, hogy számos fakultás lényegesen több energiát fordít a modern és „mutatók” (nagyképu?) oktatási módszerekre, mint a megbízható és

valóságú kiértékelési (teszt-) módszerekre. Kívánatos minél változatosabb kiértékelési módszerek alkalmazása, ezen belül a diagnosztikai, ill. technikai készséget, a szocioemocionális alkalmasságot (a szó, ill. magatartás pozitív vagy negatív hatása!) és a magasfokú komplex kognitív ténykedést (differenciáldiagnózis, problémamegoldási készség) is vizsgálni. E téren a jelölt ténykedésének hosszabb-rövidebb ideig történő megfigyelésén alapuló hagyományos módszerek mellett csak most kezdenek feltűnni egyes újabbak, mint döntési gyakorlatok komputer által szimulált kórtörténetek segítségével, anamnesis-felvétel szimulált betegről, vizsgálatok és beavatkozások gyakorlása e célra készült eszközökön.

A szakorvosképzés országoként különböző időtartamában és formájában is. Van, ahol nem vizsgálóhoz, csak eltöltött gyakorlati időhöz kötött, van ahol a szakorvosi oklevelet az orvosszövetség adja (Svájc) és van ahol a szakorvosi állásra történt alkalmazás jelenti a szakorvoság végleges elismerését (Nagy-Britannia). Felmerült az orvosi működés határozott időre szóló engedélyezése (az USA egyes államaiban már bevezették) és az orvosok időszakos újravizsgáztatásának a lehetősége is.

A beszámoló sok elgondolkozni valóval szolgál. Teljesen egyetértünk azzal, hogy az oktatásnak elsősorban a társadalom szükségleteit és nem a fakultásnak ettől esetleg többé-kevésbé elkülönülő céljait kell szolgálnia. Továbbá azzal is, hogy a „vizsgáztatás” nem csak a hallgató „érdemjegy”-ének megállapítására való, hanem feedback az oktató és a diák felé is; kinek-kinek saját teljesítménye megítéléséhez (v. ö. Orv. Hetil. 1973, 114, 2101.) és ennek befolyással kell lennie a tanszék és az egész fakultás további oktatási tevékenységére és céljaira. Ehhez kívánatos lehet a közreműködő (oktató) és a megfigyelő (kiértékelő) szerepének szétválasztása. De még inkább kívánatos a használható tesztek készítése. Ehhez alaposság, átgondoltság, körültekintés szükséges; és főként elegendő idő. Nem is beszélve arról, hogy időről időre újabb tételeket (items) kell készíteni, különben a hallgatók megtanulják — nem az anyagot, hanem a teszttételeket. A hibás, félreérthető, sablonos vagy felületes teszt-kérdések többet ártanak, mint használnak. És a legfontosabb: a tesztvizsgáztatás bővítésében ne mulasszuk el a lexikálison túlmenő (logika, problémamegoldás, orvosi döntés) tudás és a gyakorlati ismeretek oktatását és ellenőrzését. És ez sokkal kevésbé objektíválható és ezért talán ez a legnehezebb.

Szabó Rezső dr.

Werner Buselmaier: Biologie für Mediziner. Begleittext zum Gegenstandskatalog. 2., bővített kiadás. Springer-Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1975. 176 oldal. Ára: 16,80 DM.

A hagyományos német rendszerű orvosi oktatásban az orvostanhallgatók zoológiát és botanikát tanulnak, és ez a legutóbbi időkig így volt. Két tényező is szól azonban emellett, hogy ezt a továbbiakban fenntartani nem lehet: a biológia — és éppen ennek az orvosi oktatásban fontos része — kezd teljesen interdiszciplinárisra válni, és e két tárgyba nem szorítható be, másrészt a preklinikai oktatást öt szemeszterrel négyre redukálták, így a biológiában is azt kellett adni, amire az orvosnak szüksége van, és ezek közé a botanika nem feltétlenül tartozott bele. Így született meg ez a könyv, mely az orvostanhallgatók alapképzését hivatott szolgálni. Ennek megfelelően feltételezhető, hogy a benne foglalt anyag nem kizárólag a szerző elképzeléseit mutatja, hanem tantervi megfontolások is tükröződnek benne.

A kötet, melynek első kiadása 1974-ben jelent meg, 176 oldal terjedelmű. Öt fejezetből áll: ezek a cytológia, öröklés, evolúció, a mikrobiológia alapjai, az egy- és többsejtű szervezetek morfológiája és fiziológiája. Ez utóbbi magában foglalja a sejtfiziológiát és a fejlődésbiológiát is. Az egész felépítés tehát a biológia könyvekben általában szokásosnak megfelelő, kivételt talán a mikrobiológiai fejezet képez. Ez azonban igen rövid, mindössze 11 oldal.

A cytomorfológiai fejezet korrekt, azonban rendkívül rövid. A sejtmembránról pl. — a rajzoktól eltekintve — mindössze egy oldal foglalkozik, ami édeskeves alapot ad a később ráépülő biokémiai ismeretek megértéséhez. Ugyanígy a centriolum 9 sort kapott, a csillók meg sincsenek említve. A sejtfiziológiai fejezetben csak az amöboid mozgás kap szívesebb helyet, az izommozgás csak meg van, a csillós mozgás meg sincs említve. A fagocytosis és pinocytosis, melyeknek az anyagtranszportban éppúgy, mint a sejtvesztésben elsőrendű szerepük van, hét sort kapnak, ami csak a fogalom lefordítására elég, de még megmagyarázására sem stb., stb. Az örökléstani fejezet ehhez képest alapos és részletes, azonban messze elmarad attól, amit a ma orvosának, akár csak a genetika alapjaiból is tudni kell. Így például a populációs genetika említésre sem kerül.

Az evolúciós fejezet korszerű, és amennyiben kellő alapot kaptak a diákok már a középiskolában is, mennyiségileg is elfogadható.

A rövid mikrobiológiai fejezet általános bakteriológiával és virológiával, valamint minimális mértékben baktérium és vírus genetikával foglalkozik.

A sejtfiziológiai fejezet az említ-

tett sejtmozgási rész mellett rövid fejlődésbiológiai áttekintést ad. E fejezet mennyiségileg és minőségileg töredéke annak, amit nálunk a középiskolások diákok tanulnak, és aki csak ennyit tud felvételi vizsgán, az felvételre sem kerül.

A könyvre tehát egészében véve jellemző, hogy bár teljesen korszerű és korrekt adatokat ad, ezek mennyisége kevés és interpretálásuk nem dinamikus. Hiányzik a könyvből a szabályozási szemlélet, mely ma a biológia alapja kell, hogy legyen, és inkább a leíró jelleg dominál. Ez a szerző hibája. Hogy az is a szerző hibája-e, hogy egészében véve kevés, azt nem lehet tudni, lehetséges, hogy az említett tantervi szemlélet — a szemeszter redukció — készítette vagy kényszerítette a szerzőt az orvosok számára is feltétlenül szükséges anyag jelentős részének elhagyására. Ez azonban elvileg és gyakorlatilag egyaránt helytelen. Az angolszász oktatásban az általános — nemcsak orvosi — biológia jelentős helyet kap az egyetemi oktatásban, a szocialista országok speciális orvosi biológia oktatása szintetikus és mennyiségileg is megfelelő alapot ad a ráépülő tárgyak számára, ugyanakkor, amikor az orvosi szemlélet kialakításához elsőrendűen szükséges önálló, és később folytatást nem nyelő anyagot is tartalmaz (pl. fejlődésbiológia és a fejlődés szabályozása, evolúció, populációs genetika stb.). A német orvostanhallgatók biológia oktatása ettől a régi tanterv merevsége miatt elmaradt, a zoológia és botanika nem helyettesítheti sem az általános, sem az orvosi biológiát. Nem lehet azonban átadni a ló másik oldalára és tárgyilag is hiányos kompendiumot adni a hallgató kezébe. Természetesen lehetséges az is, hogy egyes hiányzó részek tantervileg más tárgyakba vannak beépítve, ebben az esetben azonban rá kell jönni, hogy ez az anyag érthetőségének és az orvosi-biológiai szemlélet kialakításának rovására megy. Mindezt csak a teljes tantervi anyag ismeretében lehetne eldönteni.

Ez a könyv már 2. kiadás és az előzőhöz képest bővített. Valószínűnek látszik, hogy az ésszerűség utat fog törni magának, és rövidesen ennél bővítettebb kiadások is napvilágot látnak. A szerző ekkor — jelenleg is meglevő — didaktikai képességét feltételezhetőleg ki fogja tudni bontakoztatni és az orvosképzés céljának jobban megfelelő könyvet fog alkotni.

A könyv kiállítása igen szép és ez a kiadót dicséri.

Csaba György dr.

Karl zum Winkel: Nuklearmedizin. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1975. (Heidelberg Taschenbücher; Bd. 167.)

A berlini Radiológiai Klinika jónevű professzorának kitűnő, összefoglaló jellegű zsebkönyve 425 oldal terjedelmű és 155 ábrát, valamint 83 táblázatot tartalmaz. A könyv végén 55 monográfiára és 261 irodalmi idézetre történik utalás.

A modern orvostudomány tartósan összefonódott a természettudományokkal és a technikával, és mivel a kémia, biológia és fizika nagyon sokat fejlődött a közelmúltban, ez új diagnosztikai és terápiás lehetőségeket nyitott meg. Ugyanakkor kényszerítette az orvosokat, hogy interdiszciplináris problémákkal foglalkozzanak. Ezt a tendenciát példázza a nukleáris medicina, az izotópok orvosi alkalmazása. A jelzett vegyületek orvosi alkalmazása az elmúlt két évtized folyamán fejlődött a mai magas szintre, amelyet a gazdag klinikai tapasztalatok, sok kísérletes vizsgálat, továbbá a fizika, a radiokémia és a radiofarmakológia magyarán fejlődése tett lehetővé, természetesen a detektáló műszerek nagyfokú tökéletesedése mellett.

A nukleáris medicinában orvosi feladatot képez — bizonyos — a kezelésekkel kapcsolatos indikációk felállítása, differenciáldiagnosztikai véleményezés, sugárterhelés rizikójának megbecslése stb. Ezért a könyv szükségesszerűen fizikai, biokémiai, élettani és farmakológiai alapismereteket is tartalmaz. Célja az, hogy a sokat ígérő új tudományág iránt az érdeklődést felkeltve az ismereteket kissé elmélyítse az egyetemi hallgatókban, orvosokban és a természettudományok művelőiben. Ez a magyarázata annak, hogy az általános ismeretekből csak a legszükségesebbeket adja, viszont az egyes szakterületekbe igyekszik jobban elmerülni.

Az általános rész nyolc fejezetből áll, melyek a következők: Fizikai alapismeretek, Sugárzásmérés, Radiofarmakológia, Izotópos gyógyszerészet, Dozimetria, Sugárvédelem, Szervezetan, Általános irányvonalak.

A nukleáris medicina fejlődésének rövid történeti áttekintése után következik egy nagyobb rész az alkalmazásterületek modern és a részletekbe menő ismertetésével. Ezek: Idegrendszer, Mozgásszervek, Endokrin mirigyek, Keringési szervek, Légzőrendszer, Vér- és védekezőrendszer, Emésztőrendszer, Vese- és vizeletkivá-

lasztó rendszer, Rosszindulatú daganatok.

Külön fejezet foglalkozik az in vitro diagnosztikával, amit társszerzőként Jürge Ammon docens írt.

Utolsó szakmai fejezet a terapia, amit egy függelék követ. Ez utóbbi a fizikai egységeket, konstansokat és a nukleáris medicinában leggyakrabban használt nuklidok fizikai tulajdonságát tartalmazó táblázatot közöl.

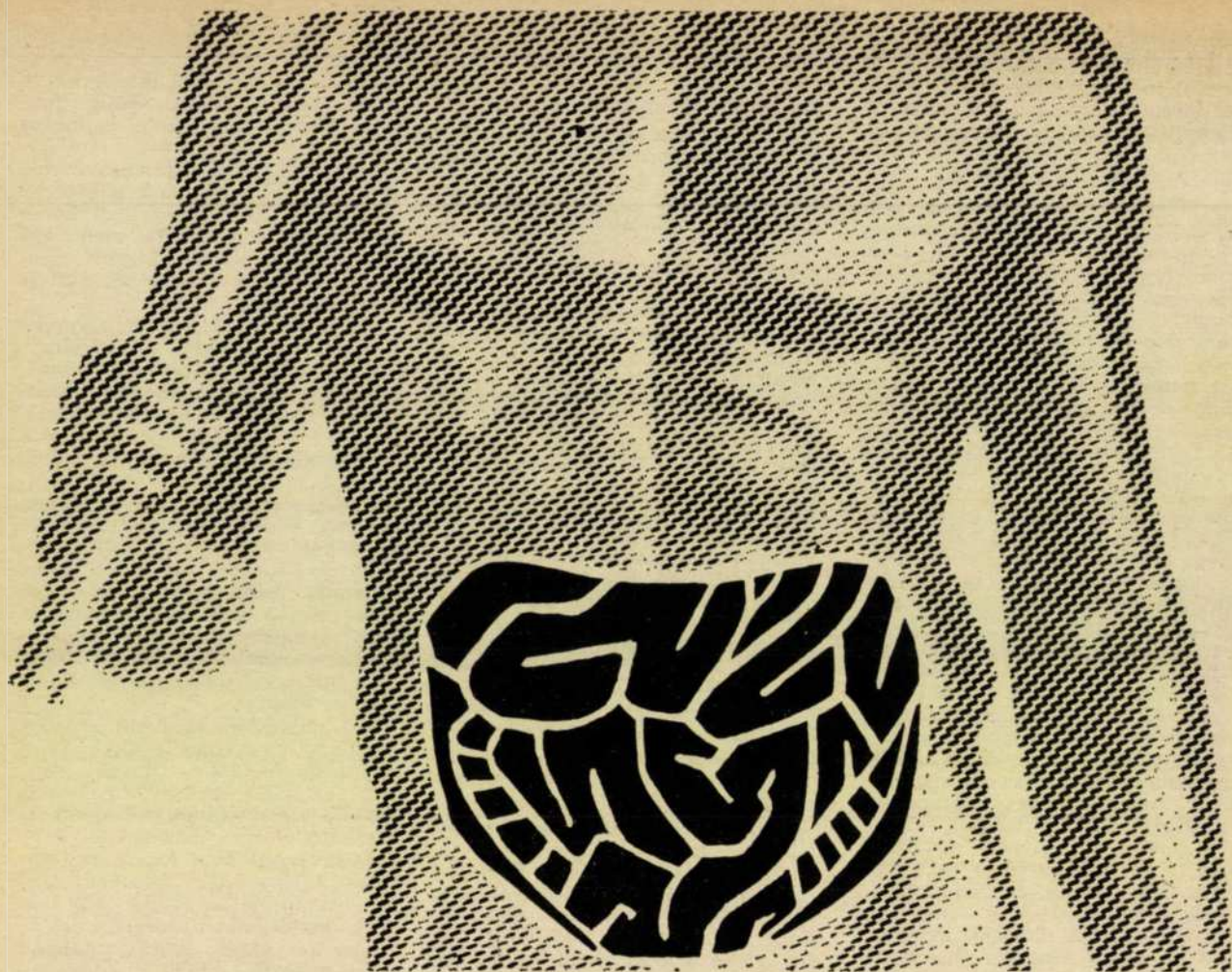
Bár a könyv elsősorban orvosoknak készült, a fizikai alapfogalmakat tartalmazó első részt rövidnek, helyesebben nem elég részletesnek érezzük. Még inkább érvényes ez a megállapítás a radiofarmakológiai részre, amely mindössze 24 oldalt tesz ki vagy a Radiogyszerészet fejezetre, amely összesen 6 oldal terjedelmű, melyből 5 oldal egy táblázat helyét foglalja el. Ez a két utóbbi rész azért érdemelt volna nagyobb részletezést, mert a műszeres feltételeken kívül a megfelelő minőségű radiofarmakonokkal való ellátás képezi a nukleáris medicina művelésének az alapját.

Jól sikerültek az egyes szervek és szervrendszerek izotópos vizsgálatával foglalkozó részek. Minden rész előtt egy rövid bevezető, majd a szerv élettanával, az alkalmazható radiofarmakonokkal és a mérési technikával foglalkozó előzetes tájékoztatás olvasható. Ezt mindenképpen helyesnek kell tartani. Feltétlenül dicsérendő az is, hogy az egyes szervvizsgálatok után megadja annak kritikai értékelését, az indikációt, előnyét és hátrányát.

A radioizotópok orvosi alkalmazásának leggyorsabban fejlődő területe az in vitro módszerek. Ezért a Jürge Ammon által írt In Vitro Diagnostik c. fejezet a maga 33 oldal terjedelmével nagyon rövid. Hiányolom, hogy radioimmunoassay-n (RIA) kívül nem foglalja a Miles és Hales által bevezetett fordított RIA-val az immuno-radiometria assay-vel (IRMA), a radioimmunosorbens teszttel (RIST), és a radioallergosorbens módszerrel (RAST), amelyek pedig ma már széles körben elterjedtek, éppen a klinikai gyakorlatban. Ennek ellenére — ha röviden is — a szerző igyekszik a RIA egész területét áttekinteni.

Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a jelentőségéhez képest aránylag rövid, mégis tömören megfogalmazott zsebkönyv igen jó összeállítás, amely nagy hasznára lesz mindazoknak, akik a nukleáris medicina művelésével foglalkoznak.

Kocsár László Tibor dr.



VERMOX

tabletta

ÖSSZETÉTEL:

Tablettánként 100 mg mebendazolt tartalmaz.

HATÁS:

A Vermox az *Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések anthelminticumá.

JAVALLATOK:

Enterobius vermicularis, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések.

ELLENJAVALLAT: Terhesség.

ADAGOLÁS:

A testsúlytól és az életkortól függetlenül a felnőtteknek és gyermekeknek az alábbi adagok adandók:

Enterobiasisban és ascaridiasisban a hatás eléréséhez egyetlen tablettá bevétele elegendő.

Súlyosabb ascariasisban, trichuris fertőzésben két egymás utáni nap, napi 1–1 tablettá.

Trichocephalosis, ancylostomiasis kevert fertőzésekben három egymás utáni napon napi 2×1 tablettá.

MELLEKHATASOK:

A javasolt terápiás dosisban nem okoz panaszokat.

FIGYELMEZTETÉS:

Lipophyl anyagok (széntetraklorid, tetraklor-etilén, kenopodiumolaj, kloroform, éter stb.) Vermoxszal együtti adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS: 6 tablettá 10,10 Ft.

MEGJEGYZÉS: ✕

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető. Zárt közösségek, családok tagjainak egyidejű kezelése ajánlatos.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(174/a)

A Csepeli Duna Kertészeti MGTSSZ szeptember 1-re főfoglalkozású (általános orvos, vagy belgyógyász) üzemorvost keres. Díjazás megbeszélés szerint. Jelentkezés a Duna Kertészeti MGTSSZ 1751 Budapest, Pf.: 46.
Előzetes érdeklődés: a 478-487 sz. telefonon.

(181/a)

A Kalocsai Fegyház és Szigorított Börtön parancsnoka (Kalocsa I., István út 24-26.) pályázatot hirdet **zetett orvos állásra.** A pályázók személyesen jelentkezzenek!

(188)

Budapesti Fővárosi Tanács V. B. Rege úti Csecsemőotthonának igazgató-főorvosa (Budapest XII., Rege u. 1-4.) pályázatot hirdet az intézetben megüresedett E 106 kulcsszámú **adjunctusi állás betöltésére.**

Az állás elnyeréséhez gyermekgyógyász szakorvosi képesítés szükséges. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításában foglaltak szerint. Szükség esetén garzonferőhelyet biztosítani tudunk.

Pályázatot az inézet címére kell küldeni.
Szabó József dr.
igazgató-főorvos

(189)

A balatonfüredi Állami Kórház igazgató-főorvosa (8231 Balatonfüred, Gyógy tér 2.) pályázatot hirdet megüresedett E 108 k. sz. **segédorvos állásra.**

Kardiológiai, mechanográfiai, intenzív terápiás tevékenység a pályázati elbírálásnál előnyben részesülnek. Besorolás a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításnak megfelelően a szolgálati időtől függően történik.

Az állás 1976. szeptember 1-től elfoglalható.
Az intézet szükség esetén szobát biztosít.

A pályázati kérelmeket a hirdetés megjelenésétől számított 15 nap alatt a szolgálati út betartásával az igazgató-főorvosnak kell benyújtani.

Böszörményi Ernő dr.
igazgató-főorvos
egyetemi docens
orvostudományok kandidátusa

(190)

Öskü Községi Közös Tanács V. B. pályázatot hirdet a megüresedett **körzeti orvosi állás betöltésére.** Illetmény a kulcsszám szerint. Az orvosi körzethez csatolt község nem tartozik.

A község Veszprém és Várpalota városok között fekszik a 8-as főútvonal mellett.
A komfortos orvosi lakás, mely a rendelővel egy épületben van elhelyezve, az állás betöltésével egyidejűleg beköltözhető.

Hornák Ferenc
tanácselnök

(191)

Kiskunhalas Városi Tanács V. B. Semmelweis Kórház (Kiskunhalas, Semmelweis tér) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **anaesthesiológiai osztály vezető főorvosi állás betöltésére.**

Az állás azonnal elfoglalható.
Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításában foglaltak szerint. Lakás biztosítása lehetséges.

Makay László dr.
kórházigazgató-főorvos

(192)

A Korányi Frigyes és Sándor Közkórház főigazgatója (1074 Budapest, Alsóerdősor 7.) pályázatot hirdet a kórház elmeosztályán áthelyezés folytán megüresedett **ideg-elme szakorvosi állásra.** Bérézés és besorolás a végzetéstől függően plusz 30% veszélyességi pótlék plusz munkahelyi pótlék.

Az állás azonnal elfoglalható.
Turczér György dr.
főigazgató-főorvos

(193)

A Budapesti Tentnevelés és Sportegészségügyi Intézet igazgató-főorvosa (1055 Budapest, Kossuth Lajos tér 13-15., pályázatot hirdet **rendelőintézeti sportorvosi állásra.** Az állás azonnal betölthető. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint. A pályázatot kérjük a fenti címre küldeni.

Arató Ottó dr.
BTSI igazgató-főorvos

(194)

A Sárvári Városi és Járás Kórház-Rendelőintézet (Sárvár, Rákóczi u. 30.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az áthelyezés, illetve elhalálozás miatt megüresült **Csehimindszent, Ikervár és Sajtoskál községi székhelyekkel körzeti fogorvosi állásokra.**

Bér szolgálati időtől függően. Csehimindszent és Sajtoskál lakás biztosítva.

Pályázati határidő 1 hónap.
Atanaszov György dr.
igazgató-főorvos

(195)

A Sárvári Városi és Járás Kórház-Rendelőintézet (Sárvár, Rákóczi u. 30.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 fő **rendelőintézeti szemész szakorvosi és 1 fő rendelőintézeti urológus szakorvosi állásra.**

Bér szolgálati időtől függően. Lakás biztosítva.

Pályázati határidő 1 hónap.
Atanaszov György dr.
igazgató-főorvos

(196)

Bp. XIII. kerületi Tanács Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa (1396 Bp., Visegrádi u 47/c) pályázatot hirdet: **egy röntgen szakorvosi állásra, egy sebész szakorvosi állásra, egy körzeti orvosi állásra.**

A körzeti orvosi állás betöltésénél belgyógyász szakorvosi képesítéssel rendelkezők előnyben részesülnek.

Az állások azonnal betölthetők. Illetmény 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint. Csak budapesti lakással rendelkezők pályázhatnak.

Hegy Antal dr.

(197)

A XIII. Tanács V. B. Róbert Károly krt.-i Kórház igazgató-főorvosa (Budapest XIII., Róbert Károly krt. 82-84.) pályázatot hirdet az elmeosztályon újonnan létesítendő **elme szakorvosi állásra.** Az állást betöltő orvos évente 3 hónapot köteles folyamatosan Szentgotthárdon tölteni az elme szociális otthonban.

A pályázótól függően a pályázó lehet adjunctus, vagy nem osztályvezető főorvos beosztásban.

Abrányi István dr.
igazgató főorvos h.

(198)

Budapest III. ker. Tanács V. B. Margit Kórházának igazgató-főorvosa (Budapest III., Bécsi u. 132.) pályázatot hirdet a kórház sebészeti osztályán megüresedett **adjunctusi és orvosi állásra.** Az adjunctusi állás azonnal elfoglalható, az orvos 1976. okt. 1. Fizeszté szolgálati idő és szakképesítés szerint.

Balassa Sándor dr.
igazgató-főorvos

(199)

Szentes Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (6600 Szentes, Kossuth tér 6.) pályázatot hirdet, a Városi Tanács Kórházánál átszervezés után összevont 99 ágyas szüléset-nőgyógyászati osztály E 104 ksz.-ű **vezető főorvosi állásra.**

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.
Juhász György dr.
városi főorvos

(200)

A Főv. Tanács V. B. Tétényi úti Kórház-Rendelőintézet főigazgató-főorvosa (Budapest XI., Tétényi út 12-16.) pályázatot hirdet az alábbi orvosi állásokra:

egy **rheumatológus szakorvosi,**
egy **rtg szakorvosi,**
egy **labor szakorvosi (kétéves szerződéssel),**
egy **sebész szakorvosi.**

Besorolás a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításnak megfelelően történik, a szolgálati idő figyelembevételével. Az állások azonnal elfoglalhatók.

Radinszky József dr.
főigazgató-főorvos

(201)

A Pest megyei KÖJAL igazgatója pályázatot hirdet az alábbi üres állásokra:
— **Közegészségügyi-Járványügyi Ki- rendeltség vezetői állásra** Ráckeve-re. 2 szobás komfortos tanácsli lakás biztosított,

— laboratóriumi orvosi állásra — bakteriológiai munkaterületre (budapesti munkahely OKI),

— orvosi állásra epidemiológus munkakörbe elsősorban DDD szakterületre (budapesti munkahely),

— **hygienikus orvosi állásra** munkagészségügyi szakterületre.
Közegészség-tan-járványtan szakorvosi képesítéssel vagy hygienikus munkaterületi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek, de enélkül is az állás megpályázható. A pályázati kérelmet a szolgálati út betartásával a Pest megyei KÖJAL címére, 1428 Budapest VIII., Stáhy u. 7. kérem beküldeni.

(202)

Tiszabura Községi Tanács V. B. Szakigazgatási Szerve pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **védőnői állás betöltésére.** Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM számú utasítás alapján a szolgálati évek figyelembevételével.

Jelentkezést írásban vagy személyesen. Lakást biztosítunk.
Az állás azonnal elfoglalható.

Bakó Sándor
tanácselnök

(203)

A Magyar Tudományos Akadémia, Kísérleti Orvostudományi Kutató Intézet pályázatot hirdet **tudományos ügyintézői állás betöltésére.**

A besorolás a bérézés kulcsszám szerint a képzettségtől és a gyakorlattal függően történik. Az alkalmazás feltételei:

1. legalább középfokú iskolai végzettség,
2. egy idegen nyelv (lehetőleg angol) magasfokú ismerete,
3. levelezésben, gépirásban való gyakorlat,
4. jó szervezőkészség, tudomány-szervezésben való jártasság.

A pályázatot részletes önéletrajzzal, nyelvvizsga-bizonyítvány másolattal, munkahelyi ajánlással, valamint az iskolai végzettséget igazoló bizonyítvánnyal felszerelve az Intézet igazgatójához címezve ezen hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül kérjük eljuttatni.

(Cím: MTA. KOKI 1450 Budapest, 9. pf. 67.)

Stark Ervin dr.
MTA lev. tagja
igazgató

(204)

A Magyar Tudományos Akadémia Kísérleti Orvostudományi Kutató Intézet pályázatot hirdet, a Kőröletani Osztályon 1976. szeptember 1-vel megüresedett **kutatói állás betöltésére.** Az alkalmazás feltételei: egyetemi végzettség, egy nyelv magasfokú ismerete, kutatómunkában való jártasság.

A pályázatot elbírálásánál előnyben részesülnek a korszerű endokrinológiai vizsgálómódszerek területén gyakorlattal rendelkezők.

A pályázatot részletes önéletrajz, oklevél fotómásolat, nyelvvizsga bizonyítvány, valamint az esetleges eddigi tudományos közlemények jegyzékének kíséretében az Intézet igazgatójához címezve, ezen hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül kérjük eljuttatni. (Cím: 1450 Budapest, 9 pf. 67.)

Stark Ervin dr.
az MTA tagja
igazgató



Felhívás a szerzőinkhez

Kérjük valamennyi szerzőnket — a tanulmányok, beszámolók, könyvismertetések és referátumok íróit —, hogy a korrektúrák javításakor szíveskedjenek a nyomtatott szöveget összehasonlítani a kézirattal, és a korrektúrában csak azokat a javításokat jelöljék be, amelyek a kézirattól eltérő nyomtatott szövegrészek helyesbítésére hivatottak. Más szóval: *csak a nyomda által elkövetett hibákat javítsák*. Ha ugyanis a korrektúrában a szerző a kézirat szövegét megváltoztatja — ún. szerzői javítást végez —, a nyomda a kiadónak különköltséget számít fel. Az utóbbi időben az Orvosi Hetilap ilyen költségei jelentősen megemelkedtek, és egészükben igen magas összegeket tesznek ki. Szerzőnket tehát fokozott figyelemre és együttműködésre kell kérnünk.

Megemlítjük, hogy a szerkesztőség a nyomdára való előkészítés során a kéziratokban gyakran eszközöl változtatást; főleg stiláris jellegű javítások ezek. E változtatásokat szerzőink lehetőleg ne javítsák, ugyanis ezeknek javítása már szerzői javításnak számít (nem beszélve arról, hogy a szerkesztőség a szerzői szövegen megfelelő mérlegelés után, nem ok nélkül változtatott!).

Természetesen továbbra is lehet mód arra, hogy a szerző a korrektúrában kisebb változtatásokat hajt-

son végre, kérjük azonban, hogy ezt ne a korrektúrába írja bele, hanem kérését írja meg kísérelőlevelében a szerkesztőségnek, amely mérlegelés után dönt és erről a szerzőt értesíti.

Apró hibákat, pl. ékezetek hibáit — különösen, ha azokat nem a nyomda követte el, hanem az eredeti kéziratban a szerző írta le — semmiképpen se javítsunk, nemcsak azért, mert ennek költségkihatásai aránytalanok, hanem azért is, mert a nyomda javításai ilyenkor újabb hibák keletkezésének lehetőségét rejtik magukban, hiszen ilyenkor a nyomdában a javítást tartalmazó sort rendszerint teljesen újra kell szedni. Az utóbbi néhány évben az Orvosi Hetilap szerkesztőségébe növekvő számban érkeznek olyan kéziratok, amelyekben a **MEGBESZÉLÉS** fejezet tartalma nem felel meg annak, amit a fejezetcím ígér, vagyis nem a saját vizsgálati eredmények, megfigyelések vagy esetek diszkussziójáról, az irodalmi megállapításokkal való összevetéséről van benne szó. Leggyakrabban a megbeszélésben olyan adatközlések, irodalmi áttekintések olvashatók, amelyeknek a dolgotat bevezető részében lenne a helyük. Az ilyen kéziratokkal a szerkesztőségnek sok munkája van, és ezeket minden esetben kénytelenek vagyunk visszaküldeni a szerzőknek átdolgozás céljából. Arra kérjük ezért szerzőnket, szíveskedjenek a kéziratok elkészítésekor nagyobb figyelemmel lenni arra, hogy a dolgotatok megszokott szerkezeti rendje, és különösen megbeszélés része ne formális legyen csupán, hanem tartalomában is kifejeződjön.

(A pályázati hirdetmények szövegét kérjük közvetlenül a kiadóhivatalunkhoz, az Ifjúsági Lapkiadó Vállalathoz (1374 Budapest, Révay u. 16.) 2 példányban megküldeni. Szerk.)

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



76.2125 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

117. ÉVFOLYAM

*

33. SZÁM

*

1976. AUGUSZTUS 15.

TARTALOMJEGYZÉK

Kiss József dr.:

Teendők a koponya-agysérültek
elsősegélyben részesítése és szállítása során 1983

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Gaszner Péter dr., Past Tibor dr.,
Juhász Péter dr. és Jávora Tibor dr.:*

Gyógyszerkinetikai vizsgálatok nagydosisú
(70—920 mg) atropin adása során,
³H atropin izotóp méréssel 1988

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Ihász Mihály dr., Wachtl István dr.,
Réfi Miklós dr., Kriváchy Péter dr.
és Bátorfi József dr.:*

A gyomor- és a vékonybél motilitás
változásai vagotomia után 1992

TOXICOLÓGIAI TANULMÁNYOK

*Kamarás Ilona dr., Timár Krisztina dr.
és Hornyák Mária dr.:*

Hatezer gyermekkori mérgezésről 1996

*Rusznák Miklós dr., Koháry Emőke dr.
és Fazekas Irén dr.:*

A gyilkosgalóca mérgezések klinikumáról ... 2003

KLINIKAI EPIDEMIOLÓGIA

Boér Ildikó dr. és Vida Margit oh.:

A tetoválás elterjedtsége
középisikolás korú fiatalok körében 2007

KAZUISZTIKA

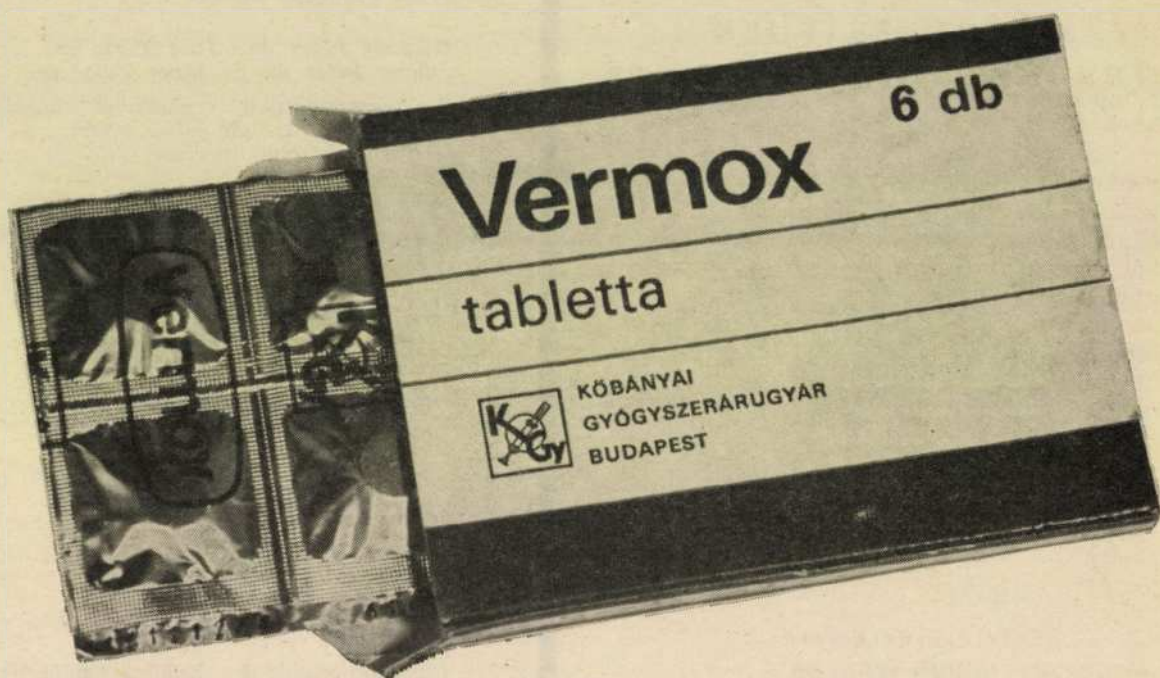
*Nemesánszky Elemér dr.,
Kosztovics Angela dr., Bédi Judit dr.
és Végh Márta:*

Serum enzimek aktivitásának változása
súlyos májkárosodással járó
letális kimenetelű
Pfeifer—Weber—Christian-syndromában ... 2011

*Beszámolók, jegyzőkönyvek 2015
Folyóiratreferátumok 2021
Levelek a szerkesztőhöz 2033
Könyvismertetés 2035
Hírek 2037*

VERMOX

tabletta



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 100 mg mebendazolt tartalmaz.

HATÁS

A Vermox az *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichuria*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések *anthelminthicuma*.

JAVALLATOK

Enterobius vermicularis, *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések.

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

A testsúlytól és az életkortól függetlenül a felnőtteknek és gyermekeknek az alábbi adagok adandók: Enterobiasisban és ascariasisban a hatás eléréséhez egyetlen tablettá bevétele elegendő.

Ascariasis súlyosabb eseteiben két egymás utáni nap, napi 1–1 tablettá. Trichuriasisban, ancylostomiasisban, illetve kevert fertőzésekben három egymás utáni napon napi 2 × 1 tablettá.

MELLÉKHATÁSOK

A javasolt terápiás dosisban nem okoz panaszokat.

FIGYELMEZTETÉS

Lypophyl anyagok (széntetraklorid, tetraklóretilén, kenopodiumolaj, kloroform, éter stb.) Vermoxszal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS

6 tablettá 10,10 Ft.

MEGJEGYZÉS ✖

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Teendők a koponya-agy sérültek elsősegélyben részesítése és szállítása során

Kiss József dr.

Klinikai tapasztalataink, de egyes irodalmi adatok (6, 9, 17, 20, 23, 26 stb.) is azt bizonyítják, hogy az agysérültek jelentős része késve, igen súlyos, gyakran már infaust állapotban érkezik meg a szakintézetekbe. Gyakrabban észlelhető ez az állapot, ha a sérültet valamelyik környéki kórházból szállítják hozzánk. Az elkésett szállítás, valamint a sérülés pillanatától a szakintézetbe való elhelyezésig történő szakszerűtlen ellátás pedig rendkívüli mértékben rontja a sérült kilátásait még akkor is, ha a szakintézetben a leggyorsabban és leghatékonyabban kivitelezett kezelésben részesülnek azután. Ezért — úgy véljük — a kérdésel feltétlenül foglalkoznunk kell.

A koponya-agy sérültek prognózisát természetesen az esetek legnagyobb részében a trauma okozta direkt agysérülés súlyossága, kiterjedése és localisatioja határozza meg elsősorban. Ezen, a baleset pillanatában létrejött elsődleges károsodások mellett azonban döntő jelentőségűek az indirekt vagy másodlagos cerebrális elváltozások is, amelyek a sérülést követő percekben, órákban meglehetősen gyorsan alakulnak ki. A másodlagos agyi károsodásokért felelős kórfolyamatok — mint pl. a koponyaüri térszűkítő vérzés, az agysejtek vérellátásában, anyagcseréjében létrejövő posttraumás kórélettani elváltozások, az agy-oedema kialakulása, a légzés és keringés zavarai, valamint az egész szervezetben meginduló pathophysiológiai történések — ugyanis az agy vitalis fontosságú centrumainak traumás, de még reversibilis károsodásait esetenként irreversibilissé tehetik, vagy az agy nem életfontos területeinek sérüléséhez társulva végül is az élettel össze nem egyeztethető definitív agyi károsodásokat okozhatnak (7, 8, 9, 10, 11, 16, 21, 22, 23, 24, 28, 30 stb.).

Elengedhetetlenül fontos tehát ezeknek a másodlagos elváltozásoknak a megelőzése és a kezelése, melynek — véleményünk szerint — már a baleset színhelyén el kell kezdődnie és folytatódnia kell a szállítás alatt is. Jelen közleményünkben e súlyos sérültek ellátásában az általános érvényű, de igen fontos gyakorlati tennivalókat foglaljuk össze. Teendőinket a következő csoportosításban tárgyaljuk:

1. A baleset színhelyén elsősegélyként, és
2. a szállítás alatt elvégzendő acut teendők.

Természetesen az egyes szakaszok alatti tennivalók és beavatkozások jórészt fedik egymást és részben azonosak, hiszen az ellátásnak, a kezelésnek folyamatosnak kell lennie. A további, de változatlanul mindvégig érvényes egyéb, speciális teendőinket pedig a

3. gyógyszeres kezelés, és a
4. posttraumás agy-oedema megelőzésének, therapiájának külön fejezeteiben ismertetjük.

1. Ellátás a baleset színhelyén: a koponya-agy sérültek elsősegélyben részesítése

A balesethez elsőnek érkező orvosnak, mentőápolónak, vagy egészségügyi dolgozónak is első és legfontosabb teendője az eszméletlen sérült gyors vizsgálata, ennek alapján állapotának megítélése és sérüléseinek legmegfelelőbb testhelyzetben való elhelyezése. A vizsgálat során elsősorban el kell döntenie, hogy

a) a sérültnek van-e szívműködése és milyen a keringése. Van-e spontán légzése; ha van, kielégítő-e az vagy sem?

b) A sérült eszméletlen-e vagy csak kábult, tudatzavar esetén pedig milyen mélységű az: felszólításra vagy fájdalomingerekre válaszol, illetve védekezik-e; pupillái fényre reagálnak-e vagy fénymerevek, továbbá a conjunctiva-, cornea-reflexei kiválthatók-e vagy sem?

c) Milyen, külsőleg is látható sérüléseket, sebeket szenvedett a sérült, az esetleg észlelhető vérzések milyen jellegűek, honnan erednek?

Mindezen fontos és sokrétű, gyakran egyáltalán nem könnyű teendők elvégzése után, súlyos esetekben azonnal meg kell kezdenünk a sérült reanimációját.

A légzés reanimációja

A baleset színhelyén az elsősegélynyújtás során legfontosabb feladatunk a sérültek légzésének rendezése, kezelése, mivel a légzésszavarok igen gyakoriak koponya-agy sérülések után, és igen súlyos következményekkel járhatnak (az egész szervezet, így az agy hypoxiája, keringésének romlása, agy-oedema stb.).

A ventilációs zavarok peripheriás és centrális eredetűek lehetnek. Leggyakrabban a peripheriás légzésszavarokkal találkozunk: a garat-, nyelv-, állkapocsizomzat tónusvesztése következtében az állkapocs és a nyelv hátraesik, így a felső légutakat szűkíti vagy elzárja. Vér, nyál, hányadék, idegentest aspirációja jöhet létre az eszméletlenség, a köhögési reflexek kiesése révén. Ugyancsak peripheriás légzésszavarokat okoznak a mellkasfal vagy a rekeszizom sérüléseit kísérő légzőmozgás-változások, légzési rendellenességek — pl. sorozat vagy ablakos bordatörések is —, valamint a tüdők és a bronchusok sérülése (pneumo-, haemothorax stb.).

A centrális légzésszavarok agysérültek esetében gyakran az agytörzs közvetlen károsodása miatt lépnek fel, máskor az egyéb agysérülések következtében. Az előbbi esetekben légzés-frequentia-változás (hyper- vagy hypoventilatio), a

légzés mélységének, volumenének változásai, vagy a különböző szakaszos légzésformák fellépése figyelhető meg, míg az utóbbiakban a sérült nyugtalansága, feszítése, a kóros tónusfokozódás, esetleg epileptikus görcsök miatt zavart a légzés. Központi légzészavarok léphetnek fel még súlyos keringési zavarok esetében is — az agytörzs ischaemiája miatt.

Az egyes esetekben természetesen legtöbbször kevert légzészavarok észlelhetők, mivel az agytörzs izolált sérülése balesetek következtében alig képzelhető el nagyagyféltekei károsodások nélkül.

Teendőink

A légzészavarok preventiója céljából elsődleges tennivalónk a szabad légutak biztosítása és az aspiratio meggátlása. Ténykedésünket a száj-, garatüreg vizsgálatával kell kezdenünk, ahonnan az esetleg odajutott idegentestet, a kivehető protéziseket, hidakat, kitört fogakat stb. el kell távolítanunk. Ha a légzés akadálytalan és kielégítő, elsősegélynyújtáskor legegyszerűbb, ha az eszméletlen sérültet „fix oldalt-fektetésben” vagy félig oldalt-hason fektetjük a mentők megérkezéséig; így a garatban összegyűlt nyál, odacsorgott vér, illetve hányás esetén a gyomortartalom a száj-garat üregből kifolyik és nem jut a légutakba. Olyan esetekben, amikor ez a testhelyzet kontraindikált, célnkat elérhetjük bizonyos műfogásokkal, a nyelv előrehúzásával, vagy annak hátraesését gátló tubusok (Mayo, Guedel stb.) alkalmazásával. Így a szabad légutakat biztosítani tudjuk, míg az aspiratiót a garat időnkénti kitörlésével előzhetjük meg.

A fentiek során említett speciális testhelyzetek azonban ellenjavalltak, amennyiben gerinc sérülés gyanúja áll fenn. Ugyancsak nem alkalmazhatók bizonyos polytraumatisált agysérültek esetében sem, főleg ha nyílt craniocerebrális sérülés történt. Mindezen túlmenően a sérült ilyen elhelyezése az aspiratiót nem képes megakadályozni, ha pl. a koponyaalap felől a garatban igen erős vérzés áll fenn. Ez utóbbi esetekben az aspiratio megelőzése céljából a legbiztosabb eljárás, ha a sérültet intubáljuk és a tubus mandzettáját fel-fújva, a tracheát elzárjuk a garatüreg felé. Nem areflexiás sérültek esetében természetesen a trachea, gége és garat érzéstelenítéséről (Pantocain, Lidocain spray, Lidocain kenőcs stb.), a reflexek kikapcsolásáról gondoskodnunk kell, hogy a feltárás, majd a tubus ne ingerelje a sérültet, az ne köhögjön, ne feszítsen.

A felső légutak odaérkezésükig létrejött szükülete vagy elzáródása következtében már kialakult peripheriás légzészavarok megszüntetésére ugyanezen beavatkozásokat kell elvégeznünk. Ha a sérült aspirált, és légzése szörtyögő, insufficiens, legjobb, ha azonnal intubáljuk, majd a tubuson keresztül steril katéterrel a tracheát és a bronchusok váladékát leszívjuk. Amennyiben úgy ítéljük meg, hogy a továbbiakban az aspiratiót már a tubus nélkül is meg tudjuk előzni és a sérült eszméletlensége felületes, tudatállapota javult, akkor az

intubatiót megszüntethetjük; ellenkező esetben a tubus „tűrését” biztosítanunk kell.

A mellkasfal, rekeszizom, tüdő sérülése miatt kifejlődött légzészavarok megszüntetésére az elsősegély során a sérült légzésének támogatására, asszisztálására szorítkozhatunk csupán. Felszerelés hiányában a nem kielégítő légzést befúvásos mesterséges lélegeztetés időnkénti alkalmazásával asszisztálhatjuk. Jól felszerelt mentők már maszkon keresztül vagy a sérült intubálása után a tubuson át kézi, esetleg gépi lélegeztetővel támogathatják az insufficiens légzést; szükség esetén a kezelést gyógyszerekkel is elősegíthetik: tranqüilansok, analgeticumok, esetleg rövid hatású izomrelaxansok frakcionált adásával.

A centralis légzészavarok, egyes esetekben — aetiológiájuknak megfelelően — a légutak szabadon tartásával, az aspiratio meggátlásával, illetve a keringés normalizálásával megelőzhetők. Kialakult központi ventilációs zavarok esetén elsősegélynyújtáskor csak a felületes vagy szakaszos légzés támogatását, asszisztálását tudjuk megvalósítani befúvásos mesterséges lélegeztetéssel, illetve kézi, esetleg gépi lélegeztetéssel — a fentebb elmondottakhoz hasonlóan. Lehetőségeink ugyanezek légzésbénulás esetén is.

A keringés reanimatiója

Irodalmi adatok, közlemények sora mint tanulmányi tételt hangsúlyozzák, hogy a tisztán craniocerebrális sérültek keringése általában kielégítő, shock e sérülések során alig észlelhető. Az esetek nagyobb részében ez kétségtelen tény; saját tapasztalataink és néhány újabb irodalmi adat (6, 20) ezzel szemben azt is bizonyítja, hogy a nem polytraumatisált, tehát tisztán koponya-agy sérülések egyes eseteiben létrejöhét shock-állapot. Elsősorban a súlyos, legtöbbször koponyaalapi töréssel járó agy- és agytörzsi contusiók alkalmával, valamint idősebb sérülteken. Gyakran észlelhető shock akkor is, ha az agy sérülését az arckoponya vagy a fej lágyrészeinek kiterjedt roncsolódása kíséri.

Ezen túlmenően még a kielégítő, intakt keringést mutató agysérültek egy részében is — megfigyeléseink szerint — a klinikai kép „megtévesztő” lehet. Esetenként ugyanis e sérülések acut szakában az intracranialis nyomásfokozódás következtében reflektorikusan megemelkedik a vérnyomás, a pulzusszám gyérül, a bőr anaemiás, de száraz (Kocher—Cushing-féle reflex; a „hypertoniás szindróma” szaka). „Izgalmi” vérnyomásemelkedésről van tehát szó, amelynek célja az agy hypoxiájának megszüntetése, keringésének javítása; kimerülése esetén (cardialis elégtelenség vagy az agytörzs további károsodásakor pl.) viszont a keringés összeomlása gyors, és az így kialakult shock már igen nehezen szüntethető meg. A tensio emelkedéséhez vezet továbbá a sérült hypercapniás állapota is, így ezekben az esetekben is kielégítőnek tűnhet a keringés. Erre feltétlenül gondolnunk kell, hiszen légzészavar gyanúja esetén a szervezetben hypercapniára éppen a sérült vérnyomásának emelkedése, verejtékezés és nyugtalansága kell hogy felhívja figyelmünket. Igen gondos és

állandó observatiót igényelnek tehát a koponya-agy sérültek a keringés szempontjából is, hogy a „meglepetéseket” elkerüljük (14).

A keringés vizsgálatát, ellenőrzését, a zavarok megelőzését, fennállásuk esetén pedig kezelésüket ugyancsak már az elsősegélynyújtáskor el kell kezdenünk. Szívmegeállás eseteiben a sérült mesterséges lélegeztetése mellett meg kell kísérelnünk a szív újramegindítását: azonnal transthoracalis, külső szív-massage-t kell elkezdni — mivel a syncope oka, ideje ilyenkor nehezen állapítható meg, és reflektorikus, illetve hypoxiás szívmegeállás esetén resuscitációs törekvéseink sikerrel járhatnak.

Megelőzés céljából, amikor vérzés áll fenn (pl. a lágyrészekből, sérült vénás sinusokból, agyból stb.), a vérzés lehetséges ideiglenes csillapítása, illetve ellátása mellett a legjobb, ha azonnal plasma-pótszereket (Polyglukin, Fluidex vagy egyéb dextranoldat) adunk a sérültnek.

Kialakult shock esetében a sebészetben és traumatológiában kidolgozott és jól ismert shock-ellenes kezelést azonnal meg kell kezdenünk. Kezelésünket a fájdalmak csillapításával, szükség esetén cardiacumok adásával kell kiegészítenünk. Koponya-agy sérültek keringési zavarainak plasma-transfúzióval történő kezelése egyúttal a post-traumás agy-oedema profilaxisát is jelenti, melyre ugyancsak mindig gondolnunk kell. Ilyen céllal legjobb, ha albuminoldatot adunk.

Elsősegélynyújtáskor (valamint a szállítás alatt) nagyobb mennyiségű — 500—1000 ml — isotonias glucose-, laevulose- vagy különböző sóoldatok adását nem tartjuk helyesnek, még az esetleg súlyos shock kezelése céljából sem. Ezek az oldatok ugyanis az érpályából gyorsan kiáramlanak, a keringő vérmennyiséget így alig növelik meg, az elvesztett vérvolument nem pótolják, tehát a keringési zavart sem szüntetik meg. Ugyanakkor a szervezetben só-, illetve víz-retentio kialakulásához vezethetnek, ezzel pedig az oedema-képződés veszélyét rejtik magukban. Tapasztalataink alapján a keringés zavarainak kezelésében nem értünk egyet W. Grote és mtsaival (9), akik „ha másképpen nem lehetséges”, az isotonias sóoldatok nagy mennyiségének subcutan adását javasolják ilyen esetekben. Mint általában ismert, ez az eljárás teljesen megbízhatatlan keringési zavarok kezelésében.

Sebellátás a baleset színhelyén

Vérzés esetén sürgős teendők annak ellátása; fedett craniocerebralis sérülések mellett a lágyrészekből eredő vénás és capillaris vérzés esetén steril nyomókötés felhelyezése, arteriás vérzés esetén pedig a vérző ér érfogóval történő lefogása. Nyílt agysérülések alkalmával az agyból eredő vérzések csillapítására steril, szükség esetén a véralvadást elősegítő gelatin- vagy fibrinszivacsok felhelyezésével kiegészített aseptikus kötések alkalmazásánál többet nem tehetünk. Az idegentesteket, még ha azok a koponyából, agyból állnak is ki, elsősegélynyújtáskor hagyjuk helyükön, mert azok esetleg átmenetileg életmentő tamponádot képezhetnek. A koponya és az agy sebéből a haját és

az odakerült szennyeződéseket ne kíséreljük meg eltávolítani. Az agyi vénás sinusok lefutása feletti calvaria-törések, továbbá az arckoponya olyan súlyos sérülései esetén, amikor a basalis sinusok sérülései is létrejöhetnek — például orbita- és frontobasalis vagy temporobasalis nyílt sérülések alkalmával — a légembolia veszélye miatt a fragmentumok repositiójával ne kísérletezzünk.

A koponyaalap töréseiből származó és a garatban megjelenő vérzés csillapítása érdekében manuálisan semmit sem tehetünk. Ha a vérzés az orrból, orrmelléküregekből ered, akkor a legjobb, ha steril haemostipticus szivacsokkal és gézcsikokkal óvatosan ideiglenes tamponádot végzünk.

2. Teendők a szállítás alatt

A súlyos craniocerebralis traumák ellátása során a sérültek szállítása további problémákat jelent. Teendőinket ekkor is a sérült állapota, továbbá az elvégzett elsősegély milyensége határozza meg. A gyors intézetbe szállítás megvalósítása mellett legfőbb törekvéseinknek, beavatkozásainknak továbbra is az életfontos funkciók reanimációjára kell irányulnia.

A sérültet folyamatosan kezelnünk és állapotát, neurológiai statusát ellenőriznünk kell, rövid időre sem hagyhatjuk magára. A mentőautók, a mentőszolgálat felszerelésének megfelelően, a mentőorvosok, mentőápolók képzettségéből adódóan ekkor már mindenképpen szakszerű ellátást kell megkívánnunk. Az elsősegélynyújtás során elkezdett kezelést tehát szükség esetén ki kell egészíteni. Feltétlenül biztosítani kell a szabad légutakat és a kielégítő ventilációt, meg kell akadályozni az aspirációt, a megkezdett asszisztált lélegeztetést folytatni kell. Szükség esetén a belélegzett levegőt oxigénnel dúsítanunk kell, a légutakat ismételtelen le kell szívni, az asszisztált lélegeztetésről pedig — annak elégtelensége esetén — kontrollált lélegeztetésre kell áttérnünk.

A keringés folyamatos ellenőrzése is elsőrendű feladataink közé tartozik. Keringési zavarok esetén az elsősegélynyújtáskor elkezdett kezelést folytatnunk kell, esetleg ki kell azt egészítenünk, például gyógyszerek adásával, albumin, plasma (vagy átszállítás során vér) transfúziójával. A vérzések tökéletesebb csillapítása érdekében szükség esetén a laikus elsősegélynyújtó által felhelyezett kötést ki kell cserélnünk és szakszerű, valóban vérzés-csillapító kötést kell felhelyeznünk stb.

A szállítás alatt a sérült változatlan vagy kezdődő nyugtalansága, esetleg görcsök fellépése esetén a mentőorvosnak kell döntenie: mi okozza a nyugtalanságot, a görcsöt és milyen beavatkozást vagy gyógyszert tart szükségesnek, figyelembe véve a szállítás további időtartamát is.

3. Gyógyszeres kezelés

Gyógyszereket természetesen az elsősegélynyújtás során és a szállítás alatt is csak orvos adhat. Ennek ellenére — tapasztalataink szerint — ezzel a kérdéssel is foglalkoznunk kell. A respirációs zavarok kezelésekor a légzőközponttra ható izgatókat (Lobelin, Spiractin stb.), valamint a központi idegrendszer excitansait, analepticumait

(Strichnin, Lucidril, Redimyl, Coffein stb.) ne adjuk, mert hatásuk — részint a keringési zavarok együttes fennállása miatt, részint az agy sérülése következtében — bizonytalan, rövid ideig tartó és az esetek egy részében a sérült nyugtalanságát is fokozni fogják. Méginkább lényeges szempont, hogy alkalmazásuk nem jelent oki terapiát: a traumás agytörzsi károsodásokat nem gyógyítják, a légzészavarokat nem szüntetik meg.

A kiterjedt nagyagyféltekei és agytörzsi con-tusiók esetén gyakran tónuszavarokat, nyugtalanságot vagy epileptikus görcsöket észlelhetünk. Más-kor a nyugtalanság, céltalannak tűnő mozgások oka a sérült hypercapniás állapota, esetleg telt, feszítő húgyhólyagja vagy nem megfelelő elhelye-zése, ezzel fájdalomnak fokozása. Ezek az állapo-tok feltétlenül gyógyszeres vagy egyéb, lehetőleg oki kezelést igényelnek. Teendők röviden és ál-talában a következők: a sérült respiratiós zavará-nak megszüntetése; hólyagjának kiürítése és meg-felelő elhelyezése; agyi károsodások esetén tran-quillansok adása. Szükség lehet azonban fájdalom-csillapítók adására is. *Ilyen esetekben lényeges, hogy morfint, morfin származékokat vagy morfin-szerű hatással bíró szintetikus készítményeket, il-letve lyticus cocktaileket ne adjunk! Ezzel ugyanis az igen fontos, klinikai és neurológiai tüneteket elfedjük, megváltoztatjuk, így a diagnózis felállít-ását késleltetjük, a sérültet súlyos veszélyeknek tesszük ki. Ezek a gyógyszerek a légzőközpontot deprimáló hatásuk miatt is ellenjavalltak agysérül-tek esetében.*

Gyógyszeresen fájdalomcsillapításra $1/2$ —1 amp. Demalgonilt vagy Algopyrint adjunk lassan intravénásan, nyugtatóként pedig ugyancsak $1/2$ —1 amp. (2,5 mg) Haloperidolt, esetleg a fájdalom-csillapítóval együtt és ezt is lassan, intravénásan. Jó hatású lehet tónusfokozódás, epileptikus görcsök esetén az 5,0 mg Seduxen, ugyancsak vénásan in-jiciálva. Izomrelaxans hatása miatt azonban óva-tosság ajánlatos (légzőmozgások depressiója).

Fenyegető vagy fennálló keringési zavarok, shock esetében a keringés reanimációját tárgyaló részben ismertetett beavatkozások mellett tényke-désünket szükség esetén (pl. idős sérültek cardia-lis decompensációjának bármilyen tünete vagy rit-muszavarok fennállása esetében stb.) adjuvans ke-zelésként gyógyszerek, elsősorban cardiacumok, továbbá Panangin, Depersolon (Dexamethason), az átszállítás alatt pedig esetleg beta-sympatholyticu-mok (5,0 mg Inderal, 2,5 mg Trasicor, 0,2 mg Vis-ken lassú intravénás) adásával is támogatnunk kell. Amennyiben vázolt terapiánk ellenére shock alakult ki, kezelésünket esetleg — de csak hosz-szabb szállítás alatt! — egy másik vénába bekö-tött Noradrenalin vagy Araminos infusio (100 ml 5% glucose oldatba 1,0 mg Noradrenalin vagy 4,0 mg Aramin) adásával egészíthetjük ki. Ennek során a vérnyomás állandó ellenőrzése mellett a cseppszámot úgy kell szabályoznunk, hogy a sys-toles vérnyomás 120 Hgmm körül legyen.

Az eddigiekben ismertetett kezelés az esetek túlnyomó többségében elegendő az agysérült kívá-natos nyugalmának biztosítására, keringésének esetleges rendezésére az elsősegélynyújtás és az

intézetbe való szállítás idején. A fogadó intézetet azonban minden esetben tájékoztatni kell a be-adott gyógyszerek mennyiségéről, a sérült állapo-tának, idegrendszeri statusának változásairól. Rö-viden összefoglalt terapiánkat azonban a resus-citált sérültek eseteiben ki kell még egészítenünk, mégpedig a szív-megállás vagy a légzésbénulás ál-tal kialakult acidosis kezelésével; ennek érdeké-ben gyógyszeresen az ellátás ezen szakaszában csak annyit tehetünk, hogy 80—100 ml 4,2 vagy 8,0%-os Na-bicarbonat oldatot adunk intravéná-san. Ezzel párhuzamosan ilyen esetekben az agy-oedema kezelését is korábban meg kell kezde-nünk.

4. A traumás agy-oedema kezeléséről

A traumás eredetű agy-oedema megelőzésére, kezelésére is szeretnénk röviden kitérni: mit te-gyünk az elsősegélynyújtás és a szállítás alatt en-nek a neurotraumatológiában fontos kérdésnek a megoldására?

Az oedema-képződés a posttraumás szakban az agyszövet „válaszreakciója” tulajdonképpen az agyat ért károsító behatásokra. Kialakulásáért több kóroki tényező is felelős, mégpedig elsősor-ban az agyszövet sérülése, az agyi és a systemás keringés romlása, az agy hypoxiája, továbbá a szervezet fehérje- és sóháztartásának zavara. A középpontban — jelenlegi ismereteink szerint — az agyállomány sérülése, valamint a légzés- és ke-ringészavarok miatti cerebralis hypoxidosis, illetve az agysejtek megromlott anyagcseréje áll, bár az agy-oedema pathogenesise és pathomechanizmusa pontosan még ma sem ismert.

Az elmondottakból kitűnik és következik, hogy elsősegélynyújtáskor, illetve a szállítás alatt legfőbb és egyetlen célunk a preventio lehet, mi-vel ilyenkor még lényeges agy-oedema nincs, te-hát azt kezelnünk sem kell. A megelőzés érdeké-ben pedig az ismert kóroki tényezőknek megfele-lően a legtöbbet a légzés- és keringészavarok ki-alakulásának meggátlásával, illetve kezelésével, to-vábbá a só-, vízháztartás megfelelő befolyásolásá-val tehetünk. E kérdéseket az előzőekben már részletesen tárgyaltuk.

Jelentős tényező, melyről nem szabad megfe-ledkeznünk, hogy a keringési zavarok kezelésére, a keringő vérmennyiség gyors pótlására infundált dextrant tartalmazó plasma-expanderek a liquor nyomását, ezzel a koponyaúri nyomást is csökken-tik általános dehidrááló hatásuk mellett. Így ezek az oldatok — adásuk esetén — az agy-oedema el-leni küzdelemben, megelőzésében is szerepet ját-szanak.

A traumát követő agy-oedema megelőzéséről és kezeléséről eddig elmondottak egy esetben ki-egészítésre szorulnak. Mégpedig akkor, ha a ko-ponya-agy sérülést kísérő szív-megállás vagy lég-zésbénulás miatt resuscitációt kellett végeznünk. Ilyenkor az agy sérülése miatt fellépő agy-oede-mához a szervezet, így természetesen az agysejtek különböző mértékű és tartamú anoxiája, hypoxiá-ja révén kiváltott jelentős oedema-képződés is tár-sul; az agy-oedema — ezzel párhuzamosan az int-racranialis nyomásfokozódás is — lényegesen gyor-

sabban alakul ki. Ezekben az esetekben már a resuscitációt követően, tehát esetleg már az elsősegélynyújtáskor, de a szállítás alatt mindenképpen el kell kezdenünk a dehydrálást Na-bicarbonát oldat adása mellett. Elsősorban 20%-os Mannitol vagy 40%-os Sorbit oldatból adjunk intravenásan 200–250 ml-t, általában 25–30 perc alatt. Plasmapótlásoknak a keringés zavara miatt szükségessé vált alkalmazása esetén a dehydráló oldatok kisebb mennyisége is elegendő lehet. Kezelésünket ezenkívül esetenként 5–10 mg Dexamethason (Oradexon) adásával is támogathatjuk, amely gátolja az oedema-képződést.

Összefoglalás. A súlyos koponya-agy sérültek magas mortalitásának csökkentése, therapiás eredményeink javítása érdekében a végleges, intézeti ellátás színvonalának emelése mellett szükségesnek látszik a súlyos sérültek korábbi, megelőző kezelésének — tehát az elsősegélynyújtás során és a szállítás alatti ellátásának javítása is. Ezen rövidebb-hosszabb időszak alatt ugyanis döntő változások, esetleg végleges agykárosodások jöhetnek létre elégtelen kezelés esetén. A szerző az azonnali, tulajdonképpen a reanimatio során általánosan ismert és elfogadott teendőink mellett a kórkép további lefolyásában gyakran döntő jelentőségű speciális teendőkre, feladatokra hívja fel a figyelmet saját tapasztalatai alapján.

IRODALOM: 1. Aldman, B.: J. Trauma. 1970, 10, 921. — 2. Baethmann, A. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1970, 95, 1020. — 3. Böck, F. és mtsai: Mschr. f. Unfallh. 1972, 75, 408. — 4. Feupel, G.-K., Schürmann: Med. Klin. 1974, 69, 43. — 5. Fox, J. L. és mtsai: J. Neurosurg. 1971, 34, 506. — 6. Frajerkmann, A. P. és mtsai: Hirurgija. 1970, 46, 33. — 7. Frowein, R. A.: Arch. klin. Chir. 1964, 308, 276. — 8. Frowein, R. A. és mtsai: Zbl. Neurochir. 1964, 25, 39. — 9. Grote, W. és mtsai: Münch. med. Wschr. 1972, 114, 849. — 10. Huber, P.: Zerebrale Angiographie beim frischen Schädel-Hirn-Trauma. G. Thieme Verl. 1964. — 11. Hügin, W.: Therapiewoche. 1965, 15, 485. — 12. Kjellberg, R. N. és mtsai: J. Neurosurg. 1971, 34, 488. — 13. King, L. R. és mtsai: Ann. of Surg. 1970, 172, 975. — 14. Kiss J.: Orv. Hetil. 1969, 110, 2317. — 15. Künböck, J. és mtsai: Der. Anästhesist. 1971, 20, 398. — 16. Larson, C. Ph. és mtsai: Surgery. 1967, 62, 31. — 17. Lorenz, R.: Zbl. Neurochir. 1969, 30, 17. — 18. Maxwell, R. E. és mtsai: Am. Rev. of Resp. Disease. 1974, 109, 205. — 19. Moos, J. R. és mtsai: Am. Rev. of Resp. Disease. 1974, 109, 205. — 20. Redondo, J. A. és mtsai: Zbl. Neurochir. 1967, 28, 181. — 21. Reulen, J.: Zbl. Neurochir. 1965, 26, 232. — 22. Richter, H.: Brun's Beitr. klin. Chir. 1967, 214, 298. — 23. Schürmann, K.: Nervenarzt. 1965, 36, 141. — 24. Seeger, W.: Atemstörungen bei intrakraniellen Massenschiebungen. Acta Neurochir. Suppl. XVII. Springer, 1968. — 25. Sinha, R. P. és mtsai: JAMA. 1973, 224, 1258. — 26. Smith, H. P. R.: Injury. 1970, 2, 99. — 27. Spring, A.: Dtsch. med. Wschr. 1970, 95, 1143. — 28. Tönnis, W.: Arch. klin. Chir. 1966, 316, 323. — 29. Vopalahti, M., Troup, H.: Brit. Med. Journal. 1971, 3, 404. — 30. Zimmermann, W. E.: Der Anästhesist. 1964, 13, 122.

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: 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 ismételt.

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.

MELLÉKHATÁSOK: 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-gyógyintézeti felhasználás céljára. Lejárati idő: 2 év.

CSOMAGOLÁS: 5 × 10 ml 48,80 Ft.
50 × 10 ml 470,— Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

PH

1987

Pécsi Orvostudományi Egyetem,
Ideg-Elme Klinika (igazgató: Pálffy György dr.),
I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Jávor Tibor dr.),
Biológiai Intézet (igazgató: Tigyi András dr.)

Gyógyszerkinetikai vizsgálatok nagy dózisú (70-920 mg) atropin adása során, ³H atropin izotóp méréssel (1. A máj depó-szerepe)

Gaszner Péter dr., Past Tibor dr.,
Juhász Péter dr. és Jávor Tibor dr.

Korábban, biológiai módszerrel, megközelítő pontosságú farmakokinetikai vizsgálatok már történtek az atropin kimutatására (14, 13, 15). Az izotóppal jelzett atropin előállítására lehetővé tette pontosabb vizsgálatok végzését emberen is (9). Először a költségesebb ¹⁴C atropint (8, 10, 11), majd a kevésbé veszélyes és lényegesen olcsóbb, de munkaigényes ³H atropin izotóptechnikát alkalmazták (1, 16, 17). A szokásos, még therapiásnak tartott 1-2 mg-os egyszeri intravénásan adott atropin kinetikája ismert (2, 10). Nagy dózis kinetikáját — melyet a gyógyszer-tankönyvi adatok alapján lethálisnak tartanak, de a pszichiatriai kezelés során egyes intézetekben (4, 6, 7 stb.) rutinszerűen alkalmaznak — idáig csak állatkísérletekben nyert adatok (1, 5, 15, 16, 17) alapján vonatkoztatták az emberi szervezetre.

Klinikánkon a pszichiatriai betegeken már hatodik éve alkalmazott atropin-coma therápia lehetőségét adott a nagy dózisú atropin kinetikájának tanulmányozására. A vizsgálatok során magyarázatot szeretnénk volna kapni arra a kérdésre, mi az oka annak, hogy az atropin-comát okozó dózis az egyes betegeken más és más, és hogy a gyógyszer iránti érzékenység a kezelése során növekszik, illetve csökken (7).

Beteganyag és módszer

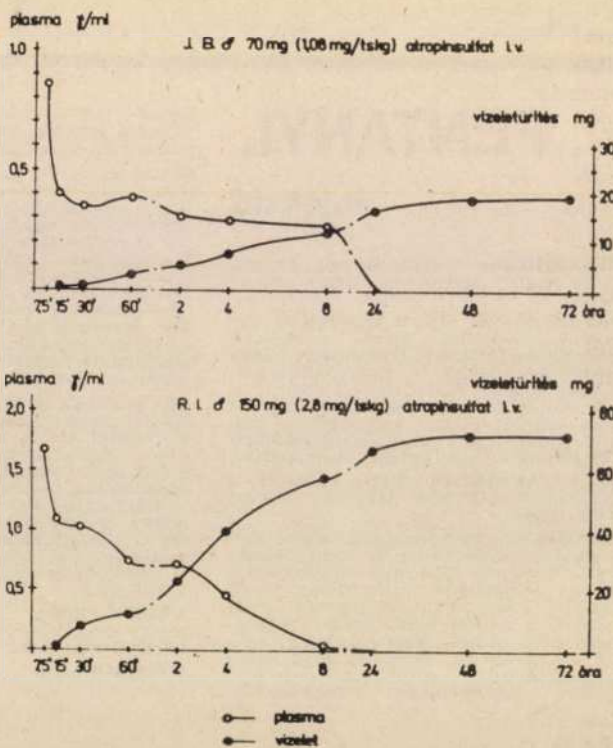
Tizenöt atropin-coma therapiában részesült beteg végzettünk vizsgálatokat. A 7 nő és 8 férfi élet-

kora 19 és 53 év között volt, átlagos életkoruk 37,5 év. Kórisme szerinti megoszlásuk: 13 schizophren, 1 psychopata, 1 epilepsiás schizoid psychosisos. A betegek a kezelés időpontjában más gyógyszert nem fogyasztottak, az atropin-coma kezelést éhomi állapotban végeztük. A részletes cardiológiai, máj- és vese-functiók vizsgálatok, valamint a belgyógyászati rutin vizsgálat kóros eltérést nem mutattak. A serum összfehérje szintje minden betegben normális volt, ugyanígy a capillaris vér pH-ja is.

A gyógyszeradás előtt 100 μ Ci ³H atropin izotóppal (Radiochemical Centre, Amersham, England, fajlagos aktivitás: 138 mCi/mmol) gondosan elegyítettük a kezeléshez szükséges 0,5%-os atropinszulfát oldatot. Mivel a betegek gyógyszerérzékenysége más és más volt — a coma eléréséhez egyes esetekben 70 mg, más esetben 920 mg atropinszulfát beadására volt szükség —, különböző mennyiségben adtuk az atropint. Ezt az elegyet, mely tehát az egyes betegek érzékenységétől függően más és más hígításban tartalmazta az aktív atropint, a korábban leírt elvek szerint (7) két perc alatt adtuk a könyök vénába. Az izotópoldat 20 μ l mennyiségét — a mérések során — kontrollként használtuk. A gyógyszer beadását követően 5-17 perc után állt be a coma.

A gyógyszer beadásától számított 7,5-15-30-60 perc, 2-4-8-24 óra után vérmintákat vettünk a könyök vénából (heparinózott kémcsőbe, és centrifugálással azonnal szétválasztottuk az alakos elemeket és a plasmát); a 15-30-60 perces és a 2-4-8-24-48-72-96 órás vizeletmennyiségeket külön vizsgáltuk. Öt betegről duodenum-szondán keresztül különböző időpontokban epét nyertünk. Tíz betegről a gyógyszer beadása után 1 vagy 2 órával liquorvétel történt, további öt betegben a 30., a 60. percben és a 8. órában végeztünk lumbalpunkciót. (Egyes esetekben az amúgy is szükséges liquor-vizsgálatot az atropin-coma alatt vagy az után végeztük.)

A vizsgálati anyag 1 ml-ét (plasma, vizelet, epe, liquor) 1 ml 30%-os hydrogenperoxiddal, majd 1 ml 40%-os NaOH-dal szintelenítettük és roncsoltuk, thermostatban beszárítottuk, ehhez adtuk a Kinard scintillációs folyadék 10 ml-ét (5:5:3 térfogatú dioxan-



1/a-b. ábra.

Plasma atropin szint vizelet atropinürítés változása atropin coma során (³H Atropin)

¹ 2,5-difenil-oxazol.

² 1,4-bi-(2-)-5-fenil(oxazolil) benzén.

	D* (mg/kg)	C _{Bmax} (γ/ml)	V _L (l)	Δ	C dt (μg h/ml)	η ^o	a (mg/h)	m, dt (mg/h)
Átlag ± szórás	5,98 ± 249	5,23 ± 1,98	68,3 ± 12,4	1,12 ± 0,29	16,9 ± 3,7	62,4 ± 14,2	0,293 ± 0,103	250,3 ± 32,1
Szélső értékek	1,08—11,9	0,75—12,17	35,0—179,5	0,53—2,67	2,5—39,5	28,—87	0,104—1,020	23,5—483,0

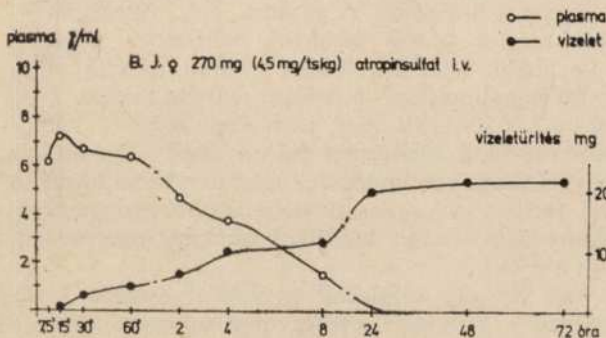
* A rövidítéseket l. a szövegben.

xilol-abs. etanol elegy 1000 ml-éhez 80 g naftalin, 4 g PPO¹, 150 mg POPOP²). A minták radioaktivitását LS-230 Beckman-készülékkel határoztuk meg. Az eredményeket az erősen meglúgosított 2 ml-nyi vizsgálati anyagok — nagy mennyiségű nem aktiv atropinszulfáttal történt kezelését követően — háromszori benzolos kirázása után, a benzolos oldat aktivitásának vizsgálatával hasonlították össze. A beadott 100 μCi ³H atropin izotóp és a 0,5^o-os inaktív atropinszulfát elegyből 20 μl mennyiség aktivitását hasonló körülmények között mérve, az eredményeket corrigáltuk.

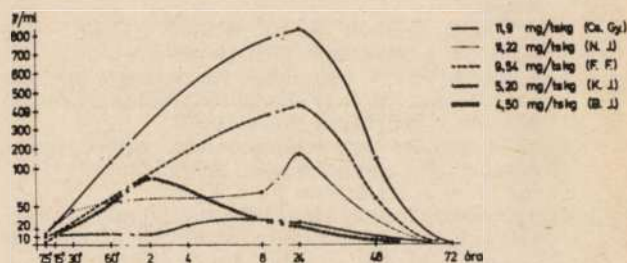
Az atropint és bomlástermékeit (tropin, tropasav stb.) a vizsgálati anyagok papír-chromatographiás futtatásával választottuk szét. Whatman 2-es szűrőpapíron ecetsav-n. butanol-dest. víz 1:5:5 elegyével 8 órán keresztül felszálló futtatást végeztünk. Kalszer módszere szerint az alkohollal kezelt plasma, epe, vizelet és liquor felülúszójának 1 ml-ével, 1 ml 0,5^o-os atropinszulfát kontrollja mellett. Dragendorff-reagens (3) jelzése alapján meghatároztuk az atropin (10, 1, 16, 2) és bomlástermékeinek (tropin, tropasav stb.) futtatási helyét, majd ezeket a területeket a chromatographiás szalagból kivágva, 7 ml scintillációs folyadékkal mértük a beütések számát; ennek alapján meghatároztuk az atropinnak és bomlástermékeknek egymáshoz viszonyított arányát.

Eredmények

Az atropin plasmaconcentrációja, a gyógyszer beadása után mért első vizsgálat során volt a legmagasabb, 9 esetben ezután fokozatosan csökkent és a 24. órában gyakorlatilag nullára esett (1/a-b. ábra). Hat esetben azonban a 15—30. percen észleltük a koncentráció maximumát (2. ábra). Az atropinszint fokozatos csökkenése mellett három betegen a 8. órában kiugrás jelentkezett, négy másikon viszont az első két órában nagyobb ingadozások nélkül csaknem a változatlan kiindulási értékeket találtuk. A maximális plasma atropinszint alapján határoztuk meg a virtualesis folyadéktereket (Krüger—Thiener módszer szerint). Ez az egyes betegeken nagy szórást mutatott: 179,5 ± 35,0 liter volt. A plasma-szint, a maximális érték felét 30 perc—4 óra között érte el, a betegek több mint felében 4 óra alatt.



2. ábra. Plasma atropin szint, vizelet atropinürítés változása atropin coma során (³H Atropin)



3. ábra.

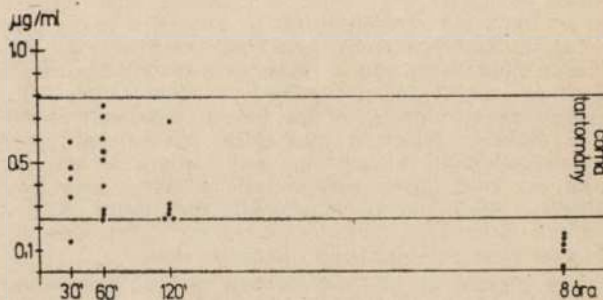
Az epe-atropin koncentráció változása atropin coma során (³H Atropin)

A vizeletben már az első 15 percen is nagy mennyiségben volt észlelhető aktivitás. A vesén keresztül kiválasztott atropin és bomlástermékek össz mennyiségének fele a negyedik óráig kiürül, a további ürülés fokozatosan lassul, a 3. naptól kezdve gyakorlatilag nincs izotóppaktivitás a vizeletben. A beadott összdosís 28—87^o-a, átlagosan 65^o-a ürül a vesén keresztül (1/a-b. ábra, 2. ábra). A vizelet atropin kiválasztás ütemében is észleltünk időszakos kiugrásokat (7 eset), mely párhuzamos volt a plasmában észleltekkel.

Jelentős atropinmennyiség választódik ki az epével; itt a 24. órában mértük a legmagasabb koncentrációt, de a 3. napon is találtunk kis izotóppaktivitást a vizsgált anyagban (3. ábra).

A liquor atropinszint az igen különböző dosis: 1,08—11,22 mg/tskg mellett aránylag szűk határok között változott. A comás állapotban nyert vizsgálati anyagban: 0,24—0,75 γ/ml-t mértünk. Öt mért esetben a kezdeti magas liquorconcentráció a coma megszűnte után, a 8. órában igen alacsony értékre esett (4. ábra).

Az atropin és bomlástermékei arányát a plasmában vizsgálva az első óra után 10—15^o-ban, a vizeletben 15—20^o-ban, az epében 15—30^o-ban észleltünk tropint, tropasavat és egyéb bomlásterméket, a liquorban ez az érték a 8. órában is 10^o alatt volt.



4. ábra.

Liquor atropin-concentráció atropin coma során (³H Atropin) (70—920 mg atropinszulfát iv.)

A fenti adatok birtokában a következő kérdéseket vizsgáltuk (táblázat):

Van-e összefüggés:

1. a szükséges dosis ($D = \text{mg/kg}$) és a kialakult maximális vér-concentratio (C_{Bmax}) között.
2. a vérszintgörbék alapján számított látszólagos megoszlási térfogat ($V = 1$) és a szükséges dosis között.
3. a megoszlási állandó (Δ) és a szükséges dosis között.
4. a vérszintgörbék alatti terület ($C \text{ dt} = \gamma \text{ h/ml}$) és a szükséges dosis között.
5. a vizeletben t időpontig visszanyert ($\eta = \%$ -ban) anyag és/vagy metabolitjainak mennyisége és a szükséges dosis között.
6. az integrális vizeleteliminációs görbe utolsó egyenes komponensének meredeksége ($a = \text{mg/h}$) és a szükséges dosis között.
7. a vizelet eliminációs görbén a szer és/vagy metabolitjai recirculációjára utaló, az átlagos lefutásból kiugró terület ($m \text{ dt} = \text{mg h}$) és a szükséges dosis között.

Az első hat feltételezés nem állja meg a helyét: nem mutatható ki összefüggés a dosis és a fenti kinetikai jellemzők között, significans eltérés nincs. Laza összefüggés tapasztalható a 7. pont jellemzői között. Megjegyezni kívánjuk, hogy ezen összefüggés feltehetően a dosis növekedésének következménye és nem magyarázza a coma eléréséhez szükséges, egyénenként változó dosis-igényt.

Megbeszélés

Adataink alapján az egyes betegek comás állapotának eléréséhez szükséges eltérő dosis-igény kinetikai okokkal nem magyarázható megnyugtatóan.

A plasma-szintben és vizeletkiválasztás ütemében időszakosan jelentkező concentratio-kiugrások, valamint a virtualis folyadékterek magas értékei is alátámasztani látszanak azon feltételezést, hogy a farmakonok és metabolitjainak jelentős hányada tárolódik, elsősorban a májban. Felvetődik annak lehetősége is, hogy a *máj időlegesen jelentős mennyiségű atropint képes tárolni*. A fentieket igazolja, hogy a megvizsgált esetekben az epe farmakon és metabolitjainak maximális concentratioja négy esetben a 24. órában észlelhető, és igen jelentős értéket érhet el (0,84 mg/ml).

A máj depó szerepét állatkísérleti adatok alapján Albanus és mtsai (1) és Winblad (16) is feltételezték, mivel a májban és az epében magas atropintartalmat találtak kutyákon, nagy dosisú atropin parenterális adását követően. Emberben a szokásos, terápiásnak tartott 1–2 mg atropinszulfát parenterális adása után a tárolási mechanizmus nem észlelhető (10, 2). Lényeges különbség van a plasmaszint változásában a „kis” és „nagy” dosisú illetően: az utóbbi után elhúzódóbb az eliminatio, 2 óra helyett általában 4 óra után csökken felére a maximális concentratio, 5–6 óra helyett pedig 24 óra után esik nullára az atropinszint. Az 1–2 mg-os atropindosis adásakor nem észlelhető a késői plasmacentratio maximum, mely a *májnak mint depó-szervnek egyes esetekben igen kifejezett farmakon-„elszívó” hatására utal*.

A plasma az első két órában atropin bomlástermékeket alig tartalmaz, de a 8. órában — a concentratio-kiugrást produkáló esetekben feltűnően — ez 20%-ot is meghaladhat, mely a májból és epéből történő recirculációt bizonyíthat. Erre utal, hogy az első

óráktól fokozatosan növekvő bomlástermék arány az epében a 8. órában elérheti a 30%-ot is, de további növekedés már 2–3 nap után sem észlelhető. Ez a lelet egyben ellene szól annak a feltételezésnek, hogy az emberi szervezetben van atropinesterase (mely egyes állatokban kimutatható [12]). Kutyákon, patkányokon az atropin bomlástermékei mind a plasmában, mind az epében magas százalékokat érnek el nagy dosis adása után (5, 2, 1, 16). Eseteinkben a vizelet szintén csak kis mennyiségben tartalmaz tropint és tropasavat. Ez arra utal, hogy egyszeri nagy dosis adása után a tropinesterase enzim az atropinnak csak igen kis mennyiségét tudja bontani.

Az atropin legnagyobb része, változatlan formában a vesén át ürül ki. Fontos tehát az atropin-coma therapia megkezdése előtt a vese-funkciós vizsgálatok elvégzése. Erősen beszűkült *glomerulus filtratio contraindicalja az atropin kezelést*. Ugyanakkor a máj-funkció romlása — pl. alcoholos máj-cirrhosis esetén — nem okoz elhúzódó comát, amint ezt tapasztalatunk is bizonyította (7).

A heti 2–3 atropin-coma kezelés gyakoriságát növelve szaporodnak a szövödmények (4, 6). Ennek magyarázatát a kinetikai vizsgálat adja meg. Három nap alatt ürül ki az atropin — nagy dosis parenteralis adása után — a szervezetből. Naponta-kétnaponta végezve a kezelést cumulatio és chronicus atropinmérgezés alakulhat ki. Szükséges a gyógyszer teljes kiürülését megvárunk a tolerancia esetleges fokozódása miatt is, mely a dosis emelését teheti szükségessé (4).

Az egyes betegek igen eltérő atropinérzékenysége magyarázatul nem kinetikai okok, vagy nemcsak tisztán szokványos kinetikai okok szolgálnak. Az atropin disszociációja sem okoz ilyen nagy szórást, hiszen a teljesen azonos vér pH mellett igen eltérő volt, a comás állapot eléréséhez szükséges, atropinszulfát (mg/tskg) mennyisége.

Magyarázatot adhat az eltérő dosis-igényre a liquor atropin-concentratioja, mely — bár az atropinszulfát beadott mennyisége 70 és 920 mg között változott — a coma alatt csak szűk határok között ingadozott. Ezen megfigyelés felveti annak lehetőségét, hogy az egyes betegek vér-agyagát atropint átértesztő képessége igen különböző. (A liquor-vizsgálati eredményeket részletesen későbbi munkában tárgyaljuk.)

Összefoglalás. Szerzők atropin-coma terapiában részesült pszichiatriai esetekben ^3H izotóppal jelzett atropin segítségével vizsgálták az iv. adott egyszeri nagy dosisú (70–920 mg) atropinszulfát gyógyszerkinetikáját. A plasma, epe, vizelet és liquor mérési adatai bizonyos mértékben eltérnek a korábban leírt kis dosisú atropin kinetikájától. A farmakokinetikai mérések alapján — az 1–2 mg-os kis dosisnál még nem észlelhető —, depó-mechanismust tételeznek fel; a depó szerepét, az epevizsgálati eredmények alapján, feltehetően a máj játssza. Az egyes betegek eltérő gyógyszerérzékenységét tisztán kinetikai okokkal magyarázni nem tudták.

Az atropin vizelettel és epével történő kiválasztása a 3. napon szűnik meg teljesen. Ezért a cumulatio — a chronicus mérgezés —, valamint az erőteljes tolerancia kialakulásának elkerülésére a 3–4 naponta végzett kezelést javasolják.

IRODALOM: 1. *Albanus, L. és mtsai*: Acta Pharmacol. 1968, 26, 571. — 2. *Albanus, L., Sundwall, A., Vangbo, B.*: Acta Pharmacol. 1969, 27, 97. — 3. *Beiss, U.*: J. Chromatography. 1964, 13, 104. — 4. *Bilikiewicz, T.*: Ann. médico-psychologiques. 1969, 127, 1. — 5. *Dettborn, W. D. és mtsai*: Neuropharmacol. 1972, 11, 727. — 6. *Forrer, G. R.*: J. Michigan State M. Soc. 1950, 49, 184. — 7. *Gaszner P.*: Ideggy. Szemle. 1974, 27, 172. — 8. *Gosselin, R. E. és mtsai*: J. Pharmacol. Exp. Ther. 1955, 121, 217. — 9. *Gosselin, R. E., Gabourel, J. D., Wills, J. H.*: Clin. Pharmacol. Ther. 1960, 1, 597. — 9/a. *Hendee, W. R.*: Radioactive iso-

topes in biological research. Wiley, New York, 1973. 189. — 10. *Kalser, S. C.*: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1971, 179, 667. — 11. *Kalser, S. C., McLain, P. L.*: Clin. Pharmacol. Ther. 1970, 11, 214. — 12. *Moog, P., Kirsch, K.*: Hoppe-Seyler's Z. Physiol. Chem. 1974, 355, 529. — 13. *Mózsik Gy., Jávorka T.*: Kísérlet. Orvostud. 1965, 17, 213. — 14. *Pulewka, P.*: Arch. Exp. Path. 1932, 168, 307. — 15. *Thonnesen, M.*: Acta Pharmacol. 1950, 6, 147. — 16. *Winblad, B.*: Acta Pharmacol. 1973, 32, 46. — 17. *Witter, A., Slangen, J. L., Terpstra, G. K.*: Neuropharmacology. 1973, 12, 835.

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

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

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

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

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

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

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján 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)



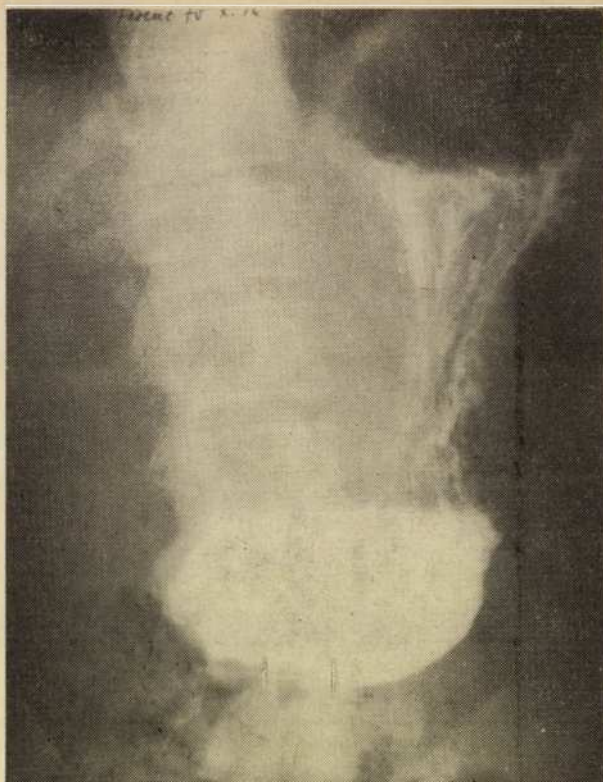
Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Sebészeti Klinika (igazgató: Stefanics János dr.)

A gyomor- és a vékonybél motilitás változásai vagotomia után

Ihász Mihály dr., Wachtl István dr.,
Réfi Miklós dr., Kriváchy Péter dr.
és Batori József dr.

A vagotomia alkalmazásának terjedésével radiológiai vonatkozásban az a kérdés vetődött fel, hogy e beavatkozás után milyen mértékben változik meg a gyomor és vékonybél motoros működése (6, 9, 14, 16), milyen klinikai megnyilvánulásai vannak ezen funkciózavaroknak, és az észlelt változások mennyi ideig figyelhetők meg. Mivel a truncalis vagotomia nemcsak a gyomor motoros, de a vékonybél parasymphathicus beidegzését is megszünteti, nem elhanyagolhatók az intestinalis tractuson észlelt röntgenelváltozások sem.

A gastrointestinalis tractus motilitás-zavarainak megítélése nem könnyű feladat. A vagotomia utáni motoros változások terén pedig még nem is rendelkezünk kellő röntgenvizsgálati tapasztalattal. Legtöbb szerző azonban egyetért abban, hogy truncalis, de selectiv vagotomia után is a vagus motoros rostjainak átvágása a gyomor ürülési zavarát, dilatációját, atóniáját okozhatja (3, 4, 12, 20, 27, 31, 32, 36, 40). Ezzel szemben *Louckes, H. S. és mtsai* (24) vagotomia után a gyomor tónusában és ürülésében nem észleltek változást, sőt *Postlethweit, R. W. és mtsai* (30) a tónus fokozódásáról számolnak be. Figyelembe véve az ellentétes irodalmi adatokat, valamint azt a tényt, hogy vagotomizált betegeinken — szemben a Billroth I. és Billroth II. műtétes betegeinkkel — a korai postoperatív szakban gyakrabban kényszerülünk decompressió kezelését alkalmazni, rendszeres röntgenvizsgálatokat végeztünk arra vonatkozóan, hogy a vagotomia milyen mértékben változtatja meg a gyomor motoros működését, és az észlelt változások mennyi ideig állnak fenn. Van-e különbség a gyomor ürülési idejében a selectiv és truncalis vagotomia között; milyen mértékű az ürülési zavar a különböző plasztikai, ill. kombinált műtétek után. Az ürülési időre vonatkozóan összehasonlítható vizsgálatokat végeztünk egészséges egyének és Bill-



1. ábra.
Durva nyálkahártya-rajzolat, fokozott secretióra jellemző intermediér réteg (postoperatív szak, 12. nap)

roth II. műtétes, valamint vagotomizált betegeink között. A vizsgálat során figyelemmel kísértük a vékonybél-motilitás változásait is. Vizsgálatainkhoz a hagyományos báriumpepet (Ba. Sulf. puriss. p. rtg) használtuk, 350 ml mennyiségben.

Vizsgálati módszer és eredmények

Mivel a vagotomizált gyomron észlelhető elváltozások aszerint különböznek, hogy a röntgenvizsgálat a műtét után mennyi idővel történik, betegeinket — a 154 vizsgálat elvégzése alapján — két csoportba osztottuk.

1. Korai időszakban (10—21 nap) végzett vizsgálatok: 64 eset (39 vagotomia és pylorusplastica, 25 kombinált műtét).

2. Késői időszakban (átlagban hat hónap) végzett vizsgálatok: 90 eset (52 vagotomia és pylorusplastica, 38 kombinált műtét).

1. **Korai időszak:** az irodalomból ismeretesek olyan közlemények, ahol az első vizsgálatokat már a műtét utáni 1—7. napon elvégezték. Mi morális okokból az ilyen korai vizsgálatoktól eltekinttünk, és azokat csak a postoperatív szak 10—21. napján végeztük azon betegeken, akiket klinikailag gyógyultnak tekintettünk.

A vagotomia és pylorusplastica után végzett röntgenvizsgálataink során a gyomor motilitáscsökkenését és jellegzetes alakváltozását tapasztaltuk. A perisztaltikák renyhék, sekély hullámúak voltak. Hasonlóan *Vadon G. (41)* megfigyeléséhez, gyakran ún. álló perisztaltikákat figyelhettünk meg. A gyomor egyénenként változó fokban, de mindig tágult volt, viszonylag nagy lég-hólyaggal és secretió réteggel (1. ábra). A kont-

rasztanyag néha a gyomorban pangó ételmaradékkal keveredett. Az ürülés jelentősen lelassult, nem ritkán csak a második órában indult meg. Az antrum kissé megnyúlt. Néhány betegen nyitott, tág cardiát láttunk. A gyomor tónus- és formaváltozása mellett a korábbi pylorus-csatorna területén típusos morphologiai elváltozásokat észleltünk, amelyek a plastica következményeinek minősíthetők (2. ábra). A pylorus helyén széles, ún. gastro-duodenalis csatornát láttunk, mely konstansan tág,



2. ábra.
Deformált praepyloricus antrumszakasz. A nagygyömbületi oldalon tasakképződés, ún. „pseudoverticulum” látható (postoperatív szak, 12. nap)



3. ábra.
A corpus területén durva nyálkahártya-rajzolat, fogazott nagygyömbület. A duodenum leszálló szárá tágult, atoniás (postoperatív szak, 6. hónap)

nyitott volt, a pylorusra jellemző intermittáló zárás nélkül. A plastica helyének megfelelően tasak képződést, diverticulumszerű kiöblösödést figyelhattunk meg, melyet az irodalom „Heinecke—Mikulicz-diverticulum” vagy „Dackel Ohren” néven ismer (2. ábra). Pár alkalommal a duodenum felső vízszintes és leszálló szárának tágulatát, atoniáját is tapasztalhattuk. Ugyanez néha a későbbi időszakban is látható volt (3. ábra).

A peristaltica és az ürülés szempontjából a truncalis és selectiv vagotomizált betegeinket különös figyelemmel kísértük. A két csoport között sem a gyomor tágulatában, sem a peristaltica intenzitásában, de az ürülés fokában sem észleltünk különbséget.

A két típusú pylorusplasticát összehasonlítva, az a tapasztalatunk, hogy a Heinecke—Mikulicz és a Finney-pylorusplastica között — az ürülésre vonatkozóan — nincs érdembeli különbség.

A kombinált műtétek után a gyomorcsonk tónusában, motilitásában és a secretio felgyülemelésében is hasonló változásokat észleltünk, mint a nem resecált betegeken. A gyomor ürülése azonban viszonylag hamarabb indult meg, és az intenzívebb volt, mint a plasticázott csoportban.

Hangsúlyozni szeretnénk, hogy tapasztalataink ugyan általános jellegűek, de néhány betegen — eltekintve a gyomor formaváltozásától — meglepően kismértékű motoros zavart észleltünk. Ezen betegeken elvégeztük a Hollander-próbát, amely negatív eredményt adott, vagyis a vagotomia — legalábbis a korai szakban — komplettnek bizonyult. Pár alkalommal viszont meglepő volt számunkra az átlagnál nagyobb gyomortágulat és pangás, valamint a feltűnően lassú ürülési röntgenkép és a beteg általános állapota, panaszmentessége közötti discrepantia. Ez arra figyelmeztet, hogy a röntgenleletet a klinikai képpel együtt kell értékelni.

A vékonybélmotilitás-változás terén nyert megfigyeléseink a következők: általában a peristaltica a szokottnál renyhébb volt, a bélkacsok helyenként különböző fokban kitágultak. A tágulat különösen feltűnő volt a vékonybél felső szakaszán. Nem volt ritka az olyan eset sem, amikor éppen ellenkezőleg, egyes vékonybélrészletek spasmusát figyelhattuk meg. A nyálkahártya képe enteritisre volt jellemző. A báriumpépnek a gastro-duodenalis átmenettől az ileocecalis szájadékig történő áthaladási ideje igen változó volt. Az általános tapasztalatunk azonban az, hogy a vékonybél-motilitás csökken, és a transit-idő megnyúlik. Mindezen vékonybélzavarok, ha kisebb mértékben is, de selectiv vagotomia után is fennállottak.

2. A késői időszakban (6 hónap) végzett vizsgálatok. A korai postoperatív szakban a pylorusplasticázott betegekre olyan jellemző gyomortágulat ezen időre nagyrészt rendeződött. A contractiós aktivitás fokozódott, de ennek ellenére gyakori volt az effectus nélküli peristaltica, amely az antrum nagygyömbületi oldalán haladt végig. A secretiós réteg lényegesen csökkent. Viszont gyakori volt a gastritises gyomornyálkahártya kép. A formaváltozások kifejezettebbek lettek; az antrum megnyúlt, és a gyomor alsó pólusa magasabbra került. A korai időszakban a gastroduodenalis átme-

Vagotomizált betegek gyomorürülési idejének összehasonlító vizsgálatai műtét után 6 hónappal

Vizsgált csoportok	Esetek száma	Gyomorürülés/óra			
		1	2	3	4
Egészséges egyének... Billroth II. resectio után.....	10 20	70% 70%	90% 95%	100% 100%	100% 100%
Truncalis vagotomia + antrectomia után (Billroth II. rekonstrukció).....	30	30%	60%	100%	100%
Truncalis vagotomia + pylorusplastica után	20	10%	25%	85%	90%
Selectiv vagotomia + pylorusplastica után	20	10%	25%	85%	90%

net területén látható és olyan jellemző pseudovericulum visszafejlődött, és helyén csak egy lényegesen kisebb telődési fülke volt látható. Ilyen esetekben elkerülhető a téves röntgen-diagnózis, ha ismert a korábbi műtéti megoldás.

A kombinált műtétes betegek röntgenvizsgálata érdembeli eltérést nem mutatott. A kép a hagyományos Billroth II. resectio utáni állapotnak felelt meg.

A gyomorürülési időre vonatkozóan összehasonlító vizsgálatokat végeztünk egészséges egyének, Billroth II. resectio utáni és különböző vagotomizált betegek között (1. táblázat). Mivel vizsgálatainkat a hagyományos módszerrel végeztük, a százalékos adatok csak hozzávetőlegesek. A táblázatból azonban az egyértelműen kiderül, hogy az ürülés truncalis, ill. selectiv vagotomia és pylorusplasticát követően még a műtét után fél évvel sem rendeződik teljesen.

A gyomorürülési idő vagotomia és antrectomia után 6 hónappal azonos volt a Billroth II. műtét utáni ürülési idővel (1. táblázat).

Ezen időszakban is összehasonlító vizsgálatokat végeztünk arra vonatkozóan, hogy a különböző típusú pylorusplastica befolyásolja-e az ürülési időt (2. táblázat). Vizsgálataink szerint a két típusú pylorusplastica között az ürülési idő tekintetében nincs különbség, de különbség van e két csoport és a csak resectált, valamint a resectált és vagotomizált csoport ürülési értékei között. Bár a 2. táblázat adatai szerint úgy tűnik, hogy a nagyobb átjárhatóságot biztosító Finney-plastica után némileg lassúbb az ürülés, de ennek megállapítása csak pontosabb vizsgáti módszerekkel volna lehetséges.

Az intestinalis tractuson — a késői időszakban végzett vizsgálataink során — a viszonylag gyakoribb enteritises nyálkahártya röntgenképén kívül egyéb eltérést nem észleltünk.

Dragstedt, L. R. és mtsai (5) klinikai megfigyeléseik alapján elsőként hívták fel a figyelmet arra, hogy a n. vagus átvágása gyomor-stasist, retentiót és atoniát okoz. A későbbi klinikai vizsgálatok nagyrészt igazolták Dragstedt és mtsai megfigyeléseit (3, 4, 12, 19, 21, 31, 32, 35, 39, 40). A hazai irodalomban elsőként Hedri E. és mtsai (15) számoltak be a vagotomiát követő gyomorürülési és vékonybél-motilitási zavarokról.

Az irodalom nem egységes atekintetben, hogy az ürülésben van-e különbség a truncalis és selectiv vagotomia között. Czarnetzki, H. D. és mtsai (4) szerint truncalis vagotomia és pylorusplastica után jelentősebb az ürülési zavar, mint selectiv vagotomia és pylorusplastica után. Shiina, E. és Griffith, C. A. (34) is fokozottabb stasist észleltek truncalis vagotomia után. Ezzel szemben Wilbur, B. G. és Kelly, K. A. (42) radioisotopos vizsgálatai szerint az ürülési idő a két különböző típusú plastica után azonos volt. McKelvey, S. T. D. (21) betegeken végzett vizsgálatai is ezen utóbbi szerzők megfigyeléseit erősítik meg. Saját vizsgálati eredményeink szerint a két vagotomia típus között — az ürülésre vonatkozóan — nincs significans különbség, vagy a jelenlegi radiológiai módszerünk annak kimutatására nem alkalmas.

További kérdés, hogy a röntgenvizsgálat igazolta ürülési zavarának milyen jelentősége van a betegágy mellett. A 470 vagotomizált betegünk vizsgálata alapján szerzett ilyen irányú tapasztalataink a következők: vagotomia és pylorusplastica, valamint vagotomia és resectio után — ha a folytonosságot Billroth I. szerint állítjuk helyre — rutinszerűen decompressiót alkalmazunk. A leszívás átlagos időtartama 4–5 nap. A leszívott gyomortartalom napi mennyiségének átlaga 500 ml. Csúpan 23 (4,81%) olyan betegünk volt, akiken huzamosabb ideig kellett decompressiót alkalmazni, közülük haton 14 napon túl. Egy betegünk volt, akiben 8 hét után sem indult meg a gyomorürülés, és reoperációt kellett végezni.

A betegágy mellett szerzett tapasztalataink tehát azt mutatják, hogy a röntgenvizsgálattal igazolt jelentős gyomorürülési zavar és a klinikai kép nincs egyenes arányban. A röntgenkép alapján nagyobb mennyiségű leszívással, és főleg huzamosabb ideig fennálló ürülési zavarral kellene számolnunk, pedig ezek jelentősége a gyakorlatban alig több, mint a hagyományos gyomorműtétek után.

Nincsenek pontos adataink arra vonatkozóan sem, hogy a röntgenvizsgálattal kimutatható ürülési zavarok mennyi ideig állanak fenn. Shiina, E. és Griffith, C. A. (34) kísérleti vizsgálatai szerint vagotomia után két hónappal a gyomor ürülése

Pylorusplastica hatása a gyomor ürülésre vagotomia után 6 hónappal

2. táblázat

Pylorusplastica fajtája	Esetek száma	Gyomorürülés/óra			
		1	2	3	4
Heinecke— —Mikulicz-féle	20	10%	30%	90%	90–95%
Finney-féle	20	0–10%	20%	80%	80–90%

már nagyrészt normalizálódik. *Grinberg, A. A. és mtsai* (12) klinikai vizsgálatai szerint ez az idő 3–6 hónapra tehető. *Cowley, D. J. és mtsai* (3) ugyancsak klinikai vizsgálatai szerint az ürülési zavar a 4. hónapban még fennáll, de a műtét után egy évvel már nem. Vizsgálataink szerint az ürülési zavar a vagotomiát és pylorusplasticát követő 6. hónapban — teljes panaszmentesség mellett — még kimutatható. Betegeink közül 29-en a későbbiekben is végeztünk vizsgálatokat, de az időpontok közötti több hónapos eltolódások az elfogadható általános értékelést nem teszik lehetővé, azonban valószínűnek tartjuk, hogy 8 hónap után az ürülési zavar a hagyományos röntgenvizsgálattal már nem mutatható ki. Amennyiben elfogadjuk *Holod, A. V. és Sztorozsenko, I. N.* (17) vizsgálati eredményeit, mely szerint gyomor-resectio után a motoros működés helyreállása már az első napon megkezdődik, és a 14–16. napra teljességgel normalizálódik, akkor semmi kétség, hogy a vagotomia — a gyomorürülés tekintetében — hátrányos helyzetben van a hagyományos gyomor-resectióval szemben.

Néhány szerző a vagotomiát követő gyomorürülés és superszensibilitás kapcsolatát vizsgálta (3, 13, 19, 39). *Tinker, J. és mtsai* (39) kutyákon és önkéntes betegeken végzett vizsgálataikkal igazolták, hogy a Cannon-féle „denervációs superszensibilitás” törvény a parasymphaticus idegrendszerre is érvényes. Megállapították, hogy vagotomia után a cholinerg hatású carbachol küszöb alatti adagja a gyomorürülést emberben és állatban egyaránt fokozza. A szerzők egyben javasolják ezen egyszerű eljárás felhasználását a vagotomia komplexitásának ellenőrzésére is, a körülményesebb és a betegekkel szembeni Hollander-teszt helyett. A gastricus ürülés gyorsulása mellett a vékonybélben is hasonló változásokat észleltek, és azt — vagotomia után — a bél egyes anyagok iránti fokozottabb érzékenységgel magyarázzák. *Cowley, D. J. és mtsai* (3) vizsgálatai szerint a carbachol a vagotomizált gyomor ürülését érdembelileg nem változtatja meg, és ezt a methodikát nem tartják alkalmasnak a vagotomia komplexitásának megállapítására.

Vagotomizált betegeink röntgenvizsgálata alapján ugyan néhány kérdést igyekeztünk megnyugtatóan tisztázni, de számos probléma — mindekenélőtt a gyomor és vékonybél ürülését szabályozó megváltozott mechanizmus felderítése — további beható kísérletes és klinikai vizsgálatokat tesz szükségessé.

Összefoglalás. A szerzők 154 vagotomizált betegük korai és késői időszakban végzett röntgen-

vizsgálatai alapján megállapítják, hogy mind a truncalis, mind a selectív vagotomia után a motilitás csökken, a peristaltica mérséklődik, a gyomor különböző fokban kitágul, és jellegzetes alakváltozások keletkeznek. A vagotomia és pylorusplastica két-két típusa között — az ürülési idő tekintetében — nincs különbség, de különbség van a két csoport és a csak resectált, valamint a resectált és vagotomizált csoport gastricus ürülési ideje között. A vékonybélben is jellegzetes változásokat észleltek, a transit-idő megnyúlt. Felhívják a figyelmet a röntgen- és a klinikai kép közötti differenciára.

IRODALOM: 1. *Ballinger, W. F., Christy, M. G., Ashby, W. B.:* Surgery. 1962, 52, 151. — 2. *Brand, G. és mtsai:* Zschr. Exp. Chir. 1972, 5, 294. — 3. *Cowley, D. J. és mtsai:* Gut. 1972, 13, 176. — 4. *Czarnetzki, H. D. és mtsai:* Zschr. Exp. Chir. 1974, 7, 363. — 5. *Dragstedt, L. R. és mtsai:* Ann. Surg. 1947, 126, 687. — 6. *Eisenberg, M. N. és mtsai:* Ann. Surg. 1969, 170, 317. — 7. *Everett, M. T., Griffith, C. A.:* Ann. Surg. 1970, 171, 31. — 8. *Everett, M. T., Griffith, C. A.:* Ann. Surg. 1970, 171, 36. — 9. *Griffith, C. A.:* Surg. clin. N. Amer. 1966, 46, 367. — 10. *Griffith, G. H. és mtsai:* Gastroenterology. 1968, 54, 2. — 11. *Griffith, G. H. és mtsai:* Lancet. 1966, 1, 1244. — 12. *Grinberg, A. A., Csernjakevics, Sz. A., Nejamu, M. I.:* Klin. Med. 1971, 52, 46. — 13. *Gutierrez, L. V., Kocak, N., Cox, A. G.:* Gut. 1971, 12, 625. — 14. *Harkins, H. N.:* Arch. Surg. 1960, 80, 743. — 15. *Hedri E., Szemző Gy., Zsebők Z.:* Orv. Hetil. 1951, 92, 1281. — 16. *Holle, F., Heinrich, G.:* Langenbeck's Arch. Klin. Chir. 1960, 280, 270. — 17. *Holod, A. V., Sztorozsenko, I. N.:* Szov. Med. 1971, 34, 120. — 18. *Isaac, F., Ottoman, K. E., Weinberg, J. A.:* Am. J. Roentgenol. 1950, 63, 66. — 19. *Jan, O., Stadaas, J. O., Aune, S.:* Arch. Surg. 1972, 104, 684. — 20. *Kaiser, Ch., Eglin, R. E., Zanoni, G.:* Helv. chir. Acta. 1972, 39, 867. — 21. *McKelvey, S. T. D.:* Brit. J. Surg. 1970, 57, 741. — 22. *Kewenter, J.:* Acta physiol. scand. 1965, 65, Suppl. 251. — 23. *Kilby, J. O., Griffith, C. A.:* Surgery. 1971, 69, 633. — 24. *Louckes, H. S., Quigley, J. P., Kersey, J.:* Am. J. Physiol. 1969, 199, 301. — 25. *Lytkin, M. I., Katajeva, G. H.:* Veszt. Hir. 1972, 8, 13. — 26. *Mason, M. C. és mtsai:* Brit. J. Surg. 1968, 55, 677. — 27. *Muren, A.:* Acta chir. scand. 1957, 112, 96. — 28. *Nagaoka, K.:* Tohoku J. Exp. Med. 1968, 95, 1. — 29. *Nelsen, T. S. és mtsai:* Arch. Surg. 1967, 94, 821. — 30. *Postlethweit, R. W. és mtsai:* Amer. Surg. 1948, 128, 194. — 31. *Rehner, M.:* Zbl. Chir. 1974, 99, 723. — 32. *Sapounov, St.:* Fortschr. Röntgenstr. 1971, 115, 423. — 33. *Sawyers, J. L. és mtsai:* Am. J. Surg. 1968, 115, 165. — 34. *Shiina, E., Griffith, C. A.:* Ann. Surg. 1969, 169, 326. — 35. *Stadaas, J., Aune, S.:* Acta chir. Scand. 1972, 136, 684. — 36. *Stavney, L. és mtsai:* J. Surg. Res. 1963, 3, 339. — 37. *Storer, E. H., Thornton, T. F., Dragstedt, L. R.:* Proc. Soc. Exp. Biol. Med. (N. Y.) 1945, 59, 141. — 38. *Sugawara, K. és mtsai:* Arch. Surg. 1969, 99, 1. — 39. *Tinker, J. és mtsai:* Gut. 1970, 11, 502. — 40. *Toriola, F., Solanke, T. F., Kolawole, T. M.:* Brit. J. Surg. 1971, 58, 193. — 41. *Vadon G.:* Magy. Sebészet. 1971, 24, 243. — 42. *Wilbur, B. G., Kelly, K. A.:* Ann. Surg. 1973, 178, 295.

Heim Pál Gyermekórház,
Toxicológiai Osztály (főorvos: Szamosi József dr.)

Hatezer gyermekkori mérgezésről

Kamarás Ilona dr., Tímár Krisztina dr.
és Hornyák Mária dr.

A gyermekkori mérgezések száma és jelentősége világszerte megnövekedett, ezt számos hazai és külföldi szerző egyértelműen bizonyítja (1, 4, 8, 18, 47, 48, 49). A balesetek, ezek között a mérgezések miatti halálos esetek száma is emelkedő tendenciát mutat (11, 14, 15, 19). Jelentős változás következett be az utóbbi években: megváltozott a mérgezések jellege, a mérgezést okozó anyagok minősége és megoszlása. Amíg pl. 20–30 évvel ezelőtt igen nagy számban történt marólúggal mérgezés, addig napjainkban ilyen mérgezések alig fordulnak elő (4, 5, 9), viszont rendkívüli módon megnövekedett a gyógyszer- és a vegyszermérge- zések száma (2, 3, 18, 19, 21, 23, 26, 47).

Mindezek indokolják, hogy a gyermekkori mérgezések számának alakulását és megoszlását nagy anyagon vizsgálat tárgyává tegyük, az eseteket elemezzük. Erre nemcsak azért van szükség, mivel a gyermekkori mérgezések száma hazánkban és fővárosunkban is igen nagy, hanem azért is, mivel az esetek túlnyomó többségében a mérgezés megelőzhető lett volna. Közleményünk a jövőbeni praeventio céljait kívánja szolgálni.

Vizsgálati anyag

A budapesti Heim Pál Gyermekórház toxicológiai osztályának 1961. január 1. és 1970. december 31. közötti tízéves beteganyagát dolgoztuk fel. A kórlapok adatait kódolási utasítás alapján kódlapokra vittük át, ezeket a Számítástechnikai Intézet számítógépes eljárással összesítette. (Az intézet munkatársainak segítségükért ezúton is köszönetet mondunk.) Az ilyen módszerrel nyert hatalmas adattömegből jelen közleményünkben csupán a legfőbb mutatók szerinti alakulás vázlatos ismertetésére van módunk.

A vizsgált 10 éves időszakban 6353 mérgezett gyermek került osztályunkon felvételre. (A 10 év átlagában kórházunk betegforgalma évi 12 600 eset volt, a toxicológiai osztály átlagos 640 esete tehát a kórházi

betegforgalom 5%-át adta.) Ebből az esetszámból 6004 gyermek anyaga volt statisztikailag feldolgozható: 2976 fiú (49,6%), 3028 leány (50,4%).

Eseteink számának évenkénti alakulását az 1. táblázatban mutatjuk meg. Amíg az első 5 évben a mérgezetek száma 2425 (40,4%), addig a második 5 éves periódusban már 3579 (56,6%).

Az osztályra felvett gyermekek 99,3%-a valamilyen mérgezés miatt igényelt kórházi felvételt és mindössze 40 esetben (0,7%) volt erre más okból szükség. Ez utóbbiak közül elektromos áramütés miatt: 22, vízbeesés következtében: 13, strangulatio miatt: 5 gyermek állt kezelés alatt. Ezek szerint beteganyagunkat szinte kizárólag toxicológiai esetek képezik.

A mérgezések okát elemezve, azokat két nagy csoportra: *balesetekre és öngyilkossági kísérletekre* osztjuk. A balesetek közé soroljuk a *gyógyszer-cseréből* vagy *túladagolásból* származó mérgezéseket (számuk kicsi: 2%, ill. 2,4%). Adatok hiányában nem állapítható meg mindig pontosan, hogy a mérgezés véletlenre vagy valamely szándékos, a gyermek életét veszélyeztető cselekvésre vezethető vissza, azért egybevonat mint baleseteket tárgyaljuk. Más a helyzet az öngyilkossági kísérletekben, ahol a szándék előttünk is tudott. A 2. táblázat adatai szerint 4984 esetben (83,0%) baleset, 1020 alkalommal (17,0%) suicidium kísérlete volt a mérgezés oka.

A balesetek következtében létrejött mérgezések körülményeiről az egyes mérgezésfajták elemzése kapcsán szólunk. A következőkben az *öngyilkossági kísérletekről* számolunk be.

A vizsgált 10 éves időszakban 1967-ig állandóan emelkedett a suicidális kísérlet miatt kezeltetek száma, ettől az időtől kezdődően, ha kismértékben is, de csökkent. *Budapesten* — statisztikai adatok szerint — a vezető halálokok a 10–14 éves gyermekek között a gyakoriság sorrendjében: baleset, daganat, *öngyilkosság*, pneumonia. Az 1961–1970 közötti tízéves időszakban összesen 34 gyermek (19 fiú és 15 leány) halt meg ugyanebben a korosztályban öngyilkosság miatt (30, 45, 46).

Öngyilkosság, illetve öngyilkossági kísérlet elkövetése a serdülőkort még el nem ért gyermekek között aránylag ritkán fordul elő. Anyagunkban 36 gyermek kísérelte meg 10 évnél fiatalabb korban — köztük két 7 éves, és öt 8 éves volt — a kísérletet elkövetők túlnyomó többsége (főleg a lányok) már pubertás korú volt.

966 gyermek altatószerrel, elsősorban Tardylal vagy Dorlotynnal követte el tettét, a mérgezőanyag 38 alkalommal vegyszer volt, de világító- gázt (10), strangulatiót (5) és egy alkalommal a vízbeugrást is felhasználták az öngyilkossági kísérlethez.

Eseteink 52,1%-a volt orvosi szempontból súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető: a kísérletet elkövetők közül 145 gyermek eszméletlen állapotban került felvételre. Itt említjük meg, hogy a feldolgozásra kerülő 6004 eset közül 1489 gyermek került osztályunkra öntudatlan állapotban vagy tudatzavarral.

A gyermekek öngyilkossági kísérlete mindig kedvezőtlen, kárt okozó családi környezet és hibás személyiségfejlődés jele, ezekkel minden esetben komolyan kell foglalkozni. Gyakran a szülőkkel való konfliktus áll a kísérlet elkövetésének

Évek	Gyógy- szer	Étel	Vegy- szer	Szén- monox.	Alkohol	Növényi	Állati eredetű	Egyéb	Összesen:	
									szám szerint	száza- lékban
	mérgezés									
1961.	135	31	20	19	9	7	1	1	223	3,7
1962.	255	94	49	19	27	8	1	—	453	7,5
1963.	326	121	74	50	32	9	—	5	617	10,3
1964.	228	82	77	43	38	10	—	2	480	8,0
1965.	324	109	76	70	45	18	1	9	652	10,9
1966.	340	78	88	42	49	27	—	3	627	10,4
1967.	429	114	105	65	45	32	5	2	797	13,3
1968.	364	133	110	38	48	29	1	1	724	12,1
1969.	406	86	169	59	50	25	7	11	813	13,5
1970.	333	56	121	30	43	28	1	6	618	10,3
Összesen százalékban	3140 52,3	904 15,0	889 14,8	435 7,2	386 6,4	193 3,2	17 0,3	40 0,7	6004	100,0

hátterében; nemegyszer előfordult az is, hogy a gyermektől nagyobb iskolai teljesítményt követeltek meg, mint amit képességei révén teljesíteni tudna. Ennek meghíúsulása krízisállapotot hozhat létre a személyiségfejlődésben. Gyakran a korai vagy zavart nemi érés okoz olyan nehézségeket, amelyek a gyermek számára beilleszkedési akadályt jelenthetnek (13).

Saját eseteink elemzéséből azt állapíthatjuk meg, hogy az öngyilkossági kísérletek elkövetését több körülmény együttes hatása okozza. Az előidéző okok között a szeretet hiánya, a szülők zilált családi élete, alkoholizmusa, iskolai ártalmak, a szülők vagy a gyermek idegbetegsége, szerelmi csalódások szerepelnek (25, 35, 38, 40, 41). Eseteink mintegy 30%-ában a kísérletet elkövető gyermek egyik vagy mindkét szülője alkoholista volt.

Nemek szerint vizsgálva (2. táblázat) jelentős különbség figyelhető meg. Amíg a fiúk több mint kilenc-tizede (91,5%-a), addig a lányoknak csupán háromnegyede (74,7%-a) szenvedte el baleset következtében a mérgezést. Ugyanakkor az öngyilkossági kísérlet a fiúk 8,5%-ában, a lányoknak viszont 25,3%-ában volt a mérgezés oka. Eseteink között a lányok többségben vannak, de a balesetet szenvedetteknek csak 45,3%-a, az öngyilkossági kísérlet miatt gyógykezeltetteknek viszont 75,0 százaléka volt leány. A mérgezett gyermekek körében előfordult leánytöbbség főként abból adódik, hogy a lányok a fokozott sensibilitás és a korábbi pubertás miatt gyakrabban követnek el öngyilkossági kísérletet mint a fiúk.

Eseteink száma és százalékos megoszlása nemek és a mérgezések oka szerint

A mérgezések oka	Az esetek száma és százalékos arány					
	fiú	%	lány	%	Ösz- szesen	%
Baleset	2722	91,5	2262	74,7	4984	83,0
Öngyilkossági kísérlet	254	8,5	766	25,3	1020	17,0
Összesen	2976	100,0	3028	100,0	6004	100,0

Az alkoholmérgezetek között mutatkozott a megoszlásban számottevő eltérés. Ezeknek több mint háromnegyede — 76,0%-a — fiú volt.

Beteganyagunk kormegoszlását vizsgálva (3. táblázat), az 1—6 évesek korcsoportját, vagyis a kisedkort találtuk a legveszélyeztetettebbnek. Eseteinknek több mint a fele — 3163 eset, 52,6%-a — ebben az életkorban szenvedte el a mérgezést, amely a kisedkoron belül egyébként az 1—3 évesek között a leggyakoribb. Összes esetünk egyharmadában — 33,3%-ában — volt ilyen életkori csoportba tartozó a gyermek. A 10—14 évesek magas száma és részvételi aránya az ebben az életkorban elkövetett öngyilkossági kísérletekkel függ össze.

A 10—14 évesek mérgezéseinek hátterében az esetek 62,2%-ában öngyilkossági szándék állapítható meg.

A különböző mérgezések szezonális alakulása a mérgezések faja szerint eltérő. Anyagunk ilyen szempontok szerinti vizsgálatának főbb eredményeit — röviden a következőkben említjük meg. A gyógyszermérgezések száma a nyári hónapokban csökken, ami azzal magyarázható, hogy ilyenkor a gyermekek többet tartózkodnak a szabadban, ezáltal kevesebb lehetőségük nyílik arra, hogy a nem megfelelően tárolt gyógyszerekhez hozzájussanak. A vegyszermérgezések száma a téli hónapokban csökkent, e mérgezések inkább a nagy-

3. táblázat
Az esetek száma a gyermekek kora és a mérgezések oka szerint

Korcsoport	Baleset	Öngyil- kossági kísérlet	Összesen	
			szám	százalék
1 éven alul	112	—	112	1,9
1—3 éves	1998	—	1998	33,3
4—6 éves	1165	—	1165	19,4
7—10 éves	1112	36	1148	19,1
11—14 éves	597	984	1581	26,3
Összesen	4984	1020	6004	100,0

takarítások, permetezések stb. idejében fordulnak elő nagyobb számban. Érthető, hogy a növényi eredetű mérgezések — közöttük a gombamérgezések — nyáron és ősszel, az ételmérgezések nyáron, a szénmonoxidmérgezések télen voltak a leggyakoribbak. Az alkoholemérgezések száma márciusban, áprilisban — a húsvéti ünnepeknek megfelelően — és a téli hónapokban mutatott legnagyobb gyakoriságot.

Az egyes mérgezésfajták megoszlása

1. *Gyógyszermérgezés* (lásd 1. táblázat) miatt került felvételre 3140 gyermek, anyagunknak több mint a fele (52,2%-a).

A gyógyszermérgezések előidézésében a legkülönbözőbb hatással és toxicitással rendelkező gyógyszerek szerepeltek. A gyermekkori gyógyszeremrgezések számának növekedése részben a gyári készítmények számának emelkedésére, és főleg a gyógyszerek nagy mennyiségű és gondatlan otthoni tárolására vezethető vissza. A gyermekek számára — közzismerten — a színes, cukorka jellegű tabletták, drázsék vonzóak, a gondatlanul tárolt gyógyszerek közül elsősorban ezeket választja ki és fogyasztja el, ha erre a szülők gondatlansága és tudatlansága lehetőséget biztosít. Eseteink kb. kétharmadában drázsírozott készítmények bevitelével jött létre a mérgezés.

A gyógyszermérgezések legnagyobb részét — 48,2%-át — altató vagy nyugtató hatású gyógyszer fogyasztása okozta, hatóanyaga többnyire valamilyen barbitursav származék volt. A Tardyl (342) és a Belloid-mérgezés (318) fordult leggyakrabban elő. Az utóbbi évben 290 Tardyl mérgezett gyermek került osztályunkra, az első 5 évi 52 esettel szemben, jelezve ennek az altatószernek gyors elterjedését. A Tardyl, Dorlotyn mellett Noxyront és Pipolphent is tartalmaz, ami nemcsak a szer toxikus hatását növeli, hanem a terapiát is megnehezíti.

A tranquillánsok — mint ismeretes — kis adagban nyugtatólag hatnak, nagyobb adagban sem okoznak narkotikus vagy hypnotikus állapotot. Anyagunkban a tranquillánsoktól általában csak enyhébb mérgezés jött létre, egyik halálesetünk azonban Hibernál-mérgezés következménye volt. Egyébként a tranquillánsok közül 90 esetben Pipolphent, 65 esetben Seduxen, 50 esetben Frenolon, 40 esetben Hibernál stb. okozott mérgezést. Irodalmi adatokkal (6, 17, 20, 22, 34, 38) egyezően a Pipolphent mérgezeteknél magunk is súlyos izgalmi, hallucinációs, a Frenolon-mérgezésben extrapyramidális tüneteket észleltünk.

2. *Ételmérgezés* (lásd 1. táblázat) 904 esetben fordult elő (15,0%). Az esetek többségében a betegség enyhe lefolyású volt, csak hőemelkedés, fejfájás, hányás voltak a tünetek. Salmonellosis esetében rendszerint már magas láz jelentkezett. Súlyosak voltak a staphylococcus által okozott ételmérgezések. A mérgezést előidéző ételek között leggyakrabban húsfélék, pl. disznósajt, tejtermékek, különösen a tejszín, az abból készült tejszínhab, krémes, fagylalt szerepelt.

3. *Vegyszermérgezés* (lásd 1. táblázat) 889 esetben tette szükségessé a kórházi felvételt.

Rendszerint a helytelen tárolás, a kellő felügyelet hiánya vezetett a mérgezéshez. A vegyszermérgezések számának az utóbbi években mutatkozó nagyfokú — 1967-től anyagunkban is megnyilvánuló — növekedése a kémiai ipar nagyarányú fejlődésével, a forgalomba kerülő szerek számának hatalmas megnövekedésével magyarázható. Az utóbbi években egyre több olyan gyermek került felvételre, aki különböző szintetikus mosószerek bevétele útján szenvedett el mérgezést. Ezek általában nem okoznak súlyos mérgezést, csak enyhébb tüneteket (hyperaemia, nyálfolyás, égő érzés, hányás). Sok gyermek szenvedett mérgezést hypótól, a mérgezések lefolyása rendszerint enyhe volt, ritkán keletkezett komolyabb felmaródás a garatban, Hypo következtében nem alakult ki nyelőcsőszűkület egyik esetünkben sem, amit 2 alkalommal tapasztaltunk Triso mérgezés után.

Lúgmérgezés még mindig 8 esetben fordult elő, ezek közül 3 gyermekben nyelőcsőszűkület alakult ki, köztük egy 14 éves fiún, aki nátronlúgot ivott suicid szándékból és rendkívül súlyos mérgezéssel állt kezelésünk alatt. Savak által okozott mérgezést 97 esetben láttunk, melynek következtében több gyermekben melaenát és a gyomorfal súlyos károsodását észleltük.

A *szénhidrogének* által okozott mérgezések száma beteganyagunkban évről évre emelkedett. A beszámolási időszak alatt 77 benzín-, 43 petróleum- és 20 gázolaj-mérgezettet vettünk fel osztályunkra, a gyermekek 84%-a 1–3 éves korú volt. A szénhidrogének mérgező hatásának tanulmányozása kétségtelenné tette, hogy az aspiratio elsődleges a toxicitás és mortalitás szempontjából. Az aspiratio következményeképpen a tünetek közt leggyakoribb a pneumonia, amit sokszor kísért a nehézlégzés. Tüdő-oedemat is észleltünk. Sok súlyos esetben találtunk cyanosist vagy nagyfokú sápadtságot. A szív-dilatatiót elsősorban a röntgenlelet mutatta. Az esetek többségében találtunk tachycardiát, gyakran filiformis pulussal. A tünetekhez tartozott a hányás, mely egyes gyermekek esetében véres volt, továbbá a magas láz, somnolentia, ritkán eszméletlen állapot. A tíz év alatt két gyermek halt meg szénhidrogének által okozott mérgezésben. Ezek közül egy gyermek már a halál beállta után került osztályunkra. A másik 15 percig élt a felvétel után (42).

Ebbe a csoportba tartoznak a növényvédőszer-mérgezések, ezek közül a szerves *phosphorsav származékok*, melyek heveny mérgezés szempontjából a legveszélyesebbek (12, 27, 28, 33, 43, 44). Ezekkel az anyagokkal permetezett gyümölcs fogyasztása általában enyhébb mérgezést hozott létre. Súlyosabbak voltak azok az esetek, mikor gyermekek olyan víztárolóban fürödtek, amiben előzőleg Wofatoxot tartottak és utána mentesítés nélkül feltöltötték. Ezek közül 1 gyermek halt meg. Gyakran nem tartják be azt a rendelkezést, hogy a permetezőszerek avatatlan felnőttek és gyermekek számára hozzáférhetetlen helyen legyenek raktározva. Ez utóbbi gondatlanság egy 2 éves gyermek halálát okozta Novendától (DNOC = dinitroortocresol). Több súlyos mérgezést okozott a nikotinoldat, pl. egy 8 éves fiú esetében — bár

csak néhány kortyot ivott abból — mély eszméletzavarral, convulsiókkal, apnoéval életveszélyes kórkép előidézője volt.

4. *Szénmonoxid-mérgezés* (lásd 1. táblázat) 435 esetben (7,2%) fordult elő. A mérgezés oka leggyakrabban a gáztűzhely vagy gázsütő helytelen, hibás kezelése, illetve a fa- vagy széntüzelésű kályhák tüzeinek tökéletlen égéséből származó szénmonoxid volt. 192 esetben gázszivárgás, 172 esetben kályhából származó szénmonoxid gáz, 71 esetben füst okozta a mérgezést. Szövődményként 36 esetben bronchitist, 18 esetben pneumóniát észleltünk.

5. *Alkoholmérgezés* (lásd 1. táblázat) 386 gyermek esetében (6,4%) igényelt kórházi kezelést. Valamennyi esetünkben etilalkohol-mérgezés történt. A fogyasztott alkoholféleség leggyakrabban pálinka volt: 128 esetben, gyakori volt a borfogyasztás is (96), többféle szeszes italt 34, likórt 30, rumot 20, sört 18 gyermek fogyasztott, 38 gyermek mérgezését egyéb szeszes ital okozta, 22 alkalommal a mérgezést létrehozó szeszes ital fajtája nem volt megállapítható.

A mérgezést előidéző körülmények a következők voltak: gondatlanság 119, az alkoholféleség tudatos fogyasztása 66 alkalommal. 102 esetben a gyermek barátokkal ivott. 56 esetben az italt szülőktől vagy testvérektől kapta. A szülők két gyermeknek „gyógyszer”-ként adták, 13-at az utcán részegen találtak. Ismeretlenek maradtak az okok 28 alkalommal.

Az alkoholmérgezések száma anyagunkban az utóbbi években nagyjából azonos szinten mozgott. A mérgezetek kétharmada súlyos tünetekkel (eszméletlenség, cornea-reflex hiánya, tonusos-cloonusos görcsök, hideg végtagok stb.) került felvételre, de az alkalmazott gyógykezelés után egyetlen gyermek sem halt meg (4, 20, 24, 29, 36, 39).

Növényi eredetű mérgezések (lásd 1. táblázat) száma anyagunkban 193 volt (3,2%). Ezek közül csak a gombamérgezések jelentősek, mert az egyéb növényi anyagokkal történő intoxikációk száma kevés, lefolyása enyhe. A phalloid típusú gombamérgezéseken kívül, amiről a továbbiakban beszámolunk, kezeltünk muscarin-, muscaridin- és gastro-intestinalis tüneteket okozó gombamérgezeteket, melyek túlnyomó többségükben könnyű lefolyásúak voltak. Osztályunkon a 10 éves beszámolási időszak alatt 24 gyilkosgalóca-mérgezetet kezeltünk, közülük 6 gyermeket veszítettünk el. A phalloid típusú gombamérgezés, mint ismeretes, súlyos gastro-intestinalis tüneteket: hányást, igen intenzív hasmenést, exsiccosit, máj- és veseártalmat okoz. Tapasztalataink alapján a klinikai kép előterében a májműködés súlyos zavara, az ennek következtében fellépő vérzékenység és anyagcsereszavar áll. A legsúlyosabb esetekben a mérgezetekre jellemző volt a központi idegrendszer károsítása is (7, 16, 31, 32, 50).

Allati eredetű mérgezés (lásd 1. táblázat) pl. szúnyog-, méh-, darázscsípés, kígyómarás 17 esetben (0,3%) volt, általában enyhe tünetekkel.

A mérgezés okozta halálesetekről

A vizsgált 10 éves időszakban összesen 22 gyermek (0,34%) halt meg osztályunkon mérgezés következtében. Különösen szomorú, hogy 2 gyermek suicidium során Sevenal-, ill. Dorlotyn-mérgezésben. Azonkívül 6 gyermek esetében gyilkosgalóca, 2—2 esetben benzín, illetve kénsav, 1—1 esetben Belloid, Hibernál, Isolanid, Nitrobenzol, Novenda (DNOC), sósav, Sterogenol, szénmonoxid, Valeriána comp., Wofatox volt a halálos mérgezés oka.

A fel nem dolgozott esetek között halálos kimenetelű nem volt.

Megbeszélés

A mérgezések számának növekedése világjelenség, a csecsemő- és gyermekkorban elszennvedett mérgezések száma is emelkedik, ezenkívül jellegében is jelentősen megváltozott. Az egyik leglényegesebb változás a gyógyszermérgezések területén következett be, a gyógyszermérgezés lett a leggyakoribb mérgezési forma, amint ezt saját anyagunk is bizonyítja. Gyógyszermérgezés minden gyógyszerrel előfordulhat. A gyermekkori mérgezések hátterében legtöbb esetben a környezet gondatlansága húzódik meg. A közvetlen ok általában a gyermek kíváncsisága, érdeklődése, de a mérgezés lehetőségét a család, a környezet indolentiája, tudatlansága, közömbössége teremti meg pl. azáltal, hogy a gyógyszereket feleslegesen nagy mennyiségben és olyan helyen tárolja, hogy a gyermek könnyen hozzájuthat (2, 10, 19, 37, 38, 47).

Jelentős számban fordult elő vegyszerek, háztartási anyagok által okozott mérgezés. Az utóbbi években a gyógyszermérgezések mellett ebben a mérgezésfajtában is — a vegyi termékek számának igen nagymérvű megnövekedése következtében — számottevő emelkedést tapasztaltunk. E mérgezések alapja elsősorban a gyermek utánzó természete, de növeli a mérgezés bekövetkezésének lehetőségét az is, hogy ezeket a többnyire veszélyes szereket gyakran nem eredeti csomagolásban tárolják — sokszor sajnos ez sem megfelelő — így pl. borosüvegben, vizespohárban, csészében stb., tehát nagyon is könnyen hozzáférhető módon.

A mérgezések szempontjából az 1—6 éves gyermekek korcsoportja a legveszélyeztetettebb.

Rendkívül magas számban szerepeltek anyagunkban az öngyilkossági kísérletet elkövetett gyermekek, ami számos kérdést vet fel. Minden ilyen esetünkben pszichológiai vizsgálatot és kezelést is alkalmaztunk, úgy véljük, sokszor jó eredménnyel.

Felmérésünk, vizsgálatunk — vázlatos — adatai nemcsak azt mutatják, hogy a gyermekkori mérgezések száma növekedett, hanem azt is, hogy a preventív munkánk nem volt kielégítő. A tennivalók közül legfontosabbnak a szülők nevelését, felvilágosítását, körükben az egészségügyi propaganda fokozását tartjuk, mely nemcsak a gyógyszerekre, háztartási szerekre, hanem a világitógáz-mérgezés lehetőségére, továbbá az erdőn szedett

gomba potentialis veszélyére is felhívja a figyelmet. Beteganyagunkban a gyilkosgalóca okozta a legtöbb halálesetet. A szülők jogi felelősségre vonására csak akkor kerülhet sor, ha a mérgezés a gyermek súlyos egészségromlását vagy halálát okozta. Igen fontos a megelőzés szempontjából a gyermekorvos, a védőnő munkája, akik a családot és a körülményeket ismerik. Fokozottabban kellene a gyermekek nevelésében arra törekedni, hogy azok már kisgyermekkorban tisztában legyenek a lehetséges veszélyforrásokkal. A serdülőket különösen az alkoholos italok fogyasztásának veszélyére kell figyelmeztetni.

Bizonyos segítséget nyújthat a megelőzés terén, ha némely gyógyszer formájának, csomagolásának megváltoztatását lehetne kieszközölni a hatóságoknál. A gyermekkori öngyilkossági kísérletek megelőzése érdekében a legfontosabb a gyermek következetes és szeretettel áthatott nevelése. A gyermek tudja azt, hogy szülei egyetértésben élnek és mindketten mindennekfelett szeretik őt. Nehezebb feladat a züllött családi körülmények között élő gyermek esetében a suicidium-praeventio.

A gyermekkori mérgezések praeventiójának problematikája tehát rendkívül összetett és nemcsak orvosi, hanem társadalmi feladat is, így többek között az alkohol-, növényvédőszer- vagy gombamérgezés eseteiben. A kérdés megoldása érdekében össze kell fogni orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak, szülőknek, a gyermek más hozzátartozóinak, a pedagógusoknak, az ipari és mezőgazdasági termelés szakembereinek és minden illetékes társadalmi szervnek.

Összefoglalás. Szerzők a budapesti Heim Pál Gyermekkorház toxicologiai osztályának 1961–1970 közötti tízéves beteganyagát ismertetik. 6004 esetüket elemzik orvosi és statisztikai módszerekkel. Beteganyagukat feldolgozzák a mérgezés faja, a mérgezett gyermekek kora és neme, valamint más mutatók tükrében, elkülönítve egymástól a balesetektől eredő 4984, illetve öngyilkossági kísérletből származó 1020 esetüket. Vizsgálják a mérgezéshez vezető körülményeket, felvetik a szülői felelősség kérdését és felhívják a figyelmet a praeventio terén szükséges tennivalókra.

IRODALOM: 1. *Bíró K., Kósa F.:* Orv. Hetil. 1974, 115, 625. — 2. *Cserhádi E., Turay L.:* Gyermekgyógyászat. 1960, 11, 271. — 3. *Csiky P.:* Klinikai Toxicologiai Medicina. Bp. 1968. — 4. *Csontos E., Takács A.:* Népegészségügy. 1962, 43, 372. — 5. *Csóke L.:* Népegészségügy. 1948, 29, 609. — 6. *Dimitriu, H., Hornyák M.:* Magy. Pediat. 1971, 5, 73. — 7. *Fazekas Gy., Jakobovits A.:* Arch. Toxicol. 1956, 16, 143. — 8. *Flamm, L., Siegl, J.:* Wien. klin. Wschr. 1957, 69, 544. — 9. *Fodor L., Heller Gy.:* Orv. Hetil. 1938, 79, 557. — 10. *Foulger, J. H.:* JAMA. 1957, 163, 1344. — 11. *Fülöp D., Vezendi S.:* Orv. Hetil. 1963, 104, 1316. — 12. *Gál Gy., Simon L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1969, 110, 2883. — 13. *Glaser, K.:* Amer. J. of Psychother. 1971, 25, 27. — 14. *Goddard, J. L.:* Publ. Health Rep. 1959, 74, 523. — 15. *Haggerty, W. L.:* New Engl. J. med. 1959, 260, 1322. — 16. *Horváth S., Szalóky P., Szanyó L.:* Orv. Hetil. 1972, 113, 1997. — 17. *Issekutz B., Issekutz L.:* Gyógyszerrendelés. Medicina, Bp. 1972. — 18. *Jakobziner, K.:* JAMA. 1956, 162, 454. — 19. *Jakobziner, H., Raybin, H. J.:* Pediat. 1956, 49, 592. — 20. *Kaiser E.:* Orv. Hetil. 1962, 103, 549. — 21. *Kamarás I., Kovács I., Szamosi J.:* Népegészségügy. 1965, 46, 22. — 22. *Kamarás I., Szamosi J.:* Orv. Hetil. 1967, 108, 1222. — 23. *Kamarás I.:* Reunion Internat. de toxicol. clin. Paris. 1972. — 24. *Kamarás I.:* La Vie en Beauté. 1972, 20, 211. — 25. *Kamarás I.:* Internat Assoc. for Suic. Prevent. Kongr. Amsterdam, 1973. — 26. *Kaszás T., Papp G.:* Orv. Hetil. 1960, 101, 1261. — 27. *Keszthelyi B., Horváth D., Németh M.:* Orv. Hetil. 1968, 109, 529. — 28. *Kovács I.:* Gyermekgyógyászat. 1965, 16, 120. — 29. *Kozmáné Kutschera G.:* Orv. Hetil. 1962, 103, 549. — 30. *Körmendy I.:* Gyermekgyógyászat. 1967, 18, 479. — 31. *Kubička, I.:* Orv. Hetil. 1968, 109, 2765. — 32. *Mihályfy Zs., Hornyák M., Végh M., Hirsch T.:* Orv. Hetil. 1974, 115, 1471. — 33. *Mihók O., Olesváry M., Papp E.:* Orv. Hetil. 1971, 112, 2828. — 34. *Molnár Gy., Lázár I., Szabó I.:* Orv. Hetil. 1971, 112, 37. — 35. *Remsey I., Zsiros K.:* Orv. Hetil. 1971, 112, 87. — 36. *Szamosi J.:* Gyermekgyógyászat. 1963, 14, 81. — 37. *Szamosi J.:* Egészs. felvil. 1966, 7, 58. — 38. *Szamosi J.:* Gyermekkorai mérgezések. Medicina, Bp. 1966. — 39. *Szamosi J.:* Z. Kinderheilk. 1967, 99, 356. — 40. *Szamosi J.:* Wissenschaft Z. Univ. Rostock. 1968, 17, 669. — 41. *Szamosi J., Kolos T.:* Klinikai psychologia. Akad. Kiadó, Bp. 1974. 213. — 42. *Szamosi J., Hornyák M., Burkovits M.:* Orv. Hetil. 1975, 116, 1209. — 43. *Szarvas F.:* Orv. Hetil. 1960, 101, 22. — 44. *Szigyártó G., Szamosi J.:* Med. Univ. 1969, 11, 20. — 45. *Szuchovszky Gy., Kenyeres I., Harsányi L.:* Orv. Hetil. 1973, 114, 2092. — 46. *Szuchovszky Gy., Kenyeres I., Harsányi L.:* Orv. Hetil. 1973, 114, 2153. — 47. *Török I.:* Orv. Hetil. 1961, 102, 193. — 48. *Turai L., Somogyi E., Cserhádi E., Kelemen I.:* Gyermekgyógyászat 1961, 12, 41. — 49. *Wallis, H.:* Dtsch. med. Wschr. 1957, 82, 1836. — 50. *Zulik R., Bakó F., Kisbéli A.:* Orv. Hetil. 1973, 114, 377.

„... a tudományok országában nem lehet hatásunknak egyéb jó célja mint az igazság.”

Bérsenyi Dániel

A gyilkosgalóca mérgezősegek klinikumáról

Rusznák Miklós dr., Koháry Emőke dr.
és Fazekas Irén dr.

A gombamérgezősegek közül a gyilkosgalóca okozza a legtöbb halálesetet, így napjainkban is nagy a gyakorlati jelentősége. Kezelését illetően nincs egységes, elfogadott álláspont (2, 6—11, 13, 14, 16, 18, 19). A mérgezősegek súlyossága, lefolyása területenként, évenként változhat (2, 12, 19) és hasznos lehet a különböző kezelésekkel szerzett tapasztalatok ismertetése.

Alder (1) feldolgozta az 1914—1958 között Svájcban előforduló gombamérgezőseket és 288 gyilkosgalóca-mérgezőset talált, közülük 30% halállal végződött. A mérgezősegek lefolyása gyermekeken, valamint idős embereken és chronikus alkoholistákon volt a legsúlyosabb.

Hazánkban is több közlemény ismertetette a gyilkosgalóca-mérgezősegek klinikumát (2, 12, 14), a laboratóriumi elváltozásokat (8, 15, 18, 19), a különböző kezelési módokat, a dialysis szükségességét (2, 4, 9, 13, 16).

Beteganyag

Osztályunkon 1974—1975-ben 10 beteget kezeltünk gyilkosgalóca mérgezőse miatt. A diagnózist a gomba azonosítása, a típusos anamnesis, klinikai kép és laboratóriumi leletek alapján állapítottuk meg. Az

utolsó 4 betegről a gyomormosó folyadékot és a gombamaradványokat a Központi Élelmiszer-ellenőrző és Vegyvizsgáló Intézetbe is elküldtük. A vizsgált anyagban gyilkosgalócát találtak (Konecsni dr.). Valamennyi esetben a gomba elfogyasztása után 10—14 óra múlva kezdődtek a panaszok: epigastriális fájdalom, hányás, hasmenés, gyengeség. Felvételkor exsiccitót észleltünk, amelynek foka a mérgezőse súlyosságának megfelelően változott. Májnagynyobban és májtáji érzékenység általában 24 óra elteltével alakult ki és a máj 1—2 nap alatt 2—6 cm-nyit növekedett. A 3. nap után további növekedést nem tapasztaltunk, hanem a javulásnak megfelelően fokozatosan megkisebbedett. A laboratóriumi leletek alakulását táblázaton mutatjuk be.

Anyagunkban a májkárosodás tünetei domináltak és két esetben 2000 E feletti SGPT-t, egy esetben 2000 E feletti SGOT-t észleltünk. Magas enzimértékek esetén az SGPT emelkedés mértéke általában meghaladta az SGOT szintjét. A táblázatban szereplő első 3 beteget 1974 szeptemberében, a többi 1975 nyarán kezeltük. 1974-ben mindkét családban előfordult 2000 E feletti transaminase, az 1975. évi mérgezősegekben viszont a transaminase és LDH értékek az előző évihez képest lényegesen alacsonyabbak voltak. A klinikai kép nem állt minden esetben arányban az enzimszinttel. Akiknek magas volt a transaminase és LDH szintje, azok súlyos állapotban voltak, de előfordultak súlyos esetek azon betegek között is, akiknek enzimszintje csak kissé emelkedett. Manifest icterusa (4,3 mg%⁰-os serum bilirubin szintje) csak egy betegünknek volt, akit 1975-ben kezeltünk. Vesekárosodás egy betegben sem alakult ki.

A prothrombin szintet naponta ellenőrizve azt tapasztaltuk, hogy a prothrombin csökkenés a mérgezőse legkorábbi laboratóriumi jele. Már beszállítás után 24 óra múlva alacsonyabb volt a normálisnál, míg a transaminase emelkedés általában a 2—3. napon érte el a tetőpontját. Egy beteg kivételével mindenkinek kóros volt a prothrombinszintje, még azoknak is, akikben az enzimértékek csak minimális fokban emelkedtek. Manifest vérzést egyetlen betegünkön sem észleltünk, még azokon sem, akiknek a prothrombinszintje 10%⁰-os, vagy az alatti volt. Meghalt betegünk boncolásakor csak az epicardium alatt találtak sok pontszerű és néhány fél lencsényi lap szerinti bevézést, egyéb szervekben és a bőrön nem (Bartha dr.). A kóros prothrombin szint a többi betegben 24 óra

Gyilkosgalóca mérgezősegek laboratóriumi adatai

Táblázat

Név, kor	SGOT (E)	SGPT (E)	Prothr. (%)	LDH (I.E.)	Se. bi. (mg%)	Carb.N. (mg%)
B. A.-né 49 é.	295	2000	32	330	1,5	16
+ Z. S. 73 é.	1230	1800 felett	10	310	0,8	24
Z. S.-né 71 é.	2000 felett	2000 felett	40	410	1,3	17
É. J. 72 é.	1100	1540	24	366	4,3	20
ifj. É. J. 40 é.	72	52	34	110	1,9	16
ifj. É. J.-né 33 é.	65	18	47	80	1,1	16
S. I. 36 é.	72	32	10 alatt	92	1,4	26
S. I.-né 30 é.	35	22	100	104	0,9	20
N. J. 59 é.	100	52	16	100	1,5	16
K. A.-né 33 é.	59	144	10	88	1,2	16

elteltével emelkedni kezdett és a felvétel utáni 3–4. napon már normális lett. Az 1975. évi betegek közül az utolsó négyben máj-biopsiát végeztünk a 12. napon. A histológiai vizsgálat kórosat nem talált (*Dau-da dr.*).

Betegeink közül egy halt meg. A 73 éves férfi felvételnél nagyfokban exsiccált, hypotóniás, pulsusza szapora volt. Májja bentléte alatt fokozatosan növekedett (kb. 3 ujjnyival lett nagyobb a felvételi statushoz képest), icterus nem alakult ki. Rövid idő alatt comatosus lett és a beszállítás utáni 3. napon meghalt.

A beszállított betegeken gyomormosást végeztünk és azonnal elkezdtük a Thioctacid kezelést. Az első napokban minden betegnek 500 mg-ot adtunk, majd az általános állapottól és a laboratóriumi eredményektől függően csökkentettük a dosist. Prednisonból a kezdő adag 120–210 mg volt naponta Depersolon inj. formájában iv. infúzióban. Emellett napi 1–2 millió E Penicillint, Konakiont, Cyto-Mackot, C-, B₁-vitamint és kb. napi 2–3 liter infúziót adtunk.

Kontroll vizsgálatok során a megjelent betegek egy kivételével panaszmentesek, a laboratóriumi leletek pedig negatívak voltak. B. A.-né, 49 éves beteg étvágytalanságról és puffadásról panaszkodott, máját 3 cm-rel nagyobbak találtuk, ezért 9 hónappal a mérgezés után máj-biopsiát végeztünk. A histológiai vizsgálat chr. persistáló hepatitiszt igazolt (*Ertner dr.*).

Megbeszélés

A gyilkosgalóca mérgező hatását két toxin csoport okozza: az amatoxin és a phallotoxin. Az amatoxin csoportba tartozik az alfa-, béta- és gamma-amanitin, a phallotoxin csoport tartalmazza a phalloidint, a phalloint, a phallin B-t és más peptidket. Az amatoxin a hepatorenalis, a phallotoxin a gastrointestinalis tüneteket okozza. A gombák méregtartalma nem állandó, hanem évenként



1. ábra.

változó. Anyagunkban az 1975. évi gombamérgezők enyhébb lefolyásúak voltak, mint az előző évek.

A mérgezés hatásmechanizmusa még nem teljesen ismert. *Wieland* (17) szerint az amatoxin a májban a fehérjeképzést és prothrombin-képzést gátolja és a májat glycogenben elszegényíti. Állatkísérletek alapján megállapították (4, 6), hogy a toxin a vese glomerulusain keresztül filtrálódik, a proximális tubulusokban visszazívódik és itt a legnagyobb a koncentrációja. A visszaresorbeált amanitin albuminhoz kötődve komplexet alkot, ezáltal toxicitása fokozódik és ez a komplex gátolja a glomerulus membránon keresztül az amanitin további filtrációját. A megzavart kiválasztás miatt az amanitin májkárosító hatása többszöröse emelkedik (5).

Beteganyagunkban a máj-laesio tünetei domináltak, amelyek azonban rövid idő alatt teljesen rendeződtek. Csupán 1 beteg nem lett panaszmentes, akiben a máj-biopsia alapján chr. persistáló hepatitiszt állapítottunk meg. Vese-károsodás egy betegben sem jött létre. Ismeretes azonban olyan eset is, hogy a gyilkosgalóca heveny veseelégtelenséget okozott (3, 9, 14) és a máj-laesio tünetei hátterbe szorultak.

A gyilkosgalóca-mérgezések kezelésében a Thioctacid jó hatásáról több közlemény számol be (8, 10, 11, 18, 19) és a legfontosabb gyógyszerek között tartják számon. Azt tapasztalták azonban, hogy a Thioctacid azonnali nagy dosisú adása mellett is előfordulnak halálos szövődmények. Mindegyik betegünk az első naptól kezdve naponként 500 mg Thioctacidot kapott, de az 1974. évi betegeinknek a Thioctacid 500 mg-os dosisát fractionáltan adtuk, az 1975. évek viszont a felvétel után egy adagban azonnal megkapták az összmennyiséget iv. infúzióban. Lehetséges, hogy a korai, nagy dosisú Thioctacid megakadályozza a súlyos máj-laesio létrejöttét. Úgy tűnik viszont, hogy a prothrombin csökkenést a korán adott Thioctacid sem akadályozza meg. Arra nem tudunk egyértelmű magyarázatot adni, hogy egy betegnek miért volt kezdeti normális a prothrombinszintje. A prothrombin csökkenést más szerzők is észlelték (13, 18).

A penicillint azért alkalmaztuk a gyilkosgalóca-mérgezés kezelésére, mert megállapították, hogy a legfontosabb toxinnal, az alfa-amanitinnel antagonistá hatású (6). Hasonló hatást tulajdonítanak a penicillin + chloramphenicol és sulfamethoxazol kombinációjának és a Cytochrom C-nek is.

A haemodialysis és peritonealis dialysis kérdése még vitatott. A máj- és vese-sejtekben a sejt-magkárosodás már a mérgezés után 30 perccel fellép, tehát a mérge hamar bekerül a sejtekbe. *Faulstich* és *Fausser* (4) állatkísérletekben azt tapasztalta, hogy az amanitin koncentrációja a vérben 5 órán belül igen nagymértékben csökkent (kevesebb lett, mint az alkalmazott dosis 0,3%-a) és a mérge 85%-a 6 órán belül a vizelettel kiválasztódott. Ezen kísérleti adat ellenére hazai szerzők (9, 13, 16) dialysissel szerzett tapasztalatai biztatóak, de lényeges a kezelés korai elkezdése.

Az infúziók adása feltétlen szükséges, de a túlzott infundálás veszélyes, mivel a hypervolaemia az amanitin hatását fokozza azért, hogy részben növekszik a toxin glomerularis filtrációja és tubularis reabsorptiója, részben a toxin csökkenti a hypernatraemiával szembeni toleranciát és ez az intracellularis Na- és K-anyagcsere zavarához vezet.

Összefoglalás. A szerzők 1974—1975-ben 10 beteget kezeltek gyilkosgalóca-mérgezés miatt. A transaminase és LDH szint emelkedés az 1975. évi betegekben lényegesen alacsonyabb volt, mint az előző évben, és a mérgezések is enyhébb lefolyásúak voltak. Egy beteg kivételével minden esetben alacsonynak találták a prothrombin szintet és ez volt a legkoraibb kóros laboratóriumi parameter. Manifest vesekárosodást nem észleltek. Egy betegük halt meg. Kontroll vizsgálatok során egy be-

tegnek volt panasza, a máj-biopsia chronikus perisztalo hepatitisz képét mutatta.

IRODALOM: 1. Alder, A. E.: Dtsch. med. Wschr. 1961, 86, 1121. — 2. Ander Z., Nussbaum O., Vásárhelyi Z.: Orvosi Szemle. 1971, 17, 98. — 3. Csata S. és mtsai: Morph. és Ig. Orv. Szemle. 1969, 9, 200. — 4. Faulstich, H., Fauser, U.: Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 2258. — 5. Fiume, L., Campadelli-Fiume, G., Wieland, Th.: Nature. 1971, 230, 219. — 6. Floersheim, G. L.: Schweiz. med. Wschr. 1972, 102, 901. — 7. Halász S.: Orv. Hetil. 1956, 97, 824. — 8. Horváth S., Szalóky P., Szanyó L.: Orv. Hetil. 1972, 113, 1997. — 9. Karátson A. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 2933. — 10. Kubička, J.: Orv. Hetil. 1968, 109, 2765. — 11. Kubička, J., Alder, A. E.: Praxis. 1968, 57, 1304. — 12. Lengyel G.: Orv. Hetil. 1972, 113, 3109. — 13. Mihályfi Zs. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 1471. — 14. Pintér S., Józsa L.: Magy. Belorv. Arch. 1962, 15, 227. — 15. Soós S.: Orv. Hetil. 1960, 101, 1738. — 16. Szamosi J.: Orv. Hetil. 1972, 113, 3110. — 17. Wieland, Th.: Science. 1968, 159, 946. — 18. Wirt F., Kenderesi P.: Orv. Hetil. 1974, 115, 1677. — 19. Zulik R., Bakó F., Kisbán A.: Orv. Hetil. 1973, 114, 3077.

Figyelem! Új csomagolás!

Arthrofluor

kenőcs



Antirheumaticum

ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alapanyagban. Az 50 g tubus 0,05 g hatóanyag-mennyiséget tartalmaz.


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 (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: ✖✖ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft
1 tubus (50 g) 13,40 Ft

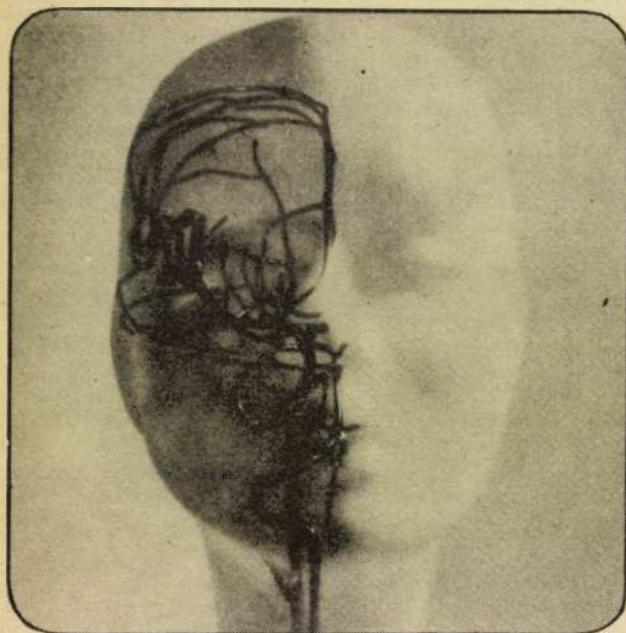
Biogal 

2005

SANDOMIGRAN[®]

draszé

migraine-prophylacticum



HATÁS

A Sandomigranra jellemző a biogénaminokra, különösen a serotoninra kifejtett polyvalens gátló hatás.

A rohamok frekvenciáját csökkenti, így alkalmas a migraine kúraszerű kezelésére.

A Sandomigran sajátossága a nyújtott hatás.

ÖSSZETÉTEL

Pizotifenum 0,5 mg (0,73 mg hidrogen-malát alakjában) draszéknént.

JAVALLATOK

Migraine és migraine típusú fejfájások megelőzése: tipikus és atipikus migraine; vascularis eredetű fejfájások, Horton-szindróma kezelhetők a legelőnyösebben Sandomigrannal. Kevésbé eredményes a tenziós, psychogen, posttraumás fejfájások esetén.

Az akutan kialakult migraines rohamot nem befolyásolja.

ELLENJAVALLATOK

Tekintettel a parasympatholyticus hatás-komponensre: glaukoma; prostata hypertrophia; továbbá terhesség; MAO-bé-
nítők egyidejű alkalmazása.

ADAGOLÁS

A napi adagot lépcsőzetesen célszerű emelni, az alábbi táblázat szerint:

	1-2	3-4	5... nap
REGGEL	–	–	1 draszé
DÉLBN	–	1	1 draszé
ESTE	1	1	1 draszé

Az esetek többségében az 5. naptól napi 3×1 draszé adható. Makacs esetekben a napi adag lépcsőzetesen 3×2 , 3×3 draszéra emelhető.

MELLÉKHATÁSOK

A fenti adagolási tájékoztató betartása esetén csak ritkán lép fel enyhe sedativ hatás, mely többnyire 1-2 heti kezelés után megszűnik. Egyes esetekben testsúlynövekedés figyelhető meg, mely az étvágy fokozódásának eredménye.

FIGYELMEZTETÉS

A Sandomigran alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnek megfelelően – előírt adagban szedhetik. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani, nyugtatók szedése kerülendő.

CSOMAGOLÁS

30 db draszé

Ára: 89,50 Ft

MEGJEGYZÉS ✱

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján az illetékes orvos két példányban („másolat”-tal) kiállított vényen rendelheti.

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI**

SANDOZ A.G. – BASEL licencia alapján

Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet, Budapest
(igazgató: Király Kálmán dr.)

A tetováltság elterjedtsége középiskolás korú fiatalok körében

Boér Ildikó dr. és Vida Margit oh.

Az Országos Bőr-Nemikórtani Intézet kozmetológiai rendelését évente 60–80 beteg keresi fel azért a szándékkal, hogy tetoválását eltávolíttassa. Nagyobb számban férfiak, akik inkább 24 éves kor után kérik a beavatkozás elvégzését, és kisebb számban nők, akik már 20 éves kor alatt jelentkeznek problémáikkal.

A tetoválásokat nálunk zömmel az iskolás korban, ill. a katonaság ideje alatt szerzik. A beteganyag anyagi, szociális és kulturális megoszlásának széles skálája vonta figyelmünket a magyarországi tetovált fiatalok körülményeire, a téma érdekessége pedig a tetovatio egészségügyi, orvosi vonatkozásainak áttekintésére.

Munkánk során négy, ötletszerűen kiválasztott intézet fiataljainak szűrését végeztük el. Egy általános gimnázium, egy iparitanuló-intézet, egy fiú- és egy leánynevelő intézet szerepelt a felmérésben. Összesen 1045 egyént vizsgáltunk meg, ezek közül 122 volt tetovált.

Anyagunk nem reprezentálja a teljes magyarországi helyzetet, hiszen nagyvárosban, kiragadott intézetekről van szó. Csupán néhány következtetés vonható le, amely részben egybehangzó, részben ellentétes a világirodalmi adatokkal.

A téma kiterjedt irodalma is arra mutat, hogy a tetoválás kérdése több mint teoretikus érdekesség.

A „tattoo” szó a polinéz nyelvből, Tahitiből származik. A szó maga a dob vagy egyéb hangszer ütését, verését jelenti. Jelen esetben az elnevezés a festékszemszék bőrbe való beverésére utal.

A tetoválás első jeleit i. e. 2000–4000-ből származó egyiptomi múmiákon találták.

A eljárás lényege, hogy hegyes eszközök segítségével festéket implantálnak a bőrbe. A legtökéletesebb tetoválást elektromos vibrátorra szerelt tűkkel végzik, melyek nagyon finoman és egész felszínesen juttatják a festéket a bőrbe.

Igen sokféle festéket és pigmentet használnak, melyekkel a spektrum szinte valamennyi színét elő

tudják varázsolni. A kéket cobalttal, a zöldet chrommal, a vöröset higanyszulfiddal, a sárgát cadmiumszulfiddal állítják elő. A hypermangán lila, a berlini-kék indigó színt ad. A vasoxid a testszíntől a sötétbarnaig adhat különböző árnyalatokat. Nálunk a tus és a szénpor a leggyakoribb.

A tetoválást az *orvostudomány* is számos esetben alkalmazza. Naevus flammeus tágult capillárisainak elkendőzésére testszínű pigmentet juttatnak a bőrbe (11). Az egész szaruhártyát elfedő homályok esetében a pupillának megfelelő területen tusszemcséket juttatnak a cornea állományába. Plasztikai sebészetben is felhasználható az átültetett lebenyek testszínűre tetoválására, valamint mellbimbó areola festékes kiképzésére (8).

A szájüregben levő rosszindulatú daganatok esetén a praeeoperatív röntgenbesugárzás területét körül-tetoválják, így a resectió szél meghatározása utólag sokkal könnyebb, és mind az operatőrnek, mind a röntgenesnek jó támpontot ad a műtét utáni ellenőrzések során (1). A vitiligós területek tetoválása is az orvosi beavatkozások körébe tartozik.

„Életmentő” tetoválás is ismeretes. A II. világháborúban a katonák hónaljába tetovált saját vércsoport sok esetben életet mentett.

Érdekes megfigyelés, hogy a tetovált területeken a verejtékmirigyek irreverzibilis károsodása miatt 50 százalékkal csökken a verejtéktermelés, így hyperhidroticus állapotokban is felvetődik a szintelen tetoválás therapiás alkalmazásának lehetősége (3).

Az *amatőr* tetoválás, bár felületes beavatkozás, mégis sok veszélyt rejt magában. A festék és a tűk könnyen *fertőződnek*. A tetoválók egy része ugyanis nyálával keveri el a festéket, a beavatkozások előtt a tűket nem fertőtlenítik, így a tetováltak egymástól és a tetoválótól is fertőződhetnek. Az irodalomból gangrénához, amputációhoz, sőt halálhoz vezetett primaer, ill. secundaer pyogén infekciók is ismertek. A tetoválás során krónikus és acut fertőző betegségek is implantálhatók. Így számos tbc-s megbetegedés ismeretes, köztük olyan eset is, amikor a frissen tetovált területet tbc-vel fertőzött tejjel kenték be (5).

1869-ben egy tömeges tetoválás alkalmával negyvenheten betegedtek meg syphilisben. Ezek közül nyolcan meghaltak a tetoválásból származó fertőzésben (2). Ezekkel az esetekkel kapcsolatban figyelték meg, hogy a tatuk vörös részén, amely spirochaeta toxikus higanyszulfidot tartalmazott, syphilises laesio nem fordult elő.

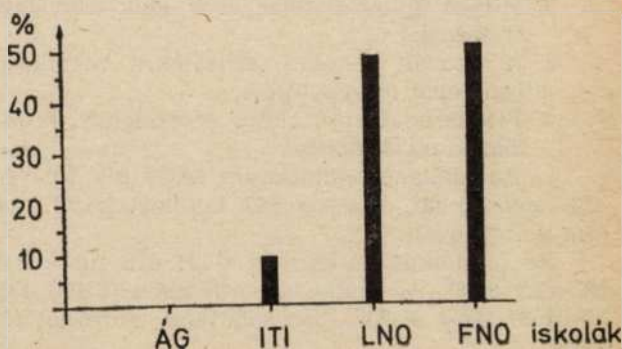
A festék által kiváltott *allergiás reakció* szintén komplikációt okozhat.

Vörös tatuban a higanyszulfid granulomás hyperergias reakciót válthat ki, vagy generalizált ekzemat okozhat.

A sárga tatu cadmiumszulfid tartalma fényexpozíció okozta urticát okozhat (5).

A zöld színt chrommal hozzák létre. Chrom-érzékenység esetén az allergiás bőrjelenéseket chromtartalmú cement is provokálhatja (10).

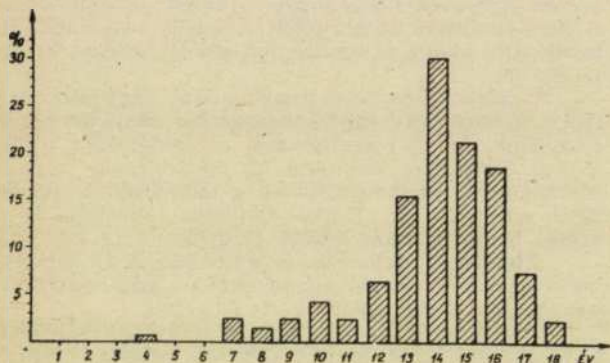
A kék festék cobalt-tartalma is lehet allergiás reakció oka. 1969-ben *Rorsman* (9) három esetében a



1. ábra.
A tetoválás százalékos megoszlása az egyes iskolákban

kék tatu területén granuloma és a szemén uveitis együttesen fordult elő. A tatuk excíziója után az uveitis gyógyult. A tüneteket tehát egy specifikus granulomatosis hypersensitiv reakció váltotta ki.

Bőrbetegségek előszeretettel lokalizálódnak a tatuk területén. Erythematodeses tetováltakon a vörös tatuban jelentkező discoid erythematodeses plakk a higanyszulfid fotoszenzibilizáló hatása miatt keletkezhet. Psoriasis, lichen ruber planus, Koebner-tünetként gyakran lokalizálódik a tetovált területen (5).



2. ábra. A tetoválás időpontjának életkor szerinti megoszlása

Jó- és rosszindulatú **bőrdaganatok** megjelenését provokálhatja. Így előfordulhat keloid, sarcoïd reakció (4), papilloma, cornu cutaneum, cc. spinocellulare, reticulosarcoma, melanoma malignum (6) is a tatu területén.

Az egészségügyi és fizikai komplikációktól eltekintve a tetoválás viselője számára igen *kényelmetlenné* válhat. A közvélemény bizalmatlanul fogadja a tetovált embert, és vannak egyes foglalkozási ágak, ahol a tetováltság kizáró ok — pl. a díszőrség tagjai.

A tatu *eltüntetése* azonban nem olyan egyszerű, mint a megszerzése. Ezek időt igénylő, fájdalmas eljárások, melyek után maradandó heggel kell számolni.

A tetováltak egy része szeméremből, másik része nem tudva, hogy hova forduljon, önmaga próbálkozik az eltávolítással. A házi módszerek közül a kiegészítés, kidörzsölés, citrommal, ecettel való halványítás a legismertebbek.

Az orvosi eltávolítások közül a felültetoválás, vegyi anyaggal való maratás, salabrasio (7), diathermiával, kautherrel történő kiegészítés mellett a dermabrasio és a plasztikai megoldások a legtekintélyesebbek.

Saját megfigyelések

Beteganyagunkkal kapcsolatban megfigyelésünket négy fő téma szerint csoportosítottuk.

1. Melyek azok a feltételek, amelyek kedveznek a tetoválás terjedésének?
2. Milyen típusú fiatalok azok, akik tetoválást szereznek?
3. A tetovált ábrákra, feliratokra vonatkozó ismeretek összegyűjtése.
4. Tetoválással kapcsolatos egészségügyi problémák megismerése.

1. Az általános gimnázium (ÁG) 219 fiú- és 323 lány-, tehát összesen 542 tanulója közül egy sem volt tetovált.

Az iparitanuló-intézetben (ITI) 316 fiú közül 29, azaz 9,18%; a fiúnevelő otthonban (FNO) 132 közül 67, azaz 48,25%-ban találtunk tetovációt (1. ábra).

A tetováltak szülei 84%-ban fizikai munkások, 3,4%-ban alkalmi munkások és csupán 1,6%-

ban szellemi foglalkozásúak. 11% szüleiről semmit sem tudunk. A 122 tetovált családjában a testvér 18 esetben, a szülők 6 esetben voltak tetoválva. A szülők családi állapotában nagyjából azonos volt az együttélők és az elváltak száma.

A tetoválás idején 26% lakott szüleivel, 8% kollégiumban, és 79% nevelőotthonban.

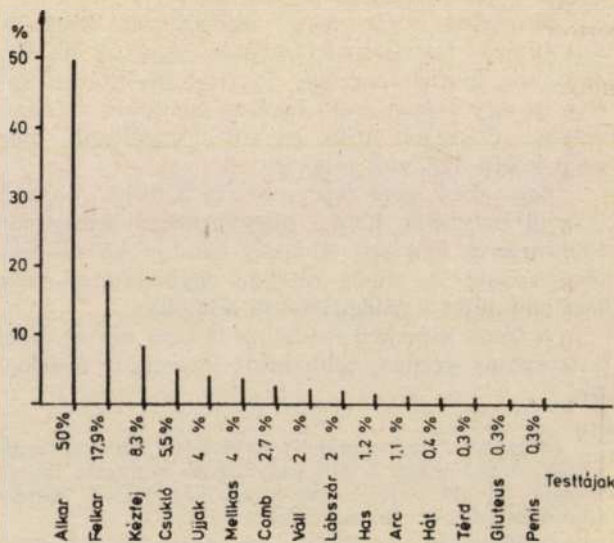
A tatuálás időpontjának életkor szerinti megoszlását a 2. ábra mutatja. A tetoválások 30%-a 14 éves kor körül történt. Ezen életkor felett csökkenő tendenciát látunk, 18 éves korban már csak 2,5%. A legkorábbi tetoválás 4 éves korból származik, ahol az idősebb fivér tetoválta az öccsét (2. ábra).

A tetoválást 59%-ban valamelyik barát vagy intézeti társ végezte, a többi esetben öntetoválás történt. Volt, akit társai álmában tetováltak. A nevelőotthonba kerülő új fiúk 2,5%-át a többiek kényszerítették, a többieket rábeszéltek a tetoválásra.

2. Értelmi szintjükkel, érdeklődési körükkel kapcsolatban nem végeztünk objektív vizsgálatokat. Beszélgetésünk során azonban a következők derültek ki. Legtöbbször szórakozással (tánc, keresztretrejtvényfejtés, tv-nézés, kirakatnézés) töltik szabadidejüket. Elég jelentős számban szeretnek sportolni, sétálni, kirándulni, motorozni, motort szerelni.

Meglepően sokan említették az olvasást mint kedvenc időtöltést, de hogy mit olvastak utoljára, arra kevesen tudtak válaszolni.

A zenehallgatás, kézimunkázás, gitározás, levelírás volt a következő kategória. Csupán ezután következett a „randevőzés”, „nőzés”, „fiúzás” kedvenc időtöltésként.



3. ábra. A tetoválás testtájak szerinti százalékos megoszlása

Az italozás igénye elenyésző számban merült fel, viszont 70% rendszeresen dohányzik. Sokan ismerik a „palmázás” fogalmát (gumiragasztó gőzének belégzése), de csak ketten vallották be, hogy már kipróbálták.

Szabad idejüket néhányan legszívesebben szü-leik társaságában, mások alvással töltötték.

A tatu megszerzésének célját néhányan nem is tudták meghatározni. Huszonheten pillanatnyi meggondolatlanságnak tartották utólag. A többség (47) nem akart lemaradni társaitól, mert félt, hogy kigúnyolják. Hat fiatal pedig ezzel a tétével meg akarta mutatni bátorságát, ki akart tünni a többiek közül. Negyvenketten romantikus érzel-meikre hivatkoztak. Érzéseket, szerelmet, ragasz-kodást, emléket akartak kifejezni a tetoválással. Ezekhez a beszélgetésekhez nem egy szomorú em-lékünk fűződik. Például egy 14 éves fiú édesany-ját életében mindössze háromszor látta, mégis mi-kor halálhírét vette, alkarjába tetovált egy szívet, közepében „Anyám” felirattal. Magyarátul eny-nyit fűzött hozzá: „azért tettem, hogy legyen róla valami emlékem”.

A felmérés idején a tetoválások különböző időtartam óta díszítették viselőiket. Arra a kérd-sünkre, hogy örömük telik-e a tetoválásban, mégis mindössze hárman válaszoltak igennel. Kettőnek kedves emlék volt, egynek pedig nagyon tetszett. 70% úgy nyilatkozott, hogy tettét kifejezetten megbánta, de ennél többen, összesen 90%, már nem tetováltatná magát. 10% még vállalkozna újabb tetovációra, „főleg, ha lenne valami jó min-ta”.

A 122 tetovált közül 79, azaz 74,7% szeretné eltávolítani tetovációját.

3. Az ábrák testtájak szerinti megoszlását a 3. ábra mutatja. Az öntetoválások legnagyobb ré-sze az alkarra történik. Szokásos érzéstelenítési mód a „zsibbasztás”, lekötéssel vagy széktámlához történő lezorítással.

Az írcokat általában profilból, kevés vonallal rajzolják. Színes tetoválást nem láttunk.

Az ábrák típusuk szerint az alábbiakban cso-portosíthatók:

1. Egzotikus (pálmafák, vadállatok, virágok, indián, cowboy).
2. Erotikus (főleg meztelen nők).
3. Obszcén (gyakrabban feliratok).
4. Humoros
5. Emlék, búcsú.
6. A jelenkor ideáljai (pl. Szörényi Levente).
7. Vallásos, misztikus feliratok, rajzok.
8. Ijesztő (pl. sárkereszt szellemmel).
9. Közlések (pl. éhes, magányos).
10. Galérii jegyek (4. ábra).

4. A tetoválások kivétel nélkül fekete tus bőrbe juttatásával történtek. Megszokott gyakorlat: var-rótük cérnával történő szoros összekötése 0,5–1,5 mm-nyi hegyet szabadon hagyva, ezzel a tűköteg-gel történik az implantálás.

100% beismerte, hogy az ábra készítése erős fájdalommal járt. Mérsékelt környezeti pirtól elte-kintve fertőzés, nagyobb gyulladás azonban nem történt.

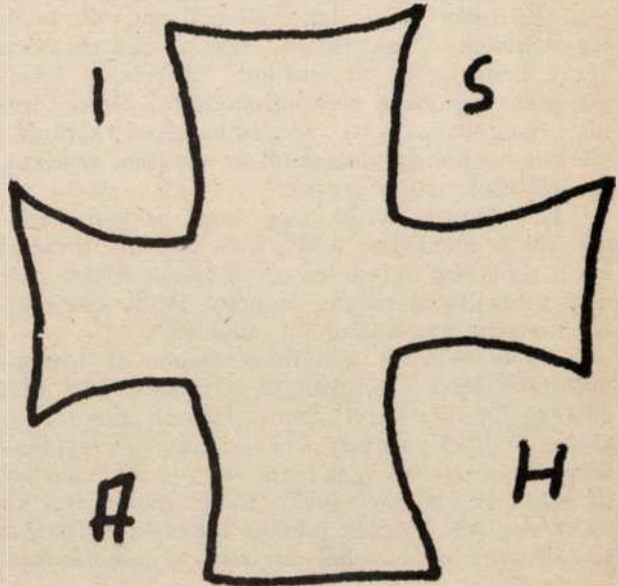
Krónikus fertőző betegség, májgyulladás ezen fiatalok esetében nem volt.

Egy esetben talákoztunk ragtapasz-érzékeny-séggel, egy olyan fiatal esetében, aki az alkarján levő tetovált nevet hónapok óta ragtapasszal fedte.

A tetoválást követő egészségügyi kompliká-

ciókat két csoportban foglalhatjuk össze. Egyik a szégyenkezésből eredő gátlásosság, amelyet úgy fogalmaztak meg, hogy nem tudnak strandra men-ni, levetkőzni, rövid ujjú inget, nyári ruhát visel-ni, mert az emberek nézik őket. A másik egész-ségügyi problémát az eltávolítási kísérletek jelen-tik. Az amatőr eltávolításra vonatkozó ismereteik kiterjedtek:

1. Citrommal, citrompótlóval, ecettel dörzsö-lik, átverik.
2. Tömény ecettel kimaratják.
3. Sóval kidörzsölik.
4. Gyufafejet a kifeszített bőrön 15–16-szor erőteljesen áthúznak.
5. Cigarettaival kiegészítik.



4. ábra.
Galérii jegy. A betűk jelentése:
Isten, segítsd a hippiket!

Kevesen tudnak az orvosi megoldások lehető-ségéről, a kimetszésről, a diathermiás eltávolítás-ról és a bőresziszolásról. Az általuk végzett mód-szerekkel nyitott sebfelszíneket képeznek, melyek a ruhaneművel közvetlenül érintkezve gyakran helyi fertőzések forrásai lehetnek. Általános ha-tású fertőzéssel ebben a vonatkozásban sem talál-koztunk, de a lezajlott helyi gyulladások nyomán egyenetlen felszínű, mélyebb hegesevést sokat lát-tunk.

Megbeszélés

Magyarországon ezidáig nem történt átfogó méretű felmérés a tetováltság elterjedésére vonat-kozáon. Az 1045 fős 14–18 éves korú csoportra kiterjedő szűrés is az első nagyobb felmérés hazai viszonylatban.

Munkánkhoz Lars–Hellgren gépi adatfeldol-gozással készült munkája adta az alapötletet.

Svédország különböző területein elvégzett fel-mérés szerint a lakosság 2,01–5,38%-a tetovált. A tetoválás életkor szerinti csúcserőke az északi or-szágbán 20 éves korban van. Az első jelentős ki-ugrás 14 éves korban mutatkozik, majd 20 éves

korig egyenletesen fokozódik. 20 év felett rohamosan csökken.

Saját anyagunkban az életkor szerinti csúcs 14 éves korban jelentkezik, és efelett egyenletes csökkenést mutat.

Szembetűnő az a különbség, amelyet az általános gimnázium, az iparitanuló-intézet és a nevelőintézetek között találtunk.

Az általános gimnázium és az iparitanuló-intézet közötti eltérésre magyarázatul szolgálhat az, hogy az a fiatal, aki 14 éves korában már képes arra az önálló döntésre, hogy szakmát válasszon, talán önállóbb élete egyéb cselekedeteiben is, mint a nagyobb szülői befolyás alatt álló, gimnáziumba kerülő hasonló korcsoport.

A nevelőintézetek kiugró részvétele nem meglepő. Köztudott, hogy lakói állandó vagy átmeneti tagjai különböző galeriknek. Java részük családon kívül, hányatottan nevelkedett. Társadalmi jelentőségüket legtöbbször erőszakoskodással, fizikai erejük hangsúlyozásával, félelemkeltéssel kívánják biztosítani. Ennek kiegészítői az obszcén, erotikus, ijesztő tatuk, galeri jegyek.

Kedvezőnek ítéltük meg, hogy az ipari tanulók között mindössze 9,18% volt tetovált, továbbá azt a törekvést, miszerint a tetováltak 90%-a már nem tetováltatná magát, és hogy 74,7% kifejezetten szeretne megszabadulni „díszétől”.

Az érdeklődési kör felmérésekor az iparitanuló-intézetben a tetovált és a tatuval nem rendelkező fiatalok között nem találtunk jelentős eltérést. Feltűnő azonban a nevelőintézetek lakóinak fokozott érdeklődése a nem szervezett sportok, mozgás és gépjárművek, főleg motorkerékpár iránt. Az ipari tanulók inkább könyvekről, filmről, tv-ről, színházról, tehát zárttéri foglalkozásokról beszéltek.

A zene és a tánc minden fiatalat érdekel, lelkesít. A pol-beat dalok szövegét is ismerik, jelentését és célját is helyesen értékelik. A klasszikus, de főleg a modern zene iránt alig érdeklődnek.

Hellgren felmérésében a társadalmi differenciálódást foglalkozási ágak szerint foglalta össze, melyből kitűnik, hogy a géppel foglalkozó ipari munkások, katonák és tengerészek körében a legelterjedtebb a tetoválás.

Saját felmérésünk ezt az adatot annyiban támasztja alá, hogy a szellemi foglalkozásuk körében kevesebb, a fizikai munkához való közeledéssel pedig párhuzamosan nő a tetováltak száma. Az ipari tanulók a fizikai és a szellemi munka arányos keveredése miatt kerültek a szellemi foglalkozású gimnazisták és a csak fizikai munkát végző nevelőintézeti csoport közé.

A tetovált motívumok nagyjából világszerte megegyeznek. A nyugati államokhoz képest azonban nálunk alig fordul elő mesealak tetoválás, és lényegesen kevesebb a vallásos tárgyú tatu. A 4. ábrán látható misszióskereszt és vallásos tárgyú fo-

hászzkodás a galeri jelnek és a vallásos miszticizmusnak érdekes keveredése.

A tetoválást követő komplikációk közül a legfontosabb a tetováltakban kialakuló gátlás, továbbá a tetoválás eltávolításával kapcsolatos társadalombiztosítási probléma. Ezekben a kérdésekben látjuk a tetoválás egyéni és társadalmi jelentőségét.

A tetoválás idején a lelkesedés, az összetartozás vágya vagy a feltűnési vágy elsöpri a józan megfontolást. Évek alatt azonban a művelődő, becsületesen dolgozó munkacsoportokba és baráti körbe kerülő tetovált ráébred, hogy gyermekes ösztön vezette, amikor bőrbe maradandó neveket, jeleket vésetett. Szégyellni kezdi, nem mutatkozik strandon, nem hord rövid ujjú inget, ruhát. Párvalasztásban, közösségi megmozdulásokban gátlássossá válik. Ha mindezen túl is teszi magát a tetovált, még mindig marad egy kényes pont — a gyermekének tartozó magyarázat.

A tetoválás eltávolítása nem közömbös dolog, mert fájdalmat, maradandó heget okoz. A hosszadalmas és fáradságos tatu-eltávolítás a beteg emberek kezelésére fordítható időből vonja el az orvost és a kezelő személyzetet. A tetováció fizikai értelemben nem betegség, mégis a társadalombiztosítást terheli az ápolási napok, táppénz, az elhasznált gyógyszer és a ráfordított idő kapcsán.

Ezért nem szabad a tetoválás kérdését csupán jelentéktelen érdekességként kezelni, hanem jelentős propagandával harcolni kellene ellene. Mint ahogy a fiatalokat óvjuk a balesetektől, ugyanúgy óvni kell ettől a meggondolatlanságtól is. Mindkettő egy életre meghatározhatja az egyén sorsát, a társadalomnak pedig egészséges, félelem és szégyenkezés nélküli emberekre van szüksége.

Összefoglalás. Szerzők 1045 szellemi és fizikai munkát végző középiskolás korú fiatal szűrését végezték el a tetováltság mértékének felderítésére. Megállapították, hogy a veszélyeztetett életkor a 14. életév. Kevesebb a tetováció a családi körben élő, szellemi foglalkozású tanulók körében.

Foglalkoznak a tetoválás hazai jellemzőivel és egyéni, valamint társadalmi veszélyességével. Szükségesnek tartják megfelelő propaganda segítségével a tetoválás felszámolását.

IRODALOM: 1. *Baluyot, S. T.:* Arch. Otolaryngol. 1972, 96, 151. — 2. *Bercheron, E.:* Histoire Médicale du tatouage. J. B. Bailliere et Fils, Paris, 1869. — 3. *Cotton, D. W. és mtsai:* Dermatologica. 1970, 141, 252. — 4. *Dickinson, J. A.:* Arch. Derm. (Chicago). 1969, 100, 315. — 5. *Hellgren, L.:* Tattooing. Almqvist and Wiksell, Stockholm, 1967. — 6. *Kirsch, N.:* Int. J. Derm. 1972, 11, 16. — 7. *Komáromy R., Weltler M., Vadász E.:* Bőrgyógy. vener. Szle. 1975, 51, 145. — 8. *Rees, T. D.:* Plastic and Reconstr. Surg. 1975, 55, 620. — 9. *Rorsman, H.:* Lancet. 1969, 2, 27. — 10. *Tazelaar, D. J.:* Dermatologica. 1970, 141, 282. — 11. *Thomson, H. G.:* Plastic and Reconstr. Surg. 1971, 48, 113.

Orvostovábbképző Intézet,
I. Belgyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Pálos Á. László dr.),
Laboratóriumi Vizsgálatok Tanszéke
(tanszékvezető: Endrőczy Elemér dr.)

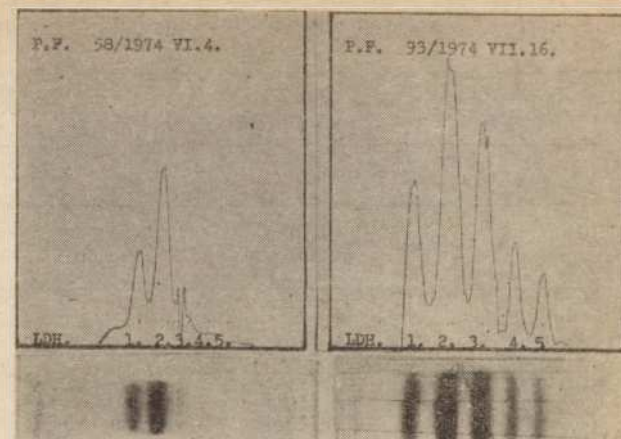
Serum enzimek aktivitásának változása súlyos májkárosodással járó letális kimenetelű Pfeifer-Weber-Christian- syndromában

Nemesánszky Elemér dr.,
Kosztovics Angela dr., Bédi Judit dr.
és Végh Márta

A Pfeifer-Weber-Christian-syndroma (továbbiakban: P-W-Ch-syndroma) vagy másképpen systemás panniculitis ritkán előforduló megbetegedés, amelynek aetiológiája nem tisztázott egyértelműen. Az anyagcsere zavara leginkább a zsírok metabolizmusának kóros voltában nyilvánul meg. A betegség localisálódhat döntően a subcutis zsírszövetére és ott jellegzetes focalis bőrpjeséget okoz, de általában egyéb szervek, illetve szervrendszerek működése is érintett. Vannak olyan P-W-Ch-syndromás betegek is, akikben a súlyos szervkárosodások mellett a bőrelváltozások nem is manifesztálódnak.

A P-W-Ch-syndromára jellemző a zsírszövet nem gennyedő, gócos gyulladása, melyet necrosis és kötőszövetes átépülés követ. A bőr alatt a subcutan zsírszövet érintettsége miatt nyomásra vagy spontán is fájdalmas változó nagyságú csomók keletkeznek, melyek felett a bőr általában vörös vagy lividen színezett. Az említett elváltozások hetekig-hónapokig fennállhatnak és a zsírnecrosis következményeként bemélyedő pigmentált területek jelzik az irreverzibilis károsodást.

A focalis necrosisok és gyulladások fibroticus reakciók kiterjedhetnek az egész szervezetre, ahol csak zsírszövet található. Így a májban, vesében, csontvelőben a peri- és intraviscerális zsírszövetben láthatunk ilyen elváltozást és a betegség rendkívül változatos klinikai kép formájában nyilvánulhat meg.



1. ábra.
A P-W-Ch-syndromás beteg két különböző időpontban történt LDH isoenzym meghatározásának képe, illetve denzitogramja

mulhat meg. Kimenetele spontán gyógyulás és halál egyaránt lehet.

A subcutan szövetekre localisálódó és a systemás forma között különbség csupán a betegség kiterjedésében van. A P-W-Ch-syndromát azonban mindenképpen az egész szervezetet érintő körképnek kell tekinteni. A P-W-Ch-syndroma klinikai vonatkozásait összefoglaló tanulmányunkban részleteztük (8).

Jelen munkánkban egy P-W-Ch-syndromás betegünk kórtörténetének rövid ismertetése kapcsán elsősorban az enzimológiai paraméterek alakulását mutatjuk be. Elemezzük a különböző időpontban történt, széles körű enzimvizsgálatok eredményeit és ezáltal az enzimvizsgálatok informatív értékére kívánjuk a figyelmet irányítani.

Esetismertetés

P. P., 34 éves nőbeteg 1974. május 15-én került felvételre az OTKI I. Belgyógyászati Tanszékére. Anamnesisében említésre méltó, komolyabb megbetegedés nem szerepel. Felvételét megelőzően a beteg hátán, a sacrum tájon, a sternum felett a két emlő között, valamint a felső végtagon számos változó nagyságú, kissé fájdalmas livid színű csomók jelentek meg. Ezt követően subfebrilis, majd lázas lett. Physicális vizsgálattal hepar 3, lien 2 h.-ujjal nagyobb.

A beteg felvételét követő laboratóriumi eredmények: hgb.: 8,3 g%, vvs.-szám: 3 250 000, haematocrit: 33%, fvs.: 2400, thrombocytaszám: 120 000. Qualitativ vérkép: Ju.: 4, St.: 8, Se.: 55, Mo.: 4, Ly.: 29%, anisocytosis, poikilocytosis, reticulocytaszám: 27 ezrelék. Vizelet: átlátszó, fs.: 1020, cukor, acetone: negatív, ubg.: norm., bilirubin: negatív, üledék: látóterenként 3-4 fvs., 1-2 vvs. Vércukor: 80 mg%, se. bi.: 0,7 mg%, thymol: 2,3, aranyosol: neg. CN: 16 mg%. Se. creatinin: 0,7 mg%, se. összfehérje: 5,2 g%. A/G quotiens: 1. Immunelfo: a máj által termelt fehérjék koncentrációja kifejezetten csökkent, extrem fokú α_1 -antitripsin szaporulat, csökkent IgM. Se. összlipoid: 1140 mg%, se. cholesterolin: 248 mg%.

A P-W-Ch-syndroma klinikailag felmerült diagnózisát a klinikai kép és a beteg bal karján levő jellegzetes subcutan csomóból készült szövettani vizsgálat igazolta (2596/1974. Sebők János dr.).

A beteg felvétele után néhány nappal a disseminált intravascularis alvadási zavarra (DIC) jellemző haemorrhagiás diathesis alakult ki, mely azonban tartós Heparin terapia hatására (kb. 10 nap alatt) megszűnt. A beteg általános állapota azonban ezt követően is romlott.

Laboratóriumi vizsgálatok	A vizsgálatok időpontja és eredményei (1974)				
	Normál érték	V. 24.	VI. 3.	VII. 10.	VIII. 16.
Süllyedés	< 10 mm/ó	5	9	12	98
Thymol Aranyzol	< 4 E negatív	2,5 negatív	2,5 negatív	2,5 negatív	3,2 negatív
Serum bilirubin	< 1 mg%	0,7	1,3	3,9	1,0
Véralvadási paraméterek	a kontrollal egyező	DIC-re jellemző	lényeges eltérés nélkül	lényeges eltérés nélkül	lényeges eltérés nélkül
SGOT.	< 20 IE	44	50	24	36
SGPT.	< 20 IE	34	90	24	16
LDH.	< 191 IE	2200	760	263	285
Aph.	< 30 IE	70	104	105	71
GGT.	< 30 IE	410	725	825	810
LAP.	< 30 IE	55	88	84	85
GLDH.	< 4 IE	2,6	4,0	4,0	4,2
SDH.	< 0,4 IE	1,0	—	1,4	1,5
ICDH.	< 7 IE	9	11	—	13
ChE.	> 1900 IE	1170	1320	470	485
Savanyú phosphatase	< 10 IE	18	12	16	22
Savanyú ribonuclease	< 125 IE	360	396	472	439
Amylase	< 165 E	80	88	32	30
Lipase	< 1,0 E	—	0,2	—	—

A kb. háromhónapos kórházi tartózkodása alatt végig étvágytalan volt és sokat fogyott. Fokozatosan cardialis decompensatio is kialakult, nagymértékű hydrothorax és ascites kíséretében. Az alkalmazott therapia (cardiacumok, széles spectrumú antibioticumok, steroid, transfusiók) ellenére a beteg 1974. aug. 25-én cardiorespiratoricus elégtelenség következtében meghalt.

A kórbonctani és a klinikai diagnózis meg- egyezett. A kórszövetteni vizsgálat szerint: a máj állapotában igen súlyos zsíros degeneratio volt látható (B 550/1974, Riskó dr.).

Vizsgálati módszerek

A beteg tanszékünkön történő bentfekvése során (több mint három hónap) négy alkalommal végeztünk complex enzimológiai vizsgálatot, amely

14 enzim aktivitásának meghatározásából és az LDH isoenzymek vizsgálatából állt.

Az enzimaktivitások meghatározása a következő módszerekkel történt: serum glutaminsav-dehydrogenase (SGOT) és serum piroszőlősav-dehydrogenase (SGPT) *Reitman és Frankel* (11), a serum lactat-dehydrogenase (LDH) *Babson és Philips* (1), az alcalicus phosphatase (AP) *Kind és King* (7), a γ -glutamyl-transpeptidase (GGT) *Szász* (14), a leucin-arylamidase (LAP), a glutamát-dehydrogenase (GLDH), a sorbitol-dehydrogenase (SDH), az isocitrat-dehydrogenase (ICDH) és a cholinesterase (ChE) *Boehringer-test* segítségével (2), a savanyú phosphatase *Fishman* (5), a savanyú ribonuclease *Slater* (13), az amylase *Caraway* (3) és a lipase aktivitásokat pedig *Tietz és mtsai* (15) által kidolgozott eljárással határoztuk meg. Az LDH-isoenzymek vizsgálata *Van der Helm és mtsai* (16) módszerével történt.

Eredmények

A beteg vérsavójából végzett enzimológiai vizsgálataink eredményeit — néhány egyéb laboratóriumi parameter feltüntetése mellett — összefoglaló táblázatunkon mutatjuk be (1. táblázat).

Az LDH isoenzymek aktivitásának alakulását a két különböző időpontban történt meghatározás alapján készült kép, illetve denzitogramm szemlélteti (1. ábra).

Eredményeink szerint az ún. májfunkciós próbák értékei (thymol, arany-sol) és a transzaminasék (SGOT, SGPT) aktivitásai nem jelzik megfelelően a beteg súlyos májkárosodását, illetve a májműködés romlását. Az LDH aktivitásban észlelt több mint tízszeres emelkedés (V. 24-én) részben a disseminált véralvadási zavar (DIC) következményeként kialakult thrombopeniával, a thrombocyták pusztulásával magyarázható. Későbbi időpontokban az LDH aktivitás jelentősen csökkent és lényegében a transzaminasék értékeivel azonos képet adott. A GGT, LAP és AP aktivitásokban mért jelentős fokozódás a máj-laesiót és a zsírmáj okozta cholestasist egyaránt jól jelzi. A mitochondrialis eredetű enzimek (GLDH, SDH, ICDH) aktivitásai főként a beteg terminális időszakában kialakult súlyos májelégtelenség idején emelkedtek, amikor a ChE aktivitások már igen alacsony értéken voltak. A lysosomális eredetű (savanyú phosphatase, savanyú ribonuclease) enzimek aktivitásának értékei a májfunkciók alakulásával korrelációt mutatnak. A pancreas-specifikus enzimek (amylase, lipase) aktivitásaiban a megfigyelési periódus alatt kóros eltérést nem észleltünk (táblázat).

Súlyos máj-laesiót igazol az LDH₄ és LDH₅ isoenzymekben megnyilvánuló jelentős aktivitásfokozódás, amely a beteg halálát megelőző néhány nappal alakult ki (1. ábra).

Megbeszélés

Ismertetett esetünkben a P—W—Ch-syndroma során kialakult zsírmáj a májfunkcióban jelentős károsodást idézett elő. A klinikai kép és laboratóriumi vizsgálatok szerint is a beteg terminális állapotában a májfunkció rohamosan romlott.

A májfunkció megítélése szempontjából az enzimvizsgálatok informatív értéke jelentős. Az ún. rutin diagnosztikában vizsgált laboratóriumi meghatározások, ill. a transzaminasék diagnosztikus jelentősége azonban sokszor elmarad a májműködésre specifikusabb (GGT, LAP, ChE, lysosomális en-

zymek), ill. a laesio súlyosságát érzékenyebben jelző mitochondrialis eredetű (GLDH, SDH, ICDH) enzimektől (4, 9, 10). A P—W—Ch-syndromás betegünkben is a súlyos májkárosodást legjobban a GGT, LAP, SDH, ICDH és a lysosomális enzimek aktivitásának fokozódása, az LDH isoenzymeik jellegzetes megváltozása és a ChE aktivitások jelentős csökkenése jelezte. Eredményeink a klinikai képpel párhuzamot mutattak.

Esetünkhöz hasonlóan P—W—Ch-syndromás betegben jelentős SGOT, SGPT és LDH aktivitásfokozódást találtak *Staneova és mtsa* (12), *Henriksson és mtsai* (6) is.

Bemutatott enzimológiai vizsgálataink eredményei igazolják, hogy a súlyos májkárosodással járó P—W—Ch-syndromás betegünk máj-laesiója laboratóriumi szinten is megfelelően detektálható volt. Az ún. rutin laboratóriumi vizsgálatok informatív értékét tehát az enzimvizsgálatok széles körű kiterjesztése jelentősen növeli.

Összefoglalás. A szerzők súlyos májkárosodással és disseminált intravasculáris véralvadási zavarral (DIC) járó letális kimenetelű P—W—Ch-syndromás betegük rövid kórtörténetét és széles körű enzimológiai vizsgálataik eredményeit ismertetik.

Az ún. rutin vizsgálatok, ill. májfunkciós próbák kevésbé informatív voltát kiemelve felhívják a figyelmet arra, hogy az enzimológiai vizsgálatok kiterjesztésével a máj-laesio mértéke jól megítélhető, a májfunkció alakulása követhető. Eredményeik az enzimológiai vizsgálatok diagnosztikus értékére hívják fel a figyelmet.

IRODALOM: 1. *Babson, A. L., Philips, G. E.:* Clin. Chim. Acta. 1965, 12, 210. — 2. *Boehringer Mannheim GmbH:* Diagnostika Arbeitsanleitungen 1975. — 3. *Caraway, W. T.:* Amer. J. Clin. Path. 1959, 32, 97. — 4. *Codley, E. L.:* Diagnostic enzymology. Lea and Febiger, Philadelphia, 1970. — 5. *Fishman, W. H.:* J. biol. Chem. 1953, 200, 89. — 6. *Henriksson, P. és mtsai:* Scand. J. Haematol. 1975, 14, 355. — 7. *Kind, P. R. N., King, E. J.:* J. Clin. Path. 1954, 7, 322. — 8. *Kosztovics A.:* Orvosképzés (közlés alatt). — 9. *Nemesánszky E., Magyar I.:* Orvosképzés. 1975, 50, 298. — 10. *Plomteux, G.:* Sem. Hóp. 1974, 28, 1921. — 11. *Reitman, S., Frankel, F.:* Amer. J. Clin. Path. 1957, 28, 56. — 12. *Staneova, L., Miovski, D.:* Dermatologica. 1972, 48, 145. — 13. *Slater, T. F.:* Biochem. J. 1961, 78, 501. — 14. *Szász G.:* Clin. Chem. 1969, 15, 124. — 15. *Tietz, N. W., Borden, T., Stepleton, J. O.:* Amer. J. Clin. Path. 1959, 31, 148. — 16. *Van der Helm H., Zondag, H., Klein, F.:* Clin. Chim. Acta. 1963, 8, 193.

„Aki az érvelést nem tudja támadni, az érvelőt támadja.”

Paul Valéry

PERITOL® szirup

cypheptadinum



PERITOL szirup a gyermekgyógyászatban!

Étvágyjavító és súlygyarapító hatású készítmény. Histamin- és serotonin-antagonista.

ÖSSZETÉTEL: Cypheptadinum hydrochloricum anhydricum 0,04 g 100 ml szirupban.

JAVALLATOK: Különböző eredetű étvágytalanság és leromlott állapot. Allergiás betegségek kezelése.

ELLENJAVALLATOK: Oedema-készség és vizelet-retentio.

ADAGOLÁS: Csecsemőknek 1/2 éves korig nem adható! Gyermekeknek 1/2-2 éves kor között adása kivételesen megkísérélhető 0,4 mg/kg/die adagban. (Pl. 10 kg-os gyermeknek napi 4 mg; ezt a mennyiséget 2 kávéskanálnyi szirup tartalmazza.)

3-4 hétnél tovább azonban ne adjuk.

2-6 éves korig a kezdő adag általában napi 3×1 kk. (6 mg). Az esetben, ha ennek növelése szükséges, a pótlást este, lefekvés előtt célszerű adni. A teljes napi dosis a 8 mg-ot ne haladja meg.

6-14 éves korig a szokásos napi adag 3×1 gyk. A teljes napi dosis 16 mg-nál (étvágytalanságban 12 mg-nál több ne legyen).

MELLÉKHATÁSOK: Leggyakoribb az álomság, mely rendszerint átmeneti jellegű és ritkán teszi szükségessé a kezelés megszakítását. Ritkábban előfordulhat szájszárazság, mentális confusio, ataxia, visualis hallucinatio, szédülés,

nausea, bőrküítés, nyugtalanság, fejfájás. Ez utóbbiak jelentkezése esetén a gyógyszer adagolását be kell szüntetni.

FIGYELMEZTETÉS: Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel. A gyermekeket óvni kell a nagy figyelmet igénylő élénk játéktól, a közlekedési veszélyhelyzettől stb. A Peritol a fájdalomcsillapítók és az altatók hatását potenciálja, azok tehát Peritolal együtt csak csökkentett adagban adhatók.

MEGJEGYZÉS: Az állami egészségügyi ellátás keretében, állampolgári jog alapján csakis 12 éven aluli gyermekek részére rendelhető szabadon.

CSOMAGOLÁS: 100 ml 14,70 Ft.

PERITOL tableta és szirup felnőtteknek

Tablettánként 4 mg cypheptadinum hydrochloricum anhydricum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Különböző eredetű étvágytalanság és leromlott állapot. Allergiás betegségek kezelése.

ELLENJAVALLATOK: Glaucoma, oedema-készség és vizelet-retentio esetén, továbbá terhességben ellenjavallt.

ADAGOLÁS: Tabletta: szokásos kezdő adagja felnőtteknek naponta 3×1 tableta (12 mg). Ez az adag szükség szerint csökkenthető, illetve növelhető. Utóbbi esetben a napi adag nem haladhatja meg a 8 tablettát (32 mg). Chronikus urticaria kezelésére általában napi $3 \times 1/2$ tableta (6 mg) elegendő.

Acut migraine-es roham esetén 1 tableta. Amennyiben a fejfájás nem szűnik meg, 1/2 óra elteltével ismét adható 1 tableta.

A beteg 4-6 órán belül 8 mg-nál többet nem kaphat. A hatás fenntartásához naponta 3×1 tableta rendszerint elegendő.

Étvágytalanságban 3×1 tableta naponta. A kezelés kezdetekor jelentkező sedatív hatás miatt az első adagot ajánlatos az esti étkezés után bevenni.

Szirup: felnőtteknek a szokásos kezdő adag naponta 3×1 gyk. (12 mg). Ez a mennyiség szükség szerint csökkenthető, illetve növelhető. Utóbbi esetben a napi adag nem haladhatja meg a 32 mg-ot.

Chronikus urticaria kezelésére általában napi 3×1 kk. (6 mg) elegendő. Acut migraine-es roham esetén 1 gyk. Amennyiben a fejfájás nem szűnik meg, 1/2 óra elteltével ismét adható 1 gyk.-al. A beteg 4-6 órán belül 8 mg-nál többet nem kaphat. A hatás fenntartásához naponta 3×1 gyk. szirup rendszerint elegendő.

Étvágytalanságban 3×1 gyk. naponta. A kezelés kezdetekor jelentkező sedatív hatás miatt az első adagot ajánlatos az esti étkezés után bevenni.

MELLÉKHATÁSOK: Lásd PERITOL szirup a gyermekgyógyászatban.

FIGYELMEZTETÉS: Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért pl. járművezetők, magasban vagy veszélyes helyen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékenységnek megfelelően előírt adagban szedhetik.

A Peritol a fájdalomcsillapítók és az altatók hatását potenciálja, azok Peritolal együtt csak csökkentett adagokban adhatók. Peritol-kúra alatt szeszes ital fogyasztása tilos!

MEGJEGYZÉS: A tableta az állami egészségügyi ellátás keretében, állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 20 tableta 12,30 Ft.

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Az Osztrák Gyermeksebész Társaság symposiuma. (1976. január 17–20-ig Obergurgl).

Az Osztrák Gyermeksebész Társaság immár hagyományos téli symposiuma ez évben új formában került megrendezésre. A nemzetközi tudományos ülést megelőző két napon továbbképző jellegű előadásokat tartottak Ausztria gyermeksebészei részére. A szervező bizottság elnöke, *Wurnig* (Wien), bevezetőjében elmondta, hogy a gyermeksebészeti szervezetsége Ausztriában sem kielégítő. A sürgős és speciális gyermeksebészeti beavatkozásra szoruló betegek, elsősorban a téli közlekedési és szállítási nehézségek miatt, sokszor felnőttsebészeti osztályokon kerülnek ellátásra. A továbbképző előadások keretében ismert gyermeksebészek adtak képet a sürgős gyermeksebészeti beavatkozásokról. Igen hasznos volt, hogy műtét-technikai kérdések filmvétel formájában kerültek megtárgyalásra. A továbbképző előadások célja az volt, hogy az ország különböző részeiben működő gyermeksebészek megismerjék a nemzetközileg is elfogadott és bizonyítottan jó műtéti megoldásokat.

Az elhangzott előadások közül csupán egyet kívánok kiemelni: *Sauer* (Graz) újszülöttkori ileusos betegeinek bélsínezéssel végzett eredményeiről számolt be. A postoperatív ileus és a strangulációk megelőzése ezen életkorban is sok nehézséget okoz. Gastrostomiás nyíláson bevezetett és coecostomián keresztül (appendectomiás nyílás) kivezetett puha PVC-catheterrel a teljes vékonybelet drainálja, egyúttal biztosítva a bélkacsok megtörését nélküli össztapadását is. Ez a beavatkozás a Noble-féle plücatióval szemben egyszerűbb. Az előadásban elhangzott jó eredmények a módszer helyességét igazolták. A csatlakozó vitában többen szóltak a gastrostomia szükségessége ellen, ill. helyette a sonda nasogastricus-intestinalis leveztelését javasolták. Többen a saját tapasztalataik alapján a sonda vég-, ill. vastagbélben át történő vezetését is javasolták (kettős sínezés), ezáltal a coecostomia készítése is szükségtelenné válik.

A program második, nemzetközi részvételű részében 8 európai országból mintegy 100 gyermeksebész vett részt.

A *gyulladásos bélbetegségek* témakörben elhangzott előadások 3 betegséghez kapcsolódtak:

1. Colitis ulcerosa,
2. Crohn-betegség,
3. Enterocolitis necrotisans.

ad 1. A kórkép gyermekgyógyá-

szati vonatkozásait *Schmerling* (Zürich) foglalta össze. Az esetek száma megsokszorozódott az elmúlt évtizedben Nyugat-Európában és a skandináv államokban. Ez a növekedés abszolút, nem csupán a helyes diagnózis felállításának a következménye. A kórkép aetiológiája sok vonatkozásban nem tisztázott, *immunológiai*, valamint *psychosomatikus* faktorok szerepe bizonyított. Az előadó felhívta a figyelmet a betegség multifocális előfordulására: gyakori, hogy a typosos bél-tüneteket megelőzik hepatopathia, arthritis, erythema nodosum, uveitis, thyreoiditis klinikai jelei. Klinikai megfigyelés, hogy a chronikusan lezajló betegségben a recidivákat psychés stress előzi meg. *Födisch* (Bonn) a kórkép pathomorphologiai jellemzőit ismertette. Az összes eset 4%-ában várható malignitasio. Ha a betegség 15 évnél tovább is fennáll, ez a veszély 40%-ot érhet el. *Lassrich* (Hamburg) a colitis ulcerosa radiológiai diagnosztikáját ismertette. *Schäfer* (Hamburg) általánosan elfogadott diagnosztikus sémát adott. A klinikai, radiológiai és psychosomatikus status elemzése mellett a laboratóriumi vizsgálatoknak ki kell terjedni a haematológiai, immunológiai és serológiai vizsgálatokra. A komplex diagnosztikus séma magába foglalja a colonoscopos, valamint histológiai (biopsia) vizsgálatok elvégzését is.

Összefoglalva a *konzervatív kezelés* lehetőségei: a Salazopyrin és steroid therapia mellett nagy a jelentősége a tartós cytostatikus kezelésnek (Azathioprin).

Kühlmayer (Wien) a sebészi kezelés elveiről és eredményeiről számolt be. Az elmúlt 20 évben 57 esetben végzett totalis colectomiát és ileorectostomiát colitis ulcerosa esetén. Esetei közül 27 acut, toxicus, foudroyans colitis volt. Korai radikális műtét esetén ritkábban észlelt recidivát.

Hosszú vita követte a chronikus, ill. chronikus recidivákkal járó esetek kezelését. Általában elfogadott elv: 2 éves konzervatív kezelés eredménytelensége esetén colectomia végzendő. Nem dönthető el, hogy a resectio mellett az ileostomia, vagy ileorectostomia után ritkább a recidiva.

Henrikson (Göteborg) és *Ekesparre* (Hamburg) a műtétek késői eredményeiről számoltak be. Colectomiát az alábbi esetekben végezték:

1. Belgyógyászati kezelés eredménytelensége, ismételten fellépő acut súbok.

2. A colitis ulcerosa klinikai jelei

mellett praecancerosis, ill. malignitasio jelei észlelhetők.

Hultén (Göteborg) a Koop-módszerrel végzett continialis ileostomia jó eredményeiről számolt be 10 eset kapcsán.

ad 2. A Crohn-betegség klinikai képének referense ismét *Schmerling* volt. Hangsúlyozta, hogy a klinikailag malignus lefolyású betegségek az előfordulása az elmúlt 15 évben egyenletesen nőtt. A chronikus, de a colitis ulcerosával ellentétben csak ritkán súbokban lezajló gyulladáson belbetelegén az emésztőtraktus bármely részén előfordulhat. Az összes eset 60%-ában az ileum (elsősorban a terminalis szak), 20%-ában a vastagbél is érintett. Jóval ritkább az előfordulás a jejunumon, duodenumon, gyomron, ill. nyelöcsövön. A kóreredet ismeretlen. A korai diagnózis felállítását nehezíti, hogy az initialis klinikai jelek atypusosak: anorexia, subfebrilitas, súlyesés, hasi panaszok. A hasmenés rendszerint későn jelentkezik. Gyakran pyoderma, stomatitis aphthosa, perianalis fissura, ekzema és condyloma a betegség első jele. Az esetek többsége acut appendicitisként kerül klinikai felvételre, ezért a primaer belgyógyászati kezelés ritka. Általában megegyezik a colitisnél leírt nem specifikus terapiával: remissio elsősorban steroiddal érhető el. A kórkép sebészi kezelésében elért eredményekről: *Heiss* (Heidelberg) referatuma szerint a sebészi kezelés 3 fázisban lehetséges.

1. acut esetben: rendszerint appendicitis miatt műtetre kerülő esetben appendectomia és nyirokcsomóbiopsia az általánosan elfogadott elv,

2. chronikus, belgyógyászati kezelésre nem reagáló esetek: a lehető legradikálisabb resectio végzendő anastomosis-készítéssel kombinálva,

3. chronikus szövödményes esetek: stenosis, fistula, perforatio és vérzések ellátása.

A sebészi kezelés után is gyakori a recidiva: *Henrikson* 19 resecált esetéből 6-nál lépett fel.

A recidiva gyakoribb, ha az ileum mellett a colon is érintett.

Több előadó hangsúlyozta a radikális műtét jelentőségét a recidiva prophylaxisban.

ad 3. Jól ismert az újszülöttkori kórkép az enterocolitis necrotisans, mely neonatologusnak, sebésznek, radiologusnak sok nehézséget okoz. *Rosegger* (Graz) a polyaetiologiájú kórkép klinikumát, *Hofmann* (Mainz) a sebészi kezelés lehetőségeit ismertette. *Lister* (Liverpool) véleménye szerint fontos, hogy a sebész és neonatologus korán gondoljon a betegségre. A magas mortalitás (53–68%) csak a korábbi műtéttel, műtét indikáció kiszélesítésével és a jobb műtéti technikával érhető el. Fontos, hogy a műtét (resectio, antepositio, stoma-készítés) ne csak a szövödmény (perforatio) esetén történjék, hanem már a klinikai kép progressiója ese-

tén, peritonitis jeleinek felléptekor, ill. pozitív radiológiai tünetek észlelésekor (portalis gáz, intestinalis intramuralis levegőárnyék) kerüljön sor a műtetre.

A symposium szervezése kielégítő volt. Az ülések alatti élénk vita hasznos volt. Az állandó üléselnök és egyben házigazda, Wurnig, igyekezett a résztvevőket főleg a kezelési elvekben véleménynyilvánításra bírni, mely a tudományos ülések lefolyását izgalmassá, érdekessé tette. Az ülések kora reggeli és késő délutáni megtartása bőséges lehetőséget biztosított arra, hogy a téli sportok kedvelői ideális körülmények között hódolhassanak ilyen irányú szenvedélyüknek is.

Schäfer József dr.

Az European Study Group For Diabetes Epidemiology XI. ülése. [Borovec (Bulgária), 1976. május 6—8.]

A Magyar Diabetes Társaság javaslatára a MOTESZ engedélyével vettem részt hazánk képviselőjében az Európai Diabetes Társaság diabetes epidemiológiájával foglalkozó konferenciáján a bulgáriai Borovecban.

A szófiai Ivan Pencsevről elnevezett akadémiai endocrinológiai intézet rendezte a konferenciát Dimitri Andrejev professzor irányításával. 14 országból a bolgár küldöttekkel együtt kb. 30-an vettünk részt a Szófiától 71 km távolságban és 1300 m magasan levő ismert bulgáriai üdülőhelyen, Borovecban rendezett találkozóban. Autóbuszal szállítottak ki bennünket a tethelyre, ugyanabban az épületben laktunk és étkezünk kétágyas szobákban, ahol a megbeszéléseket tartottuk. Az első nap a diabetes epidemiológiájáról, a szűrővizsgálatokról, a diabetes mellitus korai diagnosizálásáról szó. A második nap a vér glucose tartalma és az arteriális betegségek közötti összefüggés volt a program, a harmadik nap a zágrábi Skrabalo vezetésével kerekasztal-megbeszélés volt a diabetes felkutatására szolgáló módszerekről és tapasztalatokról.

Az epidemiológiai témájú megbeszéléseket a berlini Schliack vezette, a korai diagnosissal kapcsolatos megbeszéléseket a berni Teuscher. A szűrővizsgálatok kérdésével foglalkozó előadásokat Keen irányította Londonból, az arteriális betegségek és a vércukor összefüggéseit tárgyaló megbeszélésen a WHO kiküldötte, az örmény származású Hacsaturov előkölt.

A résztvevők száma, az elkülönítettség (3 km-re voltunk a legközelebbi lakott helytől) azt eredményezte, hogy mind a három napon igen nagy érdeklődéssel hallgattuk a legkülönbözőbb európai országokból származó epidemiológiai, szűrővizsgálatokról szóló beszámolókat, s igen élénk és köz-

vetlen hangnemű vita alakult ki egyes kérdésekről, pl. a per os cukorterhelés kivitelezéséről (a nyugatnémetek 100 g, oligosacchariddal javasolják elvégezni). Ugyancsak ők foglalkoztak (Holler) az a kérdéssel is, melyik az optimális glucose mennyiség terhelésre (vizsgálataik szerint 5 óra alatt 300 g glucose után is normalizálódik a vércukor-szint). Érdekes volt a dán Deckert előadása, aki 307 diabeteses gyermek sorsát kísérte figyelemmel, állítása szerint 50% éri meg az 50 évet azok közül, akiknek 10 éves koruk előtt kezdődött diabetesük. 173 halálesetből legtöbb volt az uraemia, utána a coronaria occlusio következett. Keen Londonból az ún. Whitehall study-t ismertette, ennek adatai szerint a vényomás, a cholesterin, a dohányzás, a 2 órás vércukor-érték viselkedése és az 5 év múlva észlelt koszorúsér betegség kifejlődése között szignifikáns összefüggés volt kimutatható. Teuscher (Bern) 421 diabeteses sorsát kísérte figyelemmel 14 éven át. A retinopathia a diabetes tartamával arányosan növekszik anyagában. A bolgárok nagy vitát kiváltott előadása a kapilláris erek histometriájával foglalkozott elhízott diabetesesek korai diagnosizálásában. Zdenko Skrabalo, a zágrábi diabetes kutató intézet igazgatója ismertette 15 éves tapasztalatait az egész Jugoszláviára kiterjedő diabetes felkutatási programról és ennek eredményeiről. A kerekasztal-konferenciát bezáró mondataiban hangsúlyozta a fenti kérdéssel foglalkozók közötti információcsere, a tömegmértű szűrések fontosságát, ezeken belül is elsősorban az ún. „high-risk” csoportok szűrését, valamint az ún. „borderline” csoportok hovatartozásának, valamint újbóli szűrésének fontosságát.

A megbeszélések között, melyek végig angol nyelven folytak, kisebb szünetek voltak, ezeken a rendezőség törökös kávéval kedveskedett. A társasági program keretében nagyon szép kirándulást tettünk a rilai kolostorhoz, egy alkalommal pedig Szófiában volt városnézés. Hangulatos volt a bankett is, melyen csaknem minden résztvevő mondott ünnepi köszöntőt, és hangsúlyozta a tudomány internacionális jellegét. A záró megbeszélésen született döntés arról, hogy a következő konferenciát jövőre Koppenhágában rendezik.

A megbeszélésen való részvételért köszönet illeti a szófiai akadémiai endocrinológiai intézetet a meghívásért, valamint az utazás engedélyezéséért Egészségügyi Minisztériumunk Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályát. *Iványi János dr.*

A Német Gyermekgyógyász Társaság 72. Nagygyűlése (1975. IX. 8—10. München).

Főtémák: I. Asthma, obstructiv és recidiváló bronchitis; II. Anaemia, polyglobulia; III. Gastroenterologia.

A Nagygyűlés elnöke *Betke* professzor (München) bevezetőjében üdvözölte a Nemzetközi Gyermekorvos Társaság elnökét *Dogramaci* professzort (Ankara), valamint a Német Gyermekorvos Társaság jelenlévő tiszteletbeli tagjait: *Fanconi* és *Ylppö* professzorokat.

Az első téma bevezető előadását *Wenner* (Hannover) tartotta, aki a nomenklatura nehézségeire mutatott rá. A leggyakoribb obstructiv bronchialis betegség gyermekkorban a bronchitis és az asthma. Felhívta a figyelmet, hogy a gyermekkorban is nagy számban fordul elő recidiváló chronikus bronchitis.

Geubelle (Liège) az asthma bronchiale immunológiai és biochemiai hátteréről beszélt különös tekintettel az IgA tükröz meghatározására. Kiemelte: a prostaglandinok alkalmazásával hatásos eszköz nyílik meg a terapia számára ebben a betegségben is.

Kunkel (Berlin), a recidiváló bronchitis immunológiai és mikrobiológiai vonatkozásairól számolt be; az IgG és IgM gyermekkori chronikus recidiváló bronchitisben megfigyelése alapján csökken. Felhívta a figyelmet, hogy asthma bronchialeban gyermekkorban is a felnőttekéhez hasonló histológiai képet találhatunk (a basalmembran hyalin megvastagodását).

Hofmann (Frankfurt) az asthma gyógyszeres kezelését ismertette részletesen. A fizikális terapiáról pedig *Alexander* (De Haan) beszélt *Weber* (Zürich) a psychosomatikus vonatkozásokra hívta fel a figyelmet gyermekkori asthma bronchialeban. *Cropp* (Denver) szerint az USA-ban és Ausztráliában 5—10%-ban szerepel gyermekek között az asthma. Ugyancsak *Cropp* emelte ki a sport-asthma jelentőségét, mikor is kimerítő fizikális megerőltetés váltja ki a nehézlégzést gyermekekből, ez azonban isoprenalinnal kivédhető. *Eibl* (Budapest), a chronikus bronchitis kapcsán 48 gyermek közül 29-nél immunológiai defektust talált. *Erdős* (Budapest), a chronikus bronchitis preventiójában a polyaetiologias mechanizmusra hívta fel a figyelmet, amelyben több tényező együttes hatása váltja ki a kórképet. *Wemmer* (Mannheim) nagy jelentőséget tulajdonít a kéndioxid jelenlétének a chronikus bronchitis elterjedésében. *Arndt* (Berlin) azt találta, hogy az IgA csökkenése nem jelent praedisponáló tényezőt az allergiás bronchitis kifejlődésében.

A második főtéma (anaemia, polyglobulia) előadásorozatából kiemelhető *Weippl* (Wien), a vashiányról szóló előadása; szerinte ez 6 hónapos korig elvétele fordul elő, de csúcspontját 2 éves korban éri el; iskolás korban kevésbé jelentke-

zik. Schröter (Göttingen) vele született haemolytikus anaemiák klinikumát ismertette behatóan. Fischer (Hamburg) immunhaemolytikus anaemiák előfordulásáról számolt be. Gasser (Zürich) aplastikus, hypoplastikus anaemiák eredetét ismertette. Haas (München) csontvelő transzplantatio technikai lebonyolítását részletesen exponálta. Künzer (Freiburg) haematologiai terapiáról és annak mellékhatásairól számolt be.

A harmadik főtéma (gastroenterologia) klinikai szempontból ugyancsak fontos problémákat foglalt magában. A recidiváló hányásról Grüttnert (Hamburg) tartott referátumot, míg a recidiváló hányás operatív megoldásairól (hiatus hernia, achalasia, pylorusstenosis, duodenum stenosis) Würtenberger (Dortmund) tartott előadást. Harms (München) chronikus obstipatio különböző formáit vázolta fel. Wallis (Hamburg) gyermekkori obstipatio psychosomatikus eredetét emelte ki.

Ezenkívül még számos előadás csatlakozott a főtémához, valamint szabad előadások a legkülönbözőbb területekről számoltak be. Kerekasztal-konferencia tárgyalta az ambulans gyermekgyógyászat kérdéseit, valamint az újszülött világának szélesskálájú problémáit. A nagygyűléssel egyidejűleg tartotta a Német Gyermeksebészeti Társaság, a Német Szociálpaediatricai Társaság és a Német Allergia és Immunitáskutató Társaság is évi kongresszusát. A kongresszus éppen rendkívül szerteágazó nagy anyagával megegyeztetve a megfelelő előadások zavartalan meghallgatását. Általában az évi nagygyűléseken mindössze 100 előadás szokott elhangzani, ezen a kongresszuson azonban 350 előadást tartottak, amelyből 45-öt külföldi meghívottak adtak elő. A kongresszus éppen sokrétűségénél fogva alkalmas volt ennek ellenére különböző érdeklődésű gyermekorvosok számára a megfelelő témák aktuális helyzetére és jövőbeli kilátásaira vonatkozó adatok megismerése.

Erdős Zoltán dr.

Látogatás lengyelországi pszichiatriai intézményekben.

A magyar-lengyel egészségügyi egyezmény munkaterve alapján kirt „Gyógyszeres és aktív kezelések, fiatalok narcomaniája, psychotherapiás kezelési formák” témájú tanulmányutamat kapcsán 1975. VI. 20-tól VII. 28-ig tartózkodtam Lengyelországban. A számomra elkészített lengyel programnak megfelelően 6 napot Lublinban, a többi időt Varsóban töltöttem. Varsóban főleg a Psychiatricai és Neurologiai Intézet különböző osztályain voltam, de a programhoz tartozott az ideggondozó hálózat tanulmányozása is, valamint látogatást tehettem a Psychiatricai Klinikán és a Varsóhoz 25 km-re levő Garvolinba. Az ideggondozó hálózat keretében működő

egyik neurosis gondozóban és a hozzá tartozó 24 ágas osztályon is voltam.

1. A lublini kórház 1200 ágas, pavilonrendszerben épült. Az intézet 10—15 év alatt alakult ki. Egy régi épülete, mely jelenleg is megvan, volt az alap 40 ágygal. Egyes pavilonjaiban a psychiatria különböző ágainak megfelelő betegek vannak elhelyezve. Itt működik a városi psychiatriai klinika, valamint suicid-gondozó pavilonjában a városi lelki elsősegélyt nyújtó telefon is. Rehabilitációs pavilonjában a kórház betegeinek munkatherapiás foglalkoztatása van oly módon megszervezve, hogy a pavilon jól felszerelt osztályán, valamint irányításuk alatt a városban különböző gyárakban, épületekben, építőiparban stb. dolgoznak a betegek. Az intézet alkalmazza a családi gondozási formát is. Módom volt egy chronicus schizophren beteget meglátogatni, aki évek óta egy családnál él, a család felügyel rá, ott háztartási, mezőgazdasági munkát végez. A beteg megelégedett, gondozása, ápolása láthatóan kulturáltan megszervezett volt.

A suicid-gondozó pavilonban klub működött, nappali foglalkoztatás formában fiatalokú suicid-betegek részére csoport foglalkozásokat tartottak. Két osztálya van alkoholisták számára, ezek közül sokan — ápolásuk ideje alatt — a városban dolgoztak a rehabilitációs pavilon szervezésében.

Munkájukat könnyíti, hogy intézetben belül sebészeti műtő működik. (Lengyelországban a psychiatriai intézmények önállóan, nem egy általános kórház részeként működnek.)

Újdonság volt, hogy több intézményben, ahol voltam, a hagyományos értelemben vett fehér orvosi köpenyt nem láttam. Sokan voltak civilben, mások színes formaruhák egyikét viselték tetszés szerint.

2. A Varsói Psychiatricai és Neurologiai Intézet 400 ágas modern, kb. három éve létesült intézmény. Szociális-anyagi ellátottságát illetően „jó szálloda” színvonalú. Kórszobái színesek, életközeli, a betegek — a psychiatriai osztályok kivételével — civilben vannak, az osztályok koedukáltak. 3. psychiatriai osztálya, neurosis osztálya, gyermek, neurologia-, alkoholosztálya, több kutató laboratóriuma, rehabilitációs részlege van. Az intézetben működik az alkoholizmus és narkomania elleni kutató csoport is. Alkoholosztályuk nappali foglalkoztatási formájú. Neurosis osztályuk kétrészes. Egyik részében nappali foglalkoztatás formában látnak el betegeket (ez a hasznosságon túl takarékos megoldás is), másik részében „bentlakók” vannak. Gyermekosztályuk iskola működik, psychiateren, psychologusokon kívül pedagógusok dolgoznak a gyerekekkel.

A különböző osztályokon — csoport formában — különböző psychotherapiás foglalkoztatáson vettem részt magam is, ezek intenzív

formában folynak (zenetherapia, rajztherapia, kül. mozgásterapia, dramatikus therapia, explorativ psychotherapia formák). A foglalkoztatások kevert „eklektikus” jellegűek. Tapasztalatom és a kollégák elmondása szerint is, behaviorista elemeket, psychoanalitikus elemeket egyaránt és ötvözve felhasználnak.

Az intézet irányítása dinamikus, az egyes osztályoknak szigorú programja van. A programok nagy része csoport foglalkozás. Az egyes foglalkozások közös helyiségekben (pl. a zeneterem a zenetherapiához) a psychoticus, neuroticus és alkoholista betegek számára felváltva történnek. Az intézetben zsúfoltságot nem tapasztaltam. Az orvos-beteg arány 1:15. Minden osztályon több psychologus, 1 szociologus dolgozik. Elmondták és magam is láttam, hogy Lengyelországban érdemi középkezelés hiányos. Az egyes osztályokon kevésszámú beteget láttam. Kis dózisban használnak neurolepticumokat, neurosis osztályukon lehetőség szerint nem adnak gyógyszert. Alkoholosztályukon gyógyszeres kezelés nem folyik.

3. A psychiatriai klinikán az egyes osztályok építési formájukat illetően egységesek. A klinika — és a többi intézet is — szigorúan területi elv szerint vesz fel beteget. Nyitott, félig nyitott és ún. acut betegek ellátására létesített osztályaik vannak, melyek zárt rendszerűek. 24 órás ügyeleti szolgálat működik, itt történik az újonnan felvett betegek fűrdetése, öltöztetése stb. Itt történik első tájékozódó vizsgálatuk is.

A klinikával egy épületben működik az egyik városi psychiatriai kórház. A két intézmény között anyagi ellátottság viszonyában különbséget nem láttam.

4. A gondozóhálózat keretén belül — tudomásom szerint — 5 neurosis-gondozó működik Varsóban. Az egyik ilyen intézményt (dr. Malevskii vezetésével) módom volt megtekinteni. A varsói gondozóban megjelent betegek kezelése főleg csoport-psychotherapia formában történik. Amennyiben a gondozottak kórházi kezelésre szorulnak, beutalják őket. A 24 ágas kórházat is a neurosis-gondozó orvos vezeti, ápolási idejük hat hét. Az osztály koedukált. Gyógyszeres kezelést nem alkalmaznak, csoportformában történő psychotherapiát végeznek. A betegek — munkatherapiaként — az intézmény körül levő kertészetben dolgoznak.

5. A Garvolinban működő 400 ágas gyermek ideg- és elmekórház 20 ágas adolescens osztályát látogattam meg. Az osztály narcoman fiatalokat gyógyít két éves programmal. A fiatalokkal 2 psychiater, 2 psychologus és 5 pedagógus dolgozik. Kórházi ápolásukkal párhuzamosan tanulmányaikat is folytatják egészen az érettségig, valamint városi üzemekben, üzletekben stb. dolgoznak. Az osztály 3 éve működik. 5 volt ápoljuk egyetemi hallgató, minden ápoljuk érettségizett.

Az ápolat fiatalokkal személyesen is módomban volt találkozni, beszélni. Hangsúlyozták, hogy megelégedettek, többen voltak már pszichiatriai osztályon is eredménytelenül.

Ez az osztály és az említett neurosis-gondozó munkaközössége egy adolascens problémával kapcsolatos közös lengyel-amerikai kutatási programban vett részt. A kutatómunka eredménye publikált.

Összegezőképpen megjegyzem, hogy a több és magasabb ágylétszámmal rendelkező lengyel pszichiatriai és neurosis osztályokon a betegekkel érdemben azért történhet színvonalas foglalkozás, mert hasonlóan kedvezőbb körülmények között széles gondozóhálózat működik és valószínűleg a betegek utógondozása is biztosított. A hálózatfejlesztés elvei alapján következtettek arra, hogy a szakemberképzésben a szociálpszichiatriai elvek fokozottabban érvényesülnek.

A számomra nyújtott lehetőséget megköszönöm és remélem, hogy az általam tapasztaltak további munkámat illetően hasznosak lehetnek.

Liziczai Etel dr.

Az Európai Teratológus Társaság IV. Konferenciája. (Freudenstadt, 1975. szept. 22—25.)

A dinamikusan fejlődő teratológia európai szakemberei 1975-ben a Feketeerdő (Schwarzenwald) egyik szép természeti környezetű és jellegzetesen ódon építészeti stílusú, csendes kisvárosában tartották „évi” tudományos konferenciájukat. A 158 „regisztrált” résztvevőnek számos hivatalos és magánjellegű lehetősége volt újabb eredményeinek, problémáinak, elképzeléseinek megbeszélésére.

A konferencia első napi symposiumának témája a veleszületett rendellenességek kutatásának befejező lépését képező *biostatistika* volt. A kísérletes teratológiai vizsgálatok statisztikai értékelésének problémáiról J. K. Haseman (USA) tartott nagyon tanulságos előadást. Ezt követően E. Alberman (London) a veleszületett rendellenességek *epidemiológiai* tanulmányozásának értékelési módszereit foglalta össze. A célt a köreredet tisztázásában és ennek ismeretében a megelőzésben jelölte meg. Ennek érdekében ismerni kellene az egyes rendellenességek kialakulási gyakoriságát: *incidenciáját*, amely azonban a magzati szelekció miatt csakis a conceptioa vonatkoztatva adható meg, és ennek meghatározására még nincsenek megfelelő módszereink. Ennek értékelésére néhány vizsgálati adatot idézett. Így a terhesség 12. hete előtt; 12—15.; 16—27. hete

között és 28. hete után világra jött magzatok-újszülöttek makroszkópos rendellenesség aránya kifejezetten csökkenő tendenciát mutat: 52%; 33%; 12% és 2%. A 21-es trisomiás Turner-kórosok 70%-a, ill. 95%-a nem jön élve a világra. De pl. az anencephaliák-spina bifidák 54%-a halvszülöttekben és csak 24%-a észlelhető élveszülöttekben. Mindez — már csak a veleszületett rendellenességek monitorozása miatt is — felveti a spontán elvetelt magzatok részletesebb és szakértőbb vizsgálatának szükségességét. Az incidencia megadását nemcsak a postnatalis szelekció, hanem a postnatalis diagnosztikai problémák (pl. veleszületett szívrendellenességek esetén) is nehezítik. Így a veleszületett rendellenesség esetében egyelőre meg kell elégednünk a születéskori *pont-prevalencia* értékkel.

Az első nap esti symposiumának (19,30—22,30) tárgya a *veleszületett rendellenességek megelőzése* volt. C. O. Carter (London) a genetikai tanácsadással és az *intrauterin* magzati diagnosztikával foglalkozott. Újabb felmérésekre hivatkozva állította: az amniocentesis következtében nem emelkedik a spontán vetélések gyakorisága. J. Svecjar (Frankfurt-Main) 8 nyugat-európai ország *phenylketonuria-szűrésének* meglehetősen eltérő gyakoriság értékeit (pl. a holland minimum: 1:25804 és az NSZK-beli maximum: 1:6028) összegezte és eszerint átlagosan minden 7862. újszülöttet szűrték ki PKU miatt. Clarke, C. A. (London) az anya-magzat *Rh* incompatibilitás megelőzésének jelenlegi állását referálta. A már immunizálódott terhesekben a plasmapheresissel 76%-os magzati túlélést, ill. sérteletlenséget lehetett elérni. A finn T. Vesikari (Tampere) a *rubeola-vaccinatio* eddigi eredményeit tekintette át. Eddig 3 oltási programtípus ismert: (1) az Egyesült Államokban az iskoláskorban, — tehát a pubertás előtt — minden gyermeket vakcinálni kívánják; (2) Angliában a 11—14 éves leányokat vakcinálják; (3) Franciaországban a szülés után oltják a nőket. Az oltás hatását nehéz értékelni. Az USA-ban az oltások óta még soha nem észlelt alacsony szintre esett a rubeola-megbetegedések és a *connatalis rubeola* szindrómák gyakorisága. Viszont az is bizonyos, hogy az oltást követő 5. évben az oltottak 5%-ában a *HI* ellenanyagok eltűnnek és így reinfecióval kell számolni, amely újra-oltást tesz szükségessé.

A *magzati pharmacológia* volt a következő napon, a harmadik symposium témája.

Az utolsó nap témája „*A lepény szerepe a veleszületett rendellenességek létrejöttében*” volt. F. Beck (Leicester) a placenta-kutatásokban már egy új tudományág: a placentalógia létrejöttét látja. A különböző fajok placentájának morfológiáját és főleg ezeknek a teratogenesiben játszott szerepét áttekintve, arra a meglepő és lényeges megállapításra jutott: éppen a leggyakrabban használt rágcsálók lepénye különbözik leginkább az emberétől és ez által az ezekben kapott eredmények humán extrapolálása engedhető meg legkevésbé. D. A. T. New (Cambridge) az egér „*lombik-bébi*” előállításának „*technikájáról*” számolt be. Természetes megtermékenyítés és beagyazódás után nyerték a magzatokat és ezeket az allantois-lepény megjelenéséig könnyűszerrel tenyésztették mesterséges körülmények között. A szikhólyag-lepény stadiumban annyira jók a tenyésztés esélyei, hogy az egyik méh-szarvból eltávolított, így in vitro fejlődő és a másik szarvban benn hagyott, tehát in vivo fejlődő magzatok esetében értékelhető különbséget nem találtak. Ezt az eljárást azután a hő, oxigén, tápoldadék stb. változások teratogén hatásának vizsgálatára használták fel. E módszerek beláthatatlanok a perspektívái (pl. a magzati anyagcsere és gyógyszer támadáspont anyai szervezettől független tanulmányozásakor). Carzen, P. (London) a lepény immunológiai sajátosságait referálta az allogén magzat terhesség alatti kilökődésének — oly régóta érthetetlen — elmaradása tükrében. Végül J. McKenzie (Aberdeen) az amnialis kötegek okozta állítólagos lefűződéses rendellenességekkel foglalkozott. Szerinte az összefüggés éppen fordított: a magzat-lepény fejlődési zavara, sérülése okozza az amnionkötegek kialakulását.

A konferenciát megelőző napon a WHO meghívottjaként a „*Transplacentalis carcinogenesis*” workshop munkájába kapcsolódtam be. A konferencia után 3 napig Genfben, a WHO és USA National Foundation által rendezett „*Nemzetközi együttműködés a veleszületett rendellenesség monitorozásában*” című szakértői értekezlet munkájában vettem részt. Mindhárom tudományos rendezvény anyagát tartalmazó részletes sokszorosított beszámolómat az érdeklődőknek készséggel megküldöm.

Ezúton is köszönetet mondok az Egészségügyi Minisztérium illetékeseknek, hogy az Európai Teratológus Társaság konferenciájára hivatalosan kiküldtek.

Czeizel Endre dr.



A dohányzás ártalmai

A dohányzás és a tüdő diffúzió-capacitás. Frans, A. és mtsai (Cardiopulmonary Laboratory, Cliniques Universitaires St. Pierre, 69, Brusselsstraat, 3000 Leuven, Belgium): *Scandinavian Journal of Respiratory Diseases* 1975, 56, 165—183.

Azonos korú és magasságú dohányos és nem dohányos egyének tüdő diffúzió-capacitását (DL_{50}) és annak két összetevőjét: a capillaris vértérfigatát (V_c) és a membran diffúzió-capacitást (DM_{50}) mérték abszolút számban az alveolaris térfigat (VA) literenkénti értékében, nyugalomban és terheléskor. A tüdő diffúzió-capacitás és a membran diffúzió-capacitás nyugalomban és terheléskor egyaránt jelentősen alacsonyabb volt a dohányosokban. A capillaris vértérfigat csökkenése dohányosokban nyugalomban a magasabb szénoxyhaemoglobinszinttel magyarázható. Ezzel szemben a dohányosok tüdő diffúzió-capacitás és membran diffúzió-capacitás csökkenését nem a levegő eloszlásának a zavara, hanem valószínűleg a tüdő-membran anatómiai elváltozása: a tüdőtagulat okozhatta.

Pongor Ferenc dr.

Nem cigarettázók vér- és vizelet-nikotin tartalma. Russel, M. A. H., Feyerabend, C. (Maudsley Hospital, London SE5): *Lancet*, 1975, 1, 179.

39 nem cigarettázó városi lakos kb. felében a vérplasmában mérhető mennyiségű (0—5,5 mg/ml) nikotint találtak, és majdnem mindegyiknek a vizeletéből (10,7 mg/ml) kimutatható volt kora délután a nikotin. De szellőzetlen cigarettafüstös szobában való tartózkodás után a nem cigarettázók vizeletében is 80 mg/ml nikotin értéket találtak. Ezek szerint a cigarettázók a nem cigarettázók egészségét is komolyan veszélyeztetik, és emiatt csaknem minden városi lakos passzív dohányosnak tekinthető.

Czeizel Endre dr.

Dohányzás és terhesség: összefüggés az anya testsúlya és a magzati növekedési retardáció között. Davies, D. P. és mtsai (Dept. of Child Health, Welsh National School of Medicine): *Lancet*, 1976, 1, 385—387.

A szerzők 1972—1974-ben 1159 terhést vizsgáltak az alábbi csoportosításban: nem dohányzók, enyhe dohányosok (napi 1—14 cigaretta),

és erős dohányosok (több mint napi 15 cigaretta). Rendszeresen vizsgálták a terhesek testsúlyának alakulását, majd a megszületett újszülött súlyát, hosszát és fejkörfogatának nagyságát. A nem dohányzók újszülötteinek súlya, hossza és fejkörfogata volt a legnagyobb. A dohányzókat illetően összefüggést találtak az anya testsúlygyarapodása és az újszülöttek növekedési reardatiója között, amennyiben az anyai testsúlynövekedés elmaradása nagyobb fokú retardációval járt az újszülöttek növekedési reardatiója testsúlynövekedése elmaradásának, ill. csökkenésének oka szintén a dohányzás, feltehetőleg azért, hogy étvágytalanságot idéz elő. A szerzők feltételezik, hogy a dohányzásról le nem szoktatható terhesek testsúlygyarapodásának elősegítésével a magzatok intrauterin retardációja is meggátolható. Legbiztosabb eredménnyel természetesen a dohányzás elhagyása jár.

Berkessy Sándor dr.

A cigaretta nikotinjának absorpciója és metabolismusa. Armitage, A. K. és mtsai: *Brit. med. J.* 1975, 4, 313.

Tudjuk, hogy a szervezet nikotinfogyasztásának a dohányzás az alapja, a cigaretták nikotintartalmának sorsáról azonban még hiányosak az ismereteink. A vázolt vizsgálat egyrészt a cigaretták, illetve leszívott fraktiók nikotintartalmát igyekezett megismerni, másrészt a vér dohányzás alatti és utáni nikotintartalmáról ad tájékoztatást. A koncentrációban rövid idő alatt létrejövő változások miatt kívánatos volt a nikotin koncentrációját az artériás vérben is meghatározni. A vénás vér nikotintartalmáról már közöltek gázchromatográfiás úton szerzett eredményeket, de ezek csak óvatosan értékelhetők. Ez az első olyan vizsgálat, amelyben a nikotint radiokémiai úton és artériás vérben határozták meg.

A szerzők megfigyeléseiket 8 (5 dohányos és 3 nem dohányos) önként jelentkezett 29—51 éves férfin végezték, akiknek mindegyike C^{14} -gyel jelzett nikotint tartalmazó cigarettát szívott el. Az artériás vér nikotintartalmát a dohányzás alatt és után 50 perccel határozták meg. Ez a füstöt inhaláló, előzőleg rendszeresen dohányzókon a 31—41 $\mu\text{g/l-t}$ érte el a maximálisan, a nem dohányzókon pedig a 2—4 $\mu\text{g/l-t}$. A dohányosokon a cigaretta radioaktivitásának, nikotintartalmának 59—79%-át, a nem dohányosokon 4—16%-át lehetett kimutatni. A dohányzás az esetek többségében

mind a szívfrekvenciát, mind a vérnyomást megemelte, az előbbi a leszívott nikotin mennyiségétől függően legfőképpen az inhalálókon. A vérnyomásértékek emelkedése a nikotin adagjával és koncentrációjával kevésbé állott összefüggésben. A szaporább szív működés az előzőleg nem dohányzókon is kimutatható volt, de kisebb mértékben. A dohányzással együtt az artériás vér szénmonoxid-haemoglobin koncentrációja is növekedett.

Egy másik alkalommal a dohányosok közül kettő, 10 részre osztott dosisban 1 mg C^{14} -gyel jelzett nikotint kapott iv. injekcióban. Mindkét esetben az artériás nikotin koncentráció csúcsa a dosissal állott összefüggésben, mint ahogy dohányzás esetén is a szervezetben visszamaradt nikotin adagjának megfelelően alakult.

A cigaretták nikotintartalmának több mint 25%-a a dohányzás füstjének főáramlásán keresztül távozik és a legtöbb nikotin oldalirányban, a környező levegőben vész el, vagy a cigarettavégben marad vissza. Mindazonáltal a dohányosok, erős kiszívással és leszívással a nikotin 90%-át képesek a főirányon keresztül inhalálni, míg a nem dohányosok sokkal kevesebb nikotint inhalálnak.

A nikotinnak a cotinin a legfontosabb metabolitja és ez a nikotinfelvétel után gyorsan kimutatható, koncentrációja pedig fokozatosan növekszik, olyannyira, hogy a vér cotinin tartalma a dohányzás kezdetétől számított 60 percre a nikotint is túllépi. Mind az inhalációval, mind az iv. adással szervezetbe jutott nikotin aránylag gyorsan kiválasztódik a vizeletben. A széklet radioaktivitását ugyanis alacsonynak, a vizeletét pedig viszonylag magasnak találták.

Angeli István dr.

A dohányzás és dohány-pótszerek akut hatása a tüdőfunkcióra. Costello, J. F. és mtsai: *Lancet*, 1975, 2, 678.

1971-ben az angol orvosok ajánlására és a Hunter bizottság javaslatára cellulose alapanyagból egy kevésbé veszélyes dohánypótszert kísérleteztek ki, amelyet „NSM”-nek, „new smoking material”-nak neveztek el. Ennek sűrítménnyel egereken carcinogen hatást nem tudtak kimutatni.

A szerzők a dohányzásnak a légutak funkciójára kifejtett akut hatását vizsgálták 6 (5 férfi és 1 nő) 23—36 éves egészséges nem dohányzón és 6 (2 férfi és 4 nő) egészséges dohányzón a szokásos dohánymennyiséget, dohánypótszert és 70% dohányt + 30% dohánypótszert tartalmazó cigaretták elszívása után. A pótszer füstje cigarettánként 5 mg kátrányt nikotin nélkül, a kevert cigarettáké 16,6 mg kátrányt és 1,01 mg nikotint, a tisztán dohányból állók pedig 19,8 mg kátrányt és 1,39 mg nikotint tartalmaztak. A légzési térfogatokban, valamint a tüdő lég-

zési frekvenciában mért alkalmazkodásában egyik cigaretta fajtától sem észlelték csökkenést. A légutak specifikus vezetőképessége viszont mind a szokásos dohány mennyiségét, mind a keverten dohányt és dohánypótszert tartalmazó cigaretták elszívása után csökkent. A 100%-ban dohánypótszert tartalmazó cigarettáktól ezt nem észlelték.

Eredményük megerősíti azt a tapasztalatot, hogy a szokásos dohánytartalmú cigaretták szívása a nagyhőgökök beszűkülését okozza, azonban úgy tűnik, hogy ilyen hatásuk a kis légutakra kicsiny. A dohányzás bronchust szűkítő hatása valószínűleg a vagus reflexének közvetítésével a füsttel és annak szénészecskéivel áll összefüggésben, a dohánypótszert kedvezőbb hatása pedig ezek alacsonyabb koncentrációjára vezethető vissza. A szokványos dohányzásban ehhez hozzáadódik a nikotin hatása is, jelleget a kátrányt és az egyéb füstreszket teszik elsősorban felelősé a chronikus bronchitisért és a bronchus carcinomáért. A kérdés tisztázását csak a dohányzás productumainak további vizsgálata teszi lehetővé és a tapasztalatok szerint a szokásos dohány 30%-ban pótszertel történő hígítása nem csökkenti annak izgató erejét. Az értékeléshez erős dohányosok folyamatos megfigyelésére van szükség.

Angeli István dr.

Primer spontán pneumothorax és dohányzás. Jansveld, C. A. F., J. H. Dijkman: Brit. med. J. 1975, 4, 559.

A spontán pneumothorax prime- ren, látszólag egészséges, fiatal 15–40 éves férfiakon szokott általában előfordulni a tüdő valamilyen cystikus laesiójának rupturája következtében. Mivel az ebben megbetegedett páciensek többsége erős dohányos volt, valamint ilyen szempontból kielégítő és döntő adatok nem állnak rendelkezésre, e betegeket más betegség miatt szintén osztályukon kezelték és a normál populációval hasonlították össze.

A holland szerzők osztályukra 1966 és 1973 között 44 spontán pneumothoraxos beteget vettek fel, akiken emellett emphysemát, tüdőcystát, vagy más rtg-élváltozást bizonyíthatóan nem találtak, és obstructiv chr. tüdőbetegséggel valamint asthmával sem kezelték egyiket sem. Az első kontroll csoport 44, 18–40 éves ugyancsak a tüdőosztályon kezelt más betegből állott, de az obstructiv chr. tüdőbetegeket, az ischaemiás szívbetegeket, valamint a gastroduodenalis betegségekben szenvedőket kizárták. A 3. csoport 489 hasonló korú normál egyénből állott. A vizsgálatból kiderült, hogy a primer spontán pneumothoraxban megbetegedetteknek több mint 90%-a szívott naponta 5, vagy ennél több cigarettát, a 2. és 3. kontroll csoportnak pedig csak 54, illet-

ve 53%-a. Napi 15-nél több cigarettát pedig a spontán pneumothoraxosok 60%-a szívott a kontrollok 36, illetve 33%-ával szemben. Az egy főre számított átlagos napi cigarettafogyasztás az előbbieket között 17, az utóbbiak között pedig 10 volt.

A szerzők adatai szerint a primer spontán pneumothoraxban megbetegedettek az átlagpopulációnál lényegesen többet dohányoznak, ami valószínűleg aetiologiai is fontos, de nem az egyetlen faktor. Ilyen szempontból az örökletes hajlamot sem lehet kizárni. E betegeknek ugyanis 85–95%-a férfi, míg Hollandiában a férfiak 60%-a mellett a nők 40%-a is rendszeresen dohányzik. A spontán pneumothorax feltehetően veszélye esetén a dohányzás elhagyását javasolják.

Angeli István dr.

A tüdőcarcinoma és coronariabetegségek mortalitásának alakulása a dohányzási szokások változásával. Wald, N. J.: Lancet, 1976, I, 136.

A tüdőcarcinoma és coronariabetegségek mortalitása szorosan összefügg a cigarettázással. Az egyre növekvő fogyasztáson belül is 1956-tól, a hagyományos cigaretta fajták csökkenése mellett, egyre meredekebben nőtt a filteres cigaretták szívása, bár ez a kátrány- és nikotinfelvétel lényeges csökkenésével is együtt járt. Az 1965-ös ismert adatokhoz viszonyítva a szervezetbe jutott kátránymennyiség 40%-kal, a nikotinmennyiség pedig 35%-kal csökkent. Ezen időszak alatt a férfiak cigaretta fogyasztása nem változott, a nők viszont megduplázódtak. Tény, hogy a filteres cigaretták szívásával kevesebb kátrány és nikotin, de 28%-kal több szén-monoxid kerül a szervezetbe, mint a hagyományos, nem filteres cigaretták szívásával. A filteres cigaretták papírja ugyanis feszes, kevésbé üreges és ezért füstjük kevésbé keveredik levegővel.

A tüdőcarcinoma mortalitása Angliában és Walesben 1956 óta a 60 év alatti férfiak között csökkent, a nők között pedig emelkedett. A férfiak közötti csökkenés valószínűleg a cigarettafüst kátránytartalmának csökkenésével áll összefüggésben, a nők közötti emelkedés pedig a dohányzási szokások átvételével és azok elterjedésével magyarázható.

A coronariabetegségek mortalitása ezen időszakban mindkét nemben emelkedett, de leginkább a nők között. Ebben egyesek szerint az orális anticoncipienszek is szerepet játszhatnak, de ez minden bizonytalannal és elsősorban a nők között is egyre terjedő cigarettázásra vezethető vissza. A coronariabetegségek halálózása nem csökkent a cigarettafüst nikotintartalmának csökkenésével együtt, sőt mind a férfiak, mind a nők között emelkedett. Ez pedig azt a felfogást látszik bizonyítani, hogy a koszorúérbetegségek

mortalitásának emelkedéséért a dohányfüst gáznemű alkotórészei, elsősorban pedig a szénmonoxid felelősek.

A közlemény alapján fontos tapasztalat, hogy mindkét veszély mellett a filter nélküli cigaretták magasabb kátránytartalmuk miatt inkább a tüdőcarcinoma, a filteres cigaretták pedig inkább a coronaria megbetegedések rizikóját rejtik magukban.

Angeli István dr.

Különválasztott dohányzók. Szerkesztéségi közlemény: Brit. med. J. 1976, I, 244–245.

Meglepő, hogy a dohányzás a nyilvános helyeken és összejöveteleken mennyire elfogadott szokás lett, pedig nem mindig volt az. Az I. világháború előtti időkben — egyes időszakokat leszámítva — udvariasság, sok társaságban pedig egyenesen sértés volt. A dohányzók akkor dohányzó helyiségekben vagy házon kívül elégtették ki szenvedélyüket. Az utóbbi 50 évben viszont ez az egészségtelen és ellenszenves szokás az éttermekben, irodákban, mozikban és üzletekben, valamint egyéb nyilvános helyeken már szinte normális szokássá vált — bár tiltó rendelkezések is születőben vannak.

A dohányzók e nem dohányzókat sértő szokásaikat megtartják és megőrzik, sőt néha még a dohányzást tiltó feliratokat is zokon veszik. Újabbban a köztisztviselők szervezete próbált a közszolgálat illetékes osztályától támogatást szerezni ebben az ügyben, 3 ésszerű javaslatot téve: 1. Általános figyelmeztető felhívás kiadása a dohányzás egészségkárosító hatásáról a közszolgálat minden területén. 2. Amennyiben mód van rá, lehetővé kell tenni a nem dohányzók különválasztását a dohányzóktól. 3. Nem dohányzó időszakok bevezetése. — Mindezeket nem fogadták el.

A tiszta levegőért folytatott harcot azonban nem szabad abbahagyni, mivel végül is valószínűleg eredményes lesz. A dohányzók gondatlansága és figyelmetlensége ugyanis az egészségesen élő nem dohányzók érzéseit és érzékenységét is gyakran semmibe veszi. A dohányzás elleni küzdelem az emberek egészségét szolgálja, a dohányzók carcinogen pőfékelése ugyanis nemcsak a saját egészségüket, hanem más emberek tüdejét is veszélyezteti.

Mindezeket már számos más országban is megállapították, sőt tesznek is ellene. A vonatokon és repülőgépeken megszokott példák pedig eléggé szerencsétlenek, amennyiben ezeken a helyeken a nem dohányzó szakaszok is dohányzókká válnak.

Kétségtelen, hogy a dohányzók a jövőben is közöttünk fognak élni, szétválasztásuk azonban, minden olyan helyen, ahol a nem dohányzókkal együtt tartózkodnak, indokolt.

Angeli István dr.

Az öregek dohányzása. Szerkesztői közlemény: Brit. med. J. 1975, 4, 607.

A közlemény szerzői mondanivalójukat Charles Lamb dohányt dícsőítők és ma már baljóslatúnak hangzó két vessorával indítják, bizonyítva azt, hogy a dohányzási szokások milyen szörnyű erővel és hatalommal ejtik rabul áldozataikat. Egyes megrögzött dohányosok nem gondolnak arra a régi, idézett figyelmeztetésre, hogy „e rossz szokás mind a szemben, mind a orrban undort kelthet, árt az észnek és veszélyes a tüdőre”. A tudományos károsító jelzések ellenére is sok millió — egyébként józan életű — férfi és nő mégis dohányzik, kitéve magát a tüdőcarcinoma, chronikus bronchitis és szívkoszorúér megbetegedések kockázatának. Bizonyos helyzetekben és bizonyító érvek birtokában nyomást tudunk kifejteni a dohányzás abbahagyása érdekében, erre minden egészséges fiatal- és középkorú emberen szükség van, chronikus bronchitisben, coronaria- és peripheriás érbetegségekben szenvedőkön pedig a kortól függetlenül is elengedhetetlen. A dohányzás elhagyására ugyanis nemcsak az életkilátások javulnak meg, hanem a már említett betegségek progressiója is csökkenhet. Ennek ellenére mégis jócskán vannak — főleg az egyedül élők — akik még öreg korukban is dohányoznak, mondván, hogy legalább egy örömről maradjon meg. Ezek szinte feljogosítva érzik magukat a dohányzásra, pedig kiderült, hogy erős dohányosok között a dohányzás elhagyására 5 év alatt felére, 10 év alatt pedig ennek további negyedére csökken a tüdőrákban elhaltak aránya, és ez a kedvező arány hosszabb távon a chronikus bronchitisben elhaltak számában is kimutatható. Megnövekszik az élettartam, bár 65 éves kor felett a dohányzás elhagyása már nem szolgált bizonyítékot a coronaria betegségek megelőzésére, mivel ezek ebben a korban gyakran már dohányzás nélkül is fennállanak.

Az időseknek a dohányzás elhagyására adott tanácsunkat mindig egyénileg is kell mérlegelnünk. Csak a fanatikus dohányzást ellenző kívánja meg parancsolólag, az egyébként elégedett, évtizedek óta boldogan pőfékelő öregtől, vagy végső stádiumban levő chronikus bronchitistól és tüdőcarcinomástól, hogy teljesen mondjon le a neki még vigaszt nyújtó cigarettáról. Ugyanakkor felelőtlenség nem meggyőzni őket — vagy legalábbis megkísérlni —, hogy szenvedésük és kínzó köhögésük a dohányzás mérséklésére, vagy elhagyására nagyon sokat javulhat.

Van a dohányzásnak egy komoly kockázata, amiről gyakran megfeledkezünk, és ez a tűzveszély. Nem tudjuk, hogy hány egyedülálló és botladozó öreg hal meg tűz következtében, de ezt is számításba kell vennünk. A remegő kezektől kieső

égy gyufa és cigaretta ugyanolyan következménnyel járhat, mint a tüdőcarcinoma.

Angeli István dr.

A dohányzás felfüggesztése után gyorsan normalizálódnak a tüdő funkciók. Backhouse, C. I. (Surrey/GB): British Medical Journal, 1975, 1, 5954, 360—362.

Ha az erős dohányos 8 hétig nem dohányzik, a rendszerint 10%-ot elvesztett tüdőtartóanyagának felét visszanyerheti. A közepes és gyenge dohányosoknak ez az idő már ahhoz is elég, hogy az évek során keletkezett idült tüdő kapacitás-deficitjük teljesen pótolják.

A szerzők egy ifjúsági börtön 195 foglyán vizsgálták a maximális expirátoros levegőáramlás sebességét, majd a vizsgálatot 8 hetes ellenőrzött dohányzási tilalom után megismételték. Az értékek szoros összefüggést mutattak a naponta elszívott cigaretták számával. Azonos életkorú, nem dohányzó fiatalokhoz hasonlítva a következő eredményeket kapták: 1—9 cigaretta/nap: 94,3%, 40 cigaretta/nap felett: 89,1%. A 8 hetes dohányzási tilalom után valamennyi kísérleti alany esetében, aki napi 30 cigarettánál kevesebbet fogyasztott, a deficit teljesen kiegyenlített. De a több cigarettát fogyasztók között is jelentősen mérséklődött a deficit a kiindulási értékhez képest. A dohányzási tilalom relatíve legnagyobb effektusa az erős dohányosokon figyelhető meg, de a normális légzőkapacitás csak hosszabb idő eltelté után áll vissza.

ifj. Bugyi István dr.

A cigarettázók bronchiolaris epitheliuma. Ebert, R. V. és mtsa (Department of Medicine, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, Minnesota): American Review of Respiratory Disease 1974, 111, 4—11.

Idült hörghurutban a légútszűkület mechanizmusa még nem egészen tisztázott. Keletkezésében szerepe van a légcső és nagyobb hörgő mirigyei fokozott nyáktermelésének. A kórboncnokok a Reid-indexet felhasználják az idült hörghurut kóris-mézésére, ami a légcső és a nyák-mirigy falvastagságának a hányszorosa. Mások szerint a szűkület a 2 mm átmérőjűnél kisebb hörgőkben keletkezik. Keveset tudunk a kis hörgők és a bronchiolusok jelentőségéről az idült hörghurut keletkezésében. A bronchiolusok szűkületét egyesek gyulladásos folyamattal, mások pedig fokozott nyáktermeléssel hozták kapcsolatba.

Kevesen gondoltak még eddig az idült légúti betegségekkel kapcsolatban a hörgőkben és a bronchiolusokban a mucociliaris tevékenység megváltoztatására. Ismeretes, hogy a szilárd részecskéket a bronchiolusokból a csillószőrös mozgás az epithelium felszínén percnként 1,6

mm sebességgel távolítja el. E mozgáshoz az szükséges, hogy a csillószőröket nyák borítsa. A szerzők idős dohányos idült hörghurutos betegekben a bronchiolusok epitheliomat vizsgálták electronmicroscop-pal.

Az ember bronchiolusának a hámszövetét csillószőrök borítják. Az 500 micronnál nagyobb átmérőjű bronchiolust csaknem beborítják a csillószőrök. A csillószőröktől mentes foltok felületét lapos sejtek alkotják, amelyeken apró bohócskák láthatók. Az 500 micronnál kisebb átmérőjű bronchiolusban sokal nagyobb területeken látható csillószőrtől mentes epithelium és kevesebb a csillószőrök száma is. A csillószőrök a bronchiolus terminális közelében csomókká csapódnak össze, a bronchiolus terminalisban pedig teljesen el is tűnnek. A dohányosok csillószőrtől mentes hámlása lényegesen különbözik a nem dohányosokétól. A nem dohányosok kis hörgőiben ugyanis számos Clara-sejt látható, főleg a bronchiolus terminalisban. A dohányosok kis hörgőiben viszont a Clara-sejtek sokkal kisebb számban, sőt egyáltalán nem is láthatók. A nem dohányosok 500 micronnál kisebb átmérőjű bronchiolusainak a hámlásában fénymicroscop-pal nagyon kevés, a dohányosokéban viszont sok esernyősejt látható.

Csillószőröket bronchiolusokban először Clara észlelt 1937-ben. Szerinte az 500 micronnál kisebb átmérőjű bronchiolusokban esernyősejtek ritkán láthatók. A kis bronchiolusokban egy addig még nem észlelt sejtféleséget írt le. Ez a sejt be-domborodik a bronchiolus lumenébe és gyakran bunkó formájú. Megtalálta ezeket a sejteket néhány állatban is és úgy gondolta, hogy ezeknek a sejteknek secretiós funkciója van. Niden szerint a felületfeszültségi anyagot a Clara-sejtek termelik. Ennek azért van jelentősége, mert a csillószőrös tevékenység a felületfeszültségi anyag szabályozza, aminek viscoelasticus tulajdonsága van. Alsó rétege sol, felülete pedig gel halmazállapotú. Újabban úgy gondolják, hogy a sol-réteget a Clara-sejtek, a gel-réteget pedig az esernyősejtek termelik. Ez a két anyag szabályozza a collabált bronchiolusok tágulását, ill. összetapadását. A felületfeszültségi anyag csökkenti a felületi feszültséget és így megelőzi a bronchiolusok idő előtti záródását.

Ezek a megfigyelések fényt derítettek az öreg dohányos emberek légútszűkületének keletkezésének mechanizmusára. A kis hörgőkben a csillószőrök változatlanok maradtak ugyan, a secretiós sejtek megoszlása azonban megváltozott. A Clara-sejtek eltűntek, az esernyősejtek pedig megsaporodtak. Az esernyősejtek nagy mennyiségű savanyú mucopolysaccharidát termelnek, ami a nyákot besűríti és így légútszűkületet okoz.

Pongor Ferenc dr.

A dohányzás mint a zárt helyiségek legfontosabb levegőszennyezője és a passzív dohányosok egészségének károsítója. Schmidt, F.: Med. Welt, 1974, 25, 1824—1846.

A szerző az NSZK-ban észlelt évi 2200 tüdőrákhalálozás, továbbá 140 000 a dohányzással összefüggésbe hozható összhálózás elemzésének jogán nemcsak az aktív, hanem nagy anyagon a passzív dohányosok károsodását is vizsgálta. Megállapítja, hogy 20 évvel vagyunk később az ellenintézkedések megtétele terén. Vizsgálatai és megállapításai, melyeket nagy vonalakban ismertetünk, arra mutatnak, hogy a tüdőráknak, de egyéb más — főleg keringési rendszert érintő megbetegedéseknek is az ún. passzív dohányosok is erőteljes mértékben ki vannak téve.

A dohányfüstben eddig mintegy 1150 különböző kémiai anyagot mutattak ki, amelyek biológiai hatása ismert. Ha a legfontosabb 3 komponensre korlátozzuk figyelmünket — a carcinogén hatásra, nikotinra és CO-ra — akkor az ártalmaknak csak egy részét érintjük. Mindezeknek az ún. passzív dohányosok is ki vannak téve azonos mértékben. Minden kutató egységesen nyilatkozik arról, hogy a szórt füstáramlás, amelynek a nem dohányzó ki van téve, lényegesen több rákkeltő anyagot, nikotint és szénmonoxidot tartalmaz, mint a direkt áramlat, amelyet maga a dohányzó szív be. Eddig a dohányfüstben több mint 20 cancerogén anyag ismeretes.

A szórt áramlat pl. háromszor olyan gazdag a rákkeltő benzopyrenben, 4—6-szor a mérgező CO-ban, és a nikotin zömét is ez tartalmazza. Emellett figyelembe kell venni, hogy a beszívás ideje amelyben minden mérgező alkotórész a szórt áramlatba jut, sokkal tovább tart, mint a „slukkolás” rövid pillanata. Ilyen körülmények között nem csoda, hogy pl. mint azt H. Hess számította, egy pincérnő dohányfüstös helyiségben, óránként egy cigaretta jutó nikotinneműsége ér. Az akut szíptomák százalékos felmérést F. Speer végezte el 250 allergiamentes nemdohányzón. Köthártyagyulladás (69%), fejfájás (31%), köhögés, rosszullet, szédülés, torokfájás és rekedtség volt statisztikailag meghatározott százalékban kimutatható.

Különösen érzékenyen reagál a dohányfüstben levő mérgező anyagokra az embrió, mivel az aktívan vagy passzívan dohányzó terhes anya ártalmaitól semmilyen módon nem tudja védeni magát. A következményeket — a koraszülöttek és a halvaszületettek számának növekedését, az alacsonyabb születési súlyt, a lassúbb szellemi fejlődést — már többszörösen kimutatták.

A dohányzó anyák csecsemőit mérgezési jelenségekkel (nyugtalanlás, álmatlanság, görcsös hányás, szapora pulzus és keringési zavarok) megfigyelés alá helyezték, és megállapították, hogy az anyatejvel felvett nikotin felelős a tünetekért.

Ez akkor is létrejön ha az anya csak passzív dohányos.

P. *Camerao* dohányzó és nemdohányzó családok gyermekeinek egészségi állapotát vizsgálta. A dohányzó szülők gyermekei még egyszer olyan gyakran szenvednek akut légúti gyulladásokban, mint a nemdohányzóké. A köhögés és a köthártyagyulladás a leggyakoribb reakció.

A cigarettafüst, mint CO forrás fontos szerepet játszik. Dohányzás közben nagyobb a CO-haemoglobin képződés, mint pl. egy nagyváros közlekedési csomópontján 8 óras szolgálatot teljesítő rendőr szervezetében a kipufogógázoktól. A cigarettafüst 15%-ig terjedő COHb-t eredményezhet, míg a közlekedés kipufogógázai a 2%-os COHb-t érik el csupán.

J. L. Steinfeld szerint már 2 doboz cigaretta elszívása egy 45 m³-es teremben a CO tartalmat az ún. maximális munkahelyi koncentráció-érték szintjére emeli.

Ez a CO koncentráció nemdohányzóknak is — kiváltképpen hosszabb expozíciós idő esetében — több mint 4%-os COHb-ra növekedhet, s terheléskor nagy oxigénhiányt, nyugalmi állapotban pedig a tüdő csökkentett diffúziókapacitását okozza.

A teljesítménycsökkenéssel kapcsolatban psychomotorikus teszteket végeztek és hallás, látás csökkenést tapasztaltak, ezért halaszthatatlan a nyilvános helyiségekben, éttermekben, kórházakban a dohányzás megtiltása.

A testi és szellemi teljesítőképesség eme negatív hatásainak vizsgálatai kapcsán komoly egészségkárosodások okai derültek ki, nevezetesen pl. az atherosclerosis és szívkoszorúerek megbetegedésében a magasabb CO-koncentráció is fontos szerepet játszik.

A dohányfüst további káros anyagai közül a nitrogénoxidokat utoljára említi, melyek a dohányfüstben 160-szor magasabb koncentrációban találhatók, mint amely még károsodás nélkül elviselhető volna. Bebizonyosodott, hogy ezek hatására is tüdő- és légúti ártalmak lépnek fel.

Számos országban alakultak társaságok, körök, amelyek a dohányzók és nem dohányzók érdekében tevékenykednek. Így pl. Finnországban törvényjavaslatot dolgoztak ki, miszerint a dohányzást minden zárt helyiségben, üzletben, iskolákban, kórházakban, közlekedési eszközökön, és minden gyülekezési és szórakozóhelyen meg kell tiltani.

A legfontosabb teendők: — a dohányárak reklámozásának teljes betiltása — a cigarettaárusítás mérséklése, — a magasabb dohányadó kivétele — felvilágosítást végezni a dohányzás káros hatásairól.

Az orvosok elsődleges feladatát ez utóbbi jelenti, valamint aktív — akár gyógyszeres, akár psychotherápiás — (csoporttherápia) — segítséget kell adni a dohányzástól szabadulni akaróknak.

A szerző reméli, hogy az e kérdésben észlelhető rendkívül nagy felelőtlenség és cinizmus mérsékléséhez járul hozzá dolgozatával.

Bánda Tamás dr.

Kórhonctan

Mononuclearis phagocyták (Kupffer sejtek) és endothel sejtek proliferációjának regeneráló patkány-májban. (Fény- és elektronmikroszkópos cytochemiai tanulmány.) Widmann, J. J., Fahimi, H. D. (Dept. Pathol., Harvard Medical School, Boston, MA): Am. J. Pathol. 1975, 80, 349—366.

A szerzők annak a fontos elméleti kérdésnek az eldöntéséhez nyújtanak adatot állatkísérletükkel, hogy vajon a máj sinusoidokban található Kupffer-sejtek a vér monocytáiból, ill. a csontvelői precursor sejtekből származnak-e vagy pedig helyileg, osztódás útján képződnek.

A szerzők laboratóriumukban, valamint mások is újabb finomszerkezeti és cytochemiai vizsgálatokkal megállapították, hogy a patkányok májában a sinusoidok 2 különböző sejtípussal vannak bélelve: 1. a falat képező endothel sejtek és 2. phagocytáló Kupffer-sejtek. A mononuclearis phagocytá rendszer fontos részét képező Kupffer-sejteket a következők alapján különítik el az endothel sejtektől: 1. endogen peroxidase aktivitás az endoplasmás reticulumban, 2. egyedül ezek phagocytálják az iv. adott nagy (0,8 μ) latex particulumokat.

A Kupffer-sejtek eredete még vitás. Bár erősen megalapozottnak látszik a szöveti macrophagoknak a vér monocytáiból és a csontvelői precursor sejtekből történő származása, arra is vannak adatok, hogy a Kupffer-sejtek helyileg képződnek osztódásra. Vannak szerzők, akik kimutatták, hogy a RES-nek oestradiollal történő stimulálása kapcsolatban van a máj sinusoidjaiban a phagocytáló sejtek proliferációjával. Kimutatták például, hogy egerben a máj macrophagjai aktívan osztódnak *Listeria monocytogenes*l történt fertőzéssel szembeni immunitás kifejlődése folyamán. Újabban más szerzők arra a megállapításra jutottak, hogy bizonyos tényezők (így stilboestrol, endotoxin és zymosan) az új sejteknek a máj sinusoidjaiba történő beáramlását indukálják, jöhetnek más tényezők (így zymosan és *Corynebacterium parvum*) ezenkívül indukálják az eleve meglévő Kupffer-sejtek proliferációját is. Végezetül lehetséges, hogy általában jön létre a sejtek számának emelkedése, hogy az endothel sejtek közvetlenül átalakulhatnak phagocytáló Kupffer-sejtekké.

A szerzők tanulmányukban patkányban partialis hepatectomia után a regeneráló májban a si-

nusoidokban a littoralis (parti) sejtek proliferációját vizsgálták a Kupffer-sejtek eredetének eldöntése végett, kombinált peroxidase reakcióval és nagy (0,8 μ) latex részecskék phagocytosisával. Nőstény patkányokon ismert módszerrel kétharmados hepatectomiát végeztek és az állatokat a műtét után 1—11 nappal ölték meg. Az állatok leölése előtt 13 órával iv. latex particulumokat adtak. A májakat perfusióval fixálták és a peroxidase cytochemical lokalizációjára eljárást végeztek. Fény- és elektronmikroszkópos vizsgálatoknak vették alá a preparátumokat.

A sinusoidok sejteit feltűnő regenerációs választ mutattak a partialis hepatectomia után. A peroxidase aktivitás persistált a mitosis folyamán a Kupffer-sejtek endoplasmás reticulumában. Ráadásul a latex részecskék kizárólag az ilyen peroxidase pozitív sejtekben helyezkedtek el, így ezek Kupffer-sejteknek feleltek meg. Az endothel sejtek peroxidase negatívak voltak és a latex szemcséket sem vették fel magukba. Kvantitatív mérés azt mutatta, hogy a Kupffer-sejtek oszlási aktivitásában a csúcs 48 óránál helyezkedett el, míg ez az érték endothel sejtek esetében 96 óránál volt, a partialis hepatectomia után.

Leleteik azt mutatták, hogy a Kupffer-sejtek helyileg a májban oszlásra képesek. Arra viszont nem találtak morfológiai bizonyítékot, hogy az endothel sejtek vagy monocyták Kupffer-sejtek alakulnak át. A szerzők tárgyalják ezen megfigyelések jelentőségét a Kupffer-sejtek eredetére vonatkozóan és arra a következtetésre jutnak, hogy partialis hepatectomia után máj-regenerációs modellben a Kupffer-sejtek helyileg, sejtosztódás által képződnek.

Honti József dr.

Szív- és keringési betegségek

Echokardiographia. Autenrieth, G. (Med. Klin. München Klin. Grosshadern): Internist, 1975, 16, 172.

A rövid közlemény ismerteti az eljárás történetét, fizikai alapjait, alkalmazási területét és diagnosztikus értékét.

Az ultrahang hullámok a szöveteken áthatolva a különböző strukturák eltérő impedanciájának megfelelően visszaverődnek. Piezoelektromos kristály segítségével 2—4, 5 MHz frekvenciát generálnak és a vizsgálófejbe épített érzékelő segítségével a visszaverődő hullámokat felfogják. Az „echo“-t képernyőre viszik, ahol a különböző strukturák mozgásukban vizsgálhatók. A vizsgálatot fekvő betegen a 3—4. bordaközbe helyezett transducer segítségével végzik.

Feigenbaum ismert ábrája segítségével mutatja be a négy legfon-

tosabb sugárirányt és az ennek megfelelő anatómiai helyzetet. A mitralis billentyű intenzitása és jellegzetes mozgása miatt az echokardiographiás vizsgálat kiindulópontja. Mitralis stenosis esetén a mitralis billentyű mellső- és hátsó vitorlájára jellegzetes mozgást mutat. A diastolés lejtő sebessége kifejezetten csökken, a billentyű kiterése csökken. Diastole alatt a mitralis billentyű mellső és hátsó vitorlájára együtt mozog. Nagyfokú szűkület, ill. a billentyű meszesedése esetén az echo intenzitása csökken. Sikeres commissurotómia esetén az elváltozások reversibilisek lehetnek. A mitralis prolapsus syndroma a mellső és hátsó vitorla kóros systolés mozgását eredményezi. Aorta insufficiencia esetén fellépő Austin-Flint zöreje a mitralis mellső vitorla speciális „vibratio“-ját hozza létre. A mitralis billentyű alapmozgása alapján mitralis stenosis igazolható, ill. kizárható. Az echokardiographia nagy diagnosztikus előnye, hogy segítségével a ritka pitvari myxoma non-invasív módszerrel diagnosztizálható.

Az echokardiographia jól tükrözi az intracardialis nyomásváltozásokat. Obstructív cardiomyopathia esetén a mitralis billentyű mellső vitorlájára és a septum kóros systolés mozgást végez és a septum vastagsága pontosan megítélhető. A mérések adatai jól korrelálnak a haemodinamikai adatokkal. Az echokardiogramokban az intracardialis átmérők, így az aorta, a bal pitvar, a bal és jobb kamra átmérője pontosan megítélhető. Jobb kamra dilatatio esetén a septum kóros mozgásának analysise lehetővé teszi ASD és pulmonalis stenosis elkülönítését. Az angina pectoris és myocardialis infarctus a bal kamra hátsó falának mozgási rendelkezését hozza létre. A bal kamra végsystolés és végdiastolés átmérőinek meghatározása lehetővé teszi a verőtér fogat, a perctér fogat és az ejectionis fractio meghatározását. A pericarditis exsudativa felismerésében az echokardiographia egyedülálló jelentőséggel bír.

A szerzett szívhibák mellett a congenitalis vitiumok felismerésében is nagy jelentőségű a vizsgálat. A tricuspidalis atresia, az Ebstein anomália, a truncus arteriosus valamint a Fallot tetralógia jellegzetes echokardiographiás eltéréssel jár.

Az echokardiographia a kardiológiai diagnosztika új irányzatát jelenti. A vizsgálat non-invasív, a beteget nem terheli, ismételt és egzakta eredményeket nyújt.

Új eljárások több felvevőfejjel, ill. az adatok tárolásával további fejlesztési lehetőséget rejtenek magukban. Bár a módszer az intracardialis strukturák mozgását jól ábrázolja, az intracardialis nyomásokra vonatkozóan csak indirekt utalást ad. Ezért jelen pillanatban a szív-katheterizést nem helyettesíti, hanem annak fontos kiegészítő vizsgálata.

A módszer egyik hátránya, hogy nagymértékben függ a mellkas anatómiájától. Mellkas deformitás, ill. nagyfokú emphysema esetén nem vehető fel értékelhető echokardiogramm.

A technika fokozatos tökéletesítése a módszer széles körű elterjedését fogja elősegíteni.

Kenedi Péter dr.

Apexkardiographia. Grohmann, H., W. (I. Med. Klin. der Krankenhausstiftung Bamberg): Internist, 1975, 16, 178.

Az apexkardiographia széles körben elterjedt indirekt mechanocardiographiás vizsgálómódszer. Pulzusmikrofon segítségével a szív mellkasfalán észlelhető alacsony frekvenciájú mozgásait regisztrálják. A dolgozat a kardiogramm regisztrálásának technikáját és diagnosztikus értékét ismerteti, igen rövid terejében, alapfokon.

A görbe regisztrálása piezoelektromos pulzusmikrofon segítségével bal oldalfekvésben történik. A mikrofon időállandója 3—4 mp és 0,3—50 Hz frekvenciatartományban regisztrál. Az apexkardiogramm csak az EKG, PKG és a carotisgörbe együttes regisztrálásával ad felvilágosítást a szívciklus egyes eseményeiről. A közlemény röviden ismerteti a görbe egyes részleteit. Ezt követően felsorolásszerűen, ábrák bemutatása nélkül ismerteti a módszer végzésének indikációját, a mitralis és aorta vitiumok, a myocardialis infarctus, az IHSS és a pericarditis constrictiva jellemző görbéjét. A dolgozat igen élesen kritizálja a módszer értékét. Rámutat arra, hogy korrekt görbét csak akkor nyerhetünk, ha a maximális csúcslökök helyén regisztráljuk. A szerző az apexkardiogramm komoly korlátjának tekinti, hogy nem ad abszolút nyomásértékeket (nem hitelesíthető), mint a kamrai nyomásgörbe, és a III—IV. stádiumban levő szívbetegek 10—20%-ában nem rögzíthető értékelhető görbe.

Kenedi Péter dr.

Az operált szív. Kochsiek, K. Larbig, D. (Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Abteilung der Inn. Med. III.): Internist, 1975, 16, 245—251.

A sebészet fejlődésének eredményeként a szívbetegek nagy részében a sebészi beavatkozás lehetsége — a konzervatív kezelés mellett — reális alternatíva. Míg azonban a gyermekkorban operált congenitalis anomáliák sokszor teljes haemodinamikai rendeződéssel járnak, a felnőttkorban sorra kerülő műtétek sokszor csak palliatív jellegűek: e betegek tartós — esetleg egész életen át tartó — postoperatív belgyógyászati kontrollra szorulnak. Mivel az operált szívbetegek száma egyre nő, a postoperatív gondozás

meghaladja a cardiológiai ambulanciák, osztályok kapacitását, s a gyakorló orvosokra mind nagyobb rész hárul.

A szív a vele született szívhibák correctioja után: egyes esetektől eltekintve „rövidre zárt keringés”, shunt-állapotok megoldásáról van szó. A késői prognózis a pulmonalis hypertonia praeeoperatív főnnállásának, ill. mértékének függvénye. A jelentős pulmonalis hypertonia nélküli esetekben csaknem teljes restitutio ad integrum várható. A letalitás 1% alatti. A recidiva-hajlam nagyon kicsi. Valamivel több recidívával kell számolni kamrai septum defectus műtéti correctioja esetén: ismételt megjelenő hangos systolés zörejt utal e szövődményre. Az EKG-n kezdetben hypertrophiás jelek észlelhetők, amelyek azonban később visszafejlődnek. Decompensatio föllépte még a szövődménymentesen lezajló esetekben is várható.

Szerzett vitiumok műtéti megoldása. A késői prognózis a praeeoperatív laesio jellegének, a kialakult haemodynamikai viszonyoknak, a myocardium érintettségének, a főnnállás időtartamának, és az alkalmazott műtéti technikának a függvénye. Mivel e számos tényező kedvező egybeesése ritka, a congenitalis anomáliák relatíve jó eredményei általában nem várhatók. Különösen kedvezőtlen, ha praeeoperative pitvarfibrillatiót, nyugalomban is csökkent perctérfogatot észleltek, s elmaradt a terhelést követő perctérfogat-növekedés. A műtét eredményeként könnyülhet el a kisvérköri nyomásfokozódás csökkenése, a nyugalmi, ill. terhelési dyspnoe megszűnt, a fokozott terhelhetőség, a fizikai igénybevételhez való kedvezőbb alkalmazkodás azonban még a sikeresen operált esetekben sem várható. Ennek okául legtöbbször a billentyűkárosodáshoz vezető alapfolyamat, a rheumás szívbetegség aktivitását vélik, amely a műtét időpontjában még főnnáll. E betegek a postoperatív szakaszban is digitális, esetleg diureticumokkal kombinált terápiára szorulnak. Pitvarfibrillatio persistálása esetén tartós anticoagulans terapia szükséges. A rheumás alapfolyamat további kezelését illetően nagyon megoszolók a vélemények: műtét után általában nem alkalmazzák a korábbi terapiát. Mások ezzel szemben azon a véleményen vannak, hogy a postoperatív antirheumatikus kezeléssel a myocarditis további progressiója, ill. a billentyű restenosisa megelőzhető.

Műbillentyűk, billentyű-prothesisek beültetésének általános veszélye thromboemboliák, bacterialis endocarditis, rhythmuszavarok, ill. varratelégelenség föllépte lehet. Thromboemboliák keletkezése még sinus-rhythmus esetén is gyakori, s teljesen elhárítani még tartós hatékony anticoagulans terapiával sem lehet biztosan. Bacterium-csírok megtelepedése sem ritka szövöd-

mény: általában „intraoperatív” behatolásúak, de odakerülhetnek a véráram útján is, a postoperatív szakaszban, egészen a prothesis teljes „endothelializálódásáig”. A rhythmus-zavarok közül elsősorban kamrai ES-k jelentkezhetnek, általában azonban átmeneti jellegűek csak. A korábban nem ritka szövődményként észlelt mechanikus haemolysis ma már kevésbé jön szóba.

Az angina pectoris sebészi terapiája is mindinkább tért hódít. Nem eldöntött még, hogy e műtétet meghosszabbítják-e a coronariabetegek élettartamát, biztos azonban, hogy a panaszok lényeges javuláshoz vezetnek. Gyakori, hogy nemcsak a fájdalmak szűnnek meg, hanem a szív teljesítőképessége is fokozódik.

A rehabilitatio sikerrel operált esetekben zökkenőmentes. Fokozatos adaptatio szükséges egyenletesen növekvő fizikai terheléshez. A reconvallescencia átlagos ideje ezen betegeken 4–6 hónap. Nehéz fizikai munkától, nagy megterhelést jelentő sportteljesítményektől a későbbiekben is tartózkodni kell. A jelentősebb operatív hypertrophiával járó vitiumok rehabilitációja elhúzódó: évekig is eltarthat. A rehabilitatio lényeges tényezője a részletes kivizsgálás, a nyugalmi és a terhelési szívfunctio rendszeres ellenőrzése. **Winkler Gábor dr.**

Betegek porto-cavalis anastomosis műtete után. Strohmeier, G., Peerenboom, H. (II. Medizinische Klinik u. Poliklinik der Univ. Düsseldorf): Internist, 1975, 16, 284–292.

A befolyásolhatatlan oesophagusvarix vérzés a portalis hypertensióban szenvedő betegek leggyakrabban haláloka. Hatásos tehermentesítést jelent a portocavalis anastomosis létesítése, de jelentős aphysiológiás helyzetbe is vezet: a máj vérátáramlásának csökkenése mellett, a bélből fölszívódó anyagok egy része a máj megkerülésével jut a systemás keringésbe. E műtetre kerülő betegek három csoportba oszthatók: májcirrhosisban szenvedők, intrahepatikus-postsinusoidalis blockkál; periportalis fibrosist eredményező — elsősorban — parazitás megbetegedések csoportja (a portalis hypertensio praehepaticus typusa); congenitalis anyagcsere-anomáliákban megbetegedettek, tulajdonképpeni portalis hypertensio nélküli (glycogentárolási betegségek, hyperlipoproteinaemia II/a. typusa).

A postoperatív állapot haemodynamikai változásait a localis, ill. a systemás keringésben mutatkozó eltérések jelentik. A máj vérátáramlása a műtét előtti állapot 35–50%-ára csökken. Egyidejűleg a májartéria „flow”-ja nő. A varixok műtét után is kimutathatók, s nem ritka a postoperative föllépő halálos varixvérzés sem. A systemás keringésben emelkedik a perctérfogat, csökken a peripheriás ellenál-

lás. Gyakran már műtét előtt is kompenzált hyperdynamias keringés mutatható ki. E betegek késői prognosisa jobb.

A legjelentősebb szövődmény a portalis encephalopathia: acut reversibilis, és chronikus, irreversibilis morphológiai károsodásokat eredményező formát különböztetünk meg. Az acut forma tudatza-
varral, gondolkodás- és concentratioképtelenséggel kezdődik, ehhez csakhamar asterixis társul, a mikai izmok és a vázizomzat fibrillatiója figyelhető meg. A II. stádiumban fokozódó desorientatio észlelhető, excitabilitással. A III. szakaszt a mélyülő coma jellemzi. Az acut forma tisztán metabolikus alapon keletkező folyamat, a kiváltó tényezők eliminálása után tünetei megszűnnek. Az oki tényező között legvalószínűbb az ammónia szerepe, számos kísérletes adat, és veleszületett urea-synthesis zavarban szenvedő gyermekeken kialakuló praecomaseru állapot megfigyelése meggyőzően alátámasztja. További metabolikus factorként egyes aminosavak (methionin, tryptophan) és lebontási termékeik, rövid szerulncú zsírsavak, emelkedett serumlactat, pyruvat, citrat, atypusos zsírsavak szerepét a haemoglobin oxygénekítő képességének változását vizsgálják.

A chronikus forma lassan fejlődik ki, befolyásolhatatlan, neuropsychiatriai tünetek megjelenése teszi lehetővé fölismerését.

A cirrhotikusok több mint felében a glucose-tolerantia csökkenése észlelhető. Magasabb basalis, és stimulációs insulinszint alakul ki. Endogen insulinresistentia alakul ki, amely azonban az exogen úton bejuttatott insulinnal szemben is főnnáll. *Sherwin* és *mtsaí* emelkedett plasma-glucagon szintet találtak: úgy látszik, hogy nem a cirrhotikus máj csökkent lebontóképessége, hanem a fokozott glucagon-synthesis a „diabetogen-factor” cirrhosisban.

Egy időben az a nézet alakult ki, hogy portocavalis anastomosis után nőtt a manifest diabetes száma. Nagy beteganyag retrospektív áttanulmányozásakor azonban ez nem volt megerősíthető.

Portocavalis anastomosis követően a serum-cholesterin és a triglycerid szintben jelentős esés észlelhető. Egyidejűleg a szabad zsírsavak vércsökkentője emelkedik.

A műtét után a serum direkt bilirubin tartalma emelkedik. Ezt fokozott haemolysissal, és a máj csökkent keringésével hozzák összefüggésbe. Újabb ehhez sorolják a glucuronyltransferase aktivitásának postoperatív csökkenését.

Állatkísérletes adatok a műtét után kialakuló hyperaciditas, ulcusképzés mellett bizonyítanak. Human vonatkozásban ez az adat, nagy statisztikák szerint, nem erősíthető meg, egy-egy esetben azonban a savelválasztás fokozódását kimutatták.

Ismert tény, hogy a cirrhotikus betegek 30–50%-ában vas-depositumok mutathatók ki a májban, ritkábban azonban típusos haemosiderosis képe is kialakulhat: bõrpigmentációval, magas serum vastartalommal, csökkent vaskötő kapacitással, diabetes mellitusszal. Statisztikai adatok bizonyítják, hogy portocavalis anastomosis műtéten átesettek közt e szövödmény nem gyakoribb, mint a műtét nélküli esetekben.

Egyes adatok szerint e műtét után gyakrabban alakul ki hypersplenía. Meggyőző tapasztalatok bizonyítják azonban, hogy ez az anomália olyan ritka, hogy prophylaktikus splenectomiát nem tesz szükségessé. A praoperative már kialakult hypersplenía az esetek egy részében regrediál, nagyobb részben azonban változatlanul marad.

A szerzők a közlemény további részében összefoglalják a postoperative állapot ismerteltetett szövödményének therapiás lehetőségeit, különös tekintettel a portalis encephalopathiára.

Winkler Gábor dr.

Anyagcserebetegségek

Félreértés vagy tévedés? 4 évvel az UGDP jelentés után. S. Marigo és mtsai: Acta Diabetol. Latina 1974, 11, 357–422.

Az antidiabeticumoknak a diabetes vascularis szövödményeire gyakorolt hatását a *University Group Diabetes Program-on* belül (UGDP) 1960–1969 között 12 amerikai klinikai központ vizsgálta. Az összesen 1027 érettkori típusú diabeteses beteget 204–210 tagú csoportokra osztották és csoportonként 1. diétát + placebo-t (PLBO), 2. diétát + 1,2 g tolbutamidot (TOLB), 3. diétát + a testfelülettel arányban álló, stabil dosisú (10–16 E Lente) insulin (ISTD), továbbá 4. diétát + egyénileg dozírozott Lente insulin (IVAR), végül 1962–1963-ban indított csoportban 5. diétát + 100 mg phenformin therapiát (PHEN) alkalmaztak.

Következtetések: 1. a diéta + tolbutamid alkalmazása nem bizonyult hatásosabbnak a kizárólagos diéta-therapiánál az élettartam vonatkozásában, 2. a cardiovascularis mortalitás tekintetében a tolbutamid és diéta kevésbé hatásosnak tűnt, mint a diéta + insulin együttes alkalmazása, 3. a következtetések csak a vizsgált típusú betegekhez és a meghatározott módon alkalmazott hypoglycaemizáló szerekre vonatkoznak, 4. az egyéni adagú insulin kezelés és éhomi vércukorértékek befolyásolásában hatásosabbnak bizonyult bármely egyéb szernél. A kétféle módon alkalmazott insulinos csoportban levő betegek mortalitása csaknem azonos volt a placebo csoporttal. A phenformin vizsgálatokat 2–3 évvel később és csak 6 intézetben kezdték el, értékelésük nehézségeibe ütközött. A PHEN csoportban ugyan alacsonyabb vércukor értékeket mértek, mégis a

nem fatális vascularis complicatiók előfordulási aránya meghaladta a PLBO csoporttét, így a jobb vércukor nem bizonyított hatásos praeventiónak a vascularis complicatiók tekintetében.

Az UGDP közlésével egyidejűleg ismertette az angliai Bedfordban 7 éven át 248 latens diabeteses egyének folytatott hasonló vizsgálati eredményét *Keen és Jarrett*.

A betegek 4 csoportja therapia szempontjából a következők voltak: 1. placebo + cukorszegény étrend, 2. placebo + 120 g/die szénhidrát-tartalmú étrend, 3. cukorszegény étrend + 1,0 g tolbutamid, 4. 120 g/die szénhidrát tartalmú étrend + 1,0 g tolbutamid. Az általános és cardiovascularis mortalitás a tolbutamid csoportokban nem szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a placebo csoportokban. A betegeket kor szerint — 60 év feletiek és alattiak — 2 csoportra osztva, a fiatalabbakon a tolbutamiddal kezelt vascularis complicatiója szignifikánsan ritkább volt, mint a placebo-val kezelték.

A stockholmi *Paaskivi* vizsgálati 1963-ban kezdődtek 262, myocardialis infarctuson átesett személyből kiválasztott 178 betegen: ezek felének tolbutamidot, felének placebo-t adott. Manifest diabetesesek és diabeteses családi anamnézissel rendelkezők nem szerepeltek köztük. A tolbutamid csoportban a túlélési arányszám magasabb, és az új infarctus bekövetkezéséig eltelt időtartam hosszabb volt.

Az *Amerikai Diabetes Társaság* nem tanácsolta a tolbutamid alkalmazását kémiai vagy enyhe diabetesben, ill. a diabetes súlyosabb formáiban. Csak ott javasolta alkalmazását, ahol pusztán diétával az anyagcsereegyensúly nem volt biztosítható és a beteg vonakodott az insulin alkalmazásától. Ugyanakkor elismerte, hogy a közölt vizsgálatoknál a TOLB csoportban több volt a cardiovascularis veszélyeztetett eset és az eredmények ellentmondanak az európaiakénak.

Ezután sokan foglaltak állást az *UGDP tanulmány ellen*. Rámutatnak a fix tolbutamid dosis hibájára és a beteganyag homogenitásának hiányára. A TOLB csoportban 27% volt a szívbeteg aránya, míg a PLBO csoportban csak 17%. Hasonló eltérések mutatkoztak a hypercholesterinaemiások (14,2, ill. 6,2%), az EKG eltéréseket mutatók (24, ill. 15%), valamint a digitalizáltak arányában (7,6, ill. 4,5%) is. Mindez kizárja az eredmények összehasonlításának lehetőségét. Az UGDP-s PLBO csoportban egyetlen halálos kimenetelű myocardialis infarctust sem észleltek. A haláleseteknek csupán 40%-ában végeztek sectiót, így a „cardiovascularis” ok csupán szóbeszédnek tekinthető az esetek 60%-ában.

A tervezésben rendkívüli „rugalmasságot” tanúsítottak a cardiovascularis kockázat kiértékelésében (pl. a digitalizálást a szívélgtelen-ség indexeként tekintették, csak bi-

zonyos EKG eltéréseket vettek figyelembe és a veszélyeztetett esetek a csoportok között erősen inhomogénen kerültek elosztásra), nem vették figyelembe az exogén tényezőket (dohányzás, foglalkozás), a betegeknek az egyes csoportok közötti elosztásában eltekintettek az individualizálástól, nem vették figyelembe életkorukat, anyagcsere-állapotuk súlyosságát, testsúlyukat, elhízásuk fokát. A fellépő hypoglycaemiákban csupán az egyik insulinos (IVAR) csoportban változtatták a szer adagját és kétséges, hogy mind a 204 tolbutamidot szedő beteg valóban reagált-e tolbutamidra. 3 csoportban fix dosisban alkalmazták a szereket, így az 1,5 g adagú tolbutamid igen magas dosisnak tekinthető. Elégtelen volt az anyagcsere kontroll, nem individualizálták a diétát és így az 54% elhízott jelentős hányada kövér maradt és nem értékelték ki a betegeknek diétájukhoz való viszonyulását.

Hibákat követtek el a *kivitelezésben*, így pl. 63 beteg a glucose terhelés alapján biztosan nem szenvedett diabetesben, ugyanakkor a 26 30 év alatti egyén nem lehetett érettkori cukorbeteg, csupán a betegek felében ellenőrizték rendszeresen a vércukrot és a testsúlyt.

Az *értékelésben* 6 komoly kifogás merülhet fel a tolbutamid okozta cardiovascularis mortalitás fokozódásának látszólagos tényével szemben: a) az egyes klinika központok között igen nagy eltérés mutatkozott a tolbutamid okozta cardiovascularis halálozás frekvenciájában: 4 klinikán egyetlen ilyen eset nem fordult elő, 3 klinikán 24–32%, 2 klinikán 50% volt a cardiovascularis halál aránya a TOLB csoportban, b) a nem halálos és halálos cardiovascularis események együttes aránya a TOLB csoportban a legalacsonyabb, c) sectiót a TOLB haláleseteknek 50%-ában végeztek, míg a PLBO csoportban csupán 20%-ban, d) a PLBO csoportban valószínűtlenül alacsonyabb volt a cardiovascularis mortalitás aránya, szemben egyéb tanulmányok 40%-os mortalitási rátájával, e) csupán a PLBO csoportban csökkent mérsékeltlen a betegek súlya, a többiekben emelkedett. Ez felveti a diétahibák lehetőségét, f) általában a vércukorértékek emelkedtek a kezelés folyamán, ez felveti az alkalmazott therapia elégtelenségét.

Fövényi József dr.

Szerk. kommentár: A UGDP program az utóbbi évek egyik jelentős diabetológiai vitáját bontakoztatta ki. A közölt eredményeket sokan elfogadhatónak cáfolták. Ezek egy részét referáltuk lapunk 1973. évi 26. számában, akkori szerk. megjegyzésünkben a figyelmet a cukorbetegségek kezelésének alapjára, a diétára irányítottuk. Az UGDP-vitát értékelő újabb közlemények 1975. évi 52. számunkban is referáltuk. A fentiekben nagyobb helyet biztosítottunk a referátumnak. Ezzel egyik célunk: fel-

hívni a figyelmet az orvosi vizsgálatok gondos, precíz, előrelátó tervezésére, az együttműködő munkacsoportok egységes elveinek kidolgozására, az eredmények józan interpretálására.

Diabetes mellitus: lebecsült közegészségügyi probléma. Tokuhata, G. K. és mtsai (Bureau of Program Evaluation, Pennsylvania State Health Dept. P. O. Box 90, Harrisburg Pennsylvania 17 011, USA): J. Dis., 1975, 28, 23—35.

A diabetes mellitus a századfordulón az USA-ban a 27. helyen állott a halálozási ranglistán, jelenleg az 5. helyen áll, de ez a szám nem valós, mert a halálokok között sokszor csak akkor szerepel, amikor fődiagnózisnak tartják. Többször előfordul, hogy csak a szövödményeit említik halálokként, s a diabetesről szó sem esik.

A pennsylvaniai szerzők a valós helyzet megközelítésére feldolgozták Pennsylvania állam 1 éves halotti jegyzőkönyvét (1968 májusától 1969 áprilisáig). A 200 000 halotti jegyzőkönyvben 10 170 alkalommal volt a diabetes is feltüntetve, fő okként 2639 alkalommal, 7531 esetben pedig nem első helyen. Ha mindkét rangsorolást együttesen számították, ez 100 000 lakosra 86,2-es halálozási arányt jelentett. Pontosabb megközelítés céljából postai kérdőív segítségével kértek adatokat a jegyzőkönyveket kiállító orvosoktól 311 diabetesről és hasonló számú olyan elhunytól is, akiknek halotti jegyzőkönyvi adatai között nem szerepelt diabetes. Kiderült, hogy a nem diabetesesként elkönyvelt halottak 8%-ának volt diabetes, így a becslés szerint 18 790 elhaltak volt diabetes, ez 160,9-es halálozási arányt jelent 100 000 lakosra vonatkoztatva. Az adatokat az egész USA-ra vonatkoztatva arra a következtetésre jutottak, hogy az USA-ban jelenleg a 3. fő halál oka a diabetes.

A kérdőíves módszerrel nyert adatok összehasonlítása során több érdekes megfigyelést tettek. A diabetesrel társult betegségek közül a máj és az „egyéb” betegségek fordultak csak kisebb számban elő, a többi (obesitas, hypertonia, szívbetegség, retinopathia, az arteriosclerosis különböző megnyilvánulási formái, vesebaj) lényegesen nagyobb számban fordult elő diabetesesek között, mint a kontroll csoportban. Kiderült az is, hogy a kérdőíves módszerrel nyert adatok pontosabban voltak, mint a halottvizsgálati jegyzőkönyvek adatai, leginkább a szívbetegségekre vonatkozó adatok egyeztek. Az is felvetődött, hogy az orvosok a diabetes diagnosztikai kritériumaként nem mindig azonos módon értékelték a vércukorszint viselkedését. Legtöbbször az éhgyomri vércukor-szint adatait vették figyelembe, hasonló gyakorisággal

(74%) a vizeletvizsgálat eredményére támaszkodtak, 23% alkalmazta csak a cukorterheléses próbát tesztként.

A kapott adatokat városi és vidéki bontásban is értékelték. Az 5000 lélekszámú helységekből és az ennél valamivel nagyobb településekből az évi diabeteses halálozás aránya csaknem azonos volt. A halálozás a lakosság számának növekedésével nem emelkedett lépcsőzetesen, városi és falusi lakosság szerinti bontásban azonban a városokban kétszer nagyobb volt a diabeteses halálozás aránya a falusiakéhoz viszonyítva.

A kapott adatok alapján az USA egész lakosságára vonatkoztatva lehet bizonyos következtetéseket levonni. Az 1966-os oxfordi tanulmány alapján az élő diabetesesek arányát a 25 éven túliak között 0,025-re teszik, ez 1970-ben 2 747 000 felnőtt diabetesest jelentett. Egy korábbi amerikai tanulmány a cukorterheléses teszt alapján 9 400 000-re becsüli a potentialisan diabetesesek számát az USA-ban. A cukorbeteg egyre emelkedő száma az elsődleges (a kifejlődést megakadályozni) és másodlagos (a progressiót megakadályozni) preventiót mindjobban sürgeti.

Iványi János dr.

Myocardialis infarctus diabeteseseken. Soler, N. G. és mtsai (The General Hospital, Steelhouse Lane, Birmingham B4 6NH, England): Quart. J. Med. 1975, 44, 125—132.

1967—73 között 285 myocardialis infarctusban szenvedő diabetesest szállítottak a birminghami általános kórházba, közülük 184 (120 férfi és 64 nő) a coronaria őrző egységbe került, 101 beteg (46 férfi és 55 nő) az általános belosztályra. Utóbbira a nem típusos tünetek miatt kerültek be a betegek (szívelégtelenség, nem kontrollált diabetes, hányás, stb.). 54 olyan beteg került a coronaria őrző egységbe, akinek már volt előzetesen infarctusa, a belgyógyászati osztályra hasonló előzménnyel 23 beteg.

Kezelés szempontjából diétára mindössze 31 beteg volt beállítva, a tablettás és insulin kezelésben részesültek aránya azonos volt (129, illetve 125 beteg).

A kezdetben az őrzőben kezelt betegek 1 hónap múlva történt mortalitásában a tablettás és insulinos betegek között nem volt különbség (40, illetve 37%), a belosztályon kezelték között a tablettával beállítottak mortalitása 59% volt, az insulinozottaké csak 41%. Mindkét osztályon a halálozások többsége az első 4 napon következett be.

A meghalt betegeket tekintve, jelentősebb különbség nem volt sem az életkor, sem a nem, sem a diabetes tartama, sem az egyidejű retinopathia és a felvételkor észlelt vércukorszintet illetően a tablettás és insulinozott betegek között, akár a coronaria őrzőben, akár a belosztályon kezelték őket. A beteg-

anyagot bontva azonban, néhány különbség már szembeötlő. A tablettával kezelt nők mortalitása magasabb volt a férfiakénál, a diabetes tartama szerinti bontásban a tablettával kezelt diabetesesek mortalitása az insulinozottakéhoz viszonyítva egyformán magasabb volt a rövidebb és hosszabb fennállású diabeteses megbetegedésekben, s ugyanez mondható el a retinopathias infarctusos betegekről is, bár a tablettával kezelt betegek száma itt jóval kevesebb, mint az insulinozottaké.

1 évvel az infarctus után a halálozás 51%-ra növekedett, itt azonban már élesebb különbség nem tehető a kezelés módját és a halálozást illetően, mivel az infarctus idejében több beteget tablettáról insulinra állítottak át. 45 változatlanul-tablettával kezelt betegből 1 éven belül 8 halt meg.

A birminghami szerzők adatai egyértelműen nem támogatják az UGPD (University Group Diabetes Program) állításait a per os tablettás kezelés és a cardiovascularis szövödmények növekedésének szoros összefüggéseit illetően.

Iványi János dr.

A glibenclamid és chlorpropamid tartós összehasonlító kísérlete diétával nem beállítható felnőttkori diabeteseseken. Clarke, B. F., I. W. Campbell (Diabetic and Dietetic Dept., Royal Infirmary, Edinburgh, EH3 9YW): Lancet, 1975, I, 246—248.

A sulfonylureák második generációjához tartozó glibenclamid 1967 óta ismert a terápiában, s az előző sulfonylurea készítményeknél hatásosabb, hatása a beta-cytotrophikus effectus qualitativ különbségeiben mérhető le.

Tartós összehasonlítás más sulfonylurea-készítményekkel még nem ismert, ezért a skóciai szerzők randomizált beteganyagot 2 éves kísérlet formájában hasonlították össze a glibenclamidot és a chlorpropamidot. A betegek életkora, testsúlya és vércukra kiinduláskor mindkét csoportban nagyjából megegyezett. 3 hónapnál nem régebbi, nem elhízott és 40 évnél idősebb betegeket válogattak ki, akik diétával nem voltak beállíthatók (részben a betegek maguk nem hitték magasabb vércukruk és panaszaik alapján, hogy diétával is beállíthatók lennének, részben 4 heti diétás kezelés nem rendezte anyagcseréjüket).

Összesen 285 beteg sorsát tudták figyelemmel kísérni 2 éven át a kétfajta kezelés hatására. Glibenclamidból (Daonil) 5—15 mg volt az átlagos adag pro die, chlorpropamidból (Diabinese) 100—250 mg. A vércukor vizsgálata reggeli után 2—2 és fél órával történt. A betegeket 40—50 és 60 éven felüli két csoportra is osztották, s ilyen csoportosítás alapján is nyomon követték az elsődleges (4 hét alatt) és a másodlagos resistencia kifejlődését a két szerrel szemben.

Az eredmények nem bizonyították a glibenclamid előnyét a chlorpropamiddal szemben, mert *elsőleges resistencia chlorpropamiddal szemben szignifikánsan kevesebb-szer fejlődött ki, mint glibenclamid-dal szemben* (20–30%, 11–13%-kal szemben; utóbbi a chlorpropamidós csoport). A 2 éves kezelési periódus végére több beteg maradt a chlorpropamidós csoportban, mint a másikban. *A másodlagos resistencia is kevesebb-szer fordult elő a chlorpropamidós csoportban, mint chlorpropamiddal kezelve, de a különbség nem volt szignifikáns.*

Nemkívánt hatások egyformán kevés számban fordultak elő (gastrointestinalis tünetek), de hypoglycaemia többször volt (8 alkalommal) a glibenclamidós csoportban, s azokban az esetekben, melyekben a táplálékfelvétel valamilyen okból akadályozott volt, comához vezetett.

Iványi János dr.

Az orális antidiabeticumok által kiváltott hypoglycaemiákról. Gottesbüren, H. (Med.-Univ. klinik, Marburg/Lahn): *Tägl. Praxis*, 1975, 16, 57.

A cukorbeteg orális kezelésében a gyógyszerfélések két csoportja használható: 1. sulfonylureák és pirimidin származékok, 2. biguanidok. Az előbbieket az insulin secretiót emelik, az utóbbiak pedig hatásukat extrapancreaticus úton (az intestinalis felszívódás megnyújtása, a glykoneogenesis gátlása, anorexia, a glucose felhasználás fokozása révén) fejtik ki kedvező hatásukat. A sulfonylureáktól hypoglycaemiákat is láttak, régebben csak enyhébbeket, a glibenclamid bevezetése óta azonban már súlyosabbakat is.

A hypoglycaemiák insulinál tapasztalt klasszikus jeleit a tablettáktól többnyire nem látjuk és inkább a központi idegrendszeri tünetek állanak előtérben. Felismerésük ezért nehéz, a szédülés, gyengeség, zavartság, ataxia és paresisek miatt sokszor cerebrális ischaemiára gondolnak. Tablettás beállításnál hypoglycaemiás reakció okozhat: a helytelen indicatio és dosis, a nem kielégítő táplálékfelvétel, a vese- és májinsufficiencia, valamint más gyógyszerek interferáló hatása. A *sulfonilureák* a szövetek glucose-forgalmát növelik, emelhetik az insulin-secretiót és megváltoztatják e gyógyszerek plazma-fehérje kötődését. A *phenylbutazon* és *sulfaphenazon* (Orisul) a sulfonylureák és pirimidin készítmények lebontódását és kiválasztódását akadályozza és szintén megváltoztatja ezeknek fehérjékhez való kötődését. A *phenyramidol* a tolbutamid, a *chloramphenicol* a chlorpropamid, a *dicumarin* pedig mindkettő lebontódását gátolja. A *sulfonamidok* szintén a sulfonylureák és pirimidin-származékok fehérjekötésén vál-

toztatnak, a *probenecid* pedig kiválasztódásukat akadályozza. A *hydrazin derivatumok* (MAO-bé-*nítók*) fokozzák az összes orális antidiabeticum glykoneogenesisre kifejtett gátló hatását, a *propranolol* a béta-receptorok által kiváltott lipolysist és glykoneolysist akadályozza. Az *alkohol* a glykoneogenesisist gátolja és a catecholamin secretiót csökkenti, sőt valószínűleg a catecholamin anyagcserére hat a *chlorpromazin* is. A *salureticumok* a káliumhiánnyal és glykoneolysis fokozásával, a *fogamzásgátlók* (oestrogének) pedig a plasma cortisol szintjének növelésével fejtik ki fordított hatásukat.

A vese- és májinsufficiencia az antidiabeticumok kumulációjával járhat és ezért ilyen társbetegségek fennforgása esetén, valamint idősebb korban különös óvatosságra van szükség.

Következtetésként a szerző a következőket hangsúlyozza:

1. Kezdetben és főleg enyhe diabetesben türelemmel tisztán diétás beállításhoz kell törekedni.

2. Sulfonylurea kezelés előtt a vese- és májműködés tisztázandó.

3. Elhízott cukorbetegeknek, amennyiben szükséges, elsősorban biguanidokat kell adni. Amennyiben mégis sulfonylureákra van szükség, először enyhébb hatású készítménnyel próbálkozunk, esetleg ezeket biguanidokkal kombináljuk. Erősebb hatású készítmény adásánál mindig kisebb dosissal indulunk.

4. A beteget és hozzátartozóját a hypoglycaemiás tünetekről fel kell világosítani és ezek megítélésénél az orális antidiabeticumokat befolyásoló egyéb gyógyszerhatásokat is figyelembe kell vennünk.

5. A nagyfokú recidiva hajlam miatt tartós glucose infusio és glucagon adása is szóba jöhet.

Angeli István dr.

A glucagon szerepe a diabetes mellitus pathogenesisében. Unger, R. H., L. Orci: *Lancet*, 1975, 1, 14.

A szerzők dolgozatukban a glucagonnak a diabetes pathogenesisében feltételezett szerepével foglalkoznak. Az eddigi vizsgálatok és bizonyítékok alapján ugyanis jogosan feltételezhető, hogy a diabetes mellitus létrejöttéhez nemcsak az insulin abszolút vagy relatív hiánya, hanem a glucagon jelenléte is szükséges. Abszolút vagy relatív hyperglucagonaemiát a hyperglycaemia minden endogen formájában — még teljesen pancreatectomizált kutyában is — észleltek. Glucagon nélkül az insulin hiánya nem okoz hyperglycaemiát, endogen, vagy exogen glucagon jelenlétében azonban gyorsan létrejön. Vizsgálataik eredménye tehát a bihormonális abnormalitás hypothesisével összeegyeztethető és véleményük szerint az abszolút vagy relatív insulinhiánynak a csökkent glucose utilisatio a legfontosabb következménye, a glucose

túlprodukción, a hyperglycaemiát viszont a glucagon abszolút vagy relatív túlsúlya okozza.

Angeli István dr.

Elkerülhetetlenül szükségessé válhat a napi negyedszeri sima insulin adása? Schneider, H., S. Bendig: *Kinderärztl. Praxis*, 1974, 42, 564.

A cukorbeteg kezelésének ma már az a célja, hogy a szénhidrát anyagcserét lehetőleg physiologiasan reguláljuk. A „jól kozmetikázott” beállítás ellenregulatóriá váltathat ki, és ezt el kell kerülni. Insulinhiányos diabetesben a normoglycaemiát az anyagcsere labilitása miatt többnyire nem sikerül elérni és a vizeletben a felvett szénhidrát mennyiség 10–25%-ának kiürülésével is számolnunk kell. Cukorbeteg gyermekek esetében a 100–250 mg % közötti éhgyomri vércukoringadozásokat még el kell fogadnunk, a magasabb értékek azonban gyakran az esti túlinulinózás ellenregulatóriát jelzik, vagy az éjszakai insulindeficit következtében lépnek fel. A vér glucose tartalma csak részben származik közvetlenül a táplálékból és azt a vesetubulusok reabsorpciója, valamint a glykogenolysis is befolyásolja. Mivel az éjszaka második felében a glucose resorpcióból adódó vércukor emelkedéssel már nem kell számolnunk, a lipolysist követő hyperlipidaemia, valamint a glykoneogenesis is elsősorban akkor növelik ezt, ha az esti insulin dosis nem volt elégséges. Az insulin adagjának túlzott megemelése pedig az ellenregulatio révén decompensálja az anyagcserét. Ilyenkor jön szóba éjjel 2 órakor a negyedszeri insulin adása, aminek szükségességét a szerzők esete is jól demonstrálja.

Egy 11 éves lánybetegen naponként háromszor adott sima insulin képtelenek voltak a szénhidrát anyagcserét compensálni és az éhgyomri magas vércukor értékeket csak az éjszakára beiktatott negyedike insulin adással tudták elkerülni. Később már az anyagcsere egvensúlyát az esti insulin depot-hatású B insulinall kombinálva is fenn tudták tartani.

Angeli István dr.

A gyermekkori és juvenilis diabetes initialis javulási fázisának klinikai jelentősége. Menzel, R. és mtsai (Zentralinstitut für Diabetes, Karlsburg): *Dt. Gesundh.-wesen*, 1975, 30, 1159.

Az ún. initialis javulási szak, vagy remissziós fázis a juvenilis típusú diabetesre jellemző. Az anyagcsere stabilizálódik, a vércukor értékek az insulin dosis csökkentése ellenére is normalizálódnak. Néhány hét vagy hónap múlva azonban ez a javulás, ingado-

zó vér- és vizeletcukor értékekkel, ketoacidosis és hypoglykaemiák hajlamával véget ér. Az első jellemző közlés 1917-ből Noorden-től származik, ezzel is igazolva azt a mai feltevést, hogy ezt a javulást nem az exogen insulin adása, hanem az insulin secretio átmeneti helyreállása és a perifériás insulin felhasználás javulása okozhatja.

A szerzők hatvan 35 éven aluli cukorbetegét kísérték figyelemmel, akik közül 32 húsz éven aluli, 15 pedig 14 éven aluli volt. A kezdeti javulási fázist az esetek 93%-ában — leggyakrabban a 4. kezelési héttől — látták, és az 3 héttől 2 évig (átlagosan 15 hétig) tartott. Kimutatták, hogy a klinikai javulás az endogen insulin secretio regenerációjával, valamint a gluce- és zsirutilisatio javulásával jár együtt. Egy kivétellel azonban még ebben a szakban is kifejezetten pathológias glucose toleranciát találtak. Az initialis javulási szak megszűnését az esetek 71%-ában fertőzőkre lehetett visszavezetni.

Vizsgálataik eredménye alapján a szerzők úgy vélik, hogy az initialis javulási fázis nem valódi remissio, hanem csak annak a jele, hogy a manifeszt diabetes átmenetileg enyhébb formába ment át. Ennek elősegítése és tartósabbá tétele érdekében a következőket javasolják: 1) Jó beállítás, folyamatos ellenőrzés és gondozás. 2) Megfelelő és folyamatos insulin kezelés. 3) A túlinsulinózis elkerülése. 4) Az fertőzők megelőzése és azok leküzdése.

E javulási szak megnyújtásával talán a gyermekkori és juvenilis diabetes prognózisát is sikerül megjavítani.

Angeli István dr.

A diéta és mozgásterápia a cukorbetegnek orális kezelésének is alapja. Bruns, W. (Zentralinstitut für Diabetes, Karlsburg): Zschr. ärztl. Fortbild. 1975, 69, 74.

A címben foglaltakat minden diabetologus ismeri, ennek ellenére mégsem tesznek meg mindent az eredményes diéta és az ideális testsúly eléréséért. Ennek oka: 1. A betegek még mindig nem látják be a testsúlycsökkenés jó hatását és szükségességét. 2. Hiányos a diéta oktatása. 3. Nem egységesek a diétás előírások. 4. A javasolt diétát nem mutatják be elég részletesen. 5. Elhanyagolják a kalória számítást.

A felnőttkori diabetes kialakulását az esetek többségében elhízás és hyperinsulinismus előzi meg, ez pedig megfelelő hajlamra, hyperalimentációra és túlzott szénhidrát-fogyasztásra vezethető vissza. Helyesebb lenne tehát ezt a kórképet metabolikus hyperalimentációs szindrómának nevezni. Sulfonylureák adásával e szindrómát tulajdonképpen nem kezeljük, hanem csak sebb köntösbe öltöztetjük a glykaemia javításával, de magát a

beteget nagyobb veszélybe is sodorhatjuk (l. UGDP-vizsgálatok). Az egyetlen helyes és valóban oki kezelést a hyperalimentáció kikapcsolása és a mozgásterápia képezi. A hyperalimentációval együttjáró sekunder hyperlipoproteinaemia a makroangiopathiák kialakulásának még külön is kedvez.

Az elmondottakból nyilvánvaló, hogy a diéta alapját a helyes kalóriaszámítás képezi, erre pedig megfelelő táblázatok is rendelkezésre állnak. Bebizonyosodott, hogy több kisebb étkezés előnyösebb, mint kevés nagyobb. A diétát ugyanúgy ezekben kell tartani, mint a gyógyszeres kezelést. A szénhidrátokat jelentősen csökkenteni kell, mivel nemcsak az insulin secretiót és az elhízást növelik, hanem a hyperlipoproteinaemiák létrejöttét is elősegítik. Normálsúlyú cukorbetegnek relatíve szénhidrát-gazdag (a kalóriaszükséglet 20%-a fehérje, 30%-a zsíradék, 50%-a szénhidrát), kövér cukorbetegnek pedig relatíve szénhidrátszegény (a kalóriaszükséglet 33%-a fehérje, 33%-a zsíradék, 33%-a szénhidrát) étrendet javasol.

A mozgásterápia kapcsán az alábbi érveket említi: 1. Az erősebb izomzat az egész személyiséget erősíti. 2. Az izommunka a vérkeringést és a szövetek anyagcseréjét is javítja. 3. A glucose utasítását elősegítve az insulin hatását potenciálja. 4. Egyes megfigyelések szerint az insulin zsírszövet-hatását is befolyásolja. Elhízottakon az izommunka a hyperinsulinismust is csökkentheti. 5. A zsírsavakat és triglycerideket is felhasználva kedvezően hat a zsírraktárak mobilizációjára. A legkedvezőbb hatást a folyamatosan és tréningyszerűen végzett mozgásterápia fejt ki. Az insulin szükségletet csökkentve a pancreas endocrin funkcióját kíméli.

Amennyiben a diéta és mozgásterápia a diabetesnek ebben a formájában nem bizonyul elégségesnek, kiegészítéstül inkább biguanidokat javasol adni.

Angeli István dr.

HL-A antigének diabeteses egyetű ikreken. Nelson, P. G. és mtsai (Diabetic Department, King's College Hospital, London SE5): Lancet, 1975, II., 193—194.

A szerzők 84 egyetű ikerpár HL-A típusát határozták meg lymphocita-toxicitással technikával. Közülük 31 ikerpár (concordans ikrek) mindkét tagja juvenilis diabetesben, 31 ikerpár (discordans ikrek) egyik tagja ugyancsak juvenilis diabetesben, 22 ikerpár mindkét tagja pedig időskori diabetesben szenvedett.

Az időskori cukorbeteg ikreken a HL-A antigének megoszlásában nem volt különbség a nem diabeteses populációhoz viszonyítva. A fiatalokori cukorbeteg 45%-ában mutatták ki a HL-A 8, míg 35%-ában a W 15 antigént. A nem diabetes po-

populációban a fenti antigén típusok előfordulását 20—30%, illetve 5—14% között írják le. A W 15 antigén frekvenciája a juvenilis diabetesesek mindkét csoportjában emelkedett, míg a HL-A 8 csak a concordans ikreken fordult gyakrabban elő.

Eredményeik alapján úgy vélik, hogy a HL-A chromosomális régióban két diabetogén locus helyezkedik el, melyek közül a HL-A 8-nak megfelelő allél környezeti tényezőktől függetlenül manifeszt diabest okoz, míg a W 15-nek megfelelő gén hatása kevésbé penetráns, ezért csak exogen factorkkal (virus infectio?) együtt hatva okoz manifeszt diabest.

Pánczél Pál dr.

A lipid-, glukóz- és insulin-szint viszonya per os antidiabeticumokkal kezelt cukorbetegekben. Kissbach, A. H. és mtsai (Endocrine Unit, Royal Postgraduate Medical School, Hammersmith Hospital, London W12 OHS): Lancet, 1975, I, 1104—1107.

A szerzők 107 per os antidiabeticummal és/vagy diétával egyenlőben tartott, nyolc évnél régebbi diabeteses beteget vizsgáltak.

Hatvankét betegem észlelték súlyos, illetve közepes fokú retinopathiát, 45 esetben a szemfenék ép volt. A két csoport között nem volt szignifikáns különbség sem az életkor, a testsúly, illetve a diabetes fennállásának ideje, sem az éhezési vércukorszint tekintetében.

A retinopathiában is szenvedő csoportban a serum triglycerid- és cholesterolin szintjét szignifikánsan emelkedettnek találták.

Vese laesióval, a pajzsmirigy működés rendellenességével, ill. a kezelés elégtelenségével nem magyarázható a hyperlipidaemia fellepte.

Per os cukorterhelés után ugyanazon csoportban szignifikánsan alacsonyabb serum insulin-szint növekedést észleltek.

Kimutatták, hogy a cukorterhelésre jelentkező serum insulin-szint növekedés alacsony volta és a hyperlipidaemia, valamint vele párhuzamosan a retinopathia gyakorisága között szoros párhuzam van.

Úgy vélik, hogy a plasma lipid szint emelkedés a relatív insulinhiány egyik — a későbbi szövődmények szempontjából sem közömbös — megnyilvánulása.

Pánczél Pál dr.

Diabetes mellitus és a mikroangiopathia. Goebel, F.-D. Medizinische Poliklinik der Universität, München): Dtsch. Med. Wschr. 1975, 100, 382.

Az insulin bevezetése óta a cukorbeteg várható élettartama jelentősen megnövekedett. A diabetes lefolyását ma már, az esetek többségében, nem a coma vagy intercurrents megbetegedés határoz-

za meg, hanem a generalizált makro- és mikroangiopathia és ennek következményei. Jellemző tünete az 1955-ben elektronmikroszkóppal is bizonyított, a kapillárisokat körülvevő basalis membrán megvastagodás, amely a diabéteses anyagcserezavar következtében keletkezhet. A szerző lényegében azt az irodalomban kialakult vitát ismertet, amelyben az egyik álláspontot pregnánsan Siperstein és mtsai képviselik: a basalis membrán megvastagodása genetikailag determinált; praediabéteseseken is kimutatható. Így minden egyes primer diabéteses betegen kikerülhetetlenül létrejön. A folyamat a cukorbeteg klinikai manifesztálódásának idején éri el csúcspontját, ezután már nem súlyosodik és független a szénhidrát anyagcsere állapotának változásaitól.

Értelemten tehát a betegeket a szoros diétával járó psychés megpróbáltatásoknak alávetni. Elégséges a súlyos hyper- vagy hypoglykaemiával járó állapotokat elkerülni. Egyes klinikusok, így Knowles és mtsai, sem találtak összefüggést az angiopathia súlyossága és a cukoranyagcsere kontroll minősége között. Ezzel ellentétben mások a Siperstein- vagy Williamson-féle methodus segítségével — nem észlelték prae- és juvenilis diabétesben (5 éves manifesztációs idő alatt) basalis membrán megvastagodást és vizsgálataik szerint correlatio áll fenn a diabétes mellitus időtartama és a basalis membrán vastagsága között. Ezt az észlelést klinikai megfigyelések is alátámasztották. Ezek alapján a diabétes beteg szigorúan kontrollálendő, hogy az angiopathia keletkezését megakadályozhassuk, ill. progressióját lelassíthassuk.

A vita jelenleg sem eldöntött, mert hiányzik nagy beteganyag statisztikai módszerekkel történő kiértékelés.

Pék László dr.

Elkerülhetők-e a diabétes cardiovascularis szövődményei? Pasa, Ph., (Service Nutrition — Endocrinologie, Hospital Saint Louis, Paris): Gazette Médicale de France, 1976, 83, 45—52.

Két, hasonló összetételű diabéteses és nem diabéteses populáció 10 éves mortalitását összehasonlítva a nem diabéteses csoportban 10%-os, a diabéteses csoportban 25%-os mortalitást találunk. A cukorbeteg 75%-a cardiovascularis macro- és mikroangiopathia következményeként hal meg, a halál közvetlen oka 37%-ban ischaemiás cardiopathia. Szükségesszerűek-e ezek szövődményei?

Míg a diabétes egyéb szövődményeit (acido-ketosis, funkcionális panaszok, hypoglykaemia, fertőzőes szövődmények) legtöbbször sikerrel megelőzzük ill. kezeljük, a „legsúlyosabb szövődmény”, a cardiovascularis károsodás megakadályozása — az említett adatok sze-

rint — nem sok sikert eredményezett.

Ezt figyelembe véve a szerző a cukorbeteg kezelését a következő irányelvek szerint tartja szükségesnek:

1. **A vércukorszint beállítása.** Az orális antidiabeticumokkal kezelt beteg éhgyomri vércukorszintje 130 mg% alatt legyen (vizeletcukor negatív!). Insulin-dependens diabétesesek vércukorszintjének beállításánál — ha szükséges, naponta többszöri insulin adásával is — arra törekedjünk, hogy a postprandialis vércukorszintet 180 mg%-os szintet ne haladja meg. Az ún. biztonsági vizeletcukor elve kerülendő.

2. **A testsúly korrigálása.** A cukorbeteg 60%-ának testsúlytöbblete van, míg az adiposus betegek 70%-a cardialis insufficiencia, ill. arteriosclerosis miatt hal meg. Az obesitas gyógyszeres kezelését a szerző nem ajánlja, elsősorban helyes diéta betartása szükséges.

3. **A lipidanyagcsere rendezése.** A szerző a diabétesesek több mint 50%-ában dyslipaemiát észlelt. Diéta (alkohol, állati zsírok kerülése), szükség esetén a lipidszintet csökkentő gyógyszerek szedése indokolt.

4. **A vérnyomás csökkentése.** A hypertóniás betegek 27%-a diabéteses, a cukorbeteg 30%-a hypertóniás. A magas vérnyomás renalis insufficienciát, cerebriális vascularis károsodást és főleg ischaemiás cardiopathiát okozva emeli a vascularis szövődmények halálozási rátáját. A diureticumok alkalmazása — bár enyhe hypoglykaemiát okoznak — nem kontraindikált.

5. **Normális életritmus.** A sportolás, mozgás keringésre gyakorolt jó hatása közismert.

6. **A dohányzás eltávolítása** a nagy vascularis rizikó miatt már a diabétes felfedezésekor indokolt.

A fentiek szigorú betartása a beteg számára sokszor kényelmetlen, megszorított étrendet, több gyógyszer sokszor naponta többszöri szedését kívánja meg. De jelenlegi ismereteink szerint csak így érhetjük el, hogy a 20—30 éves diabétesesek néhány év múlva ne szenvedjenek a cukorbetegség cardiovascularis szövődményeitől, melyek súlyos szívpanaszokat, látási zavarokat, végtag-claudicatiót és nem egy esetben a végtag elvesztését jelenthetik.

Gloviczki Péter dr.

Az orális glucose tolerancia javulása pyridoxin hatására, gestációs diabétesben. Coelingh Benink, H. J. T., W. H. P. Schreurs: Brit. med. J. 1975, 3, 13

Ismeretes, hogy a csak diétával, vagy kis mennyiségű insulinnal eredményesen beállított enyhe diabéteses szövődött terhességben is növekszik a perinatalis veszély. Terhességben a tryptophan anyag-

csere több pyridoxin-phosphatot igényel, és ennek következtében majdnem minden terhes asszonyon relatív pyridoxin hiány lép fel. Ez pedig egy intermediér tryptophan anyagcsere termék, a xanthurensav fokozottabb kiválasztásával jár együtt. Az experimentális adatok szerint a xanthurensavnak diabétesen hatása van, mégpedig azáltal, hogy insulin antagonistaként hat. A szerzők feltételezése szerint az antagonisták hatás következtében romlik terhesség alatt az anya glucose toleranciája.

A szerzők 14 gestációs cukorbetegüknek az addigi csak diétás kezelés mellett 2 hétig napi 100 mg B₆ vitamint is adtak. E kezelés hatására az addig emelkedett xanthurensav kiválasztás normalizálódott és lényegesen javult a glucose tolerancia is. Gestációs diabétesre utaló vércukor értékeket már csak 2 esetben találtak. Eredményeik igazolják azt a feltételezésüket, hogy terhesség alatt a megnövekedett xanthurensav synthesis gestációs diabéteset okozhat. A B₆ vitamin kezelés a tryptophan anyagcserét és a xanthurensav productiót normalizálva gestációs diabétesben az orális glucose toleranciát is javítani képes.

(Ref.: A pyridoxin hiány és a szénhidrát anyagcsere zavar összefüggéseire már Larsson-Cohn „Orális anticoncipiens és vitaminok” című dolgozatát (Amer. J. Obstet. Gynecol. 1975, 121, 84.) referálva utaltam. Ő is rámutatott arra, hogy a xanthurensav insulinlét két meg, és hogy a hormonális foamzsgátlóktól látott szénhidrát anyagcsere romlás B₆ vitaminnal adásával kivédhető.)

Angeli István dr.

A cukorbetegség, mint közegészségügyi probléma Kubában. De Acosta M. (Inst. Endocrinol. Univ. La Habana, Kuba): Bol. Hig. Epidemiol. 1973, 11, 185—206.

Kubában a diabétes mortalitás 1910-ben 2,4 százalékos volt, azaz ebben az évben 54-en haltak meg cukorbetegség miatt. Azóta az abszolút és relatív számok emelkedtek. 1966-ban a mortalitás 13 százalékos volt (1027 haláleset) és 1970-ben 44 807 egyén (a lakosság 0,52%-a) szedett antibiotikus gyógyszereket. A gyakoriság a fővárosban volt a legnagyobb (0,95%) s legalacsonyabb Oriente Sur tartományban (0,25%).

7,768 személy vércukorértékét vizsgálták meg. Ezek között 77 nyilvánartott cukorbeteg volt (1%), 213 (2,8%) vércukor értéke 140 mg felett volt (prevalencia 3,8%), 179 gyanús volt cukorbetegségre (2,3%) és 3,065 (39,6%) genetikailag veszélyeztetett.

Ezen adatok alapján Kubában 86 000 ismert, 230 000 nem felderített és 180 000 gyanús esettel kell számolni. Az ismert cukorbeteg 56,5%-a 40—60 éves, 2,2%-a 20 év-

nél fiatalabb. 80%-uk városi, 63% férfi. A legtöbb cukorbeteg elhízott. Havanna két kórházában a betegállomány 2,1–2,5%-át alkották, átlagban 22,1–23,3 napot töltöttek kórházban, szemben az egyéb betegek 10,7–12,8 napos átlagával. 100 amputáció közül 38-at, ill. 42-t cukorbetegség miatt kellett végezni. A magzati mortalitás 1,9% volt az egészséges és 16,2% a diabetikus terheseknél. 250, 25 évnél idősebb cukorbeteg a következő szövődeményeket figyelték meg a leggyakrabban: pszichológiai zavarok: 63,2%, fertőzések: 52,8%, bőrbántalmak: 36,4, pyelonephritis: 28,4%, neuropathiák: 28%, retinopathia: 24,4%, hypertonia: 20%, ketoacidosis: 18%.

302 halálesetben a következők voltak a leggyakoribb okok: fertőzések: 28%, szívinfartus: 15,6%, egyéb szívbetegség: 14,2%, vese-sklerosis: 11%, anyagcserezavarok: 8%. Az egyes kóros elváltozások súlyossága párhuzamot mutatott a betegség fennállási idejével.

108 fiatal cukorbetegben polyuria; 91,7, polydipsia: 83, polyphagia: 55, súlyvesztés: 71, asthenia: 61, enuresis: 44, pruritus: 24 és izomfájdalmak: 17%-ban fordultak elő. A szövődemények között a fertőzések (62%), hypoglycaemia (51%), neuropathia (23%), acidosis (15,3%) és hepatomegalia (8,9%) fordultak elő. Bebizonyították, hogy a cukorbeteg gyerekek és a cukorbeteg felnőttek többet hiányoznak az iskolából, ill. a munkahelyről, mint az egészségesek.

A diabetes elleni küzdelem legfontosabb feladatai a betegség korai felfedezése, a megfelelő étrend betartása: állami szinten csökkenteni kell a cukorfogyasztást (személyenként évente 45 kg felett van). A cukorbeteg gyermekeket különös ellátásban kell részesíteni (ifjúsági otthonok, táborok), csoportos és egyéni nevelőmunkát kell végezni a diabetikusok között.

Nikodemusz István dr.

Praediabetes és terhesség. Heisig, N. (Medizinische Abteilung des Krankenhauses Reinbek bei Hamburg): Medizinische Welt 1975, 26, 1240–1241.

Definitio szerint praediabetes a kimutathatóan csökkent szénhidrát-toleranciával járó állapotot megelőző periódus. E meghatározásból is látható, hogy kórismézése, egyes esetekre konkretizálva alig lehetséges. Mai ismereteink szerint praediabetes-stádiumban levőnek kell tekintenünk azt a beteget, akinek egyetétjű iker-társa manifest diabetesben szenved, vagy aki két diabeteses szülő leszármazottja, ha diabetes klinikai jelei még nem észlelhetők, s a „terhelési próbák” sem mutatnak cukorbetegség irányában. Klinikai tünetek, elváltozások praediabetes-szel általában csak retrospektíve hozhatók összefüggésbe, ha a diabetes már manifestálódott, vagy latens formában kimutatható. Utóbbival egyező az un. „suspect” diabetes, melyet a szénhidrát-tolerancia stressz hatásokra, vagy a terhesség alatt bekövetkező csökkenése jellemez.

Szülők praediabetesének megállapítása is általában retrospektíve történik. E lehetőségre rendszerint nagy magzat világrahozatala, magas perinatalis mortalitás, ill. egyéb, diabetesre jellemző szülési szövődemények irányítják a figyelmet. Mivel a „praediabeteses terhesség” előtt rendszerint még glucose-terheléses vizsgálatot sem végeznek, a szülés után kimutatható csökkent szénhidrát-tolerancia értékelése nehéz: vajon a graviditas diabetes manifestáló hatása érvényesült-e, vagy, már korábban is latens diabetes stádiumban levő volt-e a folyamat.

4500 g fölötti magzat világrahozatalakor a szülőknél, a gyermekágyas időszak napjaiban, rendszerint elvégzik a glucose-terheléses vizsgálatot. Ennek eredménye lehet normális, de nem ritkán tapasztalható diabetoid lefutású görbe. Föl

kell azonban hívni a figyelmet arra, hogy ebben az időszakban, a kóros glucose-tolerancia lehet a megváltozott physiologiás viszonyoknak is következménye, s nem jelenti szükségszerűen latens diabetes fönnállását.

A diabetologusok többsége ma egyetért abban, hogy óriásmagzat világrahozatala a praediabetes egyik legfontosabb jele. Ha ez így van, a foetus már a praediabeteses terhesség során fokozott glucose-fölhasználásra kényszerül, ennek következménye insula-hyperplasia, ill. reactiv insulin többlet-termelés. Nem valószínű tehát, hogy a „praediabeteses”-nek vélt terhesség alatt a szénhidrát háztartás egyensúlyban van, s így föltehető, hogy ezekben az esetekben latens diabetesről, azaz a diabetes már előrehaladottabb stádiumáról van szó.

Praediabetesre hívja föl a figyelmet a perinatalis mortalitás, ill. különböző szülési szövődemények föllépte is. Ez arra utal, hogy a praediabetes a terhesség lefolyására valamilyen, közelebről még nem tisztázott, kedvezőtlen hatást gyakorol. Fölmerül a kérdés: hogyan kórismézhető e stádium, ill. fölismerésekor milyen therapiás eljárás követendő?

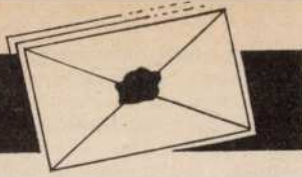
A már fölsorolt anamnesztikus adatokon kívül útbá igazíthat az a tény, hogy általában adiposus aszszonyokon fordul elő „praediabetes”, akik gyakran hajlamosak hypoglycaemiára. Minden olyan esetben, amikor a diabetes valamelyik stádiumának gyanúja fölmerül, a szénhidrát-tolerancia rendszeres vizsgálata szükséges, legalább trimesterenként egy alkalommal. Gyanújelként szerepelhet a terhességi glycosuria is.

A legfontosabb therapiás eljárások közt az adiposus szülőknél test-súlyának csökkentését, és a terhesség fokozott ellenőrzését kell megjelölni.

Winkler Gábor dr.

„A világot csak a szélsőségesek teszik becselessé, és csak a középszerűek tartják fenn.”

Paul Valery



Harlan nomogramjának értékéről.

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel és örömmel olvastam Angeli István, az Orvosi Hetilapban megjelent (1976, 117, 1034) „Az életmód és a táplálkozás szerepe a hyperlipoproteinaemiák létrejöttében, megelőzésében és kezelésében” c. irodalmi összefoglalóját, amelyben igen időszerű kérdést tárgyal. A dolgozat célja, az ismeretek közrebocsátásán kívül nyilvánvalóan az is, hogy felhívja az érdekelteket orvosok figyelmét az arteriosclerosis preventio e fontos láncszemére. Várhatóan mind több és több intézetben került sor a jövőben a hyperlipoproteinaemiák tipizálására. Ezzel kapcsolatban szeretném a következőket megjegyezni. Általánosan elfogadott, hogy a familiáris anamnesis, a fizikális status, a serum cholesterin és triglycerid concentratio, és a serum meglekintésének alapján az esetek többségében megmondható a hyperlipoproteinaemia típusa. Kétséges esetben egy, vagy többféle elektroforesis, vagy a serum ultracentrifugálása válik szükségessé. Harlan nomogramjának használata — és ez mondanivalóm lényege — felesleges, sőt félrevezető. Egy példa: Ha a beteg serum cholesterin concentratioja 400, triglycerid concentratioja 500 mg/100 ml, a nomogramm szerint ez csak III. típus lehet. Mai ismereteink szerint azonban ennek valószínűsége kisebb mint 1%.

Pados (1), aki korábban ajánlotta a nomogramm használatát, a közelmúltban azt, saját vizsgálatainak alapján, alkalmatlannak minősíti a hyperlipoproteinaemiák tipizálására (2). Hasonló eredményre jutott Schröpfer (3) is. Saját tapasztalataink alapján messzeemenően egyetértünk Pados és Kusztos (2), valamint Schröpfer (3) véleményével. Az említetteket támasztja alá az is, hogy Harlan nomogramjának alkalmazása nem terjedt el, közleményekben nem hivatkoznak rá.

Romics László dr.

IRODALOM: 1. Pados Gy.: Med. Univ. 1974, 7, 297. — 2. Pados Gy., Kusztos D.: Med. Univ. 1976, 9, 69. — 3. Schröpfer, P. in Berg, G.: Hyperlipidämien. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971, 38.

T. Szerkesztőség! Romics László dr. közleményemhez írott figyelmeztető kiegészítést megköszönöm. Munkám célja — amint az már címéből is kiderül — az életmód és táplálkozás zsírsanyagcsere zavarokkal kapcsolatos szerepét volt hivatva vázolni, de emellett úgy éreztem, hogy a hyperlipoproteinaemiák felosztását és a diagnosztikus tapaszlatokat is röviden érintenem kell. Ebben rámutattam, hogy a tömeges és pontos vizsgálá-

tokat csak a korszerűen felszerelt és automatizált laboratóriumok, a pontos tipizálást pedig az elektroforesis tesztek lehetővé. A laboratóriumi lehetőségekben többnyire „szegény ember azonban vízzel főz”. Ezért igyekeztem az egészen egyszerű tapaszlatokra és lehetőségekre is hivatkozni. Ezek sorában említettem a szabad szemmel is látható vonatkozásokat, valamint Harlan nomogramját, amit itthon Pados mellett Góth is ábrázolt „Az orvostudomány aktuális problémái”-ban. Harlan nomogramja valóban nem teljesen megbízható és nem teszi nélkülözhetővé a pontosabb vizsgálatokat sem. Az életmód és táplálkozás fontos kérdése mellett azonban úgy éreztem, hogy apróbetűben az eddigi durvább diagnosztikus lehetőségekről és tapaszlatokról is számot kell adnom.

Angeli István dr.

A „szövődmény” fogalmának szemantikai tartalmáról.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1976. évi 9. számában Avar Zoltán dr. és mtsai tollából megjelent, egyébként igen értékes közlemény első mondata így hangzik: „A szívbetegség ma a legsúlyosabb terhességi szövődmény.” Józson esszel ebből arra kellene következtetnünk, hogy a terhességnek igen nagy hányadában lép fel szívbetegség, de a közlemény elolvasása közben kiderül, hogy egészen másról van szó.

Medikus korom óta tapasztalom, hogy a szülések túl gyakran és sokszor hibásan használják a „szövődik” igét és származékait. Állításon helyességét igazolja a Magyar Értelmező Kéziszótár, ami szerint szövődmény alatt „a betegség folyamán fellépő, a gyógyulást késeleltető más betegséget” kell érteni. — Az időbeli összefüggésen felül a pathologusok ok-okozati kapcsolatot is tulajdonítanak e kifejezésnek, amikor a boncolási diagnózisban az alapbetegséget és annak szövődményeit tüntetik fel (pl. a vesebetegség szövődménye lehet az uraemia, a tüdőemphysemaé a cor pulmonale, a hypertonia-betegségé az agyvérzés, stb.). — De ha nem is követeljük meg az ok-okozati összefüggés fennállását, ragaszkodnunk kell az Értelmező Szótár definíciójához, vagyis, hogy a szövődmény nem egyéb, mint egy betegség folyamán (azaz a betegség állapotában) bekövetkezett további betegség.

Minthogy tehát a cikkben tárgyalt, endocarditist követő szájadékszűkületek nem a terhesség alatt, hanem azt megelőzően léptek fel, semmiképpen nem nevezhetők

terhességi szövődménynek. Idült szívbetegség és terhesség egyidejű előfordulása csupán koincidencia.

Cseh Imre dr.

T. Szerkesztőség! Cseh Imre dr. hozzászólására az alábbiakat szeretném válaszolni.

A Horn—Zoltán-féle Szülészet tankönyvének A kóros terhesség című fejezetében olvasható: „A terhesség szövődményeit okozhatják 1. az anyai szervezet, 2. a pete, ill. magzat elváltozásai és betegségei”. A szülészeti terminológiában szövődményként említik nemcsak a terhesség folyamatához aktuálisan társuló, vagy csak annak talaján kialakuló, hanem a terhesség előtt és alatt is fennálló bizonyos betegségeket egyaránt. Ennek nyilvánvaló magyarázata az, hogy két olyan folyamatnak, mint az idézett közleményben a terhesség és a szívbetegség, nemcsak találkozásáról, együttes előfordulásáról (coincidentia) van szó, hanem számolni kell terhességi és keringési problémákkal is. A terhesség alatt a szívbeteg állapotának rosszabbodása, s ezzel kapcsolatosan a magzatnak fejlődési zavara a terhességnek szövődménye. Ez jut kifejezésre a közlemény kiemelt mondatában.

A szövődmény ilyen értelmezése az Értelmező Szótár definíciójának valóban nem felel meg, egyrészt, mivel a szövődményt okozó szívbetegség már a terhesség előtt is fennállt, másrészt, mivel a terhesség nem tekinthető betegségnek.

A szövődmény súlyosságára — eltekintve Cseh dr. következtetéseivel — nem a szövődmény előfordulási gyakorisága utal. Ritkábban előforduló szövődmények is lehetnek súlyos lefolyásúak és fordítva.

Avar Zoltán dr.

Szerkesztőségi megjegyzés: Cseh Imre dr.-nak hozzászólásában teljesen igaza van, mert az anya szívbetegsége nem lehet a terhesség szövődménye, amint azt az inkriminált mondat írja. Ugyanakkor „a magzatnak fejlődési zavara” nem lehet a terhességnek a szövődménye, hanem az anya szívbetegségének a következménye. A tudományos fogalmak jelentőségét az elmúlt évtizedben ismételt hangúlyoztuk (Orv. Hetil. 1970, 111, 676; 1972, 113, 1284).

A „menses-naptár” kérdéséhez.

T. Szerkesztőség! A lap 1976. évfolyamában (117, 541—544) megjelent tanulmányához szeretnék hozzászólni, amelyben Borsos Antal dr. és Veres Zsuzsa dr. serdülő lányok számára menses-naptár vezetését javasolja. Magam 1957-ben már felvettem ilyen naptár szükségességét. Idézem a Zentralblatt für Gynäkologie 79. évf. 1310. oldalát: „A fenti naptárnak pedagógiai előnyei is vannak, amennyiben már az iskolai biológia előadások keretében minden menárcé korában levő



lányok adható. Ilyeténképpen lehetséges lenne őket arra nevelni, hogy a mensést már ifjúságuktól fogva jegyezzék. A naptár (már-mint az általam közölt) így nemcsak a gyógyításnak, hanem a megelőzésnek is eszközévé válhat." Mindenesetre a 28 napos beosztás a hormonális zavar mibenlétét jobban megvilágítja, mint a havi naptár. Ami pedig az ébredési hőmérséklet feljegyzését illeti, függetlenül annak pontatlan és megbízhatatlan voltától (l. könyvem: Die Urntersuchung und Behandlung des kindlichen Ehepaars, Lehmann-Verlag, München, 1967.) lányoknál való használatát egyenesen hibának tartom. Ettől függetlenül ajánlom minden kollégának, aki ezt a módszert betegnek javasolja, hogy előzetesen próbálja ki, hogy 3 hónapra át minden este ugyanabban az időpontban fekszik le, gyógyszerrel nem vesz be, alkoholt nem iszik, másnap ugyanabban az időpontban kel, a hőmérőt a végbélben elhelyezi, és a hőmérsékletet felírja. Garantáltan nem fogja soha egy betegnek sem ajánlani ezek után.

Silló-Seidl György dr.
(Frankfurt am Main)

T. Szerkesztőség! „A mensis-naptár bevezetésével szerzett tapasztalataink” című dolgozatunk célja nem az volt, hogy a naptár gondolatát eredetinek tüntessük fel, ha-

nem azt kívántuk bizonyítani, hogy a mensis-naptár a gyakorlatban bevált, hasznos és alkalmas arra, hogy a fiatalok figyelmébe ajánljuk. Ugyanakkor a szakemberek számára is értékesen felhasználható. Úgy gondolom, hogy a 91,4%-os kitöltési arány önmagáért beszél.

Nem tartjuk hátránynak azt, hogy az általunk ismertett mensis-naptár nem 28 napos tagolású. A teljesen szabályos mensis naptárunkban ferde vonal mentén helyezkednek el. Nem kell hozzá különösebb gyakorlat, hogy ezt megszokjuk és ránézéssel, azonnal meg tudjuk állapítani a 28 napos vagy ettől eltérő ciklusokat.

Nagyon sokan jegyzik ma is a mensiseiket reklám célra gyártott kártyalap naptáron. Ennél valamivel több feljegyzésre ad alkalmat a Silló-Seidl dr. által javasolt naptár. Mi úgy gondoljuk, és a gyakorlati kipróbálás során szerzett tapasztalatok is ezt igazolják, hogy meg ennél is több feljegyzési lehetőségre van szükség. Így pl. az ébredési hőmérséklet (ÉH) feljegyzéseire is. Dolgozatunkból kiderül, hogy mi nem kértük a lányoktól az ÉH mérését, de felsoroltuk azokat az okokat, ill. körülményeket, amelyek a mérést szükségessé tehetik. Így pl. tizenéves korban a metropathia juvenilis recidivájának megelőzését elsősorban az ÉH pontos mérése biztosítja. Igaz, hogy a módszernek vannak hibaforrásai — melyik módszernek nincs? — de

egyszerű, a beteg maga végezheti a mérést, nem kell orvosi vizsgálatra utaznia. Az ÉH mérés módszerét a legkorszerűbb szakkönyvek az ovulatio igazolásának egyszerű módszerei között az első helyen említik.

Nem értünk egyet azzal a mondattal, hogy a levélíró az ÉH mérés „lányoknál való használatát egyenesen hibának” tartja. A családi életre nevelés programja azt is célnak tűzi ki, hogy a felnövő tizenévesek a legfontosabb biológiai ismeretekkel rendelkezzenek. Ismerjék pl. mensiseiket, panaszok esetén tudják mikor kell nőgyógyászhoz menni. Tudják, mi az a peteérés és szükség esetén maguk is tudják annak meglétét ellenőrizni.

Az elriasztásnak szánt mondatok nem érik el céljukat, mivel az egész világon igen kiterjedten és eredményesen alkalmazzák az ÉH mérés módszerét. Egy módszer attól még jó lehet, hogy a javaslatot tevő orvos teljesen ok nélkül saját magán nem szívesen alkalmazná. Egy gyermek után vágó steril orvosnő bizonyára kifogástalanul, akár hónapokig is hőmérőznie a várható eredményért.

Pejesik és mtsai. (Magy. Nőorv. L. 1973, 36, 234.) vizsgálataikkal igazolták, hogy a tizenévesek pontosan végzik a méréseket, amennyiben használtságáról felvilágosítást nyernek.

Az ÉH mérés módszerét ezek után is ajánljuk.

Borsos Antal dr.
Veress Zsuzsa dr.

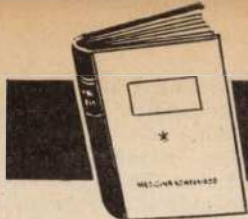
MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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





KÖNYVISMERTETÉS

Ludvik, W.: Andrologie. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1976. 185 szövegoldal és kb. 300 irodalmi hivatkozás, 49 ábra, 11 táblázat. Ára: 18,80 DM.

A „Bevezetőnek” jelzett könyvecske messze többet ad ennél, az andrológia területének minden vonatkozására kiterjed, számos helyen részletesen tárgyalja a szaktevékenység vizsgálóeljárásait, ezek pontos leírásával. Kritikai elemzésbe különösből nem bocsátkozik, aminek oka feltehetően a zsebkönyv nagyságú, tehát szűkebb terjedeleme. Az egyes, decimális jelzésű fejezetekben általában minden fellelhető, ami korszerű adat, megismerés, így tehát inkább szakembereknek szól, mint pl. általános orvosoknak, akiket a finomabb (technikai) részletek kevésbé érdekelhetnek.

A genitális szervek fejlődése, anatómiája, szövettana és fiziológiája alkotja a kezdő részt, ezt követi a férfi nemi funkciók irányításával foglalkozó fejezet. Legbővebben a fertilitási vizsgálatokat tárgyalja, az egyszerű és a kibővített analysiseket, biochemiai és hormonális vonatkozásaiban is. Ezután a terápiás részlet következik, tételesen foglalkozva a gyógyszeres és a műtéti lehetőségekkel.

A könyv kb. második részében részletesen veszi tárgyalás alá a fertilitást befolyásoló genitális megbetegedéseket, úgymint a heredystopiákat (kryptorchismus), a rosszindulatú heredaganatokat, a gyulladásokat: orchitis, epididymitis, chron. prostatovesiculitis, urethritis, végül a varicocele — mindig figyelmet fordítva a korszerű, pontos diagnosztikai eljárásokra és a terápiás lehetőségekre.

Családtervezési kérdésekkel foglalkozik a következő részlet, majd a potentia-zavarokra tér ki, felemelve a priapismus és az induratio penis plastica idevonatkozó szerepét. Végül az intersexualitás fejezetével, gonadogenesissekkel zárja a mindvégig rövidre szabott, a lényegre törő, sallangmentes mondanivalóit. Elismerésre méltó, ügyes munka.

Molnár Jenő dr.

Schlegel, Hans G.: Allgemeine mikrobiologie. Georg Thieme, Stuttgart, 4. átdolgozott kiadás, 1976, 480 oldal, 217, részben színes ábra, 33 táblázat. Ára: 19,80 DM.

A 19x12 cm nagyságú, mosható műanyag borítású zsebkönyv, címének megfelelően általános mikrobiológiai (baktériumok, vírusok,

gombák) kérdésekkel foglalkozik. Nem szűkíti le tárgyalat anyagát medicinális vonatkozásokra.

Az első rövid fejezetet a mikroorganizmusok természetben betöltött szerepének szenteli. A következő nagyobb fejezet a sejtsztruktúrával foglalkozik. Kitűnő tárgyalási módjára jellemző, hogy a struktúr-elemeket, azok funkcióit az eukaryota sejttel veti össze. A megértést — mint a könyv más fejezeteiben is — számos kitűnő, szemléletes ábra, felvétel és kifogástalanul reprodukált elektronmikroszkópos kép segíti elő. Hangsúlyozni kell, hogy minden modern adat, szemlélet (pl. modern membrán-modell) helyet kap itt.

A harmadik fejezet rövid taxonómiai áttekintést nyújt a baktériumokról. A negyedik fejezet kitűnő, rövid és szemléletes képet szolgáltat az általános virológiai kérdésekről; míg az ötödik a gombákról.

A könyvecske jelentős részét kitevő további fejezetek a baktériumok fiziológiai kérdéseivel foglalkoznak — így: a mikrobák növekedésének, szaporodásának kérdéseivel. Ebben a fejezetben ismerteti a táplálkozási típusokat, tenyésztési módszereket elveit, stb. A fejezet lezárása a nagyon gyakorlati szemléletű sterilizációs, konzerválási eljárások ismertetésével történik.

Egy következő fejezetben olvassunk az energianyerés különböző mechanizmusairól, majd a speciális (alkoholos, tejsavas stb.) fermentációkról. Végül az anaerob „légzés” és oxidáció ismertetése, anorganikus H-donorok és CO₂-fixálás, fotoszintézis, természetes anyagok lebontása szerepelnek még a fiziológiai kérdések tárgyalásának sorában.

Rövid fejezetet szentel a szerző a genetikai kérdéseknek és az anyagcsere-folyamatok szabályozásának.

A könyvet az evolúcióra vonatkozó néhány gondolatsorral, a különböző témákhoz ajánlható kézikönyvek ismertetésével, szakfejezések magyarázatával és tartalomjegyzékkel zárja H. G. Schlegel.

A könyvet átolvasva hibát, félrevezető tárgyalási módszert vagy hiányt csak erőltetve lehetne találni. Hangsúlyozni kell viszont modern szemléletét, adatainak korszerűségét, és azt a kitűnő és gazdag szemléltetést, ami zsebkönyveknél szinte szokatlan. A könyvecske nemcsak orvosok, állatorvosok, ill. hallgatók számára forgatható haszonnal, de mind-

azon tudományágakban (mezőgazdaság, erjedési ipar) is, melyek legalább határterületen találkoznak mikrobiológiai jellegű problémákkal. Címének, céljának megfelelően viszont egyes mikrobákra, kórokozókra vonatkozó ismereteket nem kereshet benne az olvasó és módszertani vonatkozásai is elvi jellegűek csupán.

Kétyi Iván dr.

Simonovits István: Társadalom-egészségügy és egészségügyi szervezőtudomány. Harmadik, átdolgozott kiadás. Medicina, Budapest, 1975. 333 oldal.

A tankönyveknek is megvan a maguk sorsa. Kevésbé látványos, mint az irodalmi műveké, de történetüket tekintve talán tanulságosabb. E sorsot az átdolgozásokban megjelenő új szempontok, rendszerező elvek, ismeretközlési módok, szelektálási mikéntek jellemzik legjobban. Simonovits István immár harmadik kiadásban megjelent tankönyve e sors iskolapédájának kívánkozik.

A szerző életútja igen gazdag: kutatóként indul, kórházi orvos, gyakorló orvos, egészségpolitikus, tudományszervező, oktató. Emellett a kommunista orvosmozgalom 1945 előtti második rajának szervezője. A küzdelmes pályából a tankönyv szinte az egészet vállalja szándékaiban, de alapvetően egészségpolitikai indíttatású. Erről a szerző így vall az 1. kiadás előszavában (1966): „A könyv fő célja, hogy elősegítse egészségügyi ellátásunk további javítását. Fő célkitűzése, hogy elősegítse a szocialista egészségügy alapelveinek érvényesülését, hogy elősegítse azt, hogy a helyesen értelmezett megelőzés gondolata hassa át egész munkánkat, és hogy úgy szervezzük az egészségügyi hálózatunk, egészségügyi intézményeink működését, hogy az tervszerűen segítse elő az orvostudomány eredményeinek átvitelét a gyakorlatba.” Az orvoslás sok dimenziójában megfordult klinikai szemléletű társadalomkutató írja le e további sorokat a 3. kiadás újabb előszavában: „...szeretnénk megtanítani a holnap orvosát arra, hogy tekintetét ne csak az egyesre, az előtte álló betegre korlátozza, de terjessze ki az összességre. A betegben ne csak a biológiai egységet lássa, terjessze ki tekintetét a társadalmi háttérre is, kutassa az egészség és betegség társadalmi összefüggéseit”. A szemléletváltoztatásra törekedő, egészségpolitikai célokat megvilágító szándék tehát a tankönyv valamennyi kiadásának közös sajátja. Akár a stílus is. A szerző kezdetől fogva arra törekedik, hogy ne kategorikus imperatívuszokat, szentenciákat mondjon csupán, hanem hogy kijelentéseit alátámassza, bizonyítsa. Végző soron a tankönyv elvek bizonyításának, módszerek alkal-

mazhatóságának, hasznosságának jegyében íródott s ezzel alapjában különbözik a pusztán ismereteket közlő, didaktikusan egységesebb tankönyvtársaitól. A szerző végig nem mond le arról a szándékáról sem, hogy az írott szót az előbeszédhez közelítse. Stílusfordulatai ezért inkább az előszóban elmondott előadások jegyeit viselik magukon. Tiszteletre méltó ez a különállási szándék egy oly korban, ahol a leírás tragikus következetességgel teljesen elszakadni készül az előbeszédétől.

A célkitűzések és a stílus — ez az a két összetevő, amely a három kiadást egységesíti. Ennél azonban fontosabb a *változás*. A könyv első kiadása 13 fejezetbe rakja szét a mondandót. Ezek: 1. Társadalom-egészségtan és egészségügyi szervezőtudomány; 2. Az egészségügyi története; 3. Szociálpolitika; 4. A szocialista egészségügy alapelvei; 5. A magyar egészségügyi szervezete és működése; 6. Közegészségügy-járványügy; 7. Gyógyító-megelőző ellátás; 8. Anya-, csecsemő- és gyermekvédelem; 9. Orvosképzés, gyógyszerészképzés — középfokú képzettségű egészségügyi dolgozók képzése; 10. Az orvostudományi kutatómunka szervezése; 11. Gyógyszer- és műszerellátás. 12. Az egészségügyi közgazdasági vonatkozásai. 13. Egészségügyi statisztika. A szerkezetben nem nehéz felismerni a tradicionalista szocialista egészségügyi szervezőtani tankönyvek hagyományos struktúráját.

A 3. kiadás mindössze 4 részt kapott. Ezek: I. Elméleti alapok; II. A lakosság közvetlen ellátását, védelmét szolgáló egészségügyi és szociális ágazatok; III. Az egészségügyi szolgálat szellemi és technikai színvonalának emelése. A szolgálat irányítása; IV. Egészségügyi statisztika. Bár a fejezetek száma — ez esetben 14 — közelítően azonos, a tananyag *struktúrája* inkább az általános szervezés- és vezetélmélet hatását, valamint a szakmódszertani apparátus bővülését tükrözi. Röviden: a tudományos igényű, szilárd elvi és módszertani alapozású egészségügyi munkaszervezés irányába mutat.

Erre a legjobb példának „Az egészségügyi ellátás tervszerűsége” alapelvein belül *Az egészségügyi terv, Egészségügyi tervünk főbb szakaszai és a Távlati tervünk néhány jellemzője, főbb célkitűzései* című alfejezetek szolgálnak, amelyek tárgyszerűen és igen sokrétűen informálnak az egészségügyi tervgazdálkodás és az egészségpolitika aktuális és középtávú feladatairól, egyúttal felvázolják a megoldások várható módjait és a

tervekben levő bizonytalansági tényezők szerepét is. Ha figyelembe vesszük, hogy a leendő orvos e terveknek nemcsak kivitelezője, hanem — a tervezőmunka fokozódó demokratizmusában — részbeni alkotója is kell hogy legyen — e fejezetet mintaszerűnek kell tartani. Az alapfogalmakat: a tervezés szakaszai, egészségügyi normák, beruházások, munkaerőtér a szerző történeti kontextusban, eredményességükben is megvizsgálja, jól definiálja. Ugyanakkor nem rejti véka alá a tervgazdálkodásban hosszú távon megmutakozó problémákat. A 3. kiadás 99. oldalán olvashatjuk: „A távlati terv célkitűzéseiben sok a bizonytalansági tényező. Nehezen becsülhető fel a lakosság élet- és munkakörülményeinek, a tudományok fejlődésének hatása a lakosság egészségi állapotára, egészségügyi ellátási szükségleteire és igényeire s az igények alakulására. A távlati tervszámok meghatározásakor éppen ezért sok tényező komplex hatását kell tekintetbe venni”. Egy későbbi fejezetében, a 253. oldalon csattanós példát is ad a távlati prognózisokban megmutakozó bizonytalanságokra Keller és Gordon túlzóan optimista „jövő felfedezéseinek kronológiájában”, ahol az 1980-ra és 2000-re meghirdetett „felfedezések” mosolyognivalóan naiv szcientista szemléletet tükröznek. A tankönyv egésze a tervezést a *történetiség* szempontjából bírálja fölül, lehetőségeit is ezen méri. A tankönyv táblázatai nem illusztrációk, az idősorok nem öncélú történeti búvárkodások eredményei — azt sugallják, hogy az a történetileg-gazdaságilag meghatározott fejlődésment, amely tényeivel eddig is hatott jelenünkre, a jövőben sem elhanyagolható „tervezési tényező”. A tudományos munkaszervezés javítását szolgálják a párhuzamosságok, főleg ismétlődések, az optimalizálás kérdéseinek megvizsgálásai a gyógyító-megelőző munkában, az egészségügyi oktatásban és kutatásban. A könyv az elméleti alapok és a módszerek felvázolásakor is erre a célra összpontosít. Legjobban kimunkált elméleti fejezete: a *megelőzés*, és legnívósabban megoldott munkaszervezési módszertani tananyaga: a *gondozás* is ezt a gondolatot erősíti. A *megelőzés* interpretálásán különösen árnyalt.

A tankönyvet az olvasó legszívesebben azoknak a gyakorló orvosoknak ajánlaná, akik az egészségügyi szervezőtudomány és a szociálhygiéné elméletével, gyakorlatával „kevésbé fertőzöttek”: a

40 éven felüli kollégáknak. Orvosaink szemlélete sokat formálódott a szocializmus első emberöltőnyi ideje alatt hazánkban. De még sok a tennivaló. És épp e tennivalók „hogyanjához”, mélyebb megértéséhez jó matéria a tankönyv. Elgondolkodtat, termékeny vitákra készíttet, megoldásokat sugall, társadalomorvostani szemléletre nevel. Igaz, a társadalomorvostudomány egész birodalma, sok sajátos fejezetével nem fért bele a könyvbe, nem is ez a tankönyv *vállalt* feladata, de e könyvből „kilépve” óhatatlanul erre lép tovább olvasója. Megsejti az orvosi biológiai jelenségek mögött a társadalmi-gazdasági háttérrel és a társadalmi-gazdasági fejlődés lépései nyomán kíváncsi lesz annak biológiai, orvoslási és egészségpolitikai következményeire. Különösen jól mutatkozik meg e dialektikus látásmód „receptje” a *Családvédelem, anya- és csecsemővédelem problematikája Magyarországon* c. alfejezetben (166—173. oldal).

A tankönyv hiányosságai jórészt egyetemi oktatásunk mai problémáiból fakadnak. Úgy érzem, túl későn kapja a medikus az „Egészségügyi statisztika” fejezet ismeretanyagát. (E fejezet kitűnő interpretálási módja a nemrég elhunyt egészségügyi szervező: Dubovitz Dénes és a klinikusnak is jeles Somogyi György munkáját dicséri.) A statisztikai alapfogalmak ma már az állampolgári műveltséghez tartozók. Enélkül nem lennének érthetőek a Központi Statisztikai Hivatal éves tervjelentéseinek idevágó adatai. Másrészt ezen ismeretek a társadalmi körtani folyamatok megismerésében, a TDK munkában is jelentős helyet kapnak, és pedig jóval korábban, az I—III. éves medikus életében!

Talán nem túlzás azt állítani, hogy egyes alapfogalmak (egészség, betegség definíciója) is túl későn, V. éves korban, jutnak a használóhoz, aki addigra a pozitívista, funkcionalista szemlélet alapján használja zömmel e fogalomkört. Végül, de nem utolsósorban, elképzelhető, hogy a szerző a társadalomorvostan kiterjedt ismeretanyagát is beépíti majd a következő kiadásba, vagy esetleg *egy önálló monográfiába*. Ezen utóbbi megoldás mellett szól az ésszerűség, a tananyag-optimalizálás szempontja is.

A kötet szép előállításra a Medicina egyre inkább javuló tankönyvkiadási tevékenységét igazolja.

Vörös László dr.

A Magyar Orthopaed Társaság 1976. augusztus 30—31-én és szeptember 1-én Pécssett rendezti Vándorgyűlését. Ennek keretében augusztus 31-én kerül sor a Gyógytornász Szakcsoport Vádorgyűlésére.

Általános tudnivalók

A Vándorgyűlés helye: Pécs, Szigeti u. 12., Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb.

Kongresszusi iroda: 1976. augusztus 29. (vasárnap) 16—21 óráig: Medikus Kollégium, Pécs, Jakabhegyi u. 6.

1976. augusztus 30., 31. (hétfő-kedd) 8—18 óráig: Orvostudományi Egyetem elméleti Tömb, Pécs, Szigeti u. 12.

Előzetes felvilágosítás az Orthopaediai Klinika Titkárságán (Pécs, Ifjúság, 31., IV. emelet. Telefon: 11-122, 15-522. 446 és 447, mellék-állomás).

Részvételi díj: MOTESZ-tagoknak 200,— Ft., nem MOTESZ-tagoknak 300,— Ft.

1976. augusztus 30. (hétfő)
9.00 óra

Tigyi József dr. akadémikus, a Pécsi OTE rektora üdvözli a Vándorgyűlés résztvevőit.

Prof. Glauber Andor, a Magyar Orthopaed Társaság elnöke, az Országos Orthopaediai Intézet igazgatója megnyitja a tudományos ülést.

9.30 óra

I. Előadótérlem

Főtema: **Arthrodesis.**

Üléselelnök: Prof. Glauber Andor.

1. Barta O. dr. (Pécs): Merevítő műtétek jelentősége az orthopaediában (referátum, 15 perc).

2. Glauber A. dr. (Budapest): Repozíciós arthrodesis az inveterált csípőficam kezelésében (10 perc).

3. H. Seyfarth (Lipce, NDK): Az alsóvégtag nagyizületeinek arthrodesise (10 perc).

4. R. Kyselka (Erfurt, NDK): Tapasztalataink a csípőizület kompressziós arthrodesisével (10 perc).

5. Cser I. dr., Mészáros T. dr., Solyom L. dr. (Budapest): Csípőarthrodesis inditációja, technikai problémái, methodusunk és eredményeink (8 perc).

6. Radochay L. dr., Molnár L. dr., Magdics M. dr. (Pécs): A csípőarthrodesis rehabilitációs jelentősége (8 perc).

7. Molnár L. dr., Radochay L. dr., Magdics M. dr. (Pécs): Eredményeink a csípőarthrodesissel (8 perc).

8. Kovács L. dr., Pásztor É. dr. (Budapest): Csípőizületi arthrodesissel szerzett tapasztalataink (8 perc).

9. Mándi A. dr., Biró B. dr. (Debrecen): Csípőarthrodesis (8 perc).

10. Mike Gy. dr., Magdics M. dr.

(Pécs): A merev csípő hatása a szomszédos izületekre (8 perc).

Vita — Szünet

Üléselelnök: prof. Forgon Mihály.

11. Pap K. dr. (Debrecen): Az arthrodesis biomechanikai vonatkozásai (10 perc).

12. G. Chapchal dr. (Luzern, Svájc): Az arthrodesisek inditációja a munkaképesség helyreállítása keretében (10 perc).

13. Berényi P. dr. (Nyiregyháza): Irányított ankylosis, mint az arthrodesis egyik formája (8 perc).

14. Varga J. dr. (Mátraháza): Az Arthrodesisek szerepe az orthopaed sebészetben (8 perc).

15. Gonda A. dr., Sükösd L. dr., Köthy J. dr. (Budapest): Határese-tek az arthrodesisek inditációjában (8 perc).

16. Sükösd L. dr., Gonda A. dr., Tácsik I. dr. (Budapest): Primaer arthrodesis az akut traumatológiai ellátásban (8 perc).

17. Zboray Zs. dr., Molnár F. dr., Kullmann L. dr. (Budapest): Hibás arthrodesisek (8 perc).

Vita — Ebédészünet

1976. augusztus 30., hétfő

15.00 óra

Üléselelnök: prof. Pap Károly.

18. Riskó T. dr. (Budapest): Tapasztalataink a gerincarthrodesissel (10 perc).

19. H. Mau dr. (Tübingen, NSZK): A gerinc dorsolateralis merevítése a lumbosacralis szakaszon (10 perc).

20. Barta O. dr., Schanzl A. dr. (Pécs): Primer dorsalis scoliosis miatt gyermekkorban végzett spondylodesisek (8 perc).

21. Riskó T. dr., Tomori I. dr., Kremsier K. dr. (Budapest): Tapasztalataink a Harrington-féle műtétkel (8 perc).

22. Jakab G. dr. (Budapest): Tapasztalataink a spondylolysthesis compressiócsavaros osteosynthesisével (8 perc).

23. Széman S. dr., Körmöczy I. dr. (Miskolc): A gerinc egyes szakaszainak rögzítése corpodésissel — műtéti eredményeink (8 perc).

24. Riskó Á. dr., Tomory I. dr., Fatér Zs dr., Fülöp L.-né, Horváth I.-né (Budapest): Tartósan intézetben kezelt scoliosisos betegek pszichológiai problémái (8 perc).

Vita — Szünet

Üléselelnök: Radochay Lajos dr.

25. H. Weickert dr. (Magdeburg, NDK): Adatok a térd és felső ugróizület arthrodesisének műtéti technikájához (10 perc).

26. Bakay E. dr., Vajda A. dr. (Budapest): Térd-arthrodesisekben szerzett tapasztalataink és eredményeink (8 perc).

27. Kovács P. dr., Sófalvi Cs. dr. (Kakasszék): A térdizület arthrodesise (késői megfigyelés 67 esetben) (8 perc).

28. Temesi M. dr., Szepesi J. dr., (Pécs): Térdizületi compressió

arthrodesisek rheumatoid arthritises betegeinkben (8 perc).

29. Richter A. dr., Jakab G. dr. (Budapest): A térdizület compressió arthrodesisééről (8 perc).

30. Benedek T. dr. (Budapest): Térdarthrodesis vagy „hinge” endoprothesis? (8 perc).

31. Pintér J. dr., Lénárt Gy. dr., Rischák G. dr. (Budapest): Compressió arthrodesis vizsgálata biomechanikai szempontból.

Vita

1976. augusztus 31., kedd
8.30 óra

I. Előadótérlem

Üléselelnök: Barabás Csaba dr.

32. Barta O. dr. (Pécs): Felső ugróizület compressió arthrodesise (8 perc).

33. M. Jäger dr. (München, NSZK): Felső ugróizületi arthrodesis (inditatio, módszerek, eredmények) (10 perc).

34. J. Rennie dr., H. Rettig dr. (Giessen, NSZK): A felső ugróizület külső léccel és osteosynthesis nélkül végzett arthrodesiseinek összehasonlító értékelése (10 perc).

35. Schanzl A. dr., Molnár L. dr. (Pécs): Alsó ugróizületi arthrodesiseink eredményei (8 perc).

36. Barcsa Cs. dr., Szappanos L. dr. (Debrecen): Boka arthrodesis (8 perc).

37. Kránicz J. dr., Bellyei Á. dr. (Pécs): A lábön végezhető arthrodesisek inditációja a gyermekkorban (8 perc).

38. Szerdahelyi L. dr., Juhász J. dr., Gonda A. dr. (Budapest): Subtalaris correctio desis helye a Heine—Medin helyreállító sebészetben (8 perc).

39. Antal J. (Budapest): Extraarticularis temporaer alsó ugróizületi desisek eredményei myelodysplasiás betegeknel (8 perc).

40. Imreh G. dr. (Szombathely): Talonavicularis arthrodesis szerepe a serdülőkori pes valgus contractus kezelésében (8 perc).

41. Miklós K. dr. (Budapest): Heine—Medines btegek láb arthrodesiseinek eredményei osztályunk beteganyagában (8 perc).

42. Gurin J. dr. (Budapest): Interphalangealis arthrodesis kalapácsujjnál (8 perc).

Vita — Szünet

Üléselelnök: Benedek Tibor dr.

43. Sillár P. dr., Kéry L. dr. (Budapest): A vállizület arthrodesisével szerzett tapasztalataink (8 perc).

44. Udvarhelyi I dr., Lakatos J. dr. (Budapest): Vállizületi arthrodesisel szerzett tapasztalataink (8 perc).

45. H. J. Refior dr. (München, NSZK): A kéz-arthrodesisek inditációja és technikája (10 perc).

46. Tácsik I. dr., Hepp F. dr., Sass L. dr. (Budapest): Arthrodesis inditációja a kézsebészetben (8 perc).

47. Bolner G. dr., Rupnik J. dr., Perlaky Gy. dr. (Budapest): Csuklóizületi arthrodesisek (8 perc).

48. Tarjányi J. dr., Ungor E. dr.

(Pécs): A csuklóarthrodiesisekkel szerzett tapasztalataink (8 perc).

49. *Rupnik J. dr., Csorba E. dr.* (Budapest): Kisízületi arthrodesis AO technikával (8 perc).

50. *Csorba E. dr., Rupnik J. dr., Máty F. dr.* (Budapest): A kéz kisízületi rögzítő műtétek (8 perc).

51. *Jakab G. dr.* (Budapest): Defekt osteomyelitis radius állízület gyógyítása radioulnaris desissel (8 perc).

Vita — Ebédszünet

1976. augusztus 31., kedd
15.00 óra

I. Előadóterem

II. Fő téma: Az orthopaediai betegellátás Magyarországon.

Üléselnök: *Szentpétery József dr.*

52. *Glauber A. dr.* (Budapest): Az Országos Orthopaediai Intézet működése (referátum, 15 perc).

53. *Pap K. dr., Rigó J. dr., Kiss I. dr., Papp L. dr., Mándi A. dr., Fazekas K. dr.* (Debrecen): Az orthopaed szűrővizsgálat múltja, jelene és jövője hazánkban (10 perc).

54. *Glauber A. dr., Csató Zs. dr., Aszódi K. dr.* (Budapest): Csonttumor regiszter szervezésének jelenlegi helyzete (10 perc).

55. *Mészáros T. dr., Vízkelety T. dr.* (Budapest): Számítógépes körlapdokumentáció az orthopaediában (8 perc).

56. *Czipott Z. dr., Ákos K. dr., Rovó I. dr.* (Szeged): Az orthopaed betegellátás helyzete Csongrád megyében (8 perc).

57. *Benkő A. dr., Barabás Cs. dr.* (Miskolc): Az integráció jelentősége a fekvő- és járóbeteg orthopaediai ellátásában Borsod megyében (8 perc).

58. *Temesi M. dr., Schanzl A. dr., Szepesi J. dr., Magdics M. dr.* (Pécs): Mozgásszervi betegek orthopaediai ellátása Baranya megyében (8 perc).

59. *Szentpétery J. dr.* (Békéscsaba): Integráció szerepe a Békés megyei orthopaed ellátásban (8 perc).

60. *Magdics M. dr., Belyei Á. dr., Kránicz J. dr.* (Pécs): A Baranya megyei gyermekorthopaediai ellátás (8 perc).

61. *Kéry L. dr., Bergh I. dr., Mészáros T. dr.* (Budapest): A gyermekorthopaediai ellátás megszervezése a Főváros XI kerületében (8 perc).

Szünet

Üléselnök: *Czipott Zoltán dr.*

62. *Berényi P. dr.* (Nyíregyháza): Feladatok és lehetőségek a vidéki orthopaediai betegellátásban (8 perc).

63. *Benedek T. dr., Györke J. dr., Mocsai L. dr.* (Budapest): Új típusú, ún. „mozgásszervi rendelés” 3 éves működésének elemzése (8 perc).

64. *Molnár F. dr., Kullmann L. dr., Mühsammer M. dr.* (Budapest): Tapasztalataink az újrendszerű területi betegellátásban (8 perc).

65. *Sik J. dr., Kontra M. dr.* (Budapest): Mennyiségi és minőségi változások az orthopaed járóbeteg ellátásban (8 perc).

66. *Tomola Gy. dr.* (Balf): Gyógyfürdőintézetek feladata az orthopaed betegellátásban (8 perc).

67. *Kamondi Z. dr., Bocskai A. dr.* (Zalaegerszeg): A mozgásszervi rehabilitáció helyzete Zala megyében (8 perc).

68. *Varga Á dr.* (Békéscsaba): Óvodáskorú gyermekek orthopaed szűrővizsgálatának szervezési problémái és tapasztalatai (8 perc).

69. *Kellermann M. dr.* (Békéscsaba): A világra hozott csípőficamosok gondozásának szervezési jelentősége és korai eredménye (8 perc).

Vita

1976. augusztus 31., kedd
10.00 óra

Kerekasztal-konferencia

„B” szekció, II. Előadóterem

Téma: *Gyógyászati segédeszközök ellátás problémái.*

Konferenciavezető: *Riskó Tibor dr.*

Résztevők: *Bajtay A. dr., Bender Gy dr., Berényi P. dr., Birma-cher J. dr., Borsay J. dr., Geruska L. dr., Gueth Gy. dr., Joós M. dr., Kovács I. dr., Lonkay T., Plesa I. dr., Somfai L., Susánszki M., Szóbel E.*

Kerekasztalhoz csatlakozó előadások:

1. *Joós M. dr., Geruska L. dr., Plesa I. dr.* (Budapest): Idegen erővel működtetett felső végtag prothesisek rendelésének indikációs szempontjai (8 perc).

2. *Kullmann L. dr., Borsay J. dr., Radnai L. dr., Kozma D. dr.* (Budapest): Csővázprothesisek értékelés (8 perc).

3. *Borsay J. dr., Kullmann L. dr., Radnai L. dr.* (Budapest): Tapasztalataink korai ideiglenes prothesis ellátással (8 perc).

4. *Bender Gy. dr.* (Budapest): Az új cipóméret-rendszer, az egyes statikai lábbetegségek megelőzésének eszköze (8 perc).

5. *Geruska L. dr., Plesa I. dr.* (Budapest): Kisdiedkorú és fiatal alsó végtag fokomeliás gyermekek művégtag ellátása (10 perc, filmvetítés).

1976. augusztus 31., kedd
délután 16.00 óra

Kerekasztal-konferencia

„B” szekció, II. előadóterem

Téma: *Az infantilis cerebralis paresis diagnosztikája és kezelése.*

Konferenciavezető: *Vízkelety Tibor dr.*

Résztevők: *Balogh E. dr., Csávás D.-né, Földes J.-né dr., Hári M. dr., Katona F. dr., Kiszél J. dr., Lukács L. dr., Perjés K. dr.*

1976. szeptember 1., szerda
8.30 óra

„A” szekció, I. Előadóterem

Üléselnök: *Berényi Pál dr.*

70. *Bender Gy. dr.* (Budapest): Munkahelyi és otthoni rehabilitatio egyszerű eszközei (8 perc).

71. *Gurin J. dr.* (Budapest): Mozgásszervi betegek kórházi kezelése utáni rehabilitációja (8 perc).

72. *Bársony I. dr.* (Budapest): A korszerű műtéti asepsisről (8 perc).

73. *Bossányi A. dr., Cser I. dr.* (Budapest): Thromboemboliás szövődmények profilaxisa csípőműtétek postoperatív időszakában (8 perc).

74. *Sillár P. dr., Mészáros T. dr., Horváth F. dr.* (Budapest): A vállízület gerontológiai vonatkozásai (8 perc).

75. *Lelik F. dr., Bitar S. dr., Konbruck R. dr.* (Dabas, Strasbourg): Javaslat újabb diagnosztikus módszerek hazai bevezetésére (8 perc).

76. *Kéry L. dr., Szász I. dr., Perlakay Gy. dr.* (Budapest): Az immobilisatio hatása a csontnövekedésre (8 perc).

77. *Pirkner F. dr.* (Salgótarján): Ritka csuklótáji alagút syndroma esete (8 perc).

78. *Sükösd L. dr., Peer Gy. dr., Gonda A. dr.* (Budapest): Kétoldali csípőízületi endoprothesis Bechterew-kórbán (8 perc).

79. *Gonda A. dr., Juhász J. dr., Sükösd L. dr.* (Budapest): Csípőízületi total endoprothesis szövőd-ményei (8 perc).

Vita — Szünet

Üléselnök: *Imreh Gábor dr.*

80. *Lukács L. dr.* (Budapest): Gerincdeformitások betegek ellátásának egyes szervezési vonatkozásai (8 perc).

81. *Tomori I. dr.* (Budapest): Az idiopathiás scoliosis konzervatív kezeléséről (8 perc).

82. *Paphalmi Zs. dr., Tomori I. dr.* (Budapest): Scolioticus gyermekek fogászati ellátása során szerzett tapasztalatok (8 perc).

83. *Zsiska M. dr.* (Kiskunfélegyháza): A gerinc instabilitás mechanikai értelmezése és az ebből levonható diagnosztikus megállapítások és therápiás tanulságok (8 perc).

84. *Lénárt Gy. dr.* (Budapest): A vele született csípőficam diagnosztikájának néhány problémája (8 perc).

85. *Antal J. dr., Kékési I. dr., Lukács K. dr.* (Budapest): „Rugi-nadrág” és a diagnosztikai problémák viszonya. Egy felmérés eredményei (8 perc).

86. *Szepesi K. dr., Bagi K. dr.* (Budapest): A vele született csípőficam kezelésében előforduló hibák és nehézségek (8 perc).

87. *Valádi A. dr., Glausch A. dr., Kecskés R. dr.* (Budapest): A don-galáb kezelésének problémái szakrendelésünk tapasztalatai alapján (8 perc).

88. *Aszódi K. dr.* (Budapest): Új adatok a soliter (juvenilis) csontcysták pathogenesiséhez (8 perc).

89. *Simon E. dr., Glausch A. dr.* (Budapest): Tapasztalataink a coxi-

tis infantum következményeinek kezelésében (8 perc).

90. **Molnár F. dr., Kecskés R. dr.** (Budapest): Ritka localizációjú osteomyelitisek gyermekkorban (8 perc).

Vita

13.30 óra

Prof. Glauber Andor: Zárszó.

Gyógytornász vándorgyűlés tudományos programja

1976. augusztus 31., kedd

9.00 óra

1. **Fábró J.-né** (Budapest): A gyógytornász feladatai varizáló de-rotációs femur osteomiák után gyermekeknél.

2. **Mezősi F. dr.-né** (Budapest): Gyógytorna kezelése a budapesti Orthopaediai Klinikán.

3. **Nagy I.** (Debrecen): A gyógytornász munkája a debreceni Orthopaediai Klinikán.

4. **Csobán É.** (Debrecen): Gerinctörtötték actív gyógykezelése.

5. **Tóth M.** (Debrecen): A Debreceni Orthopaediai Klinikán végzett irányított aktív mozgatókezelés.

6. **Szógyéni G.** (Pécs): Spondylosisok előkészítése és utókezelése.

7. **Petheő E.** (Pécs): A gyógytornász szerepe alsóvégtag arthrosesisek után a járóképesség biztosításában.

8. **Petre A.-né, Beck J.-né** (Pécs): A collum chirurgicum törésének funkcionális kezelése.

9. **Petheő E., Petre A.-né** (Pécs): A gyógytorna jelentősége csípőendoprotéziseknél.

10. **Sólyom Gy.-né** (Budapest): Gyakorlatunk a csípőízületi endoprotézis műtétek utókezelésében.

11. **Kiss F.-né, Csáky M.** (Budapest): A gyógytornász szerepe a járóbeteg ellátásban.

12. **Horváth L.-né, Fatér Zs., Füllöp L.-né, Tomory I. dr.** (Budapest): Milwaukee-fűzőt viselő gyermekek gyógytornája (filmvetítés).

1976. augusztus 31., kedd

15.00 óra

13. **Gardi Zs.** (Budapest): A fokozatos izomerősítés szabályai a komplex izomerősítésre.

14. **Frei A., Doroszi E.** (Budapest): A nervus facialis paresisének kinezioterapiás lehetőségeiről.

15. **Bagdy E. dr.** (Budapest): Az autogén tréning.

16. **Csermely M.-né** (Budapest): Az autogén tréning alkalmazása rheumatológiai osztályon.

17. **Sámuel I.** (Budapest): Az autogén tréning szerepe a légzésrehabilitációban.

18. **Bánó M.** (Budapest): Könyök contractura oldása jég alkalmazásával.

19. **Velichné Kiss K.** (Budapest): Csípőficamos gyermekek gondozása.

20. **Szentpétery J. dr., Lutter B.-né, Imre M. dr., Papp L. dr.** (Békcécsaba, Debrecen, Siófok): Gyógytorna az óvodában (film).

A **Medicina Könyvkiadó** kiadásában 1976. júniusban az alábbi egészségügyi szakkönyvek jelentek meg:

Antalóczy Zoltán: Elektrocardiologia az orvosi gyakorlatban. 2., átdolgozott kiadás, köteve: 64,— Ft.

Bot György: Általános és szövetlen kémia, köteve: 60,— Ft.

A biológia aktuális problémái 6. kötet, Anyagcsere-zavarok, fejlődési rendellenességek. Szerkeszti: **Csaba György**, fűzve: 31,— Ft.

Gastrointestinalis endoscopia. Szerkesztette: **Papp János**. (A gyakorlati orvos könyvtára 180), fűzve: 25,50 Ft.

Goreczky László—Sós József: Klinikai kémiai-laboratóriumi zsebkönyv, 2., átdolgozott kiadás, köteve: 25,— Ft.

Osváth Pál: Gyermekkori allergiás és immunológiai betegségek, köteve: 49,— Ft.

Physiotherapia. Szerkesztette: **Bozsóky Sándor—Irányi Jenő**, 2. kiadás, köteve: 57,— Ft.

A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság 1976. március 4-én tartotta alakuló közgyűlését.

A közgyűlés elnöke **Zoltán Imre dr.** egyetemi tanár, a MOTESZ elnöke volt.

Megnyitó beszédet **Schultheisz Emil dr.** egészségügyi miniszter mondott.

A közgyűlésen részt vettek és felszóltak az egészségügyi és társadalmi szervek képviselői is.

A közgyűlésen elfogadott alapszabály értelmében a Társaság célja minden olyan tudományos ismeretterjesztő tevékenység fejlesztése, amely a magyar társadalom család- és nővédelmi kérdéseivel foglalkozik, valamint a harmonikus családi élet, a nők és a gyermekek védelme, az egészséges reprodukciót biztosító közgondolkodás kialakítása. E céloknak megfelelően a Társaság tevékenysége elősegíti a család- és nővédelemmel kapcsolatos komplex egészségügyi, társadalmi és demográfiai kutatásokat, bővíti a Társaság tagjainak tudományos ismereteit. A Társaság feladata a család- és nővédelem szocialista szemléletének, módszertanának fejlesztése, a tudományos eredmények gyakorlati felhasználásának elősegítése, az e területen működő szakemberek tudományos tevékenységének koordinálása. A Társaság kapcsolatot tart a nemzetközi és a külföldi szakszövetségekkel, ezek tevékenységében tagként is részt vesz, és képviseli a magyar szakudományt a velük való kapcsolatokban.

Az alakuló közgyűlés résztvevői megválasztották a Társaság 10 tagú vezetőségét, melynek tagjai: **Cséply József dr.**, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem adjunktusa, **Duschék Lajosné**, a Szakszervezetek Országos Tanácsának titkára, **Erdei Lászlóné**, a Magyar Nők Országos

Tanácsának elnöke, **Frank Kálmán dr.**, az Orvostovábbképző Intézet egyetemi tanára, **Klinger András dr.**, a Központi Statisztikai Hivatal főosztályvezetője, **Lampé László dr.**, a Debreceni Orvostudományi Egyetem egyetemi tanára, **Lukács Jenő dr.**, az Egészségügyi Minisztérium főosztályvezetője, **Ory Imre dr.**, az Egészségügyi Minisztérium főosztályvezetője, **Szabady Egon dr.**, a Központi Statisztikai Hivatal elnökhelyettese, a KSH Népeség-tudományi Kutató Intézet igazgatója; **Vidosfalvy Magda dr.**, a Magyar Vöröskereszt főtítkárhelyettese.

A vezetőség a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság elnökévé **Szabady Egon dr.-t**, titkárává **Cséply József dr.-t** választotta meg.

Szabady Egon dr. elnöki székfoglalójában ismertette, a Társaság működésére vonatkozó elgondolásait, majd kiemelte a tagság interdiszciplináris alapon történő együttműködésének szükségességét.

A Társaság munkájába bekapcsolódó kollégák kívánságukat írásban küldték meg **Cséply József dr.**, a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság titkára — II. Női Klinika, 1082 Budapest, Üllői út 78/a. — címre.

Az Orvostovábbképző Intézet IV. Belgyógyászati Klinikája és a Vas megyei Tanács Markuzovszky Kórház 1976. szeptember 9—10-én Szombathelyen: a Megyei Kórház előadotermében (Hámán Kató u. 28.) kétnapos Endokrinológiai Konferenciát rendez.

1976. szeptember 9., 9.30 óra

Prof. Mosonyi L.: Endokrinológia és genetika (referátum).

Donhoffer Á. dr.: Methodikai lehetőségek, genetikus betegségek diagnosztikája (correferátum, 20 perc).

Szünet

Cholnoky P. dr.: A mellékvesekéreg genetikai vonatkozásai (correferátum, 20 perc).

Dobos J. dr., prof. László F., prof. Hankiss J., Kocsis S. dr.: Cushing-kóros betegeink cobalt kezelésével szerzett tapasztalatok.

1976. szeptember 10., 9.30 óra

Illei Gy. dr.: A prostaglandinok (referátum, 40 perc).

Gönczi J. dr.: Prostaglandin a belgyógyászati klinikumban (correferátum, 20 perc).

Szünet

Kerekasztal-konferencia.

Téma: **A vízháztartás vizsgálata és a vízháztartás-zavarok terapiája.**

Vezeti: **Hankiss János dr.**

Résztvevők: **Cholnoky Péter dr., Czakó László dr., prof. László Ferenc dr., Radó János dr., Széll Kálmán dr., Szilágyi Géza dr.**

A Magyar Nőorvos Társaság
Északnyugat-Dunántúli
1976. október 2-án tudományos
ülést tervez Szombathelyen.

Főtéma: 1. Terhesség és anaemia.
2. Nephrológiai problémák a terhességben.

Előadások bejelentési határideje:
1976. szeptember 1.

Cím: *Bognár Zoltán dr.* 8901 Zalaegerszeg, Zrínyi M. u. 1., Zala Megyei I. Kórház.

A Bács-Kiskun Megyei Orvos-
Gyógyszerésztudományi Bizottság
1976. szeptember 23–24-én Baján, a
Fegyveres Erők Klubjában (Széchenyi u. 4–6.) XVI. Bács-Kiskun megyei Orvos-Gyógyszerésznapot rendez.

Tájékoztató:

Az előadások időtartama maximumán 10 perc.

Vetítési lehetőség: 5 × 5 cm-es diaprojektív és írásvetítő.

Szálláslehetőség: Duna Szálló, 6500 Baja, Béke tér és I. oszt. camping, 6501 Baja, Camping, Pf. 32. Jelentkezési határidő: szeptember 1. A szállásigényeket közvetlenül a fenti címre kérjük bejelenteni, jelezve a XVI. Bács-Kiskun Megyei Orvos- és Gyógyszerésznapon való részvételi szándékot.

1976. szeptember hó 23-iki társasvacsora részvételi díja, ital nélkül személyenként 60 Ft, melyet szeptember 1-ig postautalványon kérünk megküldeni Nagy László, Városi Járási Kórház, 6500 Baja, Belloiannisz u. 10. címre.

1976. szeptember 23., 10.00 óra: *Elnöki megnyitó és üdvözlő beszédek.*

10.30 óra: *Katanics Sándor* (MSZMP Bács-Kiskun Megyei Bizottság titkára): Egészségügy helye, szerepe és feladatai megyénk fejlődésében.

1976. szeptember 23., 14.00 óra

Kerekasztal-konferencia

Téma: *Praesymptomás diagnosztika.*

Moderátor: *Mestyán Rudolf dr.*

Előadók: *Abonyi József dr.,*

Bruncsák András dr., Domján Lajos dr., Gesztesi Tamás dr., Lux János dr., Pernecky Mária dr., Tóth György dr., Végh Lajos dr., Wallacher Lajos dr., Zsiska Mihály dr.

Vita

1976. szeptember 24., 9.00 óra

Téma: *Endocrinologia.*

Üléselnökök: *Lux János dr., Makay László dr., Tóth Kálmán dr.*

1. *Nagy Tamás dr.* (Kecskemét): A klimakterium szindrómáról (referátum).

2. *Mohay Antal dr.* (Baja): Az endocrinologia újabb eredményei (referátum).

3. *Danitz László dr., Molnár István dr., Nagy Tamás dr.* (Kecskemét): Funkcionális sterilitás kezelésében elért eredményeink.

4. *Tóth Kálmán dr., Küttel Péter dr.* (Baja): Az anovulatio jelentősége és diagnózisa a női infertilitás kezelésében.

5. *Ladányi Lajos dr., Dekov Iván dr.* (Kecskemét): Ovulatio inductio módszerekkel szerzett tapasztalataink és eredményeink.

6. *Dekov Iván dr., Ladányi Lajos dr.* (Kecskemét): Ciklusfelépítések és beállítások osztályunk nőgyógyászati beteganyagában.

7. *Török László dr.* (Kecskemét): Férfi fertilitási zavarok hormon-diagnosztikai és hormontherápiás lehetőségei.

8. *Milovai Máttyás dr., Dekov Iván dr., Ladányi Lajos dr., Danis Imre dr., Danis László dr., Glied Imre dr.* (Kecskemét): Vizelet-összeoestrogen, amnioscopos és Dopton vizsgálatokkal szerzett tapasztalataink az intrauterin diagnosztikában.

9. *Küttel Péter dr., Hal Kornél dr., Tóth Kálmán dr.* (Baja): A vizelet oestrogen-meghatározás jelentősége a terhesség alatt osztályunk eredményei alapján.

10. *Szalai József dr., Szakáll Zoltán dr.* (Kecskemét): Változás korának időpontjában jelentkező vérszázavarok elemzése.

11. *Csanik Antal dr., Hörömpüli Csaba dr., Tóth Kálmán dr.* (Baja): Mellékvesekéreg terápia a terhesség alatt és koraszülés kapcsán.

12. *Kóhalmi József dr., Francia László dr.* (Kiskunfélegyháza): Az oxytocin challenge testről.

13. *Morva László dr., Szendrei József dr.* (Tataháza, Madaras): A fogamzásgátlók rendelése és felhasználásakor jelentkező iatrogén ártalom az alapszintű ellátás aspektusából.

1976. szeptember 24., 14.00 óra

Üléselnökök: *Biliczky Ferenc dr., Bruncsák András dr., Tóth Sándor dr.*

1. *Timár Sándor dr., Faragó Katalin dr.* (Kecskemét): Az időskori hyperthyreosisról.

2. *Biliczki Ferenc dr., Durszt Ferenc dr., László Ferenc dr.* (Kecskemét): A pajzsmirigy betegségek műtéti kezeléséről.

3. *Bucsina Olivér dr., Kéri Tamás dr.* (Magyar Néphadsereg Eü. Szolgálat): A struma műtéti előkészítésével kapcsolatos tapasztalataink.

4. *Biliczki Ferenc dr.* (Kecskemét): A periféria jelentőségéről az endocrinológiában testicularis feminisatio esete kapcsán.

5. *Szabó Máttyás dr., Dankó Miklós dr., Kvasznicska Ilona dr., Durszt Ferenc dr.* (Kiskunhalas): Diagnosticus problémákat okozó hypercorticismus.

6. *Gesztesi Tamás dr., Kelemen Endre dr.* (Kiskunhalas, Szekszárd): A mellékvese eredetű hypertoniák gyógykezelésének tapasztalatai.

7. *Dankó Miklós dr., Szabó Máttyás dr., Oszlanczy Gábor dr., Durszt Ferenc dr.* (Kiskunhalas): Centralis hypadenia.

8. *Durszt Ferenc dr.* (Kiskunhalas): Az általános orvos lehetőségei az endocrin diagnosticában.

9. *Kanyó János* (Kalocsa): Szívpanaszok a változókorban.

10. *Tóth János dr., Pintér Sándor dr.* (Kalocsa): Endocrin psychosyndroma a gyakorlatban.

11. *Hangay Levente dr.* (Kiskunfélegyháza): Hormonhatások sejten belüli mechanizmusa.

12. *Csapi Zoltán* (Harta): Oral contraceptivumok alkalmazása.

13. *Kellner Róbert dr., Hauser Magdolna dr., Kálmán Andrea dr.* (Baja): Anaemia endocrin betegségekben.

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

Terjeszt a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál.

a Posta hírlapüzletében 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



76.2126 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

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

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

117. ÉVFOLYAM

*

34. SZÁM

*

1976. AUGUSZTUS 22.

TARTALOMJEGYZÉK

Sárkány Jenő dr.:

Magyarország újszülött populációjában,
1960. és 1974. között végbement
változásokról 2043

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Jakobovits Antal dr.:

A magzati koponya biparietalis
átmérőjének-, és a terhes vizeletével ürített
oestriol mennyiségének a jelentősége
a magzati veszélyeztetettség felismerésében 2046

KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Somogyi Endre dr., Irányi Jenőné dr.
és Irányi Jenő dr.:*

A Münchausen syndromáról 2049

TOVÁBBKÉPZÉS

*Mózer István dr., Demeter Jolán dr.,
és Schwarczmann Pál dr.:*

Elhúzódó, ismeretlen eredetű lázas állapotok 2055

KAZUISZTIKA

*Pál Endre dr., Varga Endre dr.
és Ruttner Béla dr.:*

Coitus következtében létrejött
szabad hasúri levegő 2060

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

A tuberkulózis elleni küzdelem
kibontakozása Magyarországon I. 2065

Ilosvay Lajos vegyészprofesszor
tevékenysége az Országos
Közegészségügyi Egyesületben 2068

Mátyus István: a felvilágosítás
erdélyi orvos-pionírja 2070

Az MTA hírei 2072

Folyóiratreferátumok 2074

Könyvismertetés 2089

Hírek 2092

Pályázati hirdetések 2100

CLINIUM *tabletta*

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 60 mg lidoflazinumot tartalmaz.

HATÁS

A Clinium tartós orális adagolása – coronaria resistentia csökkentésével – javítja a collateralis keringést és a myocardium revascularizációját 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 tableta, azonban célszerű ehhez az adaghoz fokozatosan eljutni:

- a kezelés első hetében naponta 1 tableta,
- a második héten naponta 2×1 tableta,
- a harmadik héttől kezdve naponta 3×1 tableta 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.

MEGJEGYZÉS:

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján fekvőbeteg-gyógyintézet belgyógyászati osztályának vezetője vagy cardiológiai szaktanácsadóval megbízott főorvos kórházi gyógykezelés, illetve kivizsgálás után rendelheti vagy javasolhatja. A javaslat 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.

CSOMAGOLÁS

50 tableta 118,- Ft.



Köbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Magyarország újszülött populációjában 1960 és 1974 között végbement változásokról

Sárkány Jenő dr.

Ha az élveszülöttek születéskori súlyuk szerint való megoszlásának alakulását vizsgáljuk, akkor hazánkban számottevő változásokat regisztrálhatunk. A KSH országos adatai 1954. óta állnak rendelkezésre és — ha az indulás bizonyos hibaforrásaira tekintettel is vagyunk — 1956—1957-től kezdve teljes körű és megbízható információk állnak rendelkezésünkre ebben a vonatkozásban. Nem férhet kétség ahhoz, hogy az 1960. évet követő másfél évtizedben, 100%-ot megközelítő az intézeti szülések gyakorisága és megbízható a születési súlyok megállapítása; ezért minden észlelhető változást valóságnak kell tekintenünk. Az 1. táblázat Magyarország élveszülötteinek születési súly szerinti megoszlását tünteti fel 1000 élveszülöttre számítva 1960. és 1974. között. Az utolsó

rovat az 1974. évi mutatókat a megfelelő 1960. évi adatok százalékában tünteti fel.

Megállapítható, hogy az ismeretlen születési súlyúak aránya egyetlen évben sem haladta meg a 0,3%-ot. Feltűnő szabályszerűséget látunk abban, hogy az utolsó másfél évtizedben csökkent valamennyi 3000 g-nál nagyobb és nőtt valamennyi, annál kisebb, születési súlyú magzat arányszáma. Utóbbiak viszonylagos megszorodása annál nagyobb, minél kisebb a születési súly: 2500—2999: 7,1%, 2000—2499: 21,5%, 1500—1999: 29,0%, 1000—1499: 45,6% és 1000 g-on alul: 63,4%. A 3000 g-nál nagyobb születési súlyúak mutatószámának százalékos csökkenése pedig annál nagyobb, minél magasabb a vizsgált születési súlycsoport: 3000—3499: 5,1%, 3500—3999 g: 5,5%, 4000—4499 g: 9,5 százalék és 4500 g felett: 26,5%. A változások évről évre jól követhető folyamat keretében alakultak ki és abban foglalhatók össze, hogy élveszülötteink között átcsoportosulás ment végbe a nagyobb születési súlyúak felől a kisebb súlyúak felé. Tudva azt, hogy mind az újszülött-, mind a csecsemőkorban a 3000—4499 g születési súlyúak életkilátásai az optimálisak, továbbá, hogy közöttük a legkevesebb a malformatio, valamint, hogy ennek a csoportnak a legnagyobb a toleranciája, resistenciája, az alkalmazkodó- és teljesítőképessége, továbbá azt, hogy minél kisebb a születési súly, annál inkább kell számolnunk mindezen karakterisztikumok kedvezőtlen alakulásával, a leírt folyamatot a jelen és a jövő szempontjából egyaránt fenyegetőnek és veszélyesnek kell tekintenünk. Nagyon is indokolt tehát ezt a kérdést sokoldalúan vizsgálni. Tagadhatatlan, hogy nagyon is komplex jelenségről van szó, amely összefügg az egészségügy és a társadalom, a munka, a lélek-

Élveszülöttek megoszlása születési súly szerint 1000 élveszülöttre számítva
Magyarország 1960, 1965—1974

1. táblázat

Születési súly	1960	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	Dinamika 1960=100
—1000	4,1	5,9	6,7	6,9	7,1	6,4	6,3	6,6	6,1	6,5	6,7	163,4
1000—1499	9,0	11,5	10,9	10,8	12,2	11,9	12,1	12,3	12,3	13,3	13,1	145,6
1500—1999	19,3	23,1	24,1	24,5	22,7	23,1	23,3	23,8	23,7	25,1	24,9	129,0
2000—2499	59,4	65,6	65,0	65,9	66,0	67,3	65,3	67,8	69,3	71,5	72,2	121,5
—2500	91,8	106,1	106,7	108,0	108,0	108,8	107,0	110,5	111,4	116,4	116,9	127,3
2500—2999	218,6	234,1	229,4	228,9	228,7	228,9	227,4	227,7	230,4	235,5	234,1	107,1
3000—3499	400,8	394,5	391,4	390,8	390,2	387,5	386,3	380,6	385,0	381,8	380,2	94,9
3500—3999	226,8	213,4	217,2	218,7	219,4	219,3	222,2	223,6	218,4	213,8	214,3	94,5
4000—4499	53,5	46,1	48,7	47,0	47,4	49,0	50,3	50,2	48,3	46,1	48,4	90,5
4500—	8,3	5,7	6,6	6,3	6,2	6,4	6,7	7,3	6,3	6,3	6,1	73,5
2500—	908,0	893,8	893,2	891,8	892,0	891,1	892,9	889,4	888,5	883,5	883,1	97,3
Ismeretlen	0,2	—	0,1	0,3	—	0,1	0,1	0,1	0,1	—	—	—
Összesen	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	

Anyakora év	—2500 g			—2000 g			—1500 g			3000—4499 g			Csökk. %
	1960	1974	1960=100	1960	1974	1960=100	1960	1974	1960=100	1960	1974	1960=100	
—19	118,7	142,5	120,1	38,3	47,6	124,3	15,0	17,1	114,0	605,2	567,4	93,8	6,2
20—24	90,2	102,6	113,8	30,8	35,7	115,9	12,5	15,1	120,8	673,9	654,7	97,2	2,8
25—29	81,1	108,4	133,9	29,3	45,4	155,0	12,3	21,6	175,6	712,8	675,4	94,8	5,2
30—34	88,2	135,5	153,6	33,2	60,6	182,5	12,7	30,7	241,7	706,6	645,5	91,4	8,6
35—39	94,8	161,5	170,4	39,2	73,9	188,5	17,2	33,2	193,0	693,0	596,8	86,1	13,9
40—	95,5	187,5	196,3	35,3	75,6	214,2	11,8	33,9	287,3	702,7	741,1	105,5	—5,5
—25	97,7	113,1	115,8	32,8	38,9	118,6	13,1	15,7	119,9	656,0	631,8	96,3	3,7
25—	85,5	122,1	142,8	31,8	52,6	165,4	13,0	25,3	194,6	699,3	658,0	94,1	5,9
Összes	91,8	116,9	127,3	32,4	44,7	138,0	13,1	19,8	151,0	681,1	642,9	94,4	5,6
Sorsz.													
1.	103,7	107,6	103,8	33,2	36,6	110,2	12,9	15,2	117,8	635,5	630,9	99,3	0,7
2.	77,9	102,5	131,6	28,4	41,5	146,1	11,9	18,7	157,1	723,6	683,7	94,5	5,5
3.	85,0	154,2	181,4	32,4	64,2	198,2	13,6	31,4	230,9	713,4	620,3	87,0	13,0
4.	83,9	194,4	231,7	37,3	83,7	224,4	16,0	39,3	245,6	716,6	546,1	76,2	23,8
5.	90,0	199,5	221,7	35,2	88,4	251,1	13,6	39,5	290,4	697,9	520,1	74,5	25,5
6.	97,2	209,2	215,2	36,9	88,4	239,6	11,0	37,8	343,6	690,8	522,2	75,6	24,4

tan, sőt a jogtudomány stb. számos oldalával. Mindezek közül csupán két aspektust ragadunk ki: az anya korával és a születési sorszámmal való összefüggést.

A 2. táblázat adataiból számos következtetés vonható le: a kis súllyal születettek viszonylagos megszorodása annál nagyobb, minél kifejezettebb az érettek arányszámának csökkenése: ennek a folyamatnak mindkét oldala biológiai és társadalmi szempontból egyaránt negatív kihatásokkal jár.

Ötéves anyai korcsoportokat véve alapul, annál nagyobb a kis súllyal születés valószínűsége, minél idősebb az anya. Ez a megállapítás valamennyi 20 éven felüli kategóriára érvényes.

Azonos anyai korcsoporton belül annál nagyobb arányú a kis súlyúak frekvenciájának emelkedése, minél kisebb súlycsoportot teszünk vizsgálat tárgyává. Az érett magzatok mutatószáma 3,7%-kal csökkent, ha azok anyja még nem érte el a 25 éves kort, míg ezen kor felett a csökkenés 5,9%. A 25 éves anyai kor alatt a 2500 g-nál kisebb születési súlyúak arányemelkedése 15,8%, 25 év felett viszont már 42,8%. Ugyanezek a mutatók a 2000 g-nál kisebb kategóriában 18,6, ill. 65,4 százalékot, az 1500 g-nál kisebb súlycsoportban 19,9, ill. 94,6%-ot tesznek ki. (Az elsőként írt számok a 25 évnél fiatalabb, az utóbbiak az annál idősebb anyák élveszületetteinek arányemelkedését fejezik ki.)

Feltűnő, hogy a 19 évnél fiatalabb anyák gyermekei között a kis súllyal születettek aránya — ellentétben a várakozással — nem kisebb mértékben, hanem erőteljesebben nőtt, mint a 20—24 éveseké. Kivételt csak az 1500 g-nál kisebb súllyal születettek kategóriájában találunk. Ezt a jelenséget nagyon kedvezőtlennek kell tekintenünk, mert a fertilis kor legelején álló anyai korcsoportban igazolja bizonyos határozott károsodások be-

következtetését. Ma senki sem tudja megmondani, hogy ez, a produktív életszakasz küszöbén álló, nőpopuláció ezt képes lesz-e (és mikor?) kiheverni? Fel kell hívnom a figyelmet arra is, hogy míg az érett magzatok arányszámának csökkenése másfél évtized alatt a 20—24 éves csoportban 2,8 százalék volt, addig a 19 évnél fiatalabb anyai korcsoportban nem kevesebb mint 6,2%.

Igen tanulságos ugyanezen arányszámok változásának vizsgálata a születési sorszámmal szemben. Emelkedő sorszámmal jelentősen — az anyai kor szerint bontott mutatókat messze meghaladó mértékben — csökkent az érett magzatok aránya és ennek megfelelően nőtt a kis súllyal való születés kockázata. Aggasztó jelenség, hogy másfél évtized alatt a 3. (egyébként indokoltan nagyon is kívánatosnak tartott) gyermekek csoportjában a 2500 g-nál kisebb súlyúak arányának emelkedése 81,4 százalék, az annál még kisebb súlyúaké pedig 98,2 százalék,* ill. 130,9%.** Az ennél magasabb sorszámuak körében az emelkedés minden esetben meghaladja a 100%-ot.

Ismeretes, hogy az élveszületettek között az utolsó két évben különösen a másodszülöttek arányszáma emelkedett, a 3. és a magasabb sorszámuaké pedig ennél jóval kisebb mértékben. A másodszülöttek kategóriájában az érettek aránya 5,5%-kal csökkent, a 2500 g-on aluliaké 31,6%-kal, a 2000 g-nál kisebbeké 46,1%-kal, az 1500 g-on aluliaké 57,1%-kal emelkedett.

Legkisebbek a változások az elsőszülöttek körében. Ebben a csoportban az érettek aránya 1974-ben csaknem eléri az 1960. évi szintet, a növekedés pedig 2500 g-on alul 3,8%, 2000 g-on alul 10,2 százalék, 1500 g-on alul pedig 17,8%.

* 2000 g alatt

** 1500 g alatt

Mіндеzen adatokból összefoglalóan arra lehet következtetni, hogy

1. Az utolsó 15 évben hazánkban csökkent az érett (születési súly 3000—4499 g) és nőtt a kis súlyú magzatok (születési súly 2500, 2000, 1500 g alatt) arányszáma.

2. Az arányemelkedés annál nagyobb, minél kisebb a születési súly.

3. Az éretlen magzatok megszorodása (dysmaturitásra vonatkozó megbízható országos adataink nincsenek) nagymértékben függ az anya korától és a születési sorszámtól.

4. Ötéves, anyai korcsoportokra bontva az újszülöttpopulációt, az arányemelkedés a 20—24 éves csoportban a legkisebb, 25, különösen pedig 30 év felett viszont igen jelentős. A 19 évnél fiatalabb anyák újszülöttei között nagyobb a 2500 és 2000 g-nál kisebb súllyal világra jöttek megszorodása, mint a 20—24 éves anyai korcsoportban, amit különösen kedvezőtlen jelenségnek kell tekintenünk.

5. Nagyon szoros az összefüggés a kis súlyúak megszorodása és a születési sorszám között: elsőszülöttekben a változások még csekélyek, de másodszülöttekben már kifejezettek, a 3. és magasabb sorszámúakban pedig rendkívül nagyok.

Meg kell állapítanunk, hogy az anya korának előhaladásával, ill. a születési sorszámmal ugrásszerűen emelkedik a kis súllyal születés veszélye. Ez a folyamat 1960. után teljesen egyértelműen — szinte vaskövetkezetességgel — érvényesül. Más jellegű (orvosi és nem orvosi) vizsgálatok hivatottak tisztázni e bonyolult jelenség hátterében meghúzódó valamennyi okot. Ebben a vonatkozásban azonban nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk azoknak a vizsgálatoknak, melyek Magyarország 1968. évi élveszülötteinek 20%-át reprezentatív mintaként dolgozták fel.

Ezek azt bizonyították, hogy az észlelt folyamat meghatározásában döntő jelentősége az adott terhességet megelőző eredménytelen graviditásoknak (spontán és művi vetéléseknek, halvaszülések és szülési szövődmények) van, különösen pedig annak a situációnak, melyben ezek egymással vagy élveszülésekkel kombinálódnak. Alig tagadható, hogy megnő a koraszülés veszélye akkor is, ha az anamnesisben egy vagy több koraszülés szerepel.

Összefoglalás. 1960 és 1974 között Magyarországon emelkedett valamennyi 3000 g-nál kisebb és csökkent valamennyi annál nagyobb súllyal élve született magzat arányszáma. 500 g-os születési súlycsoportokra bontva az újszülöttpopulációt és évről évre követve a változásokat megállapítható, hogy a leírt folyamat nagy következetességgel ment végbe. Ugyanezt a vizsgálatot különböző korú anyák élveszülötteinek viszonylatában végezve el, kiderül, hogy viszonylag csekélyek a változások, ha az anya még nem érte el 25. életévét, viszont ugrásszerű az emelkedés e fölött. Születési sorszám szerint ugyancsak lényeges különbségek mutatkoznak. Csekély a változás az elsőszülöttekben, kifejezett (az átlagot valamivel meghaladó) a másodszülöttekben és nagyon határozott a 3., 4. és magasabb sorszámúakban. Az anya kora és a születési sorszám szerint mutakozó kifejezett differenciálódás tarthatatlanná teszi azon nézetet, mely szerint e folyamat hátterében a társadalom egészét érintő egy vagy több folyamat húzódik meg.

IRODALOM: 1. Magyarország népesedése 1960—1964. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. — 2. Demográfiai Évkönyv 1965—1974. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. — 3. Magyarország, a megyék és megyei városok csecsemőhalálózása. Budapest. (Kézirat.)

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTAP” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630—985.

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Sas Mihály dr.)

A magzati koponya biparietalis átmérőjének, és a terhes vizeletével ürített oestriol mennyiségének a jelentősége a magzati veszélyeztettség felismerésében

Jakobovits Antal dr.

Schlesinger és Nesbitt (14) 1961-ben hívták fel a figyelmet a perinatalis mortalitás óriási ember-vesztésére. Megállapították, hogy a terhesség második felében az újszülöttkor 7. napjáig, annyi egyén pusztul el, mint az ezután következő négy évtizedben. Ennek a veszteségnek jelentős része, a placenta elégtelen működése következtében, a veszélyeztetett terhességekből származik.

A magzat veszélyeztetettségének kimutatására még mindig nincs teljesen megbízható módszer, ezért több metódus párhuzamos alkalmazásától nagyobb segítség várható a magzat életkörülményeinek megállapítására. Munkánkban a terhes vizeletével kiválasztódott oestriol mennyiségéből és a magzat koponyájának biparietalis átmérőjéből levont következtetéseket hasonlítottuk össze.

Anyag és módszer

Anyagunkat 78 terhes képezte. A terhesek kora 16 és 40 év között volt. Először szülő 38 és másodszor vagy többször szülő 40 volt. A szövődmények miatt túlnyomó többségüknek veszélyeztetett volt a terhessége (táblázat).

Az oestriolt a 24 óra alatt gyűjtött vizeletből határoztuk meg. A vizeletgyűjtés pontosságát kreatinin meghatározásával ellenőriztük. A kreatinint Jaffé (10) kolorimetriás módszerével határoztuk meg. Az oestriol-meghatározásra Goebelsmann (8) módszerét alkalmaztuk.

Készült a Dél-Kaliforniai Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján.

Táblázat

Szövődmények megoszlása	Esetek száma
Toxaemia	38
Cukorbetegség	24
Essentialis hypertonia	4
Túlhordás	4
Placenta praevia	3
Hyperthyreoidismus	1
Sarlósejtes anaemia	1
Idült pyelonephritis	1
Cervix elégtelenség + ikerterhesség	1
Medencevégű fekvés	1
Összesen	78

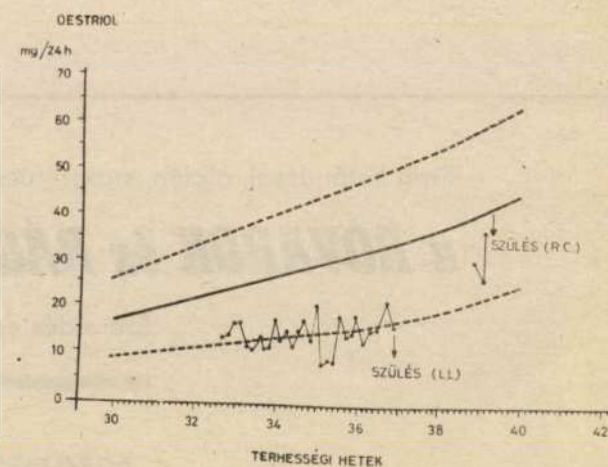
Az ultrahang vizsgálatra a Kretz Technik (Zopf, Ausztria) 4100 mg(Series) készüléket használtuk.

Eredmények

Vizsgálati anyagunk nagy részében (68 beteg = 87,18%) a terhesek oestriol-kiválasztásának változása és a magzatok biparietalis átmérőjének növekedése párhuzamos (62 esetben mindkettő normális és 6 esetben mind a kettő abnormis) volt. Azon 62 terhes közül, akiknek oestriol-ürítése és magzatuk biparietalis átmérője a terhesség korának megfelelt: 60 szült élő, érett magzatot és 2 élő, az érettség első határát megközelítő (2322 és 2477 g) súlyú koraszülöttet.

Összesen 16 terhes eredményei voltak abnormisak, azaz a -2 standard deviatio alattiak, ezek közül 6 élő, érett, 7 élő, retardált, illetve kora és 3 méhen belül elhalt, kora magzatot szült.

A 16 terhes eredményeit részletezve: 6 terhesnek az oestriol-ürítése és magzatának biparietalis átmérője egyaránt kevesebb volt a terhesség korához viszonyítva. A 6 terhes közül 5 élő, kora, illetve a terhesség korát figyelembe véve retardált, egy pedig méhen belül elhalt magzatot szült. Egy esetben az oestriol-ürítés normális, a biparietalis



1. ábra.

Toxaemiás terhes (R. C.) normális értékeken belüli oestriol-kiválasztása. A terminus előtt 5 nappal, 2463 g súlyú leányt szült. Az Apgar-érték 5-8 volt. A White-féle beosztás szerint B csoportba tartozó cukorbeteg terhes (L. L.) alacsony oestriol-ürítése. Számos érték a -2 standard deviatio alatti. Császármetszés a terhesség 37. hetében. Az újszülött súlya 2180 g, Apgar-értéke 6-8 volt

átmérő pedig kisebb volt. Ez az asszony élő, 2463 g súlyú magzatot szült.

Kilenc terhesnek az oestriol-ürítése alacsony, a magzat biparietalis átmérője pedig normális volt (1. és 2. ábra). A 9 közül 6 élő, érett, egy élő kora és 2 méhen belül elhalt, kora magzatot szült.

Megbeszélés

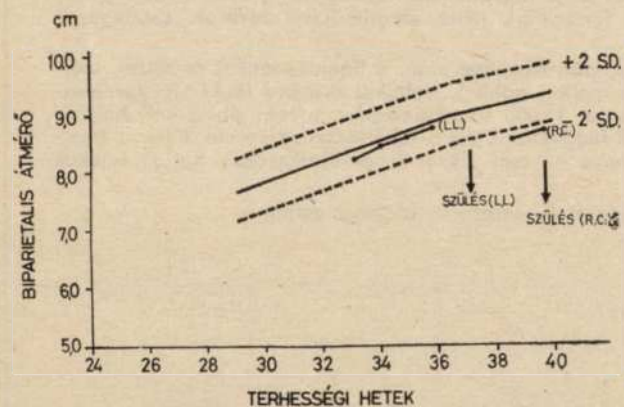
Az oestriol-kiválasztás és a magzat súlya közötti összefüggésre több szerző (2, 4, 7) mutatott rá. *Klopper* és *Billewicz* (12) normális terhességben ilyen kapcsolatot nem találtak. A -2 standard deviatio alatti oestriol értékek a magzat veszélyeztetettségét, az 5 mg/24 óra alatti értékek pedig a magzat elhalását jelzik.

A magzat biparietalis átmérőjének mérését ultrahanggal először *Donald* és *Brown* (6) írták le 1961-ben. Azóta számos szerző (15, 16, 17, 18 stb.) számolt be a módszerrel végzett vizsgálatairól. A terhesség folyamán az általános testi fejlettséggel arányosan növekszik a magzat fejének biparietalis átmérője, az utolsó két hónapban átlagosan 1,6–1,8 mm-t hetenként.

A sonographia tévedési lehetősége a különböző szerzők szerint eltérő: *Willocks* és *mtsai* (18) szerint az esetek kétharmadában ± 1 font (453 g), *Hellman* és *mtsai* (9) szerint átlag ± 360 gramm, *Schlenker* és *Decker* (13) szerint átlag 317 g, *Tarró* és *mtsai* (17) szerint az esetek 10–12⁰/₀-ában több mint ± 200 g. A has kézzel való tapintásával a becslési hiba ± 500 g (1). Első látásra ebből az ultrahang előnye nem látszik, de ha figyelembe vesszük, hogy a fejlődés folyamatát tapintással tárgyilagosan követni nem tudjuk, kiderül a sonographia hasznossága.

Anyagunkban a terhesség korának megfelelő normális mennyiségű oestriolt kiválasztó terhesek, akik magzatainak biparietalis átmérője a gestatiós kornak megfelelt, a két koraszülöttől eltekintve, élő, érett magzatot szültek. A két koraszülött is közel 2500 g súlyú és egészséges volt.

Az abnormis csoportból származó 6 élő, érett újszülött biparietalis átmérője normális volt, csupán az anyák oestriol-kiválasztása volt alacsony.



2. ábra. Ugyanezen két beteg magzata biparietalis átmérőjének sonographiás vizsgálati eredményei. R. C. magzatának értéke a -2 standard deviatio alá estek, jelezvén a magzat retardált voltát. L. L. magzatának értékei a terhesség korának megfelelő, normális méreteken belüliek voltak

Ez a terhesség végén bekövetkezett placenta-kimerüléssel magyarázható. A magzat fejlődése addig zavartalan volt.

A 7 élő, kora magzatot szült terhes közül 6-nak az oestriol-kiválasztása alacsony volt, a magzatok koponyájának biparietalis átmérője is alacsony volt a gestatiós korhoz viszonyítva; ez arra utal, hogy a koraszülöttség mellett a magzatok fejlődése az idült lepényelégtelenség következtében még retardált is volt.

A 3 méhen belül elhalt magzat közül a legkisebb súlyúnak a placentája már hosszabb időn át csökkenten működött, amit a kisebb biparietalis átmérő mutatott. Végül alepény már nemcsak a magzat fejlődését, hanem az életfeltételeit sem tudta biztosítani. A két nagyobb súlyú magzat fejlődése normális volt, de a placenta funkciója hirtelenül és korán, olyan nagy mértékben elégtelenné vált, hogy a magzatok méhen belül elhaltak.

Eddig néhány külföldi szerző (3, 5, 18) végzett ilyen vizsgálatokat és hasonló következtetésre jutott.

Az oestriol-kiválasztás naponkénti ingadozásai és a biparietalis átmérő folyamatos növekedése miatt ajánlatos mindkét vizsgálatot sorozatosan végezni. Az oestriol-ürítést veszélyeztetett terhességben a 30. héttől hetenként, az utolsó hónapban pedig különösen cukorbetegségben naponta határozzuk meg, mert egyik napról a másikra hirtelenül bekövetkezhet a lepényműködés romlása, amit az oestriol-ürítés csökkenése azonnal jelez (11). A biparietalis átmérő hetenkénti mérésével a magzat fejlődését ellenőrizzük és ebből következtetünk a lepény nutritionalis működésére.

Az oestriol-kiválasztás és a koponya biparietalis átmérőjének meghatározása nagy segítséget nyújt a magzat életfeltételeinek és növekedésének megítélésében. A normálnál kisebb biparietalis átmérő az idült lepényelégtelenségre hívja fel a figyelmet, aminek következtében a magzat fejlődése lassú vagy megállt. Erre utalhat az esetleg kisebb mennyiségben kiválasztódó oestriol is.

A placenta-elégtelenség azonban hevenyen is bekövetkezhet, amit a gyors lefolyás miatt csak az oestriol-ürítés csökkenése jelez. A biparietalis átmérőből, ha addig a magzat normálisan fejlődött, az acut lepényelégtelenségre nem következtethetünk. Ezért a két vizsgálati módszer párhuzamos alkalmazása nagyobb biztonságot nyújt a magzat életkörülményeinek megítélésében.

A magzat a veszélyeztetett terhességben két veszélynek van kitéve: a kedvezőtlen méhen belüli környezetben maradás és a túlságosan korai szülés. Mindkettő magas perinatalis mortalitással társul. A magzat életkörülményeit ellenőrizve csökkenthető a perinatalis mortalitás és morbiditás. A terhes oestriol-ürítése a foeto-placentalis egység működését és a magzat állapotát (táplálékkal és oxigénnel való ellátottságát) mutatja, a biparietalis átmérő pedig a magzat fejlődését jelzi. A két módszer kiegészíti egymást. Eredményeiket figyelembe véve tudjuk eldönteni, melyik terhességet kell a magzat rossz állapota miatt a megfelelő fejlettség elérése után vagy a növekedés megállása miatt befejezni.

Összefoglalás. A szerző 78 kóros terhességben hasonlította össze a vizelettel ürített oestriol mennyiségéből és az ultrahanggal mért magzati koponya biparietalis átmérőjéből levont következtetéseket. Jó lepényfunkcióra utaltak 62 terhes eredményei, akik közül 60 élő érett és 2 élő, az érettség alsó határát megközelítő súlyú, magzatot szült. Az eredmények 16 terhesben a normális értékek alatt voltak, ezek közül 6 élő érett, 7 élő kora, illetve retardált és 3 méhen belül elhalt kora magzatot szült. A magzat veszélyeztetettsége különösen akkor áll fenn, ha mindkét vizsgálati módszer abnormis értékeket mutat. Ilyenkor szükséges lehet a magzat idő előtti világra hozása.

IRODALOM: 1. Battaglia, F. C.: Amer. J. Obstet. Gynec. 1970, 106, 1103. — 2. Beling, C. G.: In Marcus, S. C., Marcus C. C. (eds.): Advances in obstetrics and gynaecology. Williams and Wilkins Co., Baltimore,

1967. p. 88. — 3. Corcondilas, E.: Excerpta Med. Int. Congress Series, 1973, 279, 148. — 4. Coyle, M. G., Brown, J. B.: J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1963, 70, 225. — 5. Dewhurst, C. J. és mtsai: Amer. J. Obstet. Gynec. 1972, 113, 141. — 6. Donald, I., Brown, T. G.: Brit. J. Radiol. 1961, 34, 539. — 7. Frandsen, V. A.: The excretion of oestriol in normal human pregnancy. Munksgaard, Copenhagen, 1963. — 8. Goebelsmann, U.: Clin. Chim. Acta. 1969, 23, 469. — 9. Hellman, L. M. és mtsai: Amer. J. Obstet. Gynec. 1967, 99, 662. — 10. Jaffé, M.: Z. Physiol. Chem. 1886, 10, 391. — 11. Jakobovits A.: Magy. Nőorv. L. 1975, 38, 27. — 12. Klopper, A., Billewicz, W.: J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1963, 70, 1024. — 13. Schlensker, K.-H., Decker, J.: Geburtsh. Frauenhk. 1973, 33, 859. — 14. Schlesinger, E. R., Nesbitt, R. E. L. Jr.: Clin. Obstet. Gynec. 1961, 4, 317. — 15. Sobel M., Falus M.: Orv. Hetil. 1970, 111, 2595. — 16. Szóke B., Kiss D.: 4. Európai Perinatalis Medicina Kongresszus, Prága, 1974. (Abstracts I-3/1). — 17. Tarró S. és mtsai: Excerpta Med. Int. Congress Series. 1973, 279, 147. — 18. Willocks, J. és mtsai: J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1967, 74, 639.

BIOSUPRESSIN kapszula

Új készítmény!

cytostaticum

Összetétel: 1 kapszula 0,20 g Hydroxycarbamidot tartalmaz.

Javallatok: Krónikus myeloid leukémia, melanoma metastasissal. Az említett elváltozásoknál elsősorban kombinációs kezelés formájában alkalmazzuk a remissiók idejének kedvezőbb alakulása céljából.

Nagy kiterjedésű, terápiarezisztens psoriasis; psoriasis ad erythroderma vergens; erythroderma psoriaticum, psoriasis pustulosa.

Ellenjavallatok: Hydroxycarbamid nem adható, ha általában cytostaticum, illetve immunosuppressív szer kontraindikált, továbbá csontvelőkárosodás, máj- vagy vese-füctiók zavarok esetén. Fertilis korban csak az életet veszélyeztető állapotokban adható az esetleges teratogen hatás miatt. Terhesség alatt egyáltalán nem alkalmazható.

Adagolás: Tumorok esetében

a) váltakozó terápiában 80 mg/testsúlykg egyszeri dózisban minden harmadik nap, vagy

b) folyamatos terápiában 20–30 mg/testsúlykg mindennapi adagban (pl. 70 kg-os betegnek 3 × 2–3 kapszula/die).

Psoriasis esetében

20–30 mg/testsúlykg napi adagban (pl. 70 kg-os betegnek 3 × 2 kapszula/die).

Intermittáló kezelés: 1 hetes kúra után 1 hét szünet. A klinikai választól függően 2–3 kúra.

Mellékhatások: Gastrointestinalis zavarok (étvágytalanság, émelygés, gyomornyomás), bőr-pír, átmeneti haematológiai tünetek (anaemia), néha idegrendszeri zavarok. Esetlegesen emelkedett serum-húgysavszint.

Figyelmeztetés: A szer csak intézetben, dózisbeállítás után, a haemopoetikus rendszer, máj- és vese-füctio rendszeres ellenőrzése mellett adható. Krónikus myeloid leukémia kezelésekor az adagolást már a fehérvérsejtszám 15000 alá csökkenése esetén abba kell hagyni. Egyéb indikációban a terápiát fel kell függeszteni, ha a fehérvérsejtek száma 3000, a trombocitaszám pedig 100 000 alá csökkenne és csak akkor lehet újratekdeni, ha az értékük jóval e fölé emelkedik.

Megjegyzés: Csak fekvőbeteg-gyógyintézetek részére kerül forgalomba.

Lejárató idő: 2 év.

Csomagolás: 250 db kapszula.

Ara: 645,- Ft.



Előállítja: **BIOGAL Gyógyszergyár Debrecen**

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Igazságügyi Orvostani Intézet
(igazgató: Somogyi Endre dr.),
Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet
(főigazgató: Farkas Károly dr.)

A Münchhausen syndromáról

Somogyi Endre dr., Irányi Jenőné dr.
Irányi Jenő dr.

A magyar orvosi szakirodalom elismeri és használja a *simulatio* (színlelés), az *aggravatio* (túlzás), az *önccsonkítás* (*artefactum*) fogalmát. Az utóbbi évtizedek orvosi és orvosszakértői gyakorlatában azonban ezek a diagnózisok ritkán fordulnak elő. Nem a színlelés, túlzás vagy az *artefactum* szűnt meg, hanem az orvosi szemlélet ment változáson keresztül. Az orvos mindenkor megbízik a betegében s ha a szubjektív panasz és az objektív lelet nem áll összhangban, legfeljebb *functionalis* vagy *psychés superpositiót* állapít meg. A *Münchhausen-syndroma* fogalma — *Unghváry* (55) 7 soros definícióján kívül — a hazai orvosi irodalomban ismeretlen, azt tankönyveink sem említik és az igazságügyi orvosszakértői véleményekben sem találkozunk vele.

A tünetegyüttest *Asher* (1) angol sebész 1951-ben nevezte el a hazudó báróról *Münchhausen-syndromának*. Ez idő óta a nemzetközi irodalomban számos további esetet írtak le s a szerzők túlnyomó része ahhoz a megállapításhoz jutott, hogy nem egyszerű *psychopathiáról*, *simulánsokról*, *aggraválókról* vagy *csalókról* van szó, hanem ezek a betegek külön csoportot képeznek, amelyet jogos önálló *syndromaként* megjelölni (3—15). Mivel orvosi szóhasználatunkban a *Münchhausen-syndroma* fogalma nem ismert, esetünk leírása előtt az irodalom és saját tapasztalatunk alapján ismertetjük a *syndroma* tünettánát és típusait.

Ireland és mtsai (24) 8 pontban foglalták össze a *syndroma* jellegzetes tüneteit: 1. a beteg hosszú kórelőzményt ad elő, esetleg drámai betegséget produkál. 2. Betegségének bizonyítékát *önccsonkítással* hozza létre. 3. Sok esetben áll ismételt kórházi vagy ambulans kezelés alatt. 4. A kórházból önkényesen távozik. 5. Láthatók rajta az előzetes kezelés nyomai, így pl. a laparotomiák hegei. 6. Kórosan hazudozik. 7. Agresszív és makacs. 8. Célja hosszabb ideig rejtve marad. Mint minden más *syndromából*, ebből is hiányozhat egyik-másik tünet.

Az *anamnesis* rendszerint hosszú és jellemző benne a részvételtől elzárkózás. A beteg panaszait meggyőzően adja elő s nem tűnik ki azonnal, hogy valamely célt pl. anyagi előnyt akar elérni. Az orvos feltételezi, hogy az *anamnesztikus* adatok megfelelnek a valóságnak. A beteg megfigyeli, hogy az orvos az *anamnesis* adatait hogyan értékeli s a továbbiakban a kórelőzményt már aszerint módosítja. Jellemző, hogy a beteg mindenkiben részvételt kelt s laikusokat és orvosokat éveken át tud megtéveszteni. Az orvosok gyakran objektív tünetként értékelik a szubjektív tüneteket, pl. a nyomásfájdalmat, a szorítóerő csökkenését vagy a szubjektív érzészavart is.

A beteg az esetek jelentős részében még az életveszélyes betegség tüneteit is *arteficialisan*, saját maga váltja ki. *Önkárosító* betegekről már *Galenus* is beszámolt, a középkori *flagellánsok* vallási alapon követték el. A szocialista társadalombiztosítás mellett nagyobb az *artefactumok* száma, mert a beteg a kezeléért nem fizet, sőt még táppénzt is kap (51). Különösen a német irodalom hangsúlyozza, hogy ezek a betegek károsítják önmagukat. *Schmauss és mtsai* (45) jellemzőnek tartják, hogy ezek a betegek *artefactumokat* követnek el, de céljuk nem világos. A betegek nagy részén a károsítás kismértékű, modellje az ütötetés vagy leszorítás útján kiváltott kézhát-oedema. Olykor *arteficialisan* váltják ki életveszélyes betegség tünetét is. A bőrön mélyre terjedő sebést, cigarettával égési sérülést hoznak létre.

Előfordult, hogy ugyanazon betegről több szerző számolt be s ez irodalmi vitákra is alkalmat adott. *Gillner* (21), illetve *Short* (48) vérzéses betegének ágyában később éles szerszámot találtak, amelynek segítségével *arteficialis* vérzést váltott ki. *Gawn és Kaufmann* (20) haematológusok közölték, hogy ugyanez a beteg később még 29 alkalommal jelentkezett kórházban. Kezdetben *Schönlein—Henoch-syndromának* minősítették, később *psychopata simulánsként* („*psychopathic malingerer*”) írták ki. *Gatenby* (19) felismerte, hogy az előbbi közleményben az a beteg szerepelt, akiről ő 1952-ben számolt be. Ugyanezt a beteget más szerzők is ismerték és *simulánsnak* minősítették (1, 2). *Clyne* (12) ugyanennek a betegnek a története alapján azt vitatta, hogy a *Münchhausen-syndroma* diagnózis az alapbetegség fel nem ismerését takarhatja. *Short* (48) javasolta, hogy ezeknek „a *bűnözőknek*” a névsorát a *Brit. Med. Journal*ban közöljék, *Irvine* (26) azt ajánlotta, hogy névsorukat az Egészségügyi Minisztérium hozza nyilvánosságra. Ezt követően a *Brit. Med. Journal* ismételt közölt eseteket a beteg nevének megváltoztatásával, feltételezve, hogy az orvosok a leírás alapján rájuk fognak ismerni. Angliában a legutóbbi évtizedben a *Münchhausen-syndromások* foglalkoztatták a bíróságokat is. Egy 1959-ben hozott rendelet módot adott arra is, hogy a bíróság elmeorvosintézetbe való felvételüket rendelje el (4, 37, 39).

A betegek sorban felkeresik az elérhető kórházakat, klinikákat vagy ambulanciákat s ott rendszerint késő este, vagy a déli órákban jelennek

meg. Vigyáznak arra, hogy ugyanazon intézetben ne jelentkezzenek kétszer. Rendszerint olyan kórházhoz fordulnak, ahol kezdő, kevés tapasztalattal rendelkező orvos van szolgálatban (52). Az ápolószemélyzettel és betegtársaikkal általában jó viszonyban vannak, de egyesekkel élesen szembe szegülnek. Távozásuk ritkán történik annak rendje-módja szerint. A kezelés során nyugtalaná válnak és kibocsátásukat követelik. Gyakran nyilatkozatok aláírása mellett, saját felelősségükre távoznak. Viszonylag gyakori a Münchausen-syndroma és nehezebb a leleplezése egészségügyi szakképzettségű személyeken. Egy 32 éves ápolónő a haemorrhoidákból és a fogínyból mesterségesen kiváltott vérzések segítségével hólyag-, gyomor- és parenchymás vérzéseket színlelt. Több klinika orvosait sikerült megtévesztenie és közel egy évtizeden át járadékot élveznie (29).

A Münchausen-syndromás betegen rendszerint láthatók előzetes diagnostikai vagy therapiás beavatkozások hegei, amely beavatkozásokhoz a betegek habozás nélkül hozzájárulnak. Egyik nőbeteg 4 év alatt 46 esetben 25 kórházat keresett fel. Mindegyikben újból kivizsgálták s annak szívesen vetette magát alá. Mintegy 200 esetben végeztek vércukor- és 100 esetben egyéb vizsgálatot: több mint 40 EKG felvétel, több cholangiogram, pyelogram, radioaktív izotópos vizsgálat történt, röntgenvizsgálataiban a megengedettnél nagyobb sugárbehatás szerepel (22). Leírtak 3 beteget, akik rendszeresen adtak önmaguknak insulint s ilyen módon organikus hyperinsulinismus kórképét színlelték. Két betegen a téves diagnosis alapján a pancreas kétharmadának a resectióját végezték el, a harmadikon huzamos időn át Prednison therapiát folytattak le. A betegek nem törekedtek arra, hogy a kellemetlen vizsgálatokat vagy a súlyos műtétet elkerüljék s ennek alapján a hypoglycaemia factitia, mint a Münchausen-syndroma egyik variánsa kapott helyet az irodalomban (14, 57). Sokféle nem közömbös beavatkozást végeztek, pl. amputatiót, splenectomiát, laparotomiát, uterus exstirpatiót s abba a betegek minden további nélkül beleegyeztek. A műtéti leírásaikban gyakran olvasható, hogy a laparotomia objektív megítélés szerint nem volt indokolt. Előfordul, hogy a Münchausen-syndroma diagnosisát nem sikerült teljes biztossággal felállítani. Klein (28) 25 éves nőbetegén 5 évi kezelés után is kétséges maradt, hogy colitis ulcerosa vagy artificialis pseudoproctitis áll-e fenn.

Mint a syndroma elnevezésében is kifejezésre jut, ezek a betegek kórosan hazudoznak. Több szerző szélhámosoknak nevezte, mások a Köpenicki kapitányhoz hasonlították őket (11). Nagy részük aggraval. vagyis fennáll rajtuk valamilyen pathologiás változás, de feltűnik, hogy a panaszok nincsenek azzal arányban. A munkavégzéssel szemben általában negatívan viselkednek. Nem oldja meg a kérdést, ha a beteggel közlik, hogy színlelését felfedték. Ez nem tartja vissza újabb színleléstől vagy artefactumtól. Egyik klinikán a beteg a leleplezése utáni napon cholelithiasis rohamokat produkált s bár a klinika orvosai ismerték a diagnosist, mégis meg tudta őket tévesz-

teni. Olyan beteg, aki bevallotta, hogy panaszait színlelte, a kóros változásokat arteficialisan saját-maga váltotta ki, már egy nappal később kijelentette, hogy vallomását kényszerre tette meg.

Asher (1) és Chapman (10) a syndroma 4 típusát különböztette meg: a) abdominalis, b) neurologicali, c) vérzéses és d) cutan típust. Az abdominalis típusra jellemzőek a gyomor-bél panaszok, az előrement hasi műtétek. A neurologicali típus leginkább rohamokban jelentkezik, esetleg eszméletvesztéssel jár. Jellemző tünetek még a collapsus és a bénulás. A harmadik variánst jellemzi a különböző szervből eredő vérzés. Leggyakoribb a cutan típus, mert az artefactumot a bőrön lehet legkönnyebben létrehozni (dermatitis autogenetica) (9). Gyakori a mechanikus manipulatio, így dörzsölés, vakarás, ütés stb., amelyek segítségével meglepően mélyre terjedő elváltozásokat hoznak létre. Testrészeket szorítanak le, jól zárt kötésekkel maceratiót hoznak létre, lúg, sav, petróleum, dohánylevél segítségével marási sérüléseket, leggyakrabban fekélyt váltanak ki (33). Cél lehet a munka alóli mentesítés, járadékelnyerés, rabok részéről a börtönkórházba jutás, szerepet játszhat a nőknél a betegségbe menekülés és a sexualis aberratio, gyermekeken dacreáció. Leírtak olyan beteget, aki steroid-hormon szedésével önmagán Cushing-syndromát váltott ki (54), akin ismételt myocardium infarctust diagnosztizáltak (42), vagy akin hyperthyreosis tünetei állottak fenn (34). Leírtak kevert típusokat és olyan beteget is, aki 21 éven át minden alkalommal hypoglycaemiás shockot színlelt (40) Devereux és Miller (15) 27 éves nő- és 55 éves férfibetegén a kórházban tüdőembóliát állapítottak meg. Előbbi 5 kórházban kezelték, a psychiatriai vizsgálatnak nem volt hajlandó alávetni magát, sőt azzal fenyegetőzött, hogy a kórház ellen „jogi eljárást” indít. A másik beteg anamnesisében 20 kórházi kezelés és 50 segélynyújtás szerepelt.

Buzzeo és mtsai (6) férfibetegén egyebek mellett többszörös tüdőembólia szerepelt. A szerzők felismerték, hogy ugyanazon betegről van szó, akiről már az előző években 3 kórházból számoltak be (11, 34, 50, 57). Kémiai típust írt le Leight (30), a beteg ismételt hypokalaemiát színlelt.

Végül meg kell jegyeznünk, hogy a feleslegesen végzett vizsgálatok és kezelések, a táppénzes és a kórházban töltött napok nagy megterhelést jelentenek a társadalombiztosításnak. Nem egyszer rokkanttá minősítik őket olyan esetben, amelyben azt ők maguk sem akarták. Pflanz (43) egyik betegének összköltségét 18 192 márkában állapította meg. A beteg 8 év alatt 75 gyógyintézetben, összesen 850 napig feküdt, ebből 185 napot börtönkórházban töltött el, 12 nagyobb műtéten esett át. Bartschiess és munkatársának (5) 25 éves nőbetegé ügyes manőverezéssel a bőr égési és savmarási sérülése miatt 10 éven belül 1411-szer ambulans, 89 napig kórházi kezelés alatt állott és egy éven át rokkantjáradékot élvezett. A társadalmi tulajdonban okozott kár 6300 márka volt. Linneke (31) 27 éves nőbetegé 39 alkalommal feküdt kórházban, műtétek egész során esett át, 605-ször jelentkezett

orvosi vizsgálaton és 33 000 márkába került az államnak.

A következőkben röviden ismertetjük azt a két esetünket, amelyeket retrospektíve a syndromához sorolunk. Mivel a magyar orvosi nyelv a Münchhausen-syndroma fogalmát nem ismeri, a kifejezést nem használja, ennek a diagnosishoz a felállításáig ezideig szóba sem jöhetett s a betegek vizsgálata soha nem irányult annak jellemző összetevőire. Az ismertetett betegek körjelző tüneteinek nagy részét csak visszamenőleg tudtuk felkutatni s azok éppen ezért nem lehettek teljesekek.

Esetismertetés

1. Első betegünk 46 éves takarítónő volt. 15 éves koráig menhelyen élt, illetve onnan családjához adták ki. Ezután két évre zárdába került. 21 éves korában ment férjhez. Gyermekbetegsége diftéria és scarlát volt, fiatal korában tonsillectomián, appendectomián és köldöksérny műtéten esett át. Egy évtizeden belül 14 alkalommal feküdt kórházban, mintegy 30 alkalommal rendelőintézetek különböző osztályainak és körzeti orvosának kezelése alatt állt és hosszabb-rövidebb ideig betegállományban volt. Panaszai és a diagnosishoz eltérőek, olykor ellentmondóak. Már 16 éves korában kórházi idegosztályon elektrogörres kezelésben részesült. Néhány évvel később eszméletvesztéses roham miatt került kórházba, ahol m. sacer diagnosist állították fel. További kórházi felvételei alkalmával a panaszok módosultak, rosszulletei vannak, de eszméletét nem veszti el, szája habzik, bal oldali végtagjai görcsbe jönnek vagy elyengülnek, zsibbadnak, néha kettőslátása van. Az EEG lelet negatív. Ebben az időszakban lehangolt, szédül, elesik. Fia alkoholistá, szídjá, sértegeti, más alkalommal betegsége az váltotta ki, hogy fia ittasság, garázdaság miatt letartóztatásban volt.

1970 és 1973 között heveny hüléses betegségek és idegállapottal kapcsolatos bejegyzések, egy alkalommal suicidium kísérlet szerepelnek a beteg kártonjain. Egyik reggel arra ébredt, hogy szája, nyelve zsibbadt, bal karját húzta a görcs, nem tudta használni, ügyetlen volt. Charcot-paresis diagnosissal neurosis osztályon kezelték. Beadványával elérte, hogy organikus neurológiai osztályra helyezik át annak megállapítása végett, hogy nem organikus bénulás áll-e fenn rajta. A diagnosist azonban megerősítést nyert. Később idegosztályokon többször rögzítették bal oldali blepharospasmusát és bal felső végtagi Charcot-paresisét. Bár a kórisma bal oldali psychogen paresis szervi idegrendszeri eltérést nélkül, hosszú hetekig van miatta betegállományban. 1973-ban hörghurut miatt van táppénzes állományban, majd februárban reumaosztályon jelentkezik egy hónap óta fennálló derékfájdalma miatt. A diagnosist discopathia lumb., a therapia dionin-iontophoresis a derékra. A beteg elmondása szerint a harmadik kezelés végén, amikor az asszisztens derekáról az ólomlapot levette s egy gombot elcsavart, úgy érezte, mintha „ütőerét kihúzták volna és bal karja kilendült oldalra”. A következő napokban keze fájt, zsibbadt, duzzadt volt, s ezek miatt 3 nappal a kezelés után sebészetben jelentkezett vizsgálatra. A sebész a meggyőzően előadott drámai történet alapján a negatív objektív lelet ellenére telefonon értesítette az illetékes kórházi osztályt, s a mentőszolgálatot igénybe véve azonnal beszállította a „sérültet”. Ezt követően a beteg több mint két hónapon át volt táppénzes állományban. Az áramütés tényét az orvos telefonközlése alapján már igazoltnak vették, 3 kórházban bennfekvőként vizsgálták, 3 szakorvosi és egy orvosszakértői vizsgálaton ment keresztül, ellentétes diagnosishoz jutva. Leírták, hogy mindkét tenyere verejtékes, bal kezének szorítóereje csökkent, a plexus brachialis és a sulcus bicipitalis nyomásérzékeny, karját törzséhez szorítva, mereven tartja, minden mozgásra heves fájdalmat jelez és

ellenáll. Egyetlen vizsgáló sem észlelt reflexeltérést, motoros laesiót, tonusdifferenciát vagy atrophiat. A ujjakkal mereven tartott kézen később arteficiálnak minősített oedema látható. A vizsgálók egy része ic-tus electricus, neuritis electrica diagnosist állított fel, más részük diagnosisa psychopathia talaján kifejlődött utilitarius összetevőkkel jellemzett primitív reakció. A kezelést végző kórházban az orvosi és műszaki szakértői vizsgálat kétséget kizáróan megállapította, hogy a beteg kezelése alkalmával nem szenvedett áramütést.

2. Másik esetünkben az 1923-ban született férfi a polgári iskola 4 osztályát végezte el, majd vasesztergályosként dolgozott. 1945 és 1957 között háromszor nősült és vált el, utolsó válása után egy asszonnyal élt közös háztartásban, akivel szemben gyakran goromba, durva, olykor brutális volt. Életének egyik szakaszában „kiváló munkás” lett, de később munkahelyén fegyelmetlenül viselkedett, többször munkahelyét változtatott. Összeütközései támadtak munkatársaival, inzultálta igazgatóját. Kizárták a szakszervezetből, később ismételtelen elítélték lopás, zsarolás, társadalmi tulajdon sérelmére elkövetett csalás miatt. 1953 és 1955 között halmozódott kórházi kezelése is. Több alkalommal az utcán ájult el, mindegyiket belgyógyászati osztályon hosszabb kezelés követte. Kifáradással és ingadozó magas vérnyomással (maximum 150/90 Hgmm-t mértek) magyarázták panaszait, később functionalis jellegűnek írták le azokat. Neurosis osztályokon ideglelete negatív volt, psychésen enyhe depresszív nyomottságot, functionalis rosszulleteket észleltek. Rosszulleteiről ezt írták: „E rohamok psychogenek voltak, létrejöttek időpontja sokszor a célszerűség jellegét viselte magán, ugyanúgy a rohamokat kísérő amnesia is. 1955. augusztusban a kerületi tisztiorvost kereste fel hozzátartozója kíséretében s olyan elmebetegségekre utaló tüneteket produkált, hogy mint ön- és közveszélyes beteget elmeosztályra utalták be. Felvételekor szorongott, folytonosan hátrált, mellkasában és fejében fájdalmat jelzett. A főorvos határozatnak tekintette, elme- és idegbetegség között. Véleménye szerint a tünetek subacut schizopreniás folyamatra utaltak, amelyeket nem választ el éles határ a súlyosabb psychoneuropathiás állapottól. Az elmebetegségekre utaló tünetek rövid idő alatt szűntek s a beteget két hét után kibocsátották.

A munkaképesség-csökkenést véleményezte I. fokú bizottság, állandóan gyanakvó, bizalmatlankodó magatartása, viselkedésének ebből folyó bizonytalansága és egyenetlensége, látási és hallási érzékesalóságai alapján schizoid psychopathiát és 3 éven át 50%-os munkaképesség-csökkenést állapított meg. Magas vérnyomás, szívdizombántalom, tüdőműtét utáni állapot, schizoid psychopathia diagnosissal egy évre rokkantállományba helyezte. Egy évvel később állapotának rosszabbodását, üldözöttes és vonatkoztatásos jellegű téves gondolatok kialakulását állapították meg. Munkaképesség-csökkenését 75%-osra értékelték, a diagnosist: schizoprenia.

További egy év múlva feljelentés alapján lefolytatott nyomozás megállapította, hogy a „rokkant” endély nélkül mint fényképező működött, többször utazott külföldre s csempészés, illetve vámszabálysértés miatt ellene eljárás indult. Lakásán orvostanhallgatók részére írt jegyzetet találtak, amelyben a különböző elmebetegségek tüneteit piros és kék ceruzával húzták alá. Amikor nyugdíjának folyósítását megszüntették, nem ment dolgozni, könnyelmű életet élt, napal strandokon látták, éjjel mulatóhelyeken tűnt fel.

1958-ban zárt osztályon végzett tartós megfigyelés a vádlott tudatos színlelését igazolta. A munkaképesség-csökkenést a II. fokú bizottság egy esztendőre 20%-osra értékelté, a diagnosist: schizoida, simulatio. Két orvosszakértő véleménye a kórházéval egyezett: elmebetegségben nem szenved és nem is szenvedett, állapota psychopathiának felel meg. „Tüneteinek túlzása, illetve nemlévő tünetek, rosszulletek, rohamok produkálása részben psychopathiás személyiségének alapján kialakult körjel, nagyobb részben akaratlago-

san félrevezető magatartás". A bíróság előtt a vádlott előadta, hogy ő nem viselkedett olyan módon, hogy elmebetegnek nyilvánítsák s nem tehet arról, hogy rokkanttá minősítették. A bíróság a vádlottat társadalmi tulajdon sérelmére ismételen elkövetett csalásban és közveszélyes munkakerülésben bűnösnek találta, ezért 10 hónap börtönbüntetésre ítélte.

Megbeszélés

Mindkét esetben neurológiai típusú Münchhausen-syndroma állott fenn.

1. Az első betegen nem hiányzott a hosszú és részvételtől anamnesis. Családi miliője aszociális, 15 éves koráig menhelyen él, onnan családokhoz adják ki, majd zárdába kerül. Már 16 éves korában elektrogörccs kezelésben részesül. A betegségbe menekülést motiválják családi konfliktusai is. Fia alkoholist, durva hozzá, sértegeti. Emiatt fiát meg akarta ölni, máskor suicidium szándékot hangoztatott. Ismételen „bénult meg” bal felső végtagja, különösen drámai módon akkor, amikor a kezelés közben az állítólagos áramütést szenvedte el.

Számos esetben állt kórházi vagy ambulans kezelés alatt. Az utólagosan felderített, hiányos anamnesisében rövid időn belül 14 kórházi, mintegy 50 ambulans vizsgálat és betegállomány szerepel. Időrendben és minden megjegyzés nélkül soroljuk fel a szerepet játszó diagnózisokat: m. sacer, m. Charcot, Charcot psychopathia, debilitas, cerebriális érkrízis, lumbago, tetania, spondylosis cerv., pseudotetania, neuropsychoopathia, brachialgia I. s., bo. functionalis hemiparesis, neurosis, discopathia lumb., ictus electricus, neuritis electrica, m. Charcot áramütés nélkül, labilis magas vérnyomás, cardiosclerosis comp., elhízás, elektromos áramütés utáni állapot, bo. karideg fájdalomosság, járadék-neurosis, a bal karfonat részleges károsodása, psychopathia talaján kifejlődött, utilitarius összetevőkkel jellemzett primitív reakció.

Jellemző, hogy mindenütt részvételt keltett, segítőkészséget váltott ki, amikor csak akart, kórházba került. Fantáziadús történetei hitelre találtak. A bal alkar és kéz oedemáját arteficiálisan érte el. Ez esetben az artefactumtól súlyos testi károsodás nem volt várható, az irodalomban azonban életveszélyes öncsonkításokat is leírtak. Jellemző, hogy az általa előzőleg nagyrabecsült orvosok ellen két terjedelmes beadványban emelt panaszt, amikor aggravalás gyanújának adott kifejezést. Feltűnőek a pseudologicus tendenciák, a munkával szembeni negatív viselkedés, a betegségbe menekülés, a táppénzre törekvés. Meglepő, hogy milyen gyakran és milyen hosszú ideig tartották betegállományban, objektív elváltozás nélkül. A Münchhausen-syndromára jellemző, hogy a vizsgálatok és kezeléseik hosszú sora közben psychiatriai vizsgálatban nem részesült. Az irodalom egybehangozóan állapítja meg, hogy ezek a betegek a kórházakban mindig somaticus osztályra kerülnek és meglepő, hogy mennyire el tudják kerülni a psychiatriai vizsgálatot (51, 56, 27, 41, 31, 53).

Tanulságos a betegnek az áramütésre vonatkozó pseudologizálása. Sokáig nem derült ki, hogy bármilyen célt kíván elérni, csak jóval később vált nyilvánvalóvá az utilitarius tényező. A beteg 3 nappal egy iontophoresis után, sebészhez fordult.

Előadta, hogy az előbbi kezelés végén, amikor az „ólomlapot leszerelték” karjában erős áramütés érte, azóta bal karja és keze zsibbad, fáj, nem tudja jól mozgatni. Bár objektív eltérés nem volt látható, a kezelés óta 3 nap telt el, saját lábán jött a vizsgálatra, a beteg a mentőszolgálat igénybe vételével került át az illetékes kórházi osztályra. A Münchhausen-syndromás beteg meggyőzően követelő magatartása mellett szerepet játszott az a tény, hogy az elektromos áram pathológiás hatására vonatkozólag az orvosok nagy része ma sem rendelkezik a kellő ismeretekkel. Természetesen a fentiek alapján az elektrotrauma tényét a továbbiakban több kórház és orvos kétségtelenül igazoltnak vette. A kezelést végző intézetben lefolytatott orvosi és műszaki vizsgálat megállapította, hogy ott a beteg áramütést nem szenvedett. A kórházi és a rendelőintézeti osztályok sem egymással, sem a kezelést végző intézettel nem vettek érintkezést. Figyelmen kívül maradt az a tankönyvi adat, hogy olyan áramütés után, amely nem okozott lágyrészsérülést, neuritis nem fejlődik ki (49). Az igazoltnak vett áramütés, az arteficiális alkar-oedema és a szétágazó functionalis panaszok alapján került felállításra a neuritis electrica elavult diagnosisa. A primitív beteg, több orvost megtévesztett, felesleges kezeléseket vett igénybe és több mint 7 hónapig volt betegállományban.

2. Sz. P., a másik betegünk nem elmebeteg, de psychopathiás személyiség, a Münchhausen-syndroma csaknem minden összetevőjével. Erre utalnak életvezetése, 3 házassága, válásai, munkahelyi állhatatlansága, kriminális ügyei. Kórosan hazudozó, színlelő magatartásával kitűnő szakembereket tévesztett meg. Két éven át félrevezette a munkaképesség-csökkenést véleményező szakértő bizottságokat is. Kisebbségi bűnszerűségek nyomain kívül jellemző volt a lapockatáji, sérülésekből eredő heg, a tüdőműtét hege és a j. szemén észlelt coloboma. Kezdetben belbetegségek, így magas vérnyomás, szívdombántalom stb. miatt kezelték, később elmebaj tüneteit produkálta, amelyet részben medikus jegyzetből sajátított el s amelyeknek megjárásával céljain túlmenően, sikerült a schizophrénia diagnosist és 75%-os rokkanttá minősítését elérnie. Hónapokon át volt kórházban és táppénzes állományban, végül mintegy havi 2500 Ft, összesen több mint 80 000 Ft jogtalan nyugdíjat vett fel.

3. Asher (1) nem tulajdonított nagy jelentőséget a syndroma neurológiai hovatarozásának! Megjegyzni, hogy ezek a betegek lehetnek hysteriások, schizophrének, masochisták, vagy bármilyen psychopathák. Vacek (56) véleménye szerint a syndroma psychopathologiai tünetek inhomogen complexusa. Valamilyen psychés zavarból ered, amely lehet hysteriás személyiségfelépítés, masochisticus tendentia, társadalmi gyökértelenség és más ok is. Többben nem értenek egyet azokkal, akik ezeket a betegeket psychopatháknak minősítik. Chapman (9), Pflanz (43), Williams-Todd (58) masochista tendentiát mutató, „nem adaequat” psychopatháknak tekintik őket. Mac Keith (35) szerint viselkedésüket a narcoticum élvezésére való hajlam váltja ki. Az amerikai irodalom azt a

formát, amelyben a beteg egyre újabb műtetre törekszik, „psychosurgery syndroma”-nak nevezi s feltételezi, hogy kifejlődésében masochismus vagy pervers örömök játszanak szerepet. *Cramer* (13) psychodynamikai — analyticus — szemszög-ből foglalkozott a kérdéssel. Jellegzetesnek találta, hogy már a fiatal korban szerepet játszik a betegnek az orvosok iránti különös érdeklődése; nőbetegei sexualisan közeledtek az orvoshoz s ha csalódtak, bosszúvágy fűtötte őket. A férfibetegek homosexualis tendenciát mutattak.

Az irodalom, a leírt esetek és munkacsoporthoz tartozóknak az utóbbi években tett megfigyelései alapján megállapítjuk, hogy az orvos félrevezetése nem olyan ritka, mint azt hisszük s az nemegyszer artefactum és durva aggravatio útján történik. *Asher* (1) érdeme, hogy ennek egyik sajátos formáját felismerte, s mint syndromát különítette el. Minden olyan esetben, amelyben az anamnesis és a panaszok az objektív lelettel nincsenek összhangban, nemcsak szerv-neurosisokra és psychosomatikus kórképre, hanem stimulációra, artefactumra vagy különleges formájára, a Münchausen-syndromára is gondolni kell. Ha gondolunk rá, felismerése már nem nehéz.

Ezeknek a betegeknek a száma nem nagy, de minden egyes eset a társadalom jelentős károsodását okozhatja. A jogtalan táppénzen és járadékon, a kezeléseik és műtétek költségén kívül a munkaerő-kiesést, a hosszas szakértői és bírósági eljárásokat is figyelembe kell venni. A beteg és a társadalom jelentős károsodását hárrhatjuk el, ha korán felismerjük s még inkább ha a motivációt és a kauzális konfliktus-situációt is felismerve járunk el.

Le kell vonni az esetek tanulságait. Az előzetes diagnózisnál, ha bármilyen intézet állította is fel, fontosabbak azok a tünetek, amelyeket magunk észlelünk. A hypochondriás psychopathákat nem szabad könnyelműen, alapos indok nélkül megoperálni. A Münchausen-syndromás beteg panaszát olyan ártatlan arccal adja elő, hogy az orvos családát nem is feltételez, pedig a hónapokig tartó betegállományért, a felesleges kezeléseikért és műtéteikért, a jogtalan rokkantosságért bizonyos felelősség őt is terheli. Az artefactum minden esete csalás, amelyet büntetőjogi eljárásnak kell követnie. *Schmauss* (45) szerint a chronikus kézhát-oedema, akár spontán, akár trauma után fejlődött ki, minden esetben artefactum. *Reischauer* (44) véleménye szerint minden esetben csalás miatt büntetőeljárás kell megindítani.

Nem talált követésre, de érdekes a beteg és a társadalom megvédésének Angliában követett módszere. A *Brit. Med. J.* hasábjain országosan ismertté teszik a Münchausen-syndromás betegeket. Másrészt a bíróság a beteget meghatározott időre zárt osztályra utalhatja. Ehhez két orvosnak kell igazolnia, hogy a vádlott elmebeteg, psychopata, vagy olyan fokban gyengeelméjű, amely kórházi kezelést vagy őrizetbe helyezést tesz szükségessé. Véleményük szerint a kórház is szabadságvesztés, a kezelés maga is büntetés.

A Münchausen-syndroma fogalmát be kell vezetni a hazai orvosi irodalomba. Egyetértünk

Zimmermann-nal (59) abban, hogy helyet kell kapnia az igazságügyi orvostan keretében az egyetemi oktatásban is. Ezeket a betegeket leggyakrabban látja az igazságügyi orvosszakértő, főleg járadékneurotikus betegeket és rabokat. Gyakran észleli a neurologus, a bőrgyógyász és a sebész, de nincs olyan klinikai szak, amely mentes lenne tőlük. A Münchausen-syndroma minden esete psychiatriai vizsgálatot és kezelést igényel. Leleplezésüket elősegítheti a négyszemközti exploratio, de az nem minden esetben eredményes. Gyakran a hazudozás fázisát a megjátszott felháborodás követi. Prognosisa kedvezőtlen, hatásos terapiája a mielőbbi munkába állítás.

A hazai irodalmi állásfoglalás és az orvoslás köztudat kialakítása céljából kívánatos, hogy a Münchausen-syndroma jellegzetes esetei közlésre kerüljenek.

Összefoglalás. Szerzők az irodalom és két saját esetük alapján ismertetik a Münchausen-syndromát. Ha a beteg anamnesise, panaszai és objektív lelete nem állnak összhangban, gondolni kell stimulációra, aggravációra, artefactumra és különös formájukra, a Münchausen-syndromára. A Münchausen-syndroma korai felismerése, a beteg psychiatriai osztályra helyezése, majd mielőbbi munkába állítása jelentős egyéni és társadalmi érdek.

- IRODALOM: 1. *Asher, R.*: *Lancet*. 1951, 1, 339. — 2. *Balforth, G., Pollock, J.*: *Brit. Med. J.* 1955, 2, 1330. — 3. *Bardon, D.*: *Letters, Lancet*. 1957, 2, 1170. — 4. *Barker, J. C., Greig, T. C.*: *Brit. Med. J.* 1958, 2, 1274. — 5. *Bartschies, G. G., Jung, H. D.*: *Zschr. aerztl. Fortbild.* 1961, 55, 1259. — 6. *Buzzeo, L. A., Bushel, D. H., Berzy, M., Sarg, M.*: *Ann. Int. Med.* 1974, 80, 20. — 7. *Buxton, A. E., Meyers, J. D., Gardner, L. B.*: *Ann. Int. Med.* 1972, 77, 477. — 8. *Cahill, T., Laubach, J. C. A.*: *Pennsylvania Med. J.* 1958, 6, 1634. — 9. *Chapmann, J.*: *JAMA*. 1956, 160, 415. — 10. *Chapmann, J. S.*: *JAMA*. 1957, 165, 927. — 11. *Clarke, E. S., Melnick, C.*: *Amer. J. Med.* 1958, 25, 6. — 12. *Clyne, M.*: *Brit. Med. J.* 1955, 2, 1207. — 13. *Cramer, B., Gerschberg, M. R., Stern, M.*: *Arch. Gen. Psychiat.* 1961, 24, 573. — 14. *Creutzfeldt, V., Frerichs, H.*: *Dtsch. med. Wschr.* 1969, 94, 814. — 15. *Devereux, R. B., Miller, Th. R.*: *Ann. Int. Med.* 1974, 80, 2. — 16. *Doepfner, R.*: *Aerztl. Mitteil.* 1962, 17, 929. — 17. *Doepfner, R., Indahl, H., Möhring, G.*: *Med. Klin.* 1961, 56, 1210. — 18. *Elliot, A.*: *Svenska Lak. Tidn.* 1955, 52, 1037. — 19. *Gatenby, P.*: *J. Irish. med. Ass.* 1952, 30, 102. — 20. *Gawn, R., Kaufmann, E.*: *Brit. Med. J.* 1955, 2, 1068. — 21. *Gillner, E.*: *Zschr. aerztl. Fortbild.* 1961, 55, 1259. — 22. *Himsworth, R. L., Bangham, C., Mason, A. N., Nixon, J.*: *Lancet*. 1974, 1, 796. — 23. *Hayatt, J.*: *Sinai Hosp. Baltimore*. 1959, 8, 167. — 24. *Ireland, P., Sapira, J. Z., Templeton, B.*: *Amer. J. Med.* 1967, 43, 579. — 25. *Irvine, J. S.*: *Letters, Brit. Med. J.* 1955, 2, 1206. — 26. *Irvine, R.*: *Brit. Med. J.* 1955, 2, 1207. — 27. *Jünemann, F.*: *Münch. med. Wschr.* 1959, 101, 547. — 28. *Klein, I.*: *JAMA*. 1974, 227, 799. — 29. *Latos, D. L., Matthews, O. P.*: *Ann. Int. Med.* 1973, 79, 765. — 30. *Leight, H.*: *Ann. Int. Med.* 1974, 80, 1. — 31. *Linneke, P.*: *Zschr. aerztl. Fortbild.* 1971, 65, 707. — 32. *Lizzi, F., White, R.*: *Ann. Int. Med.* 1973, 79, 290. — 33. *Lofferer, O., Schöber, W.*: *Wien. Klin. Wschr.* 1966, 78, 245. — 34. *Mac Intyre, N.*: *Brit. Med. J.* 1960, 1, 699. — 35. *Mac Keith, R.*: *Lancet*. 1957, 2, 1069. — 36. *March, H.*: *Psyche*. 1963, 7, 711. — 37. *Mental Health Act. applied by criminal court Medico-legal.* *Brit. Med. J.* 1961, 1, 60. — 38. *Muller, J., McDonnell, M. A., Evatt, B. L.*: *Ann. Int. Med.* 1972, 78, 784. — 39. *Munchausen Syndrome,*

- Brit. Med. J. 1958, 2, 696. — 40. Nordemann, A.: Svenska Lak-Tidn. 1960, 57, 2129. — 41. Obuchov, G. A.: Zsurn. neuropatol. i. Psychiat. 1971, 71, 144. — 42. Peyman, M.: Brit. Med. J. 1960, 1, 699. — 43. Pflanz, M.: Dtsch. med. Wschr. 1961, 86, 2323. — 44. Reischauer, F.: Hefte Unfallheilk. 1955, 48, 185. — 45. Schmauss, A. L., Ullrich, H., Kallweit, E.: Zschr. Aerzt. Fortbild. 1963, 57, 1164. — 46. Small, A.: Brit. Med. J. 1955, 1207. — 47. Short, L.: Lancet. 1951, 1, 639. — 48. Schröder, C.: Münch. med. Wschr. 1959, 101, 547. — 49. Somogyi E.: Elektromos baleset és vilámcsapás. Akad. Kiadó, Budapest. 1967. — 50. Spengler, F.: Dtsch. Ges.-wesen. 1975, 9, 1130. — 51. Spiro, H.: Arch. gen. Psychiat. 1968, 18, 569. — 52. Stretton, J. E. és mtsai: Lancet. 1951, 1, 474. — 53. Störing, Z.: Langenbeck's Arch. Klin. Chir. 1962, 301, 173. — 54. Turubridge, W.: Brit. Med. J. 1969, 2, 312. — 55. Unghváry L.: Betegsýndromák zsebkönyve. Medicina, Bp. 1962. — 56. Vacek, J.: Cas. Lek. Ceska. 1973, 5, 133. — 57. Whelton, M. J., Samols, E., Williams, H. S., Hirson, C., Markst, V.: Metabolism. 1968, 17, 923. — 58. Williams, B., Todd, J.: Lancet. 1951, 1, 527. — 59. Zimmermann, N.: Dtsch. Ges.-wesen. 1966, 21, 57.



BÖLCSŐDEI BÚTOROK

KIÁLLÍTÁSA

az OMKER új bemutató termében

Budapest VI., Népköztársaság útja 36.

**1976. augusztus 23- augusztus 31-ig
naponta 9–16 óráig**

SZOMBAT–VASÁRNAP ZÁRVA

Orvostovábbképző Intézet,
II. Belgyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Schwarczmann Pál dr.)

Elhúzódó, ismeretlen eredetű lázas állapotok

Mózer István dr.,* Demeter Jolán dr.**
és Schwarczmann Pál dr.

Az orvosi gyakorlatban ma is egyik legnehezebb és egyben legérdekesebb differenciáldiagnosztikai munkát az elhúzódó, ismeretlen eredetű lázas megbetegedések okának felderítése jelenti. A kérdést csak részben oldotta meg az elmúlt évtizedekben bevezetett számos új vizsgálóeljárás.

Elhúzódó, ismeretlen eredetű láz fogalmán különböző ideig — 8 napig (13), 14 napig (16), 3 héttig (22) tartó lázat értenek, amely idő alatt a láz oka az alapvető vizsgálatok befejezése után nem tisztázódik. Utóbbiak: részletes anamnézis, amelyre különösen *Magyar Imre* hívta fel a figyelmet (21), fizikai vizsgálat, rutin vér- és vizeletdiagnosztikai eljárások (teljes vizelet és vércép, sülyvedés, májfunkció, vércukor, karbamidnitrogén, elektrolitek, complement), EKG és mellkasröntgen. A teljes fizikai vizsgálatához tartozik a végbél és kismencede áttapintása is, amelyet gyakran elmulasztanak (31). Természetesen már az első napokban is történhetnek egyéb célzott vizsgálatok is. Nagy segítséget jelenthet a haemocultura, amelynek diagnosztikus értékét növeli a vizsgálatok száma és a vérvételek optimális időpontja (lázemelkedés idején).

Eltérőek a vélemények a testhőmérséklet megítéléséről is. Egyesek már 37,5, mások csak 38 °C feletti eseteket sorolnak ide (most és a továbbiakban a testhőmérsékletet a hónaljban mért hőmérséklettel fejezzük ki).

A test hőmérséklete számos tényezőtől függ; befolyásolja az életkor, testhelyzet, fizikai terhelés, étkezés, emotio, menses, terhesség, hydratiós állapot, ingadozik a napszaktól függően. Emelkedhet a hőmérséklet a hypothalamicus központ megbetegedése, illetve a perifériás regulációt biztosító bőr és tüdő elváltozásai következtében is. A hőmérséklet élettani ingadozása nagyobb mértékű nőknél mint

* *Jelenlegi munkahely:* Városi Tanács Kórháza, Cegléd, II. Belgyógyászati Osztály.

** *Jelenlegi munkahely:* János Kórház, Központi Röntgen.

férfiakon, kifejezettebb idősebb mint fiatalabb korban (5, 9, 15, 25). A központi hőszabályozás magasabb szintre történő beállítása lehet az oka annak, hogy vannak emberek, akiknek testhőmérséklete állandóan magasabb, minden egyéb betegségtünet nélkül. Az ilyen emberek nemegyszer a vizsgálatok és kórházi megfigyelések sorozatait szenvedik el, miközben önmaguk is neurotikusak lesznek (16).

Elhúzódó, ismeretlen eredetű láz esetén művi lázkeltésre, illetve láz imitálásra is kell gondolnunk, az irodalomban számos meglepő közlést olvashatunk (6, 19, 28). Magunk is nem egy alkalommal csak hosszabb idő után jöttünk rá az ilyen eredetre. Így például egy börtönviselt fiatal nőbetegünk mindkét hónaljában tizednyi pontossággal tudta a hőmérsékletet 38 °C fölé emelni, a vállizomzat izometriás megfeszítésével.

Mindezeket a láz megítélésekor figyelembe kell venni.

A láz hátterében végül is nem mindig sikerül határozott diagnózist felállítani. Sok esetben a láz bizonyos idő elteltével megszűnik, anélkül, hogy a betegség természetére fény derülne. Máskor hosszabb idő elteltével sikerül mégis a diagnózist megtalálni, nem ritkán azonban csak a boncolás során, esetleg akkor sem derül ki (16).

Eseteink tárgyalása, megbeszélés

Hat év alatt (1968—1973) 195 beteget (az összes beteg 2,1%-a) észleltünk elhúzódó, ismeretlen eredetű lázas betegség miatt. A betegek retrospektív kiválasztását a következő kritériumok alapján végeztük: 14 napnál hosszabb ideig tartó láz, amely hátterében a kórelőzmény és a fent részletezett vizsgálatok nem vezettek diagnózishoz. Betegeink közül 70 férfi, 125 nő, életkoruk 15 és 96 év közötti, átlagosan 54,3 év volt. 40 beteg halt meg, a letalitás 20,5%.

Az 1. ábrán tüntettük fel azt az időt, amely a láz kezdete és a kórházi felvétel között eltelt. Ez a betegek 26,1%-ában 1 hét, illetve 61,7%-ában 1 hónap volt. A többi esetben hónapok, sőt 5,6%-ban csak 1 éve tartó lázas állapot után került hozzánk a beteg. A beutaló diagnózis a legtöbb esetben csak tüneti volt (status febrilis), a többieket carditis, krónikus pneumonia, Hodgkin-kór, tumorgyanú, mononucleosis infectiosa és egyéb diagnózissal küldték felvételre. Előzőleg ambu-

I. táblázat

Vizsg.	Anamnesis	Fizikai vizsg.	Laborvizsg.	Csontvelő	Rtg. vizsg.	Endosc. vizsg.	Biopsia	Műtéti feltárás	Kórbone
Diagn.									
Infekció	17	33	29		36	6	5	2	4
Tumor	9	17	10	11	17	4	8	9	4
Kollagenosis	9	4	7				3		1
Haemat. betegség			2	5					
Gyógy-szer-láz	1								
Egyéb	6	16	12		4	2			1

46 esetben a vizsgálatok nem vezettek diagnózishoz.

lanter, esetleg más intézetekben már végeztek vizsgálatokat, kezeléssel is próbálkoztak (vakon adott, többféle antibiotikum, corticosteroid, vitaminok), diagnózis és terápiás siker nélkül. A hosszabb ideig tartó lázak általában recurráló típusúak voltak.

Az 1. táblázat segítségével a diagnózishoz vezető utat szemléltetjük. A kórelőzmény egymagában csak ritkán döntő a diagnózis felállításakor.

1. eset: 62 éves, egyébként tünetmentes nőnek 3 hét óta 38 °C feletti lázai jelentkeztek. Az elvégzett vizsgálatok nem mutattak eltérést. Gyógyszermellékhatás után kutatva — amelyet ma soha nem hagyhatunk ki diagnosztikus gondolatunkból (8, 24) — megtudtuk, hogy magas vérnyomás betegség miatt 4 hét óta Dopegytet szed. A gyógyszer elhagyása után láza megszűnt, a későbbiekben pedig Dopegyttel reprodukálható volt.

Az anamnézis sokszor hívta fel a figyelmünket valamilyen betegségre. Így például sebési beavatkozást, abortust követő sepsisek, rendszerbetegségek eseteiben. Tumoros betegekben már sokkal ritkábban, haematologiai megbetegedésekben pedig egyetlen alkalommal sem volt nagyobb szerepe az anamnézisnek.

A fizikai vizsgálat kórisémzett eseteink közel felében patognosztikus jelentőségű volt.

2. eset: 17 éves lányon felvételét megelőzően 6 héttel láz, hányás, hasi fájdalmak léptek fel. Másnap appendectomiát végeztek, duzzadt mesenterialis mirigyeket találtak. Átmeneti otthoni láztalanság után 2 hét múlva magas láz miatt ismét kórházba került, ahol sebrevíziót végeztek, Tetrant adagoltak, majd hazabocsátották. Otthon hőemelkedései voltak, újabb felvétele előtt 3 nappal láza emelkedett, súlyos állapotban belgyógyászati osztályra szállították. Fenyegető shock miatt helyezték át intenzív osztályunkra. Átszállításakor már kifejlődött shock képét láttuk. Temp.: 37,8 °C, P.: 140/min, filiformis, RR.: 80/60 Hgmm. Megtekintéskor feltűnt a törzs két oldalán finom, scarlatiniform kiütése, amely alatt a bőr nyomásra halványsárga volt. A beteg torkából ismételt Strep-tococcus haemolyticus tenyésztett ki. A shocktanítással párhuzamosan nagy adagú penicillin kezelést kezdtünk, 12 óra múlva a beteg láztalan lett. Néhány napon belül gyógyult (betegünkön scarlatinákhoz társuló késői septicus scarlat reakció zajlott le).

Más alkalommal az alapos és ismételt fizikai vizsgálat csak sokára vezetett diagnózishoz.

3. eset: 24 éves, debilis nőt 1 hét óta tartó lázas állapot miatt vettük fel. A lázon kívül panasza, lokális tünete nem volt. A laboratóriumi vizsgálatok bakteriális sepsisnek megfelelő képen kívül egyéb eltérést nem mutattak, a tüdő, gyomor-bél rendszer, vese röntgenvizsgálata negatív volt. Intermittáló lázait antibiotikus kezelés nem befolyásolta. A beteg 15 kg-ot fogyott, anaemiás lett, alsóvégtagi, mélyvénás thrombosis alakult ki. Észlelésünk 9. hetében a jobb costolumbalis tájékon fájdalomtan, reakciómentes terimenagyobbodás jelentkezett, amely fölött loccsanást lehetett kiváltani. A röntgenfelvétel a csípőlapát mögött folyadék-, levegőtartó, tályogra jellemző képet mutatott. Ennek feltárása során E. coli tartalmazó, óriási multilocularis tályogot találtak, amely a hasüregből vagy a retroperitoneumból indulhatott ki. Zavartalan postoperatív szak után, gyógyultan bocsátottuk haza.

A laboratóriumi vizsgálatok eseteink 51%-ában voltak patognosztikus értékűek. Fertőzéses megbetegedésekben a vér (6 esetben a pozitív haemocultura), illetve a testváladékok (23 esetben a pozitív köpet, vizelet, széklet, liquor, genny) tenyésztése nyújtott segítséget. A 17 tuberculosos beteg közül 5-ben a köpet Ziehl-Nielsen-festésekor, 2-ben a köpet, 1-ben a vizelet tenyésztésekor kaptunk pozitív eredményt. Egyik purulens bronchitis betegnél köpetéből ismételt Staphylococcus aureus nőtt ki. A 4 endocarditis lenta esetből 2-ben Streptococcus viridans, 1-ben coagulase pozitív Staphylococcus aureus mutattak ki a vérből. Pyelonephritisben 6 esetben, vesetályogban 2 esetben találtuk meg a vizeletben a kórokozót (proteus, E. coli, Pseudomonas aeruginosa). A hastífusos beteg székletéből Salmonella typhi tenyésztett ki. Az epididymitist E. coli okozta, alsó végtagra terjedő phlegmonéból szintén E. colit sikerült kimutatni. Az egyik meningitises beteg liquorából festéssel és tenyésztéssel pneumococcut identifikáltak. Öt sepsis közül 3-ban tenyésztett ki a vérből patogén baktérium (1 streptococcus, 2 Staphylococcus aureus). Jelentős segítséget kaptunk akkor, amikor fiatal férfibetegben a pneumonia okozójaként feltételezett mycoplazmát megtalálták (Állategészségügyi Kutató Intézet), illetve amikor 48 éves nőbeteg generalizált, senyvesztő lázas betegségének háttérében histoplazmát igazoltak (Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Bőrklinika).

A csontvelőt is érintő tumoros burjánzások esetén (leukaemia, myeloma multiplex, reticulosis) a csontvelői kenet vizsgálata bizonyította a diagnózist. Két esetben köpetben, 2 másikban pedig gyomormosó-folyadékban találtunk tumorsejteket. Kollagenosist laboratóriumi vizsgálatok (LE sejt, AN faktor, immunoelectrophoresis stb.), haematologiai megbetegedést a csontvelőképp igazolt.

Nagy segítséget jelentettek a röntgen- és endoscopos vizsgálatok. 70 infekciós megbetegedés közül 36-ban, 46 tumoros betegből 17-ben járult hozzá a diagnózis felállításához különböző szervek röntgenvizsgálata. Utóbbi csoportból összesen 10 alkalommal endoscopia vezetett diagnózishoz (4 bronchosocopia, 1 thoracosocopia, 1 mediastinosocopia, 2 gastroscopia, 2 rectosocopia).

A diagnózist 16 esetben biopsiás anyag szövettani értékelése igazolta, illetve támasztotta alá. Az infekciós csoportból 3 pyelonephritist, 1 phleg-

Infekciós megbetegedések 2. táblázat

1. Baktérium okozta:	
Tuberculosis	17
Scarlatina	1
Bronchitis, Bronchiectasia	4
Pneumonia	6
Empyema pulmonum	2
Endocarditis lenta	4
Abscessus abdominalis	4
Empyema vesicae Felleae	3
Pyelonephritis	7
Abscessus renis	6
Typhus abdominalis	1
Epididymitis	1
Phlegmone	2
Osteomyelitis	1
Meningitis	2
Sepsis	5
2. Vírus	2
3. Mycoplasma	1
4. Gomba	1
Összesen	70

1. Carcinoma	
Hörgő.....	7
Gyomor	5
Bél	3
Máj	3
Epehólyag, epeút	4
Hasnyálmirigy	2
Vese	2
Emlő	3
Petefészkek	3
Gerincvelő	1
2. Sarcoma	1
3. Leukemia	7
4. Lymphoproliferatív syndroma ..	3
5. Reticulosis.....	2
Összesen	46

monét és a histoplasmosist szövettani vizsgálat is megerősítette. Nyolc rosszindulatú daganatot a szövettani értékelés igazolt (3 hörgőrák, 2 gyomorrák, 1 májrák, 1 Hodgkin-kór). Rendszerbetegség diagnózisát 3 esetben segítette elő biopsia elvégzése.

A hasi tumorok kórismézésének nehézségei ismertek (1, 7), ezért, célzott vizsgálatok eredménytelensége esetén gyakran műtéti feltárást végeznek (10). Az exploratív laparotomia Keller és mtsa anyagában 82%-ban, Koch és mtsa közlésében 13 esetből 10-ben vezetett diagnózishoz (17, 18). Mi 11 alkalommal végeztünk exploratiót, mindegyik beavatkozás eredménnyel járt (1 retroperitonealis, 1 subphrenicus tályog, 1 gyomorrák, 1 vastagbél-tumor, 1 májrák, 4 epehólyag-epeút-rák, 2 hasnyálmirigy-rák).

A helyes diagnózist 10 esetben csak a kórboncolás derítette fel. Ebből 3 tüdő-tuberculosisnak bizonyult (2 miliáris szórás, 1 caverna). A többi fel nem ismert betegség: postoperatív sepsis részjelenségeként fellépő endocarditis, 1 vese-, 1 emlő- és 2 méhrák, 1 LED és 1 idiopathiás cardiomyopathia.

Negyvenhat betegen (23,5%) az előzőekben részletezett vizsgálatok nem vezettek diagnózishoz.

4. eset: 68 éves férfibeteget 2 hónap óta tartó continua, majd intermittáló magas láz miatt vizsgáltuk. Laboratóriumi és röntgenvizsgálatok lényeges eltérést nem mutattak. Antibiotikus, majd corticosteroid kezelés redeménytelen maradt. Halála hyperpyrexias delíriumban következett be. Kifró diagnózisunk: M. Hodgkin?, bronchitis chronica, bronchiectasiae. Kórbonctani epikrizisből: „Az alapbetegséget sem a boncolás, sem a kórszövettani vizsgálat kideríteni nem tudta. Nyirokrendszer érintő, daganatos betegséget, septicus gócot a szervekben nem találtunk. Közvetlen halálok a periprostaticus vénákból származó pulmonalis embolia volt”.

A nem kórismézett betegek nagyobb része néhány hét eltelté után spontán vagy kezelés mellett láztalan lett. Közülük többen azonban 1 év-nél régebben lázasak, nálunk és más intézetekben számos vizsgálatot végeztek, eredmény nélkül.

A 2. ábrán betegeink diagnózis szerinti megoszlását tüntettük fel. Többségükben bakteriális, illetve ritkábban egyéb eredetű fertőzést találtunk (70 eset, 35,9%). A 70 beteg közül 19-et vesztet-

tünk el (27,1%). 46 betegen (23,6%) találtunk rosszindulatú daganatos betegséget, ezek közül 17-en haltak meg (36,9%). Kollagenosis csoportba 9 esetet gyűjtöttünk (4,7%), közülük 1-et vesztettünk el. Ide soroltunk 6 LED-et, 1 PCP-t, 1 panniculitis nonsuppuratívát és 1 nem pontosan körülírt systemás megbetegedést. Öt esetet soroltunk a haematologiai csoportba, ezek: 2 anaemia pernicioza, 2 agranulocytosis, 1 macroglobulin-aemia. Érdekes, hogy a vészes vérszegénység vezető tünete eseteinkben az általános leromlás, gyengeség mellett az elhúzódó láz volt. A 2 agranulocytosis közül az egyik kiváltásában gyógyszert (Chlorocid) tételeztünk fel, a beteget elvesztettük. A másikon pontos aetiológiát nem sikerült megállapítanunk. Gyógyszerláz címszó alatt tüntettük fel a Dopegyt okozta lázat. Az „egyéb” csoportba 18 esetet soroltunk (9,2%), ezek megoszlása: 4 rheumás láz, 3 tüdő-embolia, 2 krónikus pancreatitis, 1 máj-cirrhosis, 4 idiopathiás cardiomyopathia, 1 thyreoiditis, 1 idiopathiás pericarditis, 1 Boeck-sarcoidosis, 1 colitis granulomatosa. 1 cardiomyopathiában szenvedő beteget elvesztettünk. Negyvenhat betegen (23,5%) nem tudtunk diagnózist felállítani.

A 2. táblázaton az infekciós megbetegedéseket részletezzük. 66 bakteriális, 2 vírus, 1 mycoplasma és 1 gomba okozta betegséget észleltünk. A bakteriális kórokozók jelentős része mycobaktérium tuberculosis (25,8%-a; az összes lázas betegség 8,7 százaléka), amely különösen akkor tűnik soknak, ha tekintetbe vesszük, hogy a feltételezetten tuberculosisos betegeket a tüdőgondozó hálózatba irányítják. A betegség megnyilvánulási formája: 2 krónikus infiltratio, 4 miliaris, 4 caverna, 3 krónikus fibronodosus tuberculosis, 1 pleuritis exsudativa, 1 disseminált, 1 vese- és 1 csont-tuberculosis. Négy beteget vesztettünk el, egyik esetben tüdőbc mellett hypophysaer cachexia tünetei is fennálltak.

A 4 endocarditis lentás betegünk közül 3-at vesztettünk el. Egyik betegen (48 éves nő) az akut lázas tünetek lezajlása után befolyásolhatatlan szívelégtelenséget okozó aorta insufficiencia alakult ki. Műbillentyű-beültetés történt, a beteg a műtét után meghalt.

Újabb konzervatív vagy műtéti megoldások újabb szövődmények felléptét idézhetik elő:

5. eset: 33 éves férfiba 7 évvel korábban coarctatio aortae miatt műanyag aorta prothesist ültettek be. Heteken át tartó septicus lázak mellett fokozódó haemoptoe jelentkezett. A boncoláskor az aorta varratvonalában gyulladáshoz felrakódást és a varrat elégtelenségét találták, amelyen keresztül vérzés támadt a bal mellkasfélben. Közvetlen halálok a bal tüdő vérzés általi teljes kompressziója és szívelégtelenség volt.

Hasi tályogot 4 betegen észleltünk, közülük 2 halt meg.

6. eset: 70 éves nő, dermatitis herpetiformis miatt évek óta Prednisolont szedett (30–50 mg/die). Elhúzódó lázas állapota, bizonytalan felhasi panaszai hátterében a corticosteroid terápia következtében tünet-

szegényen zajló, ulcusból eredő gyomor-perforatio és subphrenicus tályog állt.

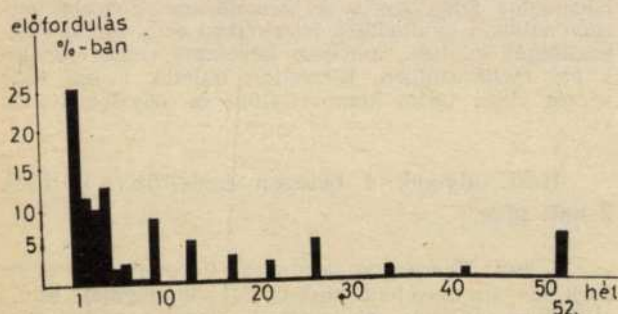
A 3 empyema vesicae felleaéből 1 beteg halt meg, akinek állapotát akut szív-infarctus súlyosbította. Hat vesetályogos beteg közül 2, 2 végtagphlegmonésből 1 halt meg, esetében a phlegmone intramuscularis injekció következménye volt. Két meningitist észleltünk.

7 eset: 70 éves nőbeteg, akin 2 évvel korábban hypersplenia tünetei miatt splenectomiát végeztünk. Újrafelvételére 6 hét óta fennálló septicus lázak miatt került sor. Az utolsó héten erős fejfájása jelentkezett. Megfigyelésünk első napján meningitises tünetek léptek fel, liorából pneumococcus tenyésztett ki. Nagy adag penicillin adása mellett a liquor az 5. napon sterilé vált, azonban a halálos kimenetet nem sikerült megakadályozni. A boncolás gennyes meningitist és többszörös agytályogot igazolt.

Öt sepsist észleltünk. A sepsis kialakulását 3 esetben műtétnak, 1-ben művi abortusnak, 1-ben nagy testfelületre terjedő égésnek tulajdonítottuk. Közülük 3-at vesztettünk el. Mindkét vírus fertőzés mononucleosis infectiosa volt. Mycoplasma okozta pneumoniás és generalizált histoplasmosis betegünket elvesztettük.

Infekciós betegcsoportunkat más szerzők anyagával összehasonlítva (2, 31, 33) megállapíthatjuk, hogy az infekciós száma általában magas, a mi anyagunkban is ez adja az esetek legnagyobb részét. Ezen belül a specifikus fertőzések (tuberculosis, lues) száma jelentősen csökkent (13, 20, 27), a tuberculosis körülbelül a felére, lues pedig még ennél is nagyobb mértékben (a mi anyagunkban nem fordult elő). Irodalmi adatokkal megegyezően a subcut bakteriális endocarditis (11, 29, 32, 35) és a rejtett hasi tályog (10, 16) nehéz diagnosztikus feladatot jelenthet. Tapasztalataink alapján megerősíthetjük azt a mások által is hangsúlyozott felismerést, hogy az antibakteriális korszakban a fertőzések okozta megbetegedések kórismézésekor a lázgörbe mindinkább elveszti jelentőségét. A láz inkább olyan kezdeti vagy általános tünet, amely felhívja a figyelmet infekciós betegség lehetőségére (25).

A lázas állapot időtartama a kórházi felvételig



1. ábra.

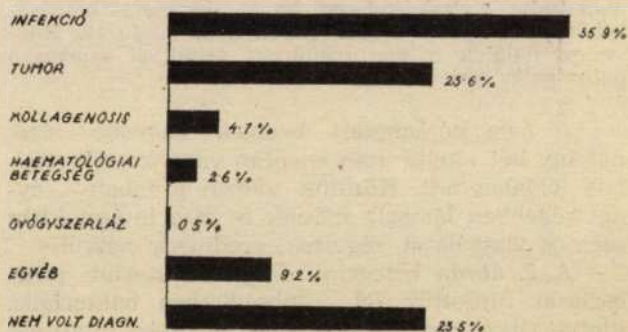
A 3. táblázaton a tumoros megbetegedések felosztását ábrázoljuk. A 46 esetből 33 carcinoma, 13 sarcoma, leukaemia, lymphoproliferatív syndroma, illetve reticulosis volt. Közülük 12-t műtét céljából sebészeti osztályokra adtunk át, későbbi sorsukat itt nem részletezzük. A 46 betegből 17-et vesztettünk el (36,9%). Egyikük esete jól mutatja a diagnózis felállításának nehézségeit:

8. eset: 28 éves férfibeteget 3 hónapja fennálló lázas állapot és hasi fájdalmak miatt más intézetben megoperáltak, krónikus appendicitist találtak. A műtét után septicus lázmenet alakult ki, deréktáji és hasi fájdalmak kíséretében. Gennyes vesefolyamatra gondolva műtétet végeztünk, ennek során először a jobb vesetájat, majd ennek épsége után a hasat exploráltuk. Ökölnyi retroperitoneális tumort, a környezetében megnagyobbodott nyirokcsomókat és máj-metastasisokat találtak. A kivett nyirokcsomó szövettani vizsgálata reticulumsejtes sarcoma gyanúját kellette. A postoperatív szakban mélyülő icterus alakult ki, és a beteg májelégtelenség tünetei között meghalt. A boncolás megerősítette a már korábbi diagnózist. A szövettani készítményeket 1 év múlva átnézve az eredeti diagnózist revidálták, és alapbetegségként epeútból kiinduló carcinomát írtak le.

Egy pancreascarcinomás és 1 vesetumoros betegünk halt meg. Három emlőrákot észleltünk, közülük 2 nő, 1 férfi volt. Mindkét nőbetegünket elvesztettük, egyikük kórlefolását hyperosmolaris diabeteses coma súlyosbította. 67 éves nőbetegem a combon elhelyezkedő polymorphocellularis sarcomát állapítottunk meg, lokális röntgenbesugárzást alkalmaztunk.

Négy akut myeloid, 1 akut monocytás és 2 krónikus lymphoid leukaemiát észleltünk, közülük 3 halt meg. Három reticulosis eset közül 1-et vesztettünk el (23, 34).

Vizsgáltuk az alkalmazott kezelés (célzott, vak, tüneti és műtéti) és a betegségek kimenetele közötti összefüggést. Mivel a beteganyag heterogén és a kezelési csoportokban nem választottuk szét az egyes gyógyszereket, illetve egyéb kezelési módokat, következtetéseket csak óvatosan lehet levonni. A fertőző betegségekben kezeléssel értük el a legjobb eredményeket. E csoportból adódik a legtöbb gyógyult — 13 —, illetve tünetmentes — 9 — eset. Műtéti kezeléssel 4 esetben értünk el gyógyulást, 2 beteg azonban meghalt (endocarditis lenta, hasi tályog). Vak kezelés mellett az eredmények rosszabbak, 4 beteg meghalt, 7 állapota nem javult. A legrosszabb eredményeket egyedül



2. ábra.

tüneti kezelés mellett nyertük, mind a 3 beteg meghalt. Fertőző betegségben szenvedőink közül 3 kezelés nélkül meggyógyult.

Tumoros betegek körlefolysa lényegesen kedvezőtlenebb volt. Bár 3 esetben az operábilis állapotban levő tumort műtéileg eltávolították, egyéb kezelés mellett (cytostatikus gyógyszer, röntgenbesugárzás) legfeljebb tünetmentességet sikerült biztosítani. A többi betegcsoportban az eredmények valamivel jobbák. A nem diagnosztizált esetekben célzott kezelésről természetesen nem beszélhetünk. A vak és tüneti kezelés vagy a gyógyszert egyáltalán nem kapó csoport között a kimenetben lényeges különbség nem volt. E csoportból 1 beteg halt meg, akinek alapbetegségét a boncolás során sem sikerült megállapítani. Egy esetben történt laparotomia — nem vezetett diagnózishoz, a beteg hetek múlva spontán láztalan lett, 2 év óta tünet- és panaszmentes. 13 beteg meggyógyult, 6 tünetmentes lett minden kezelés nélkül is. E betegeken feltehetően atipikus infekció zajlott le. A 46 diagnózis nélküli betegből 13-nak azonban jelenleg is láza van, amely általában visszatérő, néhány napig vagy hétig tart. Hét betegen ezek közül a láz jelentkezésekor egyéb tünetet is észlelünk (gyorsult vörösvértest-süllyedés, balra tolt, toxicus fehérvérsejtkép), amely rejtett bakteriális góc mellett szól. Másik 5 betegen az immunelectrophoresisban és az LE sejtjelenség vizsgálata közben észlelt nem típusos eltérések azt valószínűsítik, hogy systemás betegség manifesztálódik. Egyetlen olyan esetünk van (21 éves nő), akit 3 éves észlelés után periodikus láz syndromának tarthatunk. E betegséggel Hegglin (14), magyar szerzők közül pedig Bartha (3) foglalkozott. A kórkép jellemzője, hogy a láz éveken keresztül ismétlődik, egyéb tünet nem kíséri, és kezelésre nem reagál (14. 26, 30).

Eseteink 60,5%-ában az első hónapon belül felállítottuk a diagnózist. További 16%-ban több hónap alatt, 23,5%-ban pedig nem sikerült a kórismét megállapítani.

Összefoglalva tapasztalatainkat:

1. Az utóbbi évtizedekben megváltozott az elhúzódó, ismeretlen eredetű lázas megbetegedések spektruma (4, 12, 16). Míg korábban a typhus, a malária és a tuberculosis jelentőségét emelték ki (16), újabban egyéb fertőző betegségek és a tumor okozta láz került előtérbe.

2. Ma is helytálló az a régi megállapítás, hogy a betegség hátterében nem annyira egy-egy ritka kórképre, hanem inkább valamely gyakori betegség atipikus megjelenési formájára kell gondolni (16).

3. Az indokolatlan vagy nem megfelelő adagban végzett antibiotikus vagy corticosteroid ke-

zelés veszélye nemcsak a rossz gyógyulási eredmény, hanem az is, hogy a klinikai kép és a kórlefolys megváltoztatása miatt a pontos diagnózist nehéz megállapítani.

Összefoglalás. Az elhúzódó, ismeretlen eredetű lázas állapotok okának felderítése nehéz, nem is jár mindig eredménnyel. A szerzők 6 év alatt 195 ilyen beteget észleltek, közülük 149 esetben állapították meg a diagnózist, 46 esetben (23,5%) nem tisztázták a kóreredetet. Az utóbbiak közül 13-nak már hónapok, évek óta recurráló típusú láza volt. Megvizsgálták a láz hátterében felfedezett betegségek megoszlását, az egyes vizsgálóeljárások diagnosztikus értékét, a láz kezdete és a kórházba utalás, illetve a diagnózis felállítása közötti időtartamot, továbbá a gyógyulás eredményeit. 40 beteget (20,5%) veszítettek el.

IRODALOM: 1. Abrams, H. L., Spiro, R., Goldstein, N.: *Cancer*. 1950, 3, 74. — 2. Adkins, C.: *Physiol. Rev.* 1960, 40, 550. — 3. Barta I.: *Orv. Hetil.* 1974, 115, 1863. — 4. Bloomer, W. E., Lindskog, G. E.: *Cancer*. 1951, 4, 1171. — 5. Böttiger, L. E.: *Acta Med. Scandinav.* 1953, 147, 133. — 6. Böttiger, L. E.: *Acta Med. Scandinav.* 1956, 154, 215. — 7. Browder, A. A., Huff, J. W., Petersdorf, R. G.: *Ann. Intern. Med.* 1961, 55, 932. — 8. Cluff, L. E., Johnson, J. E.: *Progr. Aller.* 1964, 8, 149. — 9. Editorial: *Lancet*. 1956, 2, 559. — 10. Geraci, J. C., Weed, L. A., Nichols, D. R.: *JAMA*. 1959, 169, 1306. — 11. Glotzer, S.: *New York J. Med.* 1953, 53, 2796. — 12. Greenburg, D.: *Arch. Int. Med.* 1952, 90, 395. — 13. Hegglin, R.: *Differentialdiagnose innerer Krankheiten*. Thieme Verlag, Stuttgart. 1972. 142. — 14. Hegglin, R., Uehlinger, E.: *Schweiz. med. Wschr.* 1964, 94, 675. — 15. Huhnstock, K., Kuhn, D., Oertel, G. W.: *Dtsch. med. Wschr.* 1966, 91, 1641. — 16. Keefer, C. S., Leard, S. E.: *Prolonged and Perplexing Fevers*. Boston, Little, Brown and Co., 1955. — 17. Keller, J. W., Williams, D.: *Arch. Surg.* 1965, 90, 494. — 18. Koch, G., Schumpelick, V.: *Dtsch. med. Wschr.* 1974, 99, 646. — 19. Laws, J. W.: *Brit. Med. J.* 1951, 2, 157. — 20. Magyar I.: *Belbetegségek elkülönítő diagnózisa*. Medicina. 1967. 446. — 21. Magyar I.: *Orv. Hetil.* 1957, 98, 1001. — 22. McGehee, A. H., Bordley, J.: *Differentialdiagnosis*. W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1970. — 23. Meachem, G. C., Weisberger, A. S.: *Ann. Intern. Med.* 1954, 41, 789. — 24. Methyldopa fever (ED) *New York State Journal of Med.* 1973, 73, 448. — 25. Mosonyi L.: *Határterületi differenciáldiagnosztika*. Medicina. 1966, 7, 14. — 26. Nilsson, S. E., Floredus, S.: *Acta Med. Scandinav.* 1964, 175, 341. — 27. Petersdorf, R. G., Beeson, P.: *Medicine*. 1961, 40, 1. — 28. Petersdorf, R. G., Bennett, I. L. Jr.: *Ann. Intern. Med.* 1957, 46, 1039. — 29. Petersdorf, R. G., Merchant, R. K.: *New Engl. J. Med.* 1959, 260, 565. — 30. Reimann, H. A.: *Medicine*. 1951, 30, 219. — 31. Roberts, H. J.: *Difficult diagnosis*. W. B. Saunders Co., Philadelphia, London. 1958. — 32. Ross, R. S., McKusick, V. A., Harvey, J. C.: *JAMA*. 1957, 165, 1. — 33. Siegenthaler, W. és mtsai: *Schweiz. med. Wschr.* 1972, 102, 593. — 34. Silver, R. T. és mtsai: *Amer. J. Med.* 1958, 24, 25. — 35. Wallach, J. B. és mtsai: *Ann. Intern. Med.* 1955, 42, 1206.

Városi Tüdőbeteg Gondozó Intézet, Nagykőrös.
Városi Kórház, Nagykőrös
Sebészeti Osztály (főorvos: Varga Endre dr.),
Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály
(főorvos: Ruttner Béla dr.)

Coitus következtében létrejött szabad hasúri levegő

Pál Endre dr., Varga Endre dr.
és Ruttner Béla dr.

Angolszász szerzők leírták (1), hogy az általuk felkutatott irodalomban 7 közleményt találtak, amelyek szerint terhes nők orogenitalis sexualis érintkezés következtében fellépett légembólia miatt meghaltak. Fenti szerzők saját észlelésüként a nyolcadik ilyen tragikus kimenetelű esetet közölték s cikkükben összefoglaló táblázatban ismertették mind a 8 halálos kimenetelű kórlefolyás körülményeit. Valamennyi eset közös jellemzője, hogy a betegek terhességük 20–28. hetében voltak, továbbá, hogy orogenitalis sexualis játék közben a hüvelybe fútt levegő pár perc alatt légembólia következtében halálukat okozta.

Közleményünkben coitus következtében létrejött 500–1000 cm mennyiségű szabad hasúri levegővel vizsgálatra került nőbeteg kóresetét ismertetjük. A kórlefolyás szerencsére nem járt tragikus következménnyel, de felhívja a figyelmet arra, hogy valószínűleg nem ritka a hasonló eset, és bár jelenleg inkább csak diagnosztikai nehézségeket okozott, de bekövetkezhett volna esetleg súlyosabb szövődmény is.

Kórlefolyás

A. J.-né 1955-ben született lakost kislánykorában tüdőszűrősen szokatlanul nagy, kétoldali meszes góccok miatt kiemeltük és kivizsgáltuk. Az előzmény adatai, a vizsgálati leletek és pubertáskora miatt minden évben ellenőriztük. Férjhez ment, és 1974. március 2-án szült a nagykőrösi kórházban, szövődmenymentes terhesség után. Említésre méltó adatok a szüléssel kapcsolatban: burokrepeztés, sűrű, zöld mekóniumos magzatvíz, távozáskor kissé subinvolvált uterus, zárt méhszáj, kp. szűk hüvely, ép portio, szabad környezet.

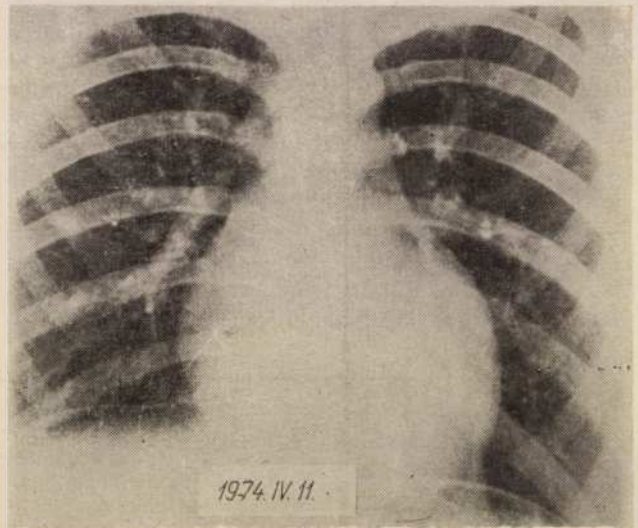
A kb. 20 km-re tanyán lakó beteget 40 nappal szülése után, április 11-én de. motorkerékpáron hozta

be férje vizsgálatra, a tüdőbeteg gondozóba, mivel terhessége miatt több mint egy éve amúgy sem volt ellenőrzésen, és mert pár nap óta nagyon fáj a deréka, háta.

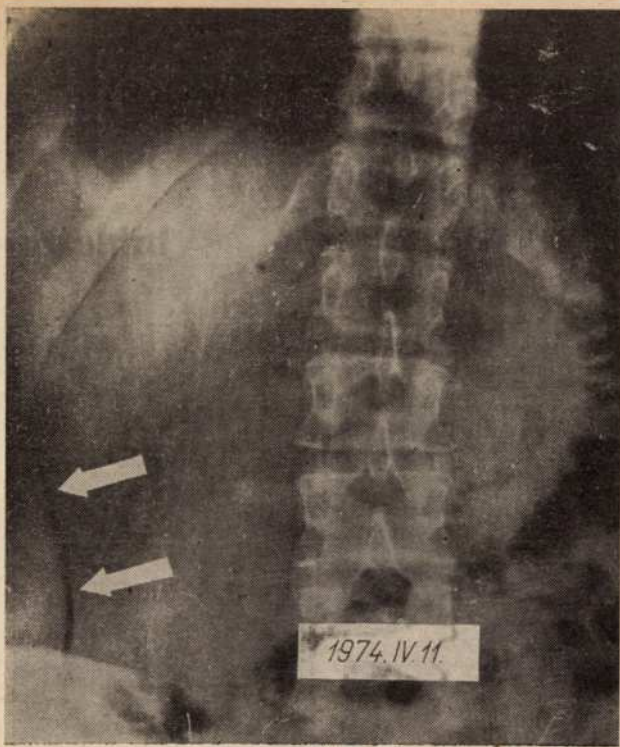
Vizsgálatkor a beteg bizonytalan deréktáji fájdalomról, hátfájásról panaszkodott, de nem köhögött, láztalan volt és fizikálisan sem hallgatózással, sem kopogtatással kórosat nem találtunk. Az 55 mm/óra We. érték miatt azonban — amit a gyermekágy ellenére kórosnak tartottunk — rtg-átvilágítást végeztünk. Ekkor meglepetésünkre a rekeszek alatt 2 ujjnyi szabad hasúri levegőt találtunk. Készült rtg-felvétel is, amelyen a régi meszes góccok változatlan képe mellett mindez látható volt (1. ábra).

A további külső vizsgálatkor ökölnyi, kissé fájdalmas izomvédekezést észleltünk az epehólyag táján, míg a has többi része teljesen szabad, jól betapintható volt. Ugyanezt észlelte a has fizikális vizsgálatkor a konziliumba áthívott szülész-nőgyógyász főorvos is.

Ekkor felvilágosítottuk a beteget, hogy hirtelen fellépett hasúri betegség gyanúja, valamint az esetleges műtéti megoldás miatt sebészeti osztályon történő azonnali elhelyezése szükséges. Ebbe bele is egyezett, azonban csecsemőjéről való gondoskodás végett előbb haza kellett mennie. Végül aznapi összesen kb. 60 km-es rázós úton történt motorkerékpározás után a beteg a kórház sebészeti osztályára került április 11-én du. 17 óra 30 perckor. Az itteni vizsgálatkor az alábbiakat találtuk: jó általános állapotban levő vékony nőbeteg, fizikálisan a has teljesen puha, jól betapintható, kóros resistentia vagy défense nincs, láztalan. P.: 72/min, RR.: 120/70 Hgmm. Fvs.: 7000. Mivel a jó általános állapot, a negatív hasi tapintási lelet, valamint az egyéb vizsgálatok adatai nem álltak összhangban a kétoldali rekesz alatti levegővel, feltehető volt, hogy a levegő nem üreges szerv perforációjának következménye, hanem a genitáliák felől jutott a szabad hasüregbe. Tekintve, hogy a vizsgáló sebész főorvosnak volt hasonló esete, az sem került műtetre, rákérdeztünk a betegre, aki ekkor elmondta, hogy a kisebb vérzés ellenére napok óta házaséletet éltek férjével, de mindéggyik érintkezés után jobban fáj az oldala, háta, mígnem azután az utolsó napokban annyira fokozódott a fájdalom, hogy önként jelentkezett a gondozóban vizsgálatra hátfájás miatt, mivel úgy is járt oda ellenőrzésre. A kórisme tisztázására üres hasi felvétel is készült, amelyen a rekeszek alatti szabad hasúri levegő árnyéka mellett a has jobb oldalán az adnexumok irányából lúdtollnyi levegőcsík árnyék haladt a jobb rekesz alá (2. ábra).



1. ábra.
Mindkét rekesz alatt kb. kétujjnyi hasúri levegő



2. ábra.
A jobb oldali adnexumok tájáról levegőcsík vezet a jobb rekesz alá

Így bizonyítottá vált, hogy a genitáliák felől jutott levegő a rekeszek alá.

Sebészi szempontból a beteggel tennivaló nem volt, ezért másnap áttettük további vizsgálatra, illetve megfigyelésre a szülészeti-nőgyógyászati osztályra.

Az itt, április 12-én végzett vizsgálatkor szabad környezetben rendes nagyságú és helyzetű uterust, a méhszájból kevés vérzést és a mellső boltozat áthajlásában vérzékeny hámrészletet találtunk.

A vérzési rendellenesség miatt exploratív curettage történt, melynek szövettani eredménye: retentio et endometritis post partum volt. Az ekkor készült rtg-felvételen még mindig látható szabad hasúri levegő a rekeszek alatt. Pár nap után a levegő felszívódott, amit a készült rtg-fotó is bizonyított, majd a beteg panaszmentesen távozott.

Az egy hónappal később végzett nőgyógyászati kontroll vizsgálatkor a panaszmentes fiatalasszonynál suturázott, p. p. gyógyult gát, kp. tág hüvely, rendes nagyságú uterus anteflexióban, szabad környezet, ép portio volt a lelet.

Megbeszélés

A 19 éves nőbeteg esetében első szülés után 40 nappal, előzetes többszöri coitus után, derék- és hátfájásos panaszok mellett szabad hasúri levegőt találtunk tüdőbeteggondozói vizsgálatkor. Ugyanakkor — feltehetően a megszorult hasúri levegő következtében — az epehólyag környékén kóros, fájdalmas izomvédekezés jött létre, ami miatt üreges szerv perforációjának gyanúja is felmerült. A sebészeti osztályra történt felvételig a beteg kb. 60 km-t motorkerékpározott mellékutakon. Valószínű, hogy a levegő által közvetve okozott epehólyag körüli izomvédekezés a fokozott mozgás és rázkódtatás miatt eltűnt a kórházi felvétel idejére, mivel ekkor a has betapintásakor már teljesen szabad volt. A beteg ezután szülészeti-nőgyógyászati

osztályon feküdt, ahol exploratív curettage történt, melynek szövettani eredménye retentio et endometritis post partum volt. Pár nap alatt a szabad hasúri levegő felszívódott és a beteget panaszmentesen hazabocsátottuk.

Tüdőgyógyászok előtt még a 15–20 év előtti tömeges hastöltések korából közismertek az első töltés utáni, különösebb bajt nem okozó, gyorsan múló fájdalmas izomvédekezések. Jelen esetben is hasonló jöhetett létre, csak a kiváltó okot nehezen találtuk meg. A fentebb említett tüdőgyógyász gyakorlat alapján a napi felszívódás a hasüregből pneumoperitoneum esetén kb. 80–100 ccm levegő.

Betegünk esetében — tekintetbe véve, hogy az utólagos rákérdéskor kiderült, miszerint szülés után már kb. 20 nappal elkezdtek a házaséletet s már egy héttel a tüdőbeteggondozói jelentkezés előtt voltak fokozódó hátfájásos panaszok s a rtg-vizsgálat szerint 5 nap után tűnt el a szabad hasúri levegő — legkevesebb 500 ccm levegőnek kellett lenni első észleléskor a hasüregben, nem számítva az előzőleg már felszívódott mennyiséget.

A női genitáliákon keresztül létrejött szabad hasúri levegő közismert, hiszen perflatio alkalmával művi úton is keletkezik. Coitus által létrejött szabad hasúri levegő esetéről irodalmi adat nem áll rendelkezésünkre, de ennek ellenére szinte biztonsággal állíthatjuk, hogy nyitott méhszáj és átjárható kürtök mellett sokkal gyakrabban jön létre, mint gondolnánk, csak éppen nem derül ki, hiszen jelen esetben is csak véletlen mellékletként ismertük fel.

Véleményünk szerint mindegy, hogy coitus vagy befúvás következtében jut levegő a női nemi szervekbe. Az így bejutott, bepréslődött levegő bizonyos praedispositiós állapot esetén okozhat légembóliát annak minden következményével. Úgy véljük, hasonló körülmények között nem árt erre a lehetőségre gondolni. Ha azonban ilyen extrém, súlyos következményre nem is, arra mindenképpen gondolni kell, hogy eddigi tapasztalataink alapján gyakrabban jön létre szabad hasúri levegő hasonló esetekben. Ha pedig ezt elfogadjuk, akkor az esetleges megtévesztő egyéb tünetek által provokált tennivalók (műtét?) mérlegelésekor a leírt lehetőségre is figyelni kell.

Összefoglalás. Szerzők 19 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinek esetében első szülés után 40 nappal szabad hasúri levegőt találtak. Véleményük szerint a szülés után körülbelül 20 nappal kezdett házasélet, a coitusok sorozata hozta létre nyitott méhszáj és kürtök mellett a kétujjnyi szabad hasúri levegőt, ami epehólyag környéki izomvédekezést is okozva, perforatio gyanúját keltette.

Szerzők megjegyzése

Betegünkön a fentiek után pontosan egy évvel alhali fájdalom, görcs, hányinger lépett fel. Előbb a kórház sebészeti osztályára került, majd áttették a szülészeti-nőgyógyászatra, ahol ruptura cystae corporis lutei miatt adnexectomiát végeztek. Műtétkor a hasi szervekben a fentiekén kívül más kóros eltérést nem találtak.

IRODALOM: 1. Fatteh, A., Leach, W. B., Wilkinson, C. A.: Forensic Science, 1973, 2, 247.

POTÉSEPT®

potenciált hatású sulfonamid

tabletta

HATÁS

A két antibakteriális hatású komponenst tartalmazó gyógyszer a baktériumok folsav-szintézisét gátolja. A Superseptyl a p-aminobenzoészav-dihydrofolsav, a trimethoprim a dihydrofolsav-tetrahydrofolsav fázisban gátolja a folsav-szintézist. E kettős ferment-blokkád útján ható kombináció a Gram negatív és Gram pozitív baktériumok jelentős részének növekedését egyaránt gátolja. A baktericid hatás többszörösre fokozódik, rezisztens baktérium-populáció kifejlődése igen lassú. Az epében magas koncentráció alakul ki, a vizelettel nagyrészt aktív formában ürül.

ÖSSZETÉTEL

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

JAVALLAT

Légúti infekciók (tonsillitisek, bronchitis chr., pneumoniák etc.).

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

Shigellosis. Cholera.

Typhus abdominalis.

Salmonellosis gastroenteritica.

Reconvalescentiában Salmonella- és Shigella-ürítés.

Ty. baktériumgazdaság, főként már cholecystectomizált bgnál.

Brucellosis. Gonorrhoea.

ELLENJAVALLAT

Máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, sulfonamid-túlérzékenység, valamint terhesség.

Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

ADAGOLÁS

A készítményt acut infectio esetén legalább 5 napon át kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig.

ÁLTALÁNOS ADAGOLÁSI TÁJÉKOZTATÓ FELNÖTTEKNEK

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

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

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

GYERMEKEKNEK

2-6 éves korban 2x $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ tabletta,

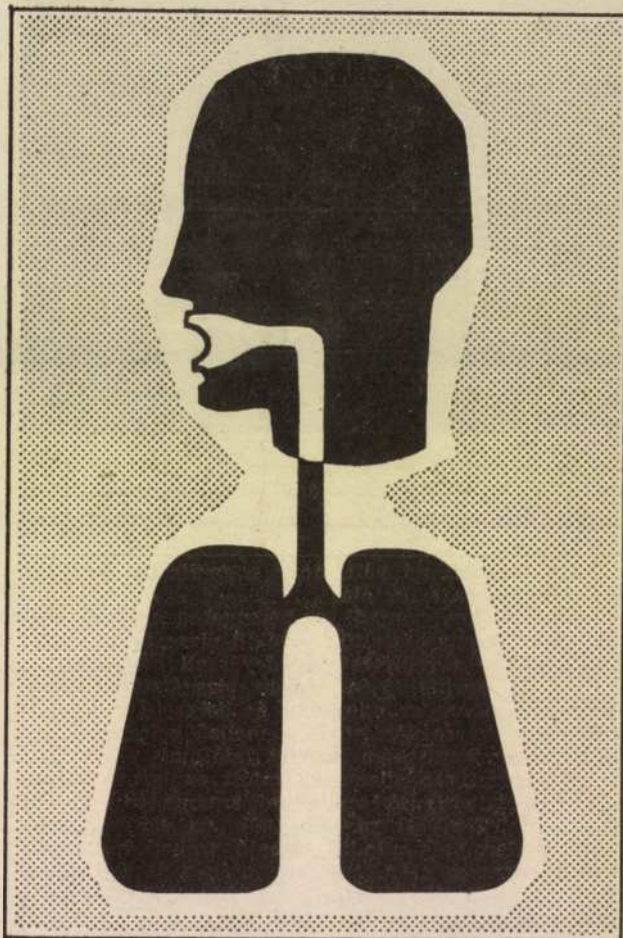
6-12 éves korban 2x $\frac{1}{2}$ -1 tabletta étkezés után.

Akut infekció esetén a fenti gyermekadagok rövid ideig (5-6 napig) tartó kezelés során a napi 6 mg trimethoprim + 30 mg Superseptyl testsúlykilogrammonkénti adag emelhetők, napi 2 egyenlő részre elosztva.

Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó.

MELLÉKHATÁSOK

Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, gyógyszer-exanthema. Ritkán múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás észlelhető (leukopenia, thrombocytaszám- és folsavszint-csökkenés). Ezek az elváltozások folsav adására gyorsan rendeződnek.



A mellékhatások főként tartós (3-8 hetes) kezeléskor észlelhetők, és emiatt ilyenkor teljes vérképkontrollok szükségesek (thrombocytaszám kontrollok is!).

FIGYELMEZTETÉS

A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről kell gondoskodni. Ha a kezelés alatt exanthema keletkezik, a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

MEGJEGYZÉS

✱✱ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján 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 tabl. 61,50 Ft.

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI**



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI
DOKUMENTÁCIÓS
SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója

17. szám

A tuberkulózis elleni küzdelem kibontakozása Magyarországon I.

„...Azon tiszteletteljes kérelemmel fordulok Nagyméltóságodhoz..., hogy az Erzsébet Tüdőbetegek sanatoriumába való felvételemet napi 4 korona ápolási díj mellett engedélyezni kegyeskedjék.”

A levél, amelyből idéztünk, 1903-ban kelt. Teljesült-e írójának a kérése? Nem tudjuk. Száz és száz hasonló kérvényt kapott egy évben a Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesületének elnöksége és az Erzsébet Királyné Sanatorium igazgatósága olyan tüdőtuberkulózisban szenvedő emberektől, akik számára a külföldi sanatóriumok, tengerparti vagy hegyvidéki üdülőhelyek anyagilag elérhetetlenek voltak. A néhány száz kérelmező azonban csak elenyésző töredéke volt a tbc-s betegek több százezres tömegének.

Magyarországon a századforduló idején évente 60–70 000 ember halálát okozta a tuberkulózis; az eseteknek kb. 90%-ában a tüdőtuberkulózis. A tbc-s betegek számát pedig a statisztikusok kb. hétszer annyira becsülték mint amennyien közülük egy évben meghaltak!

A múlt század utolsó éveinek (1896–1900) tuberkulózis halálozási átlaga hazánkban 37,5 tizezrelék, Németországban 19,4 tizezrelék, Angliában 19 tizezrelék.

Az óriási különbségre elsősorban az ad magyarázatot, hogy hazánk jelentősen elmaradt a gazdasági, társadalmi fejlődésben Európa két, akkor iparilag legfejlettebb államához viszonyítva. A nagy tuberkulózishalálozás az iparosodás, városiasodás kezdeteinek kísérőjelensége volt Európa minden országában. Azonban néhány évtizeddel később, amikor a gazdasági fejlődés következtében emelkedett a néptömegek életszínvonala, a tuberkulózishalálozás törvényszerűen csökkenni kezdett. Angliában ez a csökkenés 1861 és 1900 között 42,5%.

Magyarországon is a múlt század utolsó harmadában meginduló nagyobb mértékű iparosodás

velejárója volt a tbc, amely a fővárosban a 70-es években pusztított legerősebben.

Azonban nemcsak az emelkedő életszínvonal, a jobb közegészségügyi helyzet a javuló lakás- és munkakörülmények eredményezték a tbc nagyarányú visszaszorítását egyes nyugat-európai országokban. Megkezdődött a tudatos gyógyítómunka is, majd később a megelőző tevékenység. Döntő jelentőségű volt az, hogy 1882 óta már nem ismeretlen ellenséggel álltak harcban. *Villemin* már a hatvanas években állatkísérletekkel igazolta a tbc átolthatóságát, vagyis fertőző jellegét. 1882 márciusában *Robert Koch* a berlini Élettani Társaság előadásán jelentette be, hogy megtalálta a tbc kórokozóját.

A gyógyítómunka alapját azok a tapasztalatok adták, amelyek bizonyították, hogy a friss levegőn tartózkodás, a helyes táplálkozás, a megfelelő testmozgással kombinált fekvőkúrák áldásos hatással vannak a tbc-s betegre, sőt gyógyíthatóvá is teszik a rettegett kórt — annak kezdeti szakaszában. A múlt század ötvenes éveiben nyíltak meg az első tüdőbetegintézetek: a *Western Hospital* és a *National Sanatorium Angliában* (ezeknek korai elődje volt az 1814-ben alapított *Royal Hospital for Disease of the Chest*), a görbersdorfi intézet Németországban. Az utóbbinak az igazgatója, *Brehmer* és tanítványa, *Dettweiler* dolgozták ki a sanatóriumi kezelés alapelveit. A századfordulóra Európa különböző országaiban már számos magán- és népszanatórium működött. Az utóbbiakra volt nagyobb szükség, hiszen a tuberkulózis 80–90%-ban a szegények közül szedte áldozatait.

Az ilyen hatalmas tömegeket érintő és fertőző betegség esetén mint a tbc, a megelőzésnek és a betegek izolálásának a megszervezése tulajdonképpen még fontosabb, mint a gyógyintézetek felállítása. A múlt század vége felé az angol tuberkulózisegyesületek tagjai rendszeresen látogatták a betegek családját és oktatták őket, hogyan lehet megvédeni a még egészséges családtagokat a fertőzéstől. 1901-ben Lille-ben *Calmette* hozta létre az első mai értelemben vett tüdőbetegondozót, *dispensaire-t*. Németországban pedig dolgozni kezdtek az első Tuberkulose-Fürsorgestellek.

Magyarországon az 1890-es évek közepéig nem történt semmiféle állami vagy társadalmi kezdeményezés a pusztító betegség megfékezésére. Munkások, parasztok, kiskereskedők és iparosemberek tömegei éltek és dolgoztak olyan körülmények között, amely táptalaja volt a tbc-nek, s a betegek számára nem voltak gyógyintézetek, s nem volt olyan intézmény vagy szervezet, amely a tudatlanságot felszámolva igyekezett volna gátat vetni a betegség terjedésének.

A gyorsan nagyvárossá nőtt Budapest szegénynegyedeiben elképesztő volt a lakások zsúfoltsága. *Thirring Gusztáv* a budapesti lakáshelyzet és a tbc-halálozás összefüggését vizsgálva a következőket állapította meg: 29,7 tizezrelék a tbc-halálozás, ha egy szobában 1–2 személy lakik, 35,4 tizezrelék a tbc-halálozás, ha egy szobának 3–5 lakója van, s eléri a tbc-halálozás az 54,7 tizezreléket, ha 6 vagy annál több személy lakik egy szobában.

S a fővárosban nem volt kevés az olyan egyszobás vagy szoba-konyhás lakás, ahol 6 vagy annál több személy lakott, aludt és dolgozott. A népes családok gyakran még 1—2 albérlőnek vagy ágyrajárónak is helyet adtak. Havonta, negyed- vagy félévenként cseréltek bérlőt a lakások, és sem a háztulajdonos, sem a lakók nem fordítottak gondot a lakás állapotára.

A falvakban semmivel sem volt jobb a helyzet. Ott is egy lakóhelyiségben szorongtak a családok, akár rákényszerítette őket a szükség, akár nem.

Fáy Aladár közegészségügyi felügyelőként járta be Moson megyét 1906-ban, és a Belügyminisztériumnak tett jelentésében számolt be tapasztalatairól. Így ír a látottakról: „A módos sváb család saját házában lakik, van a konyhán kívül két-három minden tekintetben kifogástalan szobája; deszkapadlós, nagy ablakos, magas, világos, száraz helyiségek. Ebből azonban rendszerint csak egyet használnak; ha nyolcan vannak, mind a nyolcan ott alusznak, az ablakot nyáron zsákszövettel, ronggyal teljesen befödik, a meleg és a legyek ellen. Ennek folytán a szoba egészen sötét, szellőztelen egész nap. Télen az állapot még rosszabb. Az ablakokat sohase nyitják ki; jó, ha be nem ragasztják; azonkívül a takaréktűzhely is bekerül a szobába, tüzelőszerkímélés szempontjából”. Nyilvánvaló, „ha az ilyen családba csak egy tüdőbeteg egyén kerül, a mindennapi érintkezés és a vázolt egészségügyi ártalmak folytán csakhamar az egész család fertőződik”.

Hozzájárult ehhez még a parasztoknál a korlátlan napi munkaidő, az egyoldalú, gyenge táplálkozás és az a szemléletmód, amely a betegséget belenyugvással fogadta.

Az 1890-es évek második felében bekövetkezett a változás. Megmozdult az addig közönyös magyar társadalom, s ebben döntő szerepe volt *Korányi Frigyes*nek, aki akkor már egyetemi tanár, főrendiházi tag, Európa-szerte ismert orvos-tudós volt. *Korányi* tudta, hogy a tüdővész kezelésének módja és annak sikere a beteg társadalmi és anyagi viszonyaitól nem választható el. Vagyos beteget elküldhette a külföldi gyógyhelyekre, a szegények esetében szinte tehetetlen volt. Azonban nemcsak az egyes tbc-s betegek szomorú sorsát látta, hanem országos méretekben is érzékelte a tuberkulózis okozta súlyos problémát. Ez indította őt arra, hogy hazánkban elsőként emelje fel szavát a népszanatóriumok érdekében.

1894-ben a Budapesten tartott Nemzetközi Közegészségügyi és Demográfiai Kongresszuson *Leyden* professzor beszámolt azokról az intézkedésekről és intézményekről, amelyek különböző európai országokban a tbc elleni védekezés jegyében születtek. Magyarország neve sajnos hiányzott a felsorolt országok közül. *Leyden* előadása után *Korányi* bejelentette, hogy egy névtelen adakozó jelentős összeget juttatott el hozzá tüdőbetegszanatórium építése céljaira. Az első lépést követte a többi.

Korányi minden fórumon és minden eszközzel — hírlapi cikkel, a főrendiházban elmondott beszédével, személyes kapcsolataival — azon mun-

kálkodott, hogy kimozdítsa a magyar társadalmat közönyéből. Érvei egyaránt szóltak az észhez és a szívhez: hivatkozott arra, hogy milyen kárt okoz a nemzetgazdaságnak a sok ezer fiatal vagy javakorabeli ember évekig elhúzódó bétegsége és korai halála, s megrázó szavakkal tárta fel a tbc által sújtott családok szomorú sorsát. Megindult az országos gyűjtés, amely a Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesületének megalakulása után újabb lendületet vett. A hírlapi gyűjtést megindító felhívást *Jókai Mór* írta.

„Fölszólalok, mint egy ember és magyar. Van egy pusztító vész, mely áldozatait könyörtelenül elragadja. Ez a tüdővész. A rettegett ragályok, az ázsiai kolera, a keleti pestis nem oltanak ki annyira emberéletet, mint a tüdővész. Amazok ellen védekezhetünk határozatokkal: ez itt táboroz közöttünk. És hazánk, a szép Magyarország, az erőteljes magyar faj hazája, elsősorban áll azon országok között a statisztika megítélése szerint, ahol a tüdővész legtöbb áldozatot követel.” Majd beszámolván saját betegségéről és gyógyulásáról, a jó levegő és a sanatóriumi kezelés hatásos voltát hangsúlyozva, így folytatja: „Egy nagyszerű gyógyintézet emelendő fővárosunk legegészségesebb részében, a budai hegyek szélvédte völgyében, mely orvosi vélemény szerint a legszerencsésebb fekvéssel bír. Ezen sanatórium felállításához szükséges összeg előteremtésére hívjuk fel nemes érzésű közönségünket... Bizton hiszem, hogy mindenki, akiben istenfélő, hazát szerető szív dobog, tehetsége szerint sorakozni fog az intézmény létrehozóihoz. Áldás reájuk”.

1900. november 17-én megtörtént az ünnepélyes alapkövetétel a János-hegy és Budakeszi község közötti lejtőn elterülő — a fővárostól bérelt — telken. 1901. november 11-én pedig megkezdődött a betegfelvétel az ország első tüdőbetegszanatóriumában, a 116 ágyas Erzsébet Királyné Szanatóriumában.

A budapesti kezdeményezés hatása végiggyűrűzött az országon. Vidéken is tuberkulózis elleni egyesületek alakultak, gyógyintézetek létesültek. Az Erzsébet Királyné Szanatórium a megnyitása után 10 évvel a kétszeresére bővült, a szomszédságában pedig az I. világháború végén *Weiss Manfréd* alapítványából nyílt meg egy sanatórium. A kórházakban a tüdőbetegek részére igyekeztek külön osztályokat vagy pavilonokat felállítani. A beteg gyermekek számára néhány ún. erdei iskolát hoztak létre. 1944-ben — hazánk jelenlegi területét számítva — a tbc-s ágyak száma 6000 volt (beleértve mindenfajta felöltött és gyermekek fekvőbeteg-osztályt és -intézetet). Elfogadva azonban azt a megállapítást, hogy legalább annyi tbc-gyógyintézeti férőhellyel kell rendelkeznie egy országnak, mint amennyi az évi tbc-halálozás, Magyarországnak 1944-ben összesen 15 000 ágyra lett volna szüksége!

A kórházi tüdőosztályok nem voltak sajátosak: beépültek a kórház többi, egyéb osztályai sorába. A tüdőbetegszanatórium azonban sajátos kategória volt nemcsak külföldön, hanem hazánkban is. Ezért tartjuk szükségesnek az ilyen „népszanatórium” típus működését, feladatát, vala-

mint a gyógyintézmények között elfoglalt helyét részletesebben ismertetni.

Ami az akkori általános szanatóriumi szemléletre jellemző volt: megkülönböztették az ún. magánszanatóriumi, valamint a népszanatóriumi gyógyintézmény kategóriákat.

A magánszanatóriumok lakályos, kényelmes, szép berendezéssel, különszobákkal, bőséges személyi ellátottsággal, mindenekelőtt pedig a telepítésükkel — a vagyonos, jól fizető betegek hosszú tartózkodásra hívogató, korlátlan ideig tartó gyógykezelésre szóló igényét szolgálták. Ezért azokat hegyvidéken, klimatikus gyógyhelyeken vagy tengerparton építették fel, tekintet nélkül a költségkihatásokra.

Ezzel szemben a népszanatóriumok a vagyontalan, szegénysorsú betegek gyógyellátását szolgálták. Ezek a betegek vagy csekély összegű ápolási díj fejében, vagy teljesen ingyenes alapítványi, állami juttatásokból, betegsegélyző intézmények, társadalmi szervek, testületek, gyárak és egyesületek által fenntartott ágyakon, bel- és külföldi pénzsegélyekből, juttatásokból és egyéb támogatásokból kerültek szanatóriumi gyógykezelésre. Ilyen nagy jelentőségű külföldi pénzsegélyt vett át például 1920-ban *Korányi Sándor* professzor. *H. Munrótól* az angol társadalmi szervek megbízásából. A 10 000 fontos ajándékösszeg tetemes segítséget jelentett az I. világháború befejezése után a magyar tuberkulózis elleni küzdelem számára. A népszanatóriumokat tehát olcsó telekhelyeken, de jó levegőjű, erdős vidéken, ugyanakkor nem szükségszerűen hegyek között vagy tengerparton építették fel. Fontos volt, hogy közműtől és közlekedéstől ne essék messze, így a szállítás és az egész építkezés viszonylag olcsóbb volt. A népszanatóriumok berendezése célszerű volt, de nélkülözött minden fényűzést, otthonosságot, szinte puritánnak tűnt. Nem volt „vendégmarasztaló”, nem azért épültek, hogy a beteg hosszú ideig túl jól érezze magát bennük.

A tudószanatóriumok létrehozásában azonban voltak közös, alapvető követelmények — akár magán-, akár népszanatóriumról volt is szó — ez pedig az volt, hogy 1. tiszta levegő; 2. erdős környezet; 3. megfelelő vegetáció, szélétől védettség; 4. napos (lágylevegőjű) fekvés; végül pedig, hogy 5. izolált telepítésű legyen.

A népszanatóriumok 2—3—4—6 vagy ennél is többágyas kórtermekkel épültek.

Lényeges szemléleti különbség jellemezte a két típusban a gyógykezelés időtartamát. Míg a magánszanatóriumokban a jómódú, fizető betegek, bármilyen súlyos állapotukban, szinte korlátlan ideig gyógykezelhetők magukat, addig a népszanatóriumokban általában csak a könnyebb, gyógyítható, de legalábbis rövid idő után ismét munkába állítható betegek részesülhettek gyógykezelésben. Gyógykezelésük általában legfeljebb három hónapig tartott.

Az 1908. évi Bécsi Nemzetközi Konferencián elfogadták az ún. *TURBAN—GERHARDT*-féle stádiumbeosztást, amely a krónikus tbc-s betegséget súlyossági foka szerint 3 kategóriába osztot-

ta. Ez a kezdeti felosztás csupán fizikális vizsgálatokra épült, kopogtatással és hallgatódzással megállapítható elváltozásokat rögzített, azoknak területe és intenzitása szerint.

Később, amikor már a röntgenátvilágítás és -felvétel készítés diagnosztikai eszköze is rendelkezésre állt, minőségi megkülönböztetés vált lehetségessé. Így vált például kimutathatóvá a caverna. *Korányi Sándor* 1922-ben a Magyar Orvosok Tuberkulózis-Egyesületének V. nagygyűlésén elhangzott, az „*Idült tüdőtuberkulózis osztályozása*” c. előadásában részletesen tárgyalta a betegség különféle osztályozási módjait és lehetőségeit. Tekintetbe vette a röntgenes kórjelzés, a bakteriológiai és szerológiai vizsgálómódszerek jelentős eredményeit.

Míg a magánszanatóriumokban mindhárom stádiumba tartozó betegek gyógykezelésben részesülhettek, addig a népszanatóriumokban Európaszerte általában csupán az I. és II. stádiumba sorolható betegeket vették fel, azokat is csak rövid időre. Az Erzsébet Szanatórium egyik nagy vívmánya volt az, hogy III. stádiumba sorolt, szegénysorsú, súlyos betegeket is felvett gyógykezelésre, olyanokat, akik hosszabb ideig részesülhettek orvoslásban csekély összegű fizetés fejében vagy teljesen ingyenesen.

Az elért gyógyeredmények tekintetében az Erzsébet Szanatórium a saját beteganyagát 4 csoportba osztotta:

I. Klinikai gyógyulás; II. Megszilárdult munkaképesség; III. Visszanyert munkaképesség; IV. Csak tüneti javulás.

Az V. csoportba tartoztak azok a betegek, akiken még tüneti javulás sem volt észlelhető.

E cikkben nem ismertetünk országos, tételes százalékos számadatokat. Csupán példaként kiemeljük az Erzsébet Szanatóriumnak mint hazánk legnagyobb gyógyító tuberkulózis szakintézményének, tudományos és továbbképző oktató központjának és irányító szervének néhány jellemző beteganyagadatát.

Nézzük, hogyan alakult a betegek foglalkozási megoszlása: az Erzsébet Szanatóriumban a betegek túlnyomó többsége kistisztviselő, kisjövedelmű értelmiségi és diák, továbbá iparos volt; jóllehet népszanatórium volt, betegeinek csak kisebb hányada került ki a munkások közül. Ugyanakkor volt olyan tudószanatórium, ahol viszont túlnyomó többségben munkásokat gyógykezelték. Ilyen gyógyintézmény volt például az algyógyi szanatórium, amely az Áll. Vasgyárak dolgozóinak rendelkezésére állt.

Ami az életkor szerinti megoszlást illeti, az Erzsébet Szanatóriumban évtizedeken keresztül uralkodott a 15—30 éves közötti ápoltak száma. A harmincas évektől lényegesen emelkedett a 40—50 éves korcsoportba tartozó betegek száma.

Ilosvay Lajos vegyészprofesszor (1851—1936)

tevékenysége az Országos Közegészségi Egyesületben

A magyar vegyészet ebben az évben két évforduló kapcsán is megemlékezik a kémia egyik nagy magyar kutatójáról és terjesztőjéről, *Ilosvay Lajos*ról. Októberben lesz 125 éve annak, hogy az erdélyi Désen született a később oly sok érdemet szerzett tudós, és szeptemberben 40 éve, hogy Budapesten elhunyt a 85 éves férfiú, akiről most mint az Országos Közegészségügyi Egyesület tevékeny tagjáról illendő megemlékeznünk.

A kolozsvári református kollégiumban végzett középiskolai tanulmányai után gyógyszerészgyakornok lett, s gyógyszerész képesítésének elnyerése végett jött Budapestre. Itt azonban az a szenvedélyes tűz, amely *Than Károly*ból, a magyarországi kémia egyik vagy talán mondhatjuk a legkiválóbb képviselőjéből áradt, magával ragadta a fiatal egyetemistát úgy, hogy amikor azután megszerezte gyógyszerész képesítését, nem ment vissza a gyógyszerésztárba, hanem az egyetemen maradt ösztöndíjas vegyész növendékként, később *Lengyel Béla*, majd *Than Károly* tanársegédjeként.

Mint tanársegéd állami támogatással kétéves nyugati tanulmányt végzett. Németországban a híres *Bunsen* és *Baeyer* mellett tökéletesítette tudását és sajátította el a legmodernebb kutatási eljárásokat. Legtöbbet azonban Franciaországban, *Marcelin Berthelot* mellett tanult nemcsak a kémia szakkérdéseire vonatkozóan, hanem abban a vonatkozásban is, hogyan kell a szaktudomány intenzív művelését igen aktív társadalmi tevékenységgel összekötni. *Berthelot* ugyanis maradandó nevet szerzett mint tudós, ismeretterjesztő, tudománytörténész, kultúrpolitikus és miniszter egyaránt.

Berthelot intézetében érte 1882-ben *Ilosvay*t a műegyetem rektorának távirata, hogy a *Nendtvich Károly* nyugdíjazásával megürült műegyetemi kémiai tanszékre őt választották meg, egyben *Than Károly* rövid baráti javaslata, hogy a felajánlott állást habozás nélkül fogadja el.

A műegyetem akkor költözött új épületbe, a Múzeum körüli kisebbik épület volt ez, amelyben a kémiai tanszék teljes berendezési és beindítási munkája az új professzor feladata volt. Szinte segítség nélkül kellett mindent magának elvégezni. Emellett azonban volt ereje, hogy olyan tudományos munkát kezdjen el, amely rövidesen világra szóló eredményre vezetett. Az égés melléktermékeinek vizsgálata során a *Peter Griess* által javasolt reakciót nagymértékben finomítva, a salétromsav és nitritek addig észrevehetetlen mennyiségét is ki tudta nagy biztonsággal mutatni. A *Griess—Ilosvay*-reagenst a kémiai analitika az első különlegesen nagy érzékenységű reagensként tart-

ja számon a kémia története. Az ózon, az ammónia és a salétromsav kimutatását is tökéletesítette úgy, hogy nagyon is megérdemelten érte 1891-ben a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagsága.

A tanszékszervezés, az oktatás és a tudományos munka mindenkinek minden energiáját kimerített volna, *Ilosvay* azonban a *Berthelot*-tól tanult hivatástudattal, átérezve a tudósoknak a társadalommal szembeni felelősségét, minden percét felhasználta, hogy a társadalomnak használhasson. Felsorolni is igen sok lenne azokat a társulatokat, amelyekben *Ilosvay* tevékeny részt vett.

A legelső olyan közösség, amelyben vezető munkakört vállalt, a *Fodor József* és *Markusovszky Lajos* által 1885-ben összehozott Magyar Közegészségi Egyesület (1) volt, amelybe az alapítók az egészségügyben közvetlen érintett dolgozókon kívül másokat is beszerveztek, így technikai szakosztályba kívánta a műszaki tudományok és az ipar képviselőit csoportosítani. Ennek a szakosztálynak lett vezetője a műegyetem fiatal tanára, *Ilosvay*, itt csillogtatta meg először azokat a kiváló szervező, vezető képességeit, amelyekről később anynyira nevezetessé vált. Agilitása alapján 1890-ben beválasztották a választmányba, s később *Fodor József* 1901-ben bekövetkezett halála után, 1903-ban, benne találták meg azt az embert, aki a nagy lendülettel elkezdett munkát az egyesület elnöki székéből tovább irányíthatta.

Egymás után több közgyűlés megújította tiszttségében és ő vállalta mindig a munkát még akkor is, amikor a sokkal nagyobb jelentőségű Természettudományi Társulat 1906-ban titkárává választotta, s a társulat lapja, a Természettudományi Közlöny szerkesztőjeként is végzett hatalmas munkájával kitörölhetetlen betűkkel írta fel nevét a hazai tudományos ismeretterjesztés történetébe. Amikor 1914-ben a Természettudományi Társulat elnöke lett, a Természettudományi Közlönynek csak főmunkatársa maradt, mindkét tiszttségében 1936-ban bekövetkezett haláláig.

Az Országos Közegészségi Egyesület elnöki tisztét is 1920-ig, tehát 17 éven át viselte, akkor is, amikor közben az említettekén kívül is sok más tisztsége volt, 1910—17-ig országgyűlési képviselő, 1914—1917-ig közoktatásügyi államtitkár is volt.

Az biztos, hogy nem a szereplési vágy tartotta őt az elnöki széken, hanem az a meggyőződése, hogy munkaerejét jó cél érdekében áldozza. „*Ha volt valami becsvágyféle — mondotta —, ami az elnökké választás elfogadására késztetett*” az volt, hogy „*resteltem volna, hogy magamban még anynyira se bízzam, mint azok bíztak, akik a választással kiűntettek*” (2).

Az elnöki működésének sok részletét megismerhetjük az egyesület lapjából, az *Egészségből*, hogy hányszor tartott az évi közgyűléseken elnöki megnyitót és hogy ott mit mondott, mi volt a véleménye a választmány ülésein, a bizottsági üléseken, hányszor tisztelte meg jelenlétével a felolvasóüléseket és az egyesület másfajta rendezvényeit, hányféle delegációt vezetett a legfelsőbb szervekhez, ahol éppen az ő nagy tekintélye nyitott ajtót és biztosított meghallgatást számukra.

Mindenben folytatója akart lenni Fodor József működésének. Először is azt akarta befejezni, ahol Fodornak nem sikerült lényeges eredményt elérnie, azt, amiért Fodor a technikai szakosztályt létrehozta. Már 1903 áprilisban, amikor elnöki székébe lépett, kifejtette, hogy „véleményem szerint meg kell nyerni a műszaki téren és iparvállalatok élén működők támogatását, hiszen ezek tartoznak gondoskodni a munkások jólétéről” (3). Ez volt talán az egyetlen olyan próbálkozása, amelyről 3 év múlva be kellett vallania, hogy a műszaki férfiak, nagyipari vállalatok tulajdonosai, vezetői megnyerése nem sikerült (4). Később erre már különösebb energiát nem is fordított.

Annál több erővel igyekezett az egészségügyi ismeretek terjesztését szorgalmazni, hogy — mint mondta — „a hazánk egyetlen lakója se pusztuljon el hamarabb, mint akkor, amikor a természet intézkedése szerint megérett a halálra” (5).

Az egészségügyi ismeretek terjesztésében különösen nagy szerepet szánt az iskolaorvosoknak és egészségügyi tanároknak. Már 1903-ban az iskolaorvosi és egészségügyi szakbizottság delegációját vezette *Wallacs Gyula* vallás- és közoktatásügyi miniszterhez, kérve, hogy a tanítóképzőkbe is vezessék be az egészségügyi tanítást, de azt ne pedagógus, hanem az iskolaorvos tartsa (6). Az 1905. évi közgyűlés elnöki megnyitójában is igen részletesen foglalkozott az iskolaorvosok és egészségügyi tanárok munkakörével (7).

Nagyon méltót tüntetett ki az Iskolaorvosok és Egészségtanítók Szakbizottsága, amikor *Schuschny Henrik dr.* elnök javaslatára 1912-ben *Ilosvayt* a bizottság tiszteleti tagjává választotta.

Az iskolás ifjúság egészségvédelmét rendkívül szívén viselte, s a testnevelés erősítését szorgalmazta. Az volt a véleménye, hogy „Gondosan kell vezetni — mondotta — a test nevelését, hogy a szellem kifejtése eredményesebb legyen” (9). Ezt úgy vélte legbiztosabban elérni, ha az iskolai testnevelés irányítását az iskolaorvosoknak kell irányítaniuk.

Az iskolai testnevelés ügyének támogatására felhasználta azt a lehetőséget is, amely az 1910-es országgyűlési képviselővé választásával nyílt meg. A kormánypárt programjával, ellenjelölt nélkül nyerte el a magyarországi kerületi képviselőségét. A kormány akkor a szélsőségesen reakciós *Tisza István* kezében volt, s ha az egész kormánypártot róla ítélnék meg, *Ilosvayról* is rosszakat kellene mondanunk, látnunk kell azonban, hogy a képviselőséget csak azért vállalta, hogy szószólója lehessen azoknak a kulturális és egészségügyi problémáknak, amelyek őt olyan nagymértékben foglalkoztatták. Ismerjük azt a képviselőházi beszédét, amelyben az ifjúság (elsősorban a műgyetemisták) testi nevelésének fokozottabb anyagi támogatásáért, egyben az iskolaorvosok nagyobb ez irányú iskolai jogköréért emelt szót.

A másik kérdés, amelyik *Ilosvayt* már régebb óta izgatta, a táplálkozás tudományos alapokon történő megvizsgálása. A Természettudományi Társulatban 1910-ben javasolta, hogy járjanak közbe olyan élelmiszer törvény megalkotása ügyében, amely az egészséges táplálkozás biztosítását

szolgálhatná. Feltétlenül az a tényező is kapcsolta *Ilosvayt* a Közegészségi Egyesületbe, hogy itt találta meg törekvéseihez a megfelelő megértést. „A táplálkozás ügyének nagy jelentőségét tudommal — mondotta 1907-ben — csak egyesületünk méltatta figyelmére” (11).

Gondolt azonban nemcsak az egészséges táplálékok biztosítására, hanem arra is, vajon a széles néptömegek életszínvonala úgy alakul-e, hogy azt megszerezhetik-e. 1907-ben például azt állapítja meg, hogy 15 év alatt 50%-kal nőtt a táplálkozás és a fűtőanyagok beszerzési ára (12).

Természettudományos oknyomozással próbálta megfejteni az egészséges élet különböző mutatóit. 1909-ben elnöki megnyitójában azt elemezte, hogyan lehetne megmagyarázni azt az adatot, hogy a monarchiában Magyarországon viszonylag több ifjú bizonyul a sorozáskor katoná-alkalmasnak, mint Ausztriában. Azt mondja, hogy „az igazságtól nem járok távol, amikor azt állítom, hogy a létezőt való küzdelemből származó kiválogatás”... alapján „azok, akik súlyosabb megpróbáltatásokon mentek keresztül, valószerűen nehezebben pusztulnak el”. Soviniszta elfogultság nélkül beszél arról, hogy Magyarországon is vezet a magyarság egészsége a nemzetiségek fölött, mert — szerinte — „a különbségek nyilvánvaló oka, hogy a magyarok vidékeken jobb a mód, a gyermekkorba kevesebb a nélkülözés, fejlődés közben tartalmasabb a táplálkozás, nagyobb a tisztálkodás, világosabb és levegősebb a lakás” (13).

Nem jutott el a később helyesnek bizonyult nézethez, de mindenben méltányolnunk kell azt az akaratot, hogy tudományos álláspontot foglaljon el. Így például, amikor mint az Országos Közegészségi Egyesület elnöke nyilvánított álláspontot a temetés és hamvasztás kérdésében, észrevételeinek ellentmondásai is tiszteletre méltóak. Részben talán hagyománytisztelete is inkább a temetés mellé állította, de tudományos alapossgal vizsgálta meg az ellentétes nézeteket. Azt, hogy a holttestek bomlása megfertőzi a közeli kútvizeket, gyerekkori emlékével felfolta meg. Elmondta, hogy Kolozsvárt „én is, mások is, mihelyt az időjárás engedte, a temetőbe jártunk tanulni”, s amikor megszomjaztak, a temető forrásából ittak, senkinek sem lett semmi baja. Szülővárosomban, Désen 1873-ban kolera pusztított, és a járvány nem a temetők melletti városrészekből szedte áldozatait.

A halotthamvasztás elleni tudományosan átgondolt érvek között említette meg azt is, hogy bűnös esetekben az utólagos vizsgálatot lehetlenné teszi, de még azt is, hogy a rothadáskor a test nitrogéntartalma a növények által felhasználható ammóniává alakul, míg a hamvasztás során főleg elemi nitrogén keletkezik. Nem vetette el, egészségügyi szempontból nem is vethette el végleg a hamvasztás kérdését, hanem előbb említett ellenérveire ellenére azt mondotta: „Addigra pedig, míg nálunk az első krematórium felépül, lesz idő azon is gondolkodni, hogy az igazságszolgáltatás és a természettudomány kárára mutatkozó akadályok miként háríthatók el legjobban” (14). Aki ismeri azt az éles harcot, amely végül a negyed évszázaddal később létesített első krematórium, a debre-

ceni körül lezajlott, *Ilosvay* akkori tárgyilagos álláspontját mindenképpen a leghaladóbbak egyiké-
nek ismeri el.

A Közegészségi Egyesület elnökeként olyan kérdésekben is állást kellett foglalnia, amely kérdések körül a vita még ma sem ért véget, ilyen volt a *nemi felvilágosítás kérdése*. Teljes mértékben híve volt a felvilágosításnak, de a határok és módok megválasztásában különösen az iskolákban, igen nagy óvatosságra intett. Az volt a nézete, hogy az egyesület egyik rendezvényének jó eredménye éppen annak volt köszönhető, hogy megtalálták a helyes utat, mert mint mondotta, „csak a szeméremérzet tiszteletben tartásának tulajdoníthatjuk azt a bámulatos nagy sikert, amelyet az »Anyák iskolája« elért” (15).

Természetesen foglalkozott az *alkoholos italok* fogyasztásának kérdésével is, nagy megértéssel támogatta az OKE Alkohol Bizottságát munkájában (pl. 16). 1907-ben *Wekerle Sándor* miniszterelnökhöz, *Kossuth Ferenc* kereskedelemügyi miniszterhez, *Andrássy Gyula* belügyminiszterhez küldött-
ség élén vitte el a választmány memorandumát, hogy „a vasárnapi munkaszünetet terjesszék ki a szeszes italok — elsősorban pálinka — kimérésével foglalkozó üzletekre is”. Nem *Ilosvay*n múlt, hogy a megígért korlátozó intézkedések végül is nem valósultak meg (17).

Olyan kérdésekben is elnöki tevékeny támogatásában részesítette az egyesület egyes szerveit, amelyek foglalkozásától és érdeklődési körétől távol estek. Az Egészség 1904-es egyik számában olvassuk például, hogy az OKE memorandumát az *építésügyi szabályzattal* kapcsolatos állásfoglalását átadták *Tisza István* belügyminiszternek, és akkor „*Ilosvay Lajos* mint a küldöttség vezetője hosszabban kifejtette” az egyesület véleményét (18).

Még sok hasonló mozzanatot tudnánk felemlíteni elnöki működésének köréből, de nem is a témák sokfélesége az, amiért nevét az Országos Közegészségi Egyesület történetében számontartjuk, hanem az, hogy teljes szívvel és harcos lélekkel magáénak vallotta a közösség jó ügyét, aki azonban azzal is jól szolgált a *Fodor József* által megalapított egyesületet, hogy reálisan nézte a kérdéseket. Tagtársait is figyelmeztette: „*Ne kívánjunk olyan intézkedéseket, a melyeket az államhatalom, legalább is egyelőre, nem teljesíthet*” (19).

Amikor megvált az egyesület vezetésétől, mint a Természettudományi Társulat elnöke, az évi közgyűléseket mindig egy-egy országos érdekű kérdéssel foglalkozó beszéddel nyitotta meg. 1923-ban „Egészséges táplálkozás biztosítása egységes élelmiszertörvénnyel” címmel értekezett (20). Amikor az újjáalakított felsőházban felszólalt a természetvédelemről, a mai közegészségügy egyik központi kérdését választotta tárgyául (21).

Ma, amikor egész társadalmi rendszerünk, a szocializmus a közösséget és abban az egyes embereket tartja legfontosabb céljának és egyben erejének is, megbecsüléssel kell meghajtanunk a kegyelet zászlaját azok előtt, akik a közösségért fáradhatatlanul tevékenykedtek, így *Ilosvay Lajos* nevét is kiemelkedő tisztelettel kell megőriznünk.

Szökefalvi-Nagy Zoltán dr.

Mátyus István: a felvilágosítás erdélyi orvos-pionirja

Szumowski írja, hogy a XVIII. századot a „filozófia” jelzővel tisztelték meg. Szerinte a jeles gondolkodók mellett ez megillette, mert „a bölcsészet kezdett átszivárogni a nép közé”. *Voltaire* és *Rousseau* korában ez csak a polgári fejlődés bizonyos fokán a descartes-i és empirista filozófia társadalmi hatására vonatkoztatható. A természettudomány a korabeli vívmányaival a bíráló mellett kétségtelenül új életfelfogást, magatartásformát is követelt. A morál és törvény újszerű vonása tűnik föl. A természettudóstól, így a filozófustól „az emberi test törvényeinek eredetéhez” kíván kutatómunkát, a klinikust a közvetlen megfigyelés részleteire ambicionálja a betegágy mellett.

A leydeni orvosi iskola szelleme *Hermann Boerhaave* pedagógiai heroizmusa nyomán erőteljesen sugárzik szét. Tanítványai közül *Albert Haller* a Göttingában az 1737-ben alapított egyetemen az újkori élettannal, *van Swieten* 1745-ben a bécsi egyetem orvosi karának újjászervezésével jelentik a magaslatokat: a jóltevő felvilágosultság lendületét. *De Haen* a betegek aprólékos megfigyeléseit summázta több mint tízkötetes monográfiában. Altalánosan jellemző ezekre a nagy orvosegyéniségekre, hogy ismeretanyagukat fáradhatatlan munkával enciklopédista terjedelemben dokumentálták.

Az orvostörténeti korszaknak ebben a reliefjében tűnt föl munkásságával az erdélyi *Mátyus István*, akinek vállalkozószellemét az utrechti egyetem avatta reformatori hivatástudattá. *Spielmann József* „Másoknak világitva” című életrajzi művében drámai feszültségű történelmi miliőben állítja eléink egyéniségét.

A marosvásárhelyi kollégiumban a pestisjárvány idején kezdődtek diákévei. A zárt templomok, engesztelő böjtök, az utcákon lobogó tüzek, az orvoshiány mélységesen szorongató valósággal jelentették számára a város tehetetlenségét. A kolozsvári orvosdoktor, *Pataki Sámuel* olvasásra ajánlja *Apáczai* műveit. A nagy pedagógus utrechti fölvilágosultsága mint elvetett mag ekkor már kicsírázott a Bethlen- és Rákóczi-kollégiumokban, Gyulafehérvár, Nagyenyed és Kolozsvár tanárainak szellemében. *Apáczai* filozófiai nyelve magyarul szólalt meg és foglalta kora tudományát hazai ízű fogalmakkal enciklopédiájába. Az ő logikája nyomán kereste *Mátyus István* a vásárhelyi diák az ésszerű módszert a pestis megfékezésére.

Orvosi pályaválasztásában elhatározására impulzust jelentett *Pápai Páriz Ferenc* intelme a pestisről írott fejezetében: „*Egy kórság a természetből vett eszközzel gyógyítható. Rendes és szabatos eszköz szükséges a csudatétel helyett*”. A vizsgáló bizottság 1754 márciusában „az orvosi nemes mesterségre” ajánlja a kibédi lófőszékely ifjút. Az ajánláshoz a bécsi császárnőnek, *Mária Teréziának* kézírásos jóváhagyása szükséges. A

Compilata Constitutio III. részében a külső országokba való kimenés feltételeit szabályozó cikkelyt 1752-ben módosították. A korábbi fejedelmi engedélyt, amely szabad utat biztosított az ifjaknak külföldre, eltörölték. Az ajánlottak tehetségéről kiállított bizonyítvány alapján a főkormány-szék útlevelet állított ki, amelyet mint hűségi biztosítékot az udvarban be kellett mutatni. Az így nyújtott hozzájárulás csak azokra vonatkozott, akik a szükséges költségekkel rendelkeztek, ill. ezt az összeget pártfogóik biztosították. Tilalmat jelentett „az adózó néptől faluról-falura kikoldult alamizsnák” esetében.

Utrecht jelképnek is tekinthető választás a konzervatív Sorbonne-nal szemben. Szeptemberre megérkezett a bécsi hozzájárulás. Az ökrösszekér, amelyen Pestig kocogtak, sorra vette föl az erdélyi és debreceni kollégiumok jelöltjeit. A kontinentális úton, Boroszló—Berlin vonalán, majd az Elba folyón eljutottak Hamburgig. Innen tengeri úton november elején érkeztek meg a Rajna régi ága melletti városba, Utrechtbe. *Kolozsvári Sámuel*, az öregdiák fogadta az újoncokat és vezette őket szálláshelyükre.

Az egyetem a leydeni új szervezés szerint oktatott az orvoskaron. Első évben bonctan, kémia és botanika voltak a tantárgyak. Tavasszal a fűvészkertben tanulmányozták a gyógynövényeket. Utóbbi két tárgyat ugyanaz a professzor adta elő. *David Hahn*, a fizikus, csillagász és filozófus, aki a szervezet fizikai elemeinek kémiai változásait hangsúlyozta, a két tárgykör együttes előadását tartotta szükségesnek. A második évben a tizenkét ágys klinikán oktat a *Boerhaave*-tanítvány, *Oesterdijk Schacht* professzor.

Ami döntő befolyást gyakorolt az erdélyi tanítvány későbbi tevékenységére: a megelőzés, a higiénia, az életmódalakítás princípiuma volt. A disputációk — egyre igényesebb beszámolók — készítik elő *Mátyust* a disszertációra. Dolgozatát az elmebetegség megfigyelése alapján írta a lelki kórtanhoz csatlakozó szervi elváltozásokról. A korábbi „székhely” erőltető, részben dinamikus (keringő pneuma) szempontú lélekmeghatározással szemben ő a fiziológiai háttér — a szervezet folyamataival összefonódó lelki jelenségek — felé tárta föl a kaput. Az eminensnek kijáró elismerésnek *Wesprémi István* is tanúja lehetett, aki nemrégiben tért vissza Londonból és a himlőoltás kezdeti sikereinek hatására lelkesülten adta elő inokulációs hipotézisét a pestis leküzdésére.

1756 júniusában avatták orvosdoktorrá azzal a kivételes jogkörrel fölrüházva, hogy a katedrán nyilvánosan taníthatott. A följánlott státus helyett a hazai gyakorlatot választotta: a marosvásárhelyi magisztrátus évi száz forint díjazással alkalmazta. További élete elkeseredett gyakorlat a jóltevő felvilágosultság és a babona, a magisztrátusi közöny sorozatos összeütközéseiben. 1724 óta a Pozsonyban székelő Helytartótanács mint legfelső egészségügyi hatóság közvetítette *Mária Terézia* közegészségügyi rendelkezéseit Erdély tartományi területére. A városi orvosnak időszakos jelentéseket kellett küldenie a közegészségügyi állapotokról a gubernium egészségügyi főhatóságnak,

amely Nagyszebenben székel. *Mátyus*nak be kellett látnia, hogy a városi-megyei hierarchia konzervatív fogójában, a szék hatalmával szemben ésszerű reformjait aligha érvényesítheti. Az utcákon sár, bűzlő hulladék, állatok temetetlen tetemei, a mészárosok nyílt tevékenysége a piacereken olyan közegészségügyi állapotot jelentettek, amelyek megszüntetésére tett javaslat vállvonogatást, kézlegyintést, a fenyegető erély pedig a rebellis vádját vonhatta maga után.

Az életmód, a helytelen szemlélet megjavításának reményében fog neki az írásnak. Marhavész, boszorkánypör, a székekkel való viaskodások közepette írja meg a „*Diaetetica*” első kötetét (azaz: A jó egészség megtartásának módját fundamentumosan előadó könyv). Eközben a török birodalom felől betört a pestis, az aszályos év nyomorúságos termése, éhínség kavargatja föl az erdélyi közállapotokat. *Mátyus* a kenyérhez elegyítendő materiát keresi, majd pityókát, földi almát és hüvelyeseket, répát, vízisóskát javasol tápszerkiegészítésnek. Nyilvánosságra hozza a pékek csalását, a kenyérbe kevert kréta-gipsz pótlékok veszélyességét. Hivatásának legnagyobb eredményeképpen a pestis megfékezését tartotta egy karanténzott községben. Ez volt az erélyes és fáradságos munka közegészségügyi gyümölcse.

Harmincnyolc éves, amikorra könyvének első részét kinyomtatják. A második rész írásába a gyermekágyasok tudatlanságán, rendetlen diétáján megütköző elkeseredése hajszolja. Elhatározza, hogy az álszemérem ostoba korlátját áttöri, új kötetében a nehéz szülésről fog írni. Kolera, pestis, vérhas irtja a fiatalságot. Az éhezők és megfélemedettek Moldvába vándorolnak. A milíciák lázadását véres rendszabályok torolják meg. *Wesprémi Istvánnal* levelez a bábamesterségre tanító könyvről. Borvizek forrásait keresi föl, elemzési metódusokat dolgoz ki. *II. József* erdélyi szemleutazása előtt elkészül a „*Diaetetica*” második kötetével. Kézművesek és bányászok betegségeivel foglalkozik, amelyekről az Ó- és Új *Diaeteticában* értekeznek. Az 1747. évi törvénycikk lehetővé tette a jobbágyoknak, hogy földesúri kiegyezéssel bányászatot üzhettek és rendkívüli adók alól mentesülhettek. A megnövekedett létszámú bányászok között egyre inkább manifesztálódtak a foglalkozási ártalmak, különösen a fekete ón, kéneső, gálickő ártalmas salakjaival, gőzeivel történő mérgezések. Más, bűzös anyagokkal dolgozók mint a vargák, tímárok, szücsök műhelyeit a városon kívül, folyóvizek mellé kívánta helyeztetni.

Megérte *II. József* halálát és a föllobbanó nemzeti patriotizmust. A „kívülről”, hatalmi szinten erőltetett felvilágosodás helyett abban az újban reménykedett, amely a nyelvi megújulásban az erdélyi tudós társaság létrehozásában gyökerezett. Az öregedő tudós ösztönösen is megérezte az új századot, a saeculum historicumot, amely az ésszerűség klasszikus eszmeiségével szemben romantikus lendülettel hozta forrongásba a „népszellemet”.

Vladár Imre dr.

Az MTA hírei

A Magyar Tudományos Akadémia 1976. évi közgyűlésén a MTA rendes tagjává választották *Bálint Pétert* (vesefiziológia), *Holló Jánost* (bioménerőki kutatások), *Kesztyűs Lórándot* (immunbiológia), *Radnót Magdát* (szemészet), *Tarján Imrét* (fizika) és *Tigyi Józsefet* (biofizika); a MTA levelező tagjává választották *Antoni Ferencet* (biokémia), *Keleti Tamást* (biokémia), *Petri Gábort* (sebészet) és *Salánki Jánost* (neurobiológia, fiziológia).

Az MTA elnöksége a közgyűlésen akadémiai díjban részesítette *Szabó Györgyöt*, az orvostudományok doktorát, az Országos Traumatológiai Intézet tudományos tanácsadóját a nyirokkeringés élettanának és kóroktatásnak vizsgálatáért és *Palkovics Miklóst*, az orvostudományok doktorát, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Anatómiai Intézete kvantitatív hisztológiai laboratóriumának vezetőjét, a központi idegrendszer magcsoportjának izolált kivételére vonatkozó új mikromódszer kidolgozásáért.

A Tudományos Minősítő Bizottság *Almási Klárát* „A serum-lipidek, a serum-fehérjék és a liquor-lipidek változásainak vizsgálata delírium tremensben” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává.

Balázs Györgyöt „Pajzsmirigyirákok klinikopatológiai vizsgálata és a sebészeti kezelés szempontjai” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Csiba Árpádot „Az ameloblastomák pathomorphológiája” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Czigner Jenőt „A supraglotticus kiindulású gégerákok partialis gégeresectionis sebészeti terapiája” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Entz Albertet „A tüdő tbc-s betegek rehabilitációjának módszertani és szervezési kérdései” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Flautner Lajost „A kísérletes pancreas-transplantatio egyes kérdései” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Forgács Sándort „A csontrendszer elváltozásai cukorbetegségben” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Ahmed Mostafa Kamal Ahmedet „Az amygdalaris magrendszer Golgi és elektronmikroszkópos szerkezete” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Kazinczyné Vas Máriát „A konformációs motilitás tanulmányozása glicerinaldehid-3-foszfát dehidrogenázon” című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Kékes Edét „Az apexcardiographiás módszer értéke myocardialis infarctusban” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává.

Kiss János Istvánt „Antibiotikumok klinikai

farmakológiai vizsgálata a mellkasbeészetben” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Kóbor Józsefet „A terhességet befolyásoló komplex tényezők vizsgálata Baranyában társadalomegészségügyi szempontból” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Kónya Lászlót „A sebészi beavatkozás helye a mellkasérültek kezelésében” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Krasznai Gézát „Gyógyszerek okozta nyirokcsomó elváltozások kliniko-pathológiai és experimentális vizsgálata, azok differenciál-diagnosztikája” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Kudzeviciute Liuciját „Az EEG vizsgálatok jelentősége a korai újszülöttkorban” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Magdányi Lászlót „Indazolok szintézise és biológiai hatása” című disszertációja alapján a kémiai tudományok kandidátusává;

Masszi Józsefet „A pemphigus terapiája” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Mechler Ferencet „Az ép és a károsított peripheriás ideg és izom működésének polygraphiás vizsgálata” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Molnár Józsefet „A Bacillus-anthraxis egy új virulencia faktorának tanulmányozása” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Patthy Lászlót „A hisztidin operon szabályozása Escherichia coli K 12-ben” című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Regdon Gézát „A kúpélesztést és a kúpok gyógyszerleadását befolyásoló tényezők tanulmányozása gyógyszerkeletológiai és biofarmáciai szempontok figyelembevételével” című disszertációja alapján a gyógyszerészeti tudományok kandidátusává;

Selmecei Bélát „A tabletták szerkezetét és fizikai sajátságait, valamint a darázsbevonat kialakulását befolyásoló tényezők tanulmányozása” című disszertációja alapján a gyógyszerészeti tudományok kandidátusává.

Spát Andrást „A vese szerepe az aldosteron-elválasztás szabályozásában” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Szabó Gábort „Celluláris immunválaszt vizsgáló módszerek klinikai alkalmazása, különös tekintettel a leukocyta migrációs tesztre” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Wabrosch Gézát „A vesefunkció megtartása és a vizeletürítés biztosítása érdekében végzett plasztikai műtétek tanulságai” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává és

Zsigmond Gyulát „A katatoxikus szteroidok hatása a bilirubin és más organikus anionok kiválasztására” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává nyilvánította.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

NORCOLUT

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 Tablettánként 5 mg nótérthisteront tartalmaz.

HATÁS: Oralisan felszívódó gestagen készítmény.

JAVALLAT: Praemenstruációs syndroma, mastodynia, a secretiós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, dysfunctionalis méhvézés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriosis adenomyosis.

ELLENJAVALLAT: Általában nincs. Külön elbírálást igényelnek, főleg tartós szedés esetén: thrombosis-készség, hepatitis, májműködési zavarok, emlő-carcinoma, genitális carcinoma.

ADAGOLÁS: Praemenstruációs syndroma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusok: a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1—2 tablettát, esetleg oestrogennel együtt. Dysfunctionalis méhvézés, hyperplasia glandularis cystica endometrii (amenyinyiben a vézés functionalis jellegét 6 hónapon belül végzett histológiai vizsgálata igazolta): 6—12 napon át napi 1—2 tablettát a vézés megszüntetésére. Recidiva megelőzésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1—2 tablettát. Általában oestrogennel együtt. Endometriosis, adenomyosis: a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tablettát 6 hónapon át vagy folyamatosan szedve a ciklus 5. napján napi fél tablettával kezdve és az áttöréses vézések elkerülésére 2—3 hetenként fél tablettával emelkedve 4—5 hónapon át.

MELLÉKHATÁS: Ritkán fellépő és későbbi ciklusokban megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, áttöréses vézés, esetleg oedema, allergiás bőrreakció, paraesthesia, testsúlyváltozás, fáradékonyság.



MEGJEGYZÉS

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján nőgyógyászati szakrendelések rendelhetik, illetőleg csak nőgyógyászati szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

CSOMAGOLÁS

20 tablettát 34,90 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest



WHO tájékoztató

Salmonella surveillance. WHO Chronicle 1975, 29, 236—240.

A salmonella surveillance program felőleli ma már mind az öt kontinenst. A salmonellák előfordulásáról szóló legújabb jelentés a legfejlettebb surveillance programmal rendelkező országokból érkezik. E jelentések akkor reprezentálják legjobban az illető ország salmonella-helyzetét, ha ott az országos surveillance is már megvalósult. Még így is korlátozottak azonban az egyes országok adatainak összehasonlítási lehetőségei: 1. az adatjegyzés különböző módszerei, 2. az esetkutatásra fordított figyelem, 3. a laboratóriumi módszerek különbözősége, 4. a nem emberi vizsgálati anyag gyűjtésének eltérő volta miatt.

A salmonella surveillance program a FAO—WHO ételfertőzési monitorprogramnak van hivatva segítséget nyújtani, amely az Egyesült Nemzetek Környezetvédelmi Programján (UNEP) belül működik. Ez a szervezet készül módosítani és standardizálni a salmonella surveillance programban alkalmazandó módszereket a mintavétel és diagnosztizálás különböző szintjein.

A cikk felsorolja azokat a tényezőket, amelyek a salmonella terjedéséért felelősek, mint pl. víz, emberi vizsgálati anyagok, élelmiszer, takarmány, szemét és különböző állatok, mint a patkány, kutya, macska madár, baromfi stb. Említés történik azon serotípusokról, amelyek izolálását leggyakrabban jelentik és amelyek terjedőben vannak. A világszerte csökkenőben levő Salmonella typhivel és paratyphivel szemben az egyéb salmonella típusok között a Salmonella typhi muriumot jelentik a legtöbb országból a legnagyobb gyakorisággal. Ezenkívül gyakran találkozhatunk Salmonella enteritidis, Salmonella abony, Salmonella wien humán vizsgálati anyagban történt előfordulásával. A Salmonella bareilly, Salmonella kapemba Kelet-Európában, Salmonella agona, Salmonella virchow főleg Nyugat-Európában van elterjedőben.

Továbbiakban felsorolásra kerülnek a cikkben azon serotípusok, amelyeket a humán környezetből származó vizsgálati anyagokból is gyakran izoláltak. Szerzők kiemelik, hogy a felszíni és szennyvizek rendszeres vizsgálata adatot szolgáltat arra vonatkozóan, hogy mely salmonella serotípusok az uralkodók a humán infekciók területén. Erre adott példát a Salmonella agona Ausztriában, Fran-

ciaországban, az NSZK-ban, Olaszországban, Hollandiában és Skóciában.

Végül néhány említésre méltó példát olvashatunk salmonellák előfordulásáról élelmiszerben, mint levesporban, tésztaiban, főtt rizsben és élesztőben.

Marton Anna dr.

Immunológia

Sejtkez kötött immunitás akut és krónikus hepatitisben. Wands, J. R. és mtsai (Dept. of Medicine, Harvard Meed. School Boston, Mass. 02 114): J. Clin. Invest. 1975, 55, 921.

A szerzők a T lymphocytá funkciókat vizsgálták akut és krónikus hepatitisben. A lymphoblastos transformatiót H³-thymidin incorporatio mérésével vizsgálták, Concanavalin A (Con A) stimulatio után. Az effector T-sejt funkciót a spontán és a Con A indukált lymphocytotoxicitás alkalmazásával tanulmányozták. A cytotoxicitást Cr⁵¹-release-zel mérték, a lymphocytákat Cr⁵¹-jelölt Chang-májsejtekkel inkubálták. — Értékelték a serumfactor fontosságát a cellularis immunitás in vitro vizsgálatakor. Végül in vitro vizsgálták a prednison in vivo hatását a lymphocytá funkcióra.

Eredmények: 1. Az akut hepatitises betegek lymphocytái cytotoxicusoknak bizonyultak a Chang-májsejtekre (human eredetű-epithelioid májsejt sor). 2. Az akut és krónikus hepatitises betegek lymphocytái kevésbé cytotoxicusok, ha autolog vagy homolog HB Ag-pozitív serummal előzetesen inkubálják azokat. 3. A hepatitisesek lymphocytái Con A stimulatio után ugyanolyan cytotoxicusok, mint a normál kontroll sejtek. 4. A prednison therapiában részesülő krónikus aktív hepatitises betegek lymphocytáinak jelentősen csökken a Con A stimulatio utáni cytotoxicitása.

Pár Alajos dr.

Fokozott DNS-szintézisű lymphocyták kimutatása krónikus aktív hepatitises betegek peripheriás vérében. Maerker-Alzer, G. Schumaker, K., Gross, R. (Medizinische Universitätsklinik, Köln): Klin. Wschr. 1974, 52, 190—193.

A szerzők ¹⁴C-thymidin felvételt vizsgálatával tanulmányozták 76 krónikus aktív hepatitises és 48 kontroll személy peripheriás vér lymphocytáinak DNS-szintézisét.

Amíg a kontroll csoportban (átlag 46 ± 65 cpmin) összesen 3 esetben

észleltek enyhén emelkedett „basic metabolit rate”-t, addig a krónikus aktív hepatitisesek között 76 közül 24 betegben fordult elő emelkedett érték (e csoportban az átlag 290 ± 195 cpmin).

A betegeket két csoportba osztották aszerint, hogy lymphocytáiknak normális vagy fokozott volt-e a DNS-szintézisük. Ez utóbbi csoportban gyakoribb volt az immunoglobulin szint emelkedés, az ANF, valamint glomerulus és vesearteria ellenes antitestek előfordulása. 14 ilyen betegben a kórlefolyás alatt követették a lymphocyták DNS anyagcseréjének alakulását. 10 betegben az érték emelkedett maradt, e betegek meghaltak 15 héten belül, gyors progressziójú hepatitis következtében. A másik 4 esetben az emelkedett értékek fokozatosan csökkentek, a betegek életben maradtak.

Egy betegben az emelkedett érték normalizálódott az immunosuppresszív kezelés alatt. A therapia elhagyása után a betegség relapsusában újra megfigyelhető volt a lymphocyták fokozott thymidin felvétele.

A krónikus aktív hepatitises betegek lymphocytáinak in vivo „spontán aktiválódását” úgy lehet értékelni, mint a sejtkez-kötött immunválasz megnyilvánulását: ugyanezt a jelenséget észlelték szervtranszplantációs kilökődési reakció alkalmával, valamint vérétransfuziót követően is. Valószínűleg ezek az „aktivált lymphocyták” vesznek részt a graft-rejectióban, ill. szerepük lehet a progressív szervkárosodás, ez esetben az autoimmun májbetegség kialakulásában.

Pár Alajos dr.

T és B lymphocyták akut és krónikus hepatitisben. DeHoratius, R. J. és mtsai (Division of Gastroenterology, Dept. of Medicine, University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico, 87 131): Clin. Immunol. and Immunopathol. 1974, 2, 353—360.

A szerzők 27 akut vírushepatitis (11 HB Ag-pozitív, 16 HB Ag-negatív), 5 krónikus persisztáló (közülük 3 HB Ag-pozitív) és 8 krónikus agresszív hepatitis (2 HB Ag-pozitív) beteg, valamint 2 tünetmentes HB Ag-hordozó egyén peripheriás vérében vizsgálták meg a T és B lymphocytá populatio arányát. (Kontrollként 50 egészséges egyén szolgált.) — A B-sejteket a felületi immunoglobulinok direkt immunfluorescens festéssel, a T-sejteket antithymocytá serummal indirekt immunfluorescens festéssel és a rosettaképző lymphoid sejtek meghatározásával vizsgálták.

Akut vírushepatitisben az esetek 67%-ában csökkent volt a T-sejtek száma, ez a csökkenés a 11 HB Ag-pozitív eset közül 10-ben fordult elő, a 16 HB Ag-negatív közül pedig 8 esetben. Az össz B-sejt szám, és ezen belül az Igm-sejtek száma szignifikánsan megnőtt az akut hepatitis csoportban.

Krónikus hepatitisben az esetek 70%-ában mutatkozott T-sejt szám csökkenés. Mindegyik HBAG-pozitív betegnek, és a 8 HBAG-negatív közül 4 betegnek csökkent volt a T-sejt száma. A B-sejtek számának szignifikáns megnövekedése a krónikus hepatitiszes csoportban is megfigyelhető volt.

Vizsgálták az immunfluoreszcens *autoantitestek* (ANF, simaizom ellenes és mitochondrium ellenes antitest) és a *lymphocytotoxicus* antitestek előfordulását is, és ezek összefüggését a T-sejt csökkenéssel. Nem találtak összefüggést e mutatók között.

Az észlelt T-sejt szám csökkenés oka még tisztázatlan. A vizsgálati eredmények támogatják azt a nézetet, hogy a gazdaszervezet immunválaszkésztsége fontos szerepet játszik a vírushepatitis kimenetelének meghatározásában. *Pár Alajos dr.*

Lymphocyta cytotoxicitás izolált májsejtekkel szemben krónikus aktív hepatitisben. Thomson, A. D. és mtsai (Liver Unit King's College Hospital London, SE5): Nature, 1974, 252, 721.

A szerzők krónikus aktív hepatitiszes és primer biliaris cirrhotikus betegek lymphocytáinak cytotoxicitását vizsgálták izolált nyúl májsejt tenyészetben. Tanulmányozták a májsejtspecifikus protein mint érintett antigen szerepét is a reakcióban.

A vizsgált 22 krónikus aktív hepatitiszes beteg közül 20, a 6 primer biliaris cirrhotikus közül 2 beteg lymphocytái cytotoxicusnak bizonyultak. A tenyészetekhez hozzáadott *májsejtspecifikus protein*, valamint a *májsejt-elleni antitest* is szignifikánsan gátolta a májsejt-elleni lymphocyta-cytotoxicitást. A kísérletek eredménye arra utal, hogy a lymphocyta-közvetített májsejt-károsodás kialakulásában a májsejtspecifikus protein elleni sensitizáció fontos tényező. Lehet, hogy ilyen sensitizációt indítanak el azok a membran-lipoproteinben bekövetkező strukturális elváltozások, amelyek a vírus- vagy gyógyszer- okozta májkárosodást követik. Kéveset tudunk azonban a pathogenesis ezen vonatkozásairól is, és az immunsystema azon rendelkezéséről, amely az autoimmunizáció perszisztenciáját determinálja.

Pár Alajos dr.

Cellularis és humoralis immunitás Hepatitis B felszíni antigennel szemben krónikus aktív hepatitisben. Lee, W. M. és mtsai (Liver Unit King's College Hosp. London, SE5 8RX): Brit. Med. J. 1975, 1, 705.

A szerzők 39 HBAG-negatív és 12 HBAG-pozitív krónikus aktív hepatitiszes beteget vizsgáltak. Migratio gátlást alkalmaztak a HB felszíni antigen (HBsAg) elleni cellularis immunválasz kimutatására, radioimmunoassay-vel állapították meg a HBsAg és antitest-előfordulását,

valamint elektronmikroszkóppal a serum HBsAg-antitest aggregátumok jelenlétét.

A 39 HBAG-negatív beteg közül 24 esetében (62%) pozitív reakciót kaptak a leukocyta migratio gátlással a HBsAg alkalmazásakor, jelezve az előző Hepatitis B vírus infekció következtében kialakult cellularis immunválaszt. HBs-antitestet 6 beteg serumában találtak, mindegyik esetben HBsAg-antitest komplexeket is igazolt a serum elektronmikroszkópos vizsgálata.

A 12 HBAG-negatív beteg közül 8 beteg sejtjei mutattak cellularis immunválaszt HB Ag-nel szemben.

Májsejtspecifikus proteinnel szemben cellularis választ hasonló gyakorisággal találtak mindkét csoportban.

Az immunsuppressív kezelésben részesült betegek között alacsonyabb volt a pozitív reakciók gyakorisága.

A szerzők ismertetik még egy olyan betegük klinikai és immunológiai adatait, akinek az akut B hepatitis HBAG-negatív krónikus aktív hepatitisbe progrediált 9 hónap alatt.

Következtetés: elképzelhető, hogy a HBAG-negatív krónikus aktív hepatitiszes esetek egy részében is B hepatitis indítja el az autoimmun reakciót, a májsejtmembran-antigennel szembeni sensitizációt, amely azután felelős a májkárosodás perpetuálásáért. *Pár Alajos dr.*

Sejtközvetített immunitás human Tamm-Horsfall glycoproteinnel szemben renalis tubularis acidosisal járó autoimmun májbetegségben. Tsantoulas, D. C. és mtsai (Liver Unit, King's College Hosp. London, SE5 8RX): Brit. Med. J. 1974, 4, 491.

Golding és mtsai 1973-ban közölték, hogy immunpathogenesisű májbetegségekben szenvedő betegek 32%-ában renalis tubularis acidosis találtak. Ilyen esetekben a vese histológiai vizsgálata peritubularis lymphocytás infiltrációt mutatott, ami a sejtmediált immunválasz-jelenlétét vetette fel. Ez utóbbira utalt még a vese-homogenisátummal kiváltott leukocyta migratio gátlás is, amit renalis tubularis acidosis autoimmun májbeteggek leukocytáival észleltek. Az ilyen esetekben kialakult immunológiai reakció *specifikus antigénjének* a pontos természete úgy látszik tisztázódik. A Henle-kacs felszálló ágának és a distalis tubulus sejtjeibe lokalizálható az a glycoprotein, amelyet 1950-ben Tamm és Horsfall vizeletből izolált („Tamm-Horsfall glycoprotein”). Felvetődik, hogy a renalis tubularis acidosis ezen antigen elleni sejthez kötött immunválasz eredménye lenne autoimmun májbetegségben. A szerzők ezért renalis tubularis acidosisos májbeteggekben a leukocyta migratio gátlás alkalmazásával vizsgálták a Tamm-Horsfall glycoproteinnel szembeni cellularis immunválaszt.

Normál human vizeletből izolálták az antigen és 20 µg/ml koncentrációban használták a migratio gátláshoz. 24 krónikus aktív hepatitiszes és 24 primer biliaris cirrhotikusban szenvedő beteg leukocytáival végezték a vizsgálatokat.

Kóros migrációs választ tapasztaltak az incomplett renalis tubularis acidosisal bíró májbeteggek 91%-ában, míg a tubularis acidosis nélkülieknek 19%-ában. A nem autoimmun májbeteggek és az egészségesek kontroll csoportjában az eredmények a normál határok között találtak.

A Tamm-Horsfall glycoprotein ellen nyúlban termelt specifikus antitest segítségével, immunfluoreszcens technikával sikerült kimutatni a májsejt membránban olyan anyag jelenlétét, amely immunológiailag Tamm-Horsfall glycoproteinnel reagált. Ennek alapján arra lehet következtetni, hogy talán a károsodott májsejtekből felszabaduló és a Tamm-Horsfall glycoproteinnel keresztreakciót adó antigen elleni immunválasz lenne a renalis tubularis acidosishoz vezető alapvető mechanizmus autoimmun májbetegségben. *Pár Alajos dr.*

Immunkomplexek cystikus fibroszisban. H. McFarlane és mtsai. (Dep. Med. Biochemistry, Child Health, University of Manchester, Manchester, M13 9PT): British Medical Journal, 1975, 1, (5955), 423-428.

1960-ban írták le először, hogy cystikus fibroszis (C. F.) gyermekekben human pancreas elleni keringő szérumszint antitestek vannak. Néhány évvel később (1964) lokális tüdő elleni autoantitesteket fedeztek fel C. F.-betegek köpetében. A szerzők C. F.-betegek immunkomplexeinek előfordulását vizsgálták szérumban és köpetben.

Vizsgálataik során jelentős immunkomplex-tartalmat — immunoglobulinoknak és complement immunkomplexeknek nagy mennyiségét — találtak elsősorban a légző- és emésztőtraktusban. Nem találtak immunkomplexeiket a vizsgált cystikus fibroszisos gyermekeknek, valamint a kontrollokban. Bovin szérumszint és Staphylococcus α-haemolysin sikerült izolálniuk azon antigének közül, melyek jelen vannak az immunkomplexekben.

A tüdő ultrastrukturális tanulmányozása során C. F.-betegekben a bronchialis kapillárisok basalis membránjának megvastagodását találtak. Az immunkomplexeknek ezek az elektronsűrűségű üledékei C. F.-betegek tüdejében hasonlóak azokhoz a jelenségekhez, melyeket nephritises betegek veséjében már régen leírtak.

A szerzők a vizsgált betegekben azonnali típusú I-es hypersensitivitási bőrreakciót találtak a leggyakoribb antigénekkel és az általános allergénekkel szemben. Ezen túlérzékenységi állapot jelenléte a

C. F.-betegekben hasonlóan látszik azon congenitalis egyensúlyzavarhoz, ami miatt bizonyos egyének nem képesek immunglobulinokat secretálni, és következményképpen recidiváló légúti betegségek jelentkeznek.

Feltételezhető, hogy az immunkomplexek lerakódása a sejtek alaphártyájában, ráadásul a kerin-gő antitestek kereszt-reaktivitása egy sereg szövet basalis membránjával a C. F. pathogenesisében jelentős szerepet kap.

További vizsgálatok szükségesek annak eldöntésére, vajon az anti-gen absorpció csökkentése a béltraktusból diétás étrenddel, vagy az antitest termelés csökkentése immunosuppressív tényezők segítségével faktorként lehetnek-e a cystikus fibrosisos betegek kezelésében.

Csapó Ágnes dr.

Szemölcsök visszafejlődésének immunológiai tanulmányozása.

Pyrhönen, S., Johansson, E. (Laboratory of Viral Immunopathology, Department of Virology, University of Helsinki): Lancet, 1975, I, 592—595.

A szemölcs (verruca vulgaris) az egyetlen biztosan vírus eredetű emberi daganat. Eppen ezért a szerzők célja a daganatos növekedés és az általa kiváltott immunreakciók tanulmányozása volt. 173 beteget 3—6 hónapon keresztül megfigyelés alatt tartottak. A betegeket az alkalmazott kezelés szerint két csoportra osztották. Egyik csoportban elektrocoagulációt és sebészi eltávolítást, a másikban pedig különböző keratolytikus szereket alkalmaztak. A sebészieltávolított szemölcsökből vírus-antigént állítottak elő. A betegek szemölcs vírus ellenanyagait immunodiffúziós módszerrel és komplementkötéssel határozták meg. Az immunodiffúziós módszerrel IgG és IgM, komplementkötéssel pedig csak IgG ellenanyagokat mutattak ki. Megállapították, hogy a betegek 80%-ában lehetett szemölcs vírus elleni ellenanyagokat immunodiffúziós módszerrel kimutatni és 20%-ban komplementkötéssel. Eredményeik szerint komplementkötő ellenanyagok jelenlétében a betegek 75%-a az alkalmazott kezelés hatására (elektrocoagulatio) az első két hónap alatt meggyógyult. Különösen gyors gyógyulást figyeltek meg azokon, akiken komplementkötő ellenanyagok mellett a szemölcsök a kezelést megelőzően egy éven belül keletkeztek. Ugyanakkor a komplementkötő ellenanyagok hiánya lassú gyógyulást eredményezett. Ezen betegek mintegy fele gyógyult csak meg hat hónapon belül. A csak immunodiffúziós módszerrel kimutatható ellenanyaggal rendelkező betegek 16%-a gyógyult meg a kezelést követő 2 hónap alatt, a gyógyulás mértéke meglehetősen állandó volt (9% havonta) a megfigyelt hathónapos időszak alatt. Ezen betegeknél a szem-

ölcsök kezelést megelőző jelenlétének átlagos időtartama két év volt.

Ha a szemölcsök a kezelést megelőzően egy éven belül jelentkeztek, a betegek 73%-a meggyógyult a hathónapos időszak alatt, ugyanakkor azon betegeknél, akiken három vagy több éve volt szemölcs, csupán 44%-a gyógyult meg a kezelést követő hat hónapon belül. A legrosszabb gyógyulási hajlamot a talpon elhelyezkedő szemölcsök mutatják. Eredményeik arra utalnak, hogy a szemölcsök gyógyulása bizonyos mértékig a szervezetben lejátszódó immunológiai folyamatok (komplementkötő ellenanyagok megjelenése) függvénye. Mindazon esetekben, ahol komplementkötő ellenanyagokat nem találtak, de a gyógyulás mégis gyorsan (két hónapon belül) bekövetkezett, feltételezhető a vírussal szembeni celluláris immunitás szerepe. Nem szabad azonban elvetni a nem immun mechanizmus révén bekövetkező gyógyulást sem. A szemölcs vírus tartalmazó sejtek élettartama korlátozott. Az egy évnél régebben fennálló szemölcsökben fertőző vírust, ill. nukleinsavat nem sikerült kimutatni. A vírusgenom elvesztésével a sejtek visszalaknak normális epithelialis sejtekké, és a szemölcs felső részének fokozatos lehámlása végül is a szemölcs eltűnéséhez vezet.

Gergely Lajos dr.

Belgyógyászat

Myeloma multiplex. — Kyle, R. A. (Div. of Hematol. and Int. Med., Mayo Clinic, Rochester, Minn. 55 901, USA): Mayo Clin. Proc., 1975, 50, 29—40.

A malignus betegségek 1%-a myeloma multiplex, a haematológiai malignus folyamatok között pedig 10%. A Mayo klinikán 12 év alatt 869 beteget gyűjtöttek össze, ezek klinikai és laboratóriumi adatait computer segítségével elemezték, s a feldolgozás számos érdekes adattal járult hozzá ennek a meglehetősen tarka klinikai képből megnyilvánuló betegségnek arculatához.

A betegek 61%-a volt férfi, s a betegek többségének életkora a hetedik évtizedre esett. A kórelőzményben 68%-ban nyilvánult meg kezdeti tünetként a csontfájdalom, a bact. infectiók és a nagyobb vérezések (többnyire epistaxis) következtek ezután.

A laboratóriumi adatok közül a jelentős anaemia (62%) emelhető ki, leukopenia, valamint thrombocytopenia és thrombocytosis egyforma mértékben (11—16%) fordult elő. A 100 mm/óra feletti vtsüllyedés — amely mindig gyanús myeloma multiplexre — 38%-ban volt kimutatható. A renalis részvételt, illetve renalis elégtelenséget reprezentáló emelkedett serum

creatinin az eseteknek több mint a felében volt észlelhető. Jelentős számban találtak emelkedettnek a serum calcium-szintet (30%-ban), a hyperuricaemia férfiakban 39, nőknél 61%-ban fordult elő. A myelomás vesére a distalis és proximalis tubulusok elzáródása jellemző, az i. v. urographia minimális dehidráció és minimális hasajtás mellett óvatosan elvégezhető.

A serum cholesterin 26%-ban alacsonyabb volt 150 mg%-nál, a triglycerid-szint 13%-ban volt csökkent, az alkalis phosphatase-szint viszont 25%-ban volt emelkedett. A máj részvételét jelezte a 21%-ban tapinthatóan megnagyobbodott máj, a 39%-os BSP-retentio, az említett alkalis phosphatase-növekedés és 52%-ban a serum albumin-szint csökkenés.

A proteinuria 88%-os volt, Bencke-Jones fehérjét 49%-ban lehetett kimutatni. Electrophoresis során a serumban 53%-ban volt a legkifezettebb a gamma-globulin, utána 21%-ban a béta-globulin, 15%-ban az electrophoresis nem mutatott eltérést. Immunelectrophoresis során az IgG 59%-ban volt kimutatható, a könnyű lánchoz tartozó kappa monoclonalis protein 60%-ban, a lambda-típusú 30%-ban fordult elő. Összességükben 83%-ban a nehézláncú monoclonalis proteinnek és 8%-ban a könnyűláncú proteinek jellemezték az immunelectrophoresist. Amyloidosist a betegek 7%-ában találtak. A radiológiai eltérések közül külön-külön a lytikus elváltozás, osteoporosis és fractura csak néhány százalékban fordult elő, együttesen azonban 57%-ban. Megjegyzendő, hogy negatív radiológiai lelet 21%-ban fordult elő. Therapia szempontjából első helyen a kombinált kezelés (chemotherapeuticum, steroidok, és irradiatio) állott.

A betegek sorsáról kérdőíves módszer segítségével tájékozódtak. Az átlagos túlélési idő 20 hónap volt, a betegek 66%-a élt 1 év múlva és 18%-a 5 év múlva. 54% került boncolásra, a legtöbb beteg halálát magára a myelomára vezették vissza (44%), infectio 20%-ban, veseelégtelenség 14%-ban fordult elő.

Iványi János dr.

A hypertonia és a diabetes együttes előfordulásának és öröklődésének kérdéséről, essentialis hypertonia korai stádiumában szenvedő betegek vizsgálata alapján. Schnabel, W., R. Baumann: Dtsch. Gesundh.-wesen, 1975, 30, 744.

A szerzők a hypertonia és diabetes gyakori együttes előfordulása miatt, valamint az ilyen irányú tapasztalatok alapján végezték vizsgálataikat. Az arteriosclerosis létrejöttében az örökletes hajlam mellett a hypertonia, a hyperlipidaemia, a diabetes, az elhízás, a nikotinabusus, a hyperuricaemia,

a testi inaktivitás, a hypothyreosis, a psychés stress, valamint az életkor és nem is szerepet játszik.

A szerzők intézetükben 761, 15—50 éves essentialis hypertonia korai stádiumában szenvedő férfit vizsgáltak. A nőket interpretációs nehézségek miatt nem vették számításba. Az életkorral kapcsolatos ártalmakat a felső határként megválasztott 50 éves életkorral próbálták kizárni. A vizsgált hypertoniások között, nagy számban, 446 esetben (58,6%-ban) találtak pathológiás glucose toleranciát. 257 esetben (33,8%) latens, 189 esetben (24,8%) pedig tünetmentes szénhidrát anyagcsere zavart tudtak kimutatni. 278 betegen (36,5%-ban) hypertoniás, 111 (14,5%) hypertoniás pedig diabeteses családi terheltséget tudtak kimutatni. A diabeteses családi anamnesis 18,5%-kal a tünetmentes szénhidrát anyagcsere zavarban levő hypertoniás betegek között dominált, míg ugyanezt normális glucose tolerancia mellett csak 12,1%-ban észlelték. Azon 111 hypertoniás között, akiknek pozitív diabeteses családi anamnesise volt, 73 esetben (65,8%-ban) találtak a szénhidrát anyagcsere zavarát. Mind diabetesre, mind hypertoniára utaló együttes családi hajlamot 40 páciensen (5,3%-ban) láttak.

Következtetésként e két aktuális és multifaktoriálisan öröklődő civilizációs megbetegedést megelőzésére a korai diagnosztikát elengedhetetlennek tartják.

Angeli István dr.

Érbetegségek

Egészséges artériák embóliás elzáródása. Levy, J. B., Rettori, R., Olivier, Cl. (Clinique de Chirurgie Générale et Pathologie Vasculaire, Hotel-Dieu, Paris): Journal de Chirurgie, 1975, 110, 15—24.

A szerzők 64 válogatott esetük kapcsán egészséges vétagarteriák embóliás elzáródásának következményeit vizsgálják. 54 betegen, 26 férfin és 28 nőn végeztek egy vagy több alkalommal embolectomiát Fogarty szerint. Az embolia forrását 52 esetben találták meg (78%). Ezek közül 44 betegen (70%) cardialis elváltozást észleltek; 12 beteg anamnesisében myocardialis infarctus szerepelt, 12 betegen arhythmia, 20 betegen egyéb szív-elváltozás jelenlétében zajlott le az embolisatio. 4 esetben szívkateterizálás után alakult ki vétagischæmia, 3 betegen hasi műtét után, 1 esetben hasi aorta aneurysma mellett alakult ki embolisatio.

Az 53 embolectomia eredménye a következő volt: teljes restitutiót 39 betegen (73%) sikerült elérni, amputációt 6 esetben (12%) kellett végezni, 8 beteg (15%) a műtét után 5 napon belül meghalt. A halál oka 2 betegen pulmonalis em-

bolia, 2 betegen cardialis elégtelenség, 1 esetben revascularisatiós syndroma volt. Ismételt embolisatio majd amputatio után toxikus shockban 3 beteg halt meg.

Az elmúlt 25 év szakirodalmát áttekintve ezek az eredmények megfelelnek a más szerzők által észlelt adatoknak, bár a közlemény beteganyagának átlagos életkora elég magas (70 év). A szerzők csupán azon betegek adatait dolgozták fel, akiknél az anamnesis, a klinikai vizsgálat, az arteriographia ill. a műtéti lelet alapján egészséges artériás rendszert észleltek. Az idős kor, a cardialis állapot ill. a gyakori kísérő betegség a prognózist jelentősen befolyásolja. Az embolisatio és az embolectomia között eltelt idő elsősorban masszív, proximális artériás elzáródás esetében döntő jelentőségű. A sebészi beavatkozást minden esetben heparin infusio adása egészíti ki. A kialakult vétagischæmia a „poor risk” betegeken nagy szervezeti megterhelést jelent. A helyi érzéstelenítés segítségével, Fogarty szerint ballonkatéterrel elvégzett embolectomia még idős betegeken is jelentősen átalakította az artériás embolisatio prognózisát és mortalitását, ami néhány évvel ezelőtt, egészséges artériás rendszer esetében is csaknem 60%-os volt.

Gloviczki Péter dr.

A végtag acut ischaemiája. Cormier, J. M. (Service de Chirurgie Vasculaire, Hopital St. Joseph, Paris): La Vie Médicale 1975, 28, 2279—2282.

Vétagarteriák heveny elzáródása — collateralis keringés hiányában — 6 órán belül irreversibilis elváltozásokhoz vezet. Az anoxiára legérzékenyebb az idegszövet: károsodása az ischaemia fokával egyenesen arányos. Legfontosabb az izomszövetben keletkezett elváltozás: a nagyfokú sejtnecrosis tejsavfelszaporodást, acut vesekárosodást, hyperkalaemiát okoz, ami a beteg halálát is jelentheti.

A szerző részletesen taglalja az acut verőérelzáródás aetiologiáját. Gyakorisági sorrendben a traumás verőérelzáródáson kívül a következő esetekben jöhet létre heveny vétagischæmia: krónikus verőérelváltozáshoz társuló artériás thrombosis, embolia, arteria aneurysma acut thrombosis, aorta dissectio. A szerző felhívja a figyelmet az utóbbi kórképre, mely bár ritka, de felismerése elsőrendű; az egyéb verőérelzáródási formákban azonnal indokolt heparintherapia aorta dissectio esetén kontraindikált. Hátba sugárzó mellkasi fájdalom, gyöngye vagy hiányzó bal oldali subclavia pulsus, myocardialis infarctushoz hasonló klinikai kép, esetleg anuria lehet figyelmeztető jel az észlelő orvos számára.

Embóliás eredetre utal a cardia-

lis elváltozás: mitralis vitium, arhythmia, nem régen lezajlott infarctus, műbillentyű, de embóliát okozhat proximálisabb arteria aneurysmája, aorta atheromatosis is.

Arteriás thrombosis esetén — amire az anamnesisben szereplő claudicatio intermittens, az ellenoldali végtagon hiányzó peripheriás pulsus, az elzáródástól proximálisan észlelhető surranás, systolés zörej utalhat — meg kell találnunk és orvosolnunk kell a thrombosit kiváltó tényezőt: ez lehet alacsony szív perctérfoagai (szívritmuszavar, acut coronaria ischaemia, vezetési zavar), lehet alacsony perfusió nyomást okozó hypovolaemia (hányást, hasmenést követő dehydratio, gastrointestinális vérzés, anticoagulatiós kezelés) vagy traumát, collapsust, sebészi beavatkozást követő haemodynamikai zavar.

A therápiás teendők a szerző szerint a következők: a betegágyhoz hívott orvos acut verőérelzáródás esetén aorta dissectio kizárása után azonnal kezdje meg a heparin kezelést (fiatal betegnek 75 mg, idősebb betegnek 30—40 mg heparin iv. adása szükséges), intézkedjen a beteg haladéktalan szakintézetbe történő szállításáról. Amíg a beteg a szakintézetbe kerül, fájdalomcsillapítás, értágító infusio adása végezhető még. A végtagot betakarva testhőmérsékleten, vízszintes helyzetben tartjuk. Nagyfokú ischaemia esetén, a folyadék és ionháztartás rendezésének megkezdése mellett azonnali sebészi beavatkozás szükséges. A szerző femoralis arteriographiát, nem tapintható femoralis pulsus esetén ellenoldali, túlnyomásos femoralis arteriographiát tart indokoltnak. Fibrinolysis csupán enyhe neurogén tüneteket okozó elzáródás esetén kísérelhető meg, vérzés veszélyének kizárása után, ha az arteriographia kiáramlási pályái nem mutat, és a sebészi beavatkozás sikere kétséges. De sikertelen streptokináz kezelés után — a coagulatiós zavart rendezve — műtét elvégzése indokolt. A postoperatív therapia elsősorban az acidosist, renalis insufficienciát okozó revascularisatiós syndroma ellen irányuljon.

Az acut verőérelzáródást minden esetben az acut hasi kórképhez hasonló sürgősséggel kell el látni, hiszen néhány óras késedelem már revascularisatiós syndroma későbbi kialakulását, a végtag részleges vagy teljes elvesztését, sőt a beteg halálát okozhatja.

Gloviczki Péter dr.

Aortaívből eredő bal arteria vertebralis reimplantációjának indikációja és technikája. Faidutti, M. és mtsai (Genève): Chirurgie, 1975, 101, 27—34.

Gyakori anatómiai variatio (10%), hogy a bal arteria verteb-

ralis (AV) a bal arteria carotis communis (ACC) és a bal arteria subclavia (AS) között az aortaív-ből ered. Felismerése fontos az aortaív ágainak helyreállító sebészében és az aortaív aneurysmák műtéti megoldásánál.

A szerzők három sikeresen operált esetüket ismertetik. 52 éves férfin jelentős cerebrális tüneteket, vertigót okozó jobb oldali arteria carotis interna (ACI) stenosis, bal oldali teljes ACI elzáródást és az AV eredése utáni kö. 80%-os szűkületet észleltek. A nagyobb megterhelést jelentő thoracalis vertebralis helyreállítást a nemrég lezajlott myocardialis infarctus miatt elvetették és a műtétet cervicalis, pre-sternocleidomastoidealis behatolásból végezték el. Az AV-t a szűkület felett lekötötték és vég az oldalhoz AV-ACC anastomosist létesítettek. Műtét után a beteg panaszai jelentősen csökkentek. 8 hónap múlva elvégezték a jobb ACI desobliterációját, ami után a beteg lényegében panaszmentes lett, majd 4 év múlva ismétlődő myocardialis infarctus után meghalt.

Második betegük, egy 31 éves nő, ökölnyi isthmus feletti aortaív-aneurysma miatt került felvételre. Az extracorporalis keringés segítségével elvégzett aneurysma resectio és aorta prothesis pótlás során az aortaív-ből eredő AV-t és az AS kezdeti szakaszát is resecálni kellett. A szerzők az AV revascularizációját az AS segítségével oldották meg. AV-AS vég az oldalhoz anastomosist készítettek, majd az AS-t 8 mm-es dacron prothesis közbeiktatásával vég az oldal anastomosissal kötötték össze az aortaív prothesissal (20 mm-es dacron). 15 hónappal a műtét után a beteg panaszmentes, a kontroll arteriographia jó áramlási viszonyokat mutat.

Harmadik betegük 69 éves férfi volt, jobb oldali hemiparesis miatt került kivizsgálásra. Az angiographia bal oldali ACI elzáródást és bal ACE stenosis, jobb oldali ACI stenosis, a bal AV kezdeti elzáródást és az 5-6. csigolya magasságában egy intervertebralis arteria általi újratelődést mutatva. A jobb ACI műtete nagy kockázattal járt volna, a szerzők a bal ACI és AV explorációját mellett döntöttek. A nyaki feltárás során az ACI helyreállítása nem volt elvégezhető, azonban az aortaív-ből eredő AV-t az elzáródás felett lekötötték, átvágták, és a jól pulzáló ACC-szal vég az oldalhoz anastomosist létesítették. Műtét után a beteg neurológiai panaszai megszűntek.

A szerzők három betegük kapcsán felhívják a figyelmet arra, hogy akár cervicalis, akár thoracalis úton az AV revascularizációját jól elvégezhető (a bal ACC ill. a bal AS segítségével), ha az az aortaív-ből ered. Ez a műtéti megoldás indikált, ha a bal AS átjárható, vagy annak revascularizációját ei-

végezhető. Az ACC-AV anastomosis különösen kedvező azokban az esetekben, amikor a bal ACI elzáródott, így distalisan veszély nélkül lefogható. Átjárható bal ACI esetén az anastomosis elvégzéséhez csupán az ACC kirekesztése ajánlott. Aortaív aneurysma esetén thoracalis úton az AS revascularizációját után az AV vérelátását AV-AS anastomosis elkészítésével biztosíthatjuk.

Gloviczki Péter dr.

Az arteria carotis interna és az agyi erek fibromuscularis dysplasiája. Zeumer, H. és mtsai (Technische Hochschule Aachen): Deutsche medizinische Wochenschrift. 1975, 100, 132-136.

A szerzők 6 eset kapcsán ismertetik a kórképet. A fibromuscularis dysplasia (fd) a nagy és közepnyag arteriák megbetegedése, mely a gyermekkortól az agykorig megfigyelhető, de túlnyomóan középkorú nőknél jelentkezik. A betegséget első alkalommal a vesearteriák stenosisának okozójaként figyelték meg. Az utóbbi 10 évben különös érdeklődés veszi körül az art. carotis int. és az agyi erek ezen elváltozását. A diagnózis elsősorban angiographiával támasztják alá. Típusos esetben gyöngyfűszerű tágulatok és szűkületek észlelhetők, melyek leggyakrabban az art. carotis int. középső szakaszán figyelhetők meg, és feltűnően szabályosak. Szerfelett ritka az elváltozás a carotisvilla területén és az art. carotis int. koponya-alapú szakaszán. Néha az art. carotis externa is érintett, ilyenkor pl. az art. temporalis superficialis csomóssá vált érfala tapinthatóvá válik, melyből próbaexcisio végezhető. Az erek szövettani vizsgálatánál az intima és a media külső rétegeinek egész az adventitiáig terjedő fibrosus megvastagodása észlelhető. Az endothel károsodását az irodalomban ez ideig még nem közölték.

A fd. leggyakrabban a központi idegrendszer ischaemiás károsodásával járó betegségeinél fordul elő. Ritkán az agyi arteriák aneurysmaival együtt lép fel. Nem ritkán angiographiás melléklet. Houser és mtsai szerint a kórkép sokkal gyakrabban előfordul, mint amennyire gyakran ténylegesen megfigyelik. Előfordulhat, hogy a fd. arteriosclerotikus elváltozással együtt lép fel. A kettő radiológiai elkülönítése azon a tényen alapul, hogy típusos esetben a szabálytalan alakú ulcerált felszínű sclerotikus plaque-ok közvetlenül a carotisszállítónál helyezkednek el, ezzel szemben a jellegzetes dysplasia a középső érszakaszon. A gyulladós eredetű érszűkületet okozó megbetegedések közül a Takayasu-szindrómát lehet a legkönnyebben felismerni, mert általában az aortaív, vagy az aortaív-ből eredő nagyereket támadja meg. Jelentősen nehezedett más arteritiszes elváltozástól való elkülönítés, külö-

nösen, ha azok intracranialis elhelyezkedésűek. Ezenkívül rheumatológiai megbetegedéseket, collagenosist, lueses infectiót kell kizárni.

A rendkívül lassan progrediáló betegség sok esetben tünetmentes marad, neurológiai tünetek csak akkor lépnek fel, ha a betegség nagyon kifejezetté válik, és a collaterális hálózat az egy elegendő vérellátását nem tudja biztosítani. Miután aetiologiailag megalapozott konzervatív terápia nincs, csupán a bekövetkezett agyi ischaemiás insultus konzervatív tüneti kezelése jöhet szóba. Előrehaladott stádiumú, körülírt érszűkület esetén sebészi beavatkozás megpróbálható.

Gömbös Teodóra dr.

Intenzív betegellátás

A betegek szelekciójának jelentősége a mozgó coronaria egység értékelése szempontjából. Hampton, J. R. (Department of Medicine, General Hospital, Nottingham NG1 6HA): British Medical Journal 1976, 1, 201-203.

A mozgó coronaria egység munkájának eredményessége részben a személyzet felkészültségétől, részben a szállított beteg állapotától függ. Az új szállítási módszer határszossága csak akkor igazolható, ha a coronaria egység is minden súlyos fokú beteget szállít, és nemcsak a kevésbé veszélyeztetett („low risk”) betegeket. A szerző a Nottingham-ben 1973 óta működő coronaria egység és a hagyományos mentő szolgálat által beszállított betegek adatait elemzi.

A mozgó coronaria egység személyzetét az intenzív osztályon képezték ki elsősorban az arhythmiaik felismerésére és kezelésére, valamint a resuscitációra. A gyakorló orvosok és a lakosok egyaránt kérhették a speciális járművet. Utóbbi esetben akkor küldték, ha a beteghez nem volt közelebb hagyományos mentőkocsi.

A beszállítás módja alapján a városi betegeket 3 csoportba sorolták: I. csoport: hagyományos szállítás, II. csoport: coronaria egység, III. csoport: rendelkezésre állt a coronaria egység, de hagyományos kocsit küldtek. Egy további csoportot képezték azok a betegek, akiket a város környékéről és vidékről szállítottak be hagyományos járművel.

Mortalitás: I. csoport: 51%, II. csoport: 40%, III. csoport: 68%. A II. és III. csoport együttes mortalitása (tehát azon betegeké, akiket akkor szállítottak be, amikor a coronaria egység rendelkezésre állt, függetlenül attól, hogy igénybe vették-e, vagy sem): 51%! Az eredménynek az a valószínű oka, hogy a coronaria egységgel akaratlanul a „low risk” betegeket szállították.

A különböző módon beszállított betegek átlag-életkora, a férfiak aránya, a légzészavar, a shock-tünetek súlyossága, az átlagos enzim-

szint és az infarctus-localisatio szempontjából nem volt szignifikáns különbség. A betegek mindhárom csoportban 90%-ban 10 percen belül elérték. A III. csoportban a betegek 35%-a, az I-ben 19%-a és a II-ben 17%-a otthonától távol lett rosszul. Ezekben az esetekben a tünetek kezdete és a segítségkérés közötti idő átlagban rövidebb volt, mint az otthoni rosszulletés esetében. A III. csoportban a betegek 18%-a, a II-ben 41%-a, és az I-ben 32%-a kérte általános orvos segítségét.

A kórházba halva érkezett betegek a II. csoportban 42%-ban, az I. csoportban 20%-ban és a III. csoportban 16%-ban kíséreltek meg resuscitációt. A coronaria egység további 7 kamrafibillatiós és 3 asystoliás betege érte el élve a kórházat, közülük 4 életben maradt. A hagyományos szállított betegek közül két szívmegeállást diagnosztizáltak, extern massaget és lélegeztetést végeztek, a kórházban mindkét beteget sikeresen resuscitáltak.

A vidékről (hagyományos módon) beszállított betegek mortalitása 37% volt. Ennek valószínű oka a betegek szelekciója: az anamnesis többnyire hosszabb volt, a rosszulletés nagyrészt otthon következett be, és a hívás nagyobb arányban jött általános orvostól.

A coronaria egység által beszállított betegek alacsony mortalitásával szemben áll a III. csoport betegének magas mortalitása. Ennek egyedüli logikus magyarázata a „low risk” betegek nem szándékos szelekciója. A legmagasabb mortalitású csoportban volt a legtöbb rövid anamnesisű beteg, a legtöbb otthonról távoli rosszulletés, akikhez többnyire a lakosok hívtak segítséget. (Tehát súlyosabb állapotban voltak). Az irányító akkor küldte a coronaria egységet, ha az rendelkezésre állt, nem volt a beteg közelében hagyományos mentőkocsi és a rosszulletés valószínű szívrohammal látszott kapcsolatban lenni.

A tanulmányból kitűnik, hogy bár sok életet menthet meg, egyetlen coronaria egység nem csökkentheti szignifikáns mértékben az infarctus mortalitását. Az eredményt inkább a szállított betegek állapota, mint a jármű és a személyzet milyensége határozza meg. Minden olyan állítás, mely szerint a speciális mentő szolgálat csökkentheti a mortalitást, csak akkor tekinthető valódinak, ha a körzet rutin-szolgálatának tapasztalatait is figyelembe lehet venni.

Kálló Kamill dr.

Az intenzív betegellátás pszichológiai hatásai (saját tapasztalatok). Robinson, J. S. (Univ. Birmingham): Anaesthetist, 1975, 24, 416—418.

A szerző anaesthesiologusként dolgozott 12 évig egy intenzív betegellátó osztályon, (IBO), amikor súlyosan megbetegedett, és ugyanezen az osztályon hosszabb ideig mesterségesen lélegeztették. Közle-

ményében saját tapasztalatairól és érzéseiről számol be.

Megerősíti Schroeder véleményét, miszerint az IBO-on ápolott beteg 3 fő pszichológiai problémája: 1. a félelemérzet; 2. a kimerülés és a tájékozódási képesség elvesztése; 3. a gondolatközlés (ill. „kommunikáció”) nehézsége.

ad 1 A szerző — szakmájából következően — nem érezte nyomásúnak a Watts által „gépmonstrumok világának” nevezett IBO-t, annál nagyobb félelem töltötte el viszont súlyos állapota miatt. Légzőközpont-bénulását egy agyalapi arteriathrombosis okozta, melyre az agydaganat gyanúja miatt végzett vertebralis angiographia derített fényt. Az IBO-ra való felvétele után senki (!) nem közölte vele az angiographia eredményét, így túléléssel kapcsolatban hosszabb ideig a legnagyobb kétségek gyötörték.

Már 2 napja eszméletlen volt, mikor az orvosok ezt felfedezték, sőt, mivel eszméletlennek vélték, egy mellette fekvő kolléga állapotáról is az ő ágyánál konzultáltak, amit ő természetesen „magára vett”. Később az orvosok jóhiszeműen, hosszan eszelték állapotváltozásait. Rámutat, hogy a súlyos betegek nehezen viselik a hosszadalmas fejtegetéseket, sokkal inkább többszöri, egyszerű magyarázatokat, megnyugtató igényelnek, mint pl. „lélegeztetőgép”, „táplálék”, „szívellenőrzés”, mint ahogy a szerző is azon aggódott, hogy „életben marad-e”, „fog-e fájni”, stb.

ad 2 Az IBO-on állandóan égne a lámpák, folyamatos zajok hallhatók (respirator, ventilátorok, betegek, személyzet). Ehhez járul még egy-egy akut beavatkozás (resuscitatio) erőfeszítése, vagy más tényezők (pl. a szerző számára oly rossz emlékü önműködő ajtó rendszerrel és gyakori kattogása). Ilyen körülmények között a beteg fokozatosan kimerülhet.

A nyugtatószerek szokásos adása időnként a respirátorok utánállítást is igényli, mivel a beteg kevésbé vezérli a gépet. A sokak által fontosnak tartott „éjszakai alvás” biztosítására nem szerencsés barbiturát adása, mert a szakadatlan fájdalommal küzdő betegek zavartá válhatnak. A szerző — thalamusbántalmaira — erős fájdalomcsillapítót kért.

A legnagyobb pszichológiai problémát a tájékozódás lehetetlensége okozta: a műszakváltáson kívül sem — esetleg dátumos — óra, sem, ablak nem jelezte a reális időt, a beteg térben és időben elveszítettnek érezte magát. A közreműködésével kifejlesztett respirátorral lélegeztetett, ismert személyzet által ápolott „orvosbeteg” csak felesége rendszer — bár rossz szemmel nézett — látogatásaiban talált megnyugvást. Az ismert ellenérvek és -véleményekkel szemben meggyőződése szerint ez a legjobb psychotherapia.

ad 3 A kommunikáció említett módjai segítségével az intubált, kérdéseiben és közléseiben gátolt

beteg számára a legfejlettebb technika mellett is alapvető a pszichológiai gondozás — legyen az papírszelet vagy rövid szóbeli kérdés. A szerző úgy érzi, saját tapasztalatai jobb intenzív — és egyáltalán, jobb orvosá tették.

Habis György dr.

Mandzsettás endotrachealis tubusok hatása a trachea nyák sebességére. Marvin, A. Sackner, M. A., Hirsch, J., Epstein, S.: Chest, 1975, 68, 774—777.

Az egyre gyakrabban használt mandzsettás endotrachealis tubusok alkalmazása a respirációs terapiában a trachea-stenosis és trachea-malacia előfordulása növekedéséhez vezet. Ezen elváltozások a túlélők 20%-ában fordulnak elő. A tubusok mandzsettája okozta mechanikus nyomás a trachea mucosa és kapilláris keringés károsodásához vezet. A szerzők kutyakísérletekben vizsgálták az alacsony és magas compliance-mandzsettájú és mandzsetta nélküli tubussal intubált kutyák tracheájában a nyák-vándorlás sebességét fibero-bronchoscoppal figyelve egy nyáktakaróra helyezett teflon korongocskára vándorlását. A nyák-transport sebességét a korong optikai méretváltozásának mérésével határozták meg. Az állatokat barbiturat anaesthésiában vizsgálták. Az állatok 38 °C hőmérsékletű és 100% relatív páratartalmú levegőt lélegeztek be. A méréseket 23 °C hőmérsékletű és 60—70% relatív páratartalmú levegő belégzésekor is elvégezték az intubálást megelőzően. Ezután 4 órán át óránként határozták meg a nyákáramlás sebességét. A méréseket a tracheába vezetett, ill. a tubuson át bevezetett fibero-scoppal a tubus végétől 10 cm-re mozgó teflon korongocskák vándorlásának megfigyelésével végezték.

A vizsgálatok szerint az alacsony és a magas compliance-mandzsettájú tubusok szignifikáns nyákáramlás sebesség depressiót eredményeztek, egy órával a tubus bevezetését követően. Az alacsony és magas compliance-mandzsettájú felfűjt tubusok okozta nyák-transport depressio mindkét állatcsoportban lényegében azonos mértékű volt, a két csoport között szignifikáns különbség nem volt. A depressio mértéke az első órában 26, ill. 37%, a 4. órában 74, ill. 52%-nak bizonyult.

A mandzsetta nélküli tubussal intubált állatok tracheájában nem észleltek nyáksebesség-csökkenést.

Az észlelt mucociliaris nyákáramlás-csökkenés a trachea distalis szakaszában feltételezésük szerint a trachea mechanikus distenziója miatt kialakult neurogen reflex következménye, mely megváltoztatja a nyák-secretiót, vagy a ciliumok üti frekvenciáját.

A kísérletek eredményének tükrében felhívják a figyelmet az en-



dotrachealis tubus mandzsettájának gyakori leengedése. A jelen kísérlet során észlelt, egy újabb tényezőre utalnak, ami a tartós intubatio egyébként ismert károsító hatásaiban szerepet játszik.

Tekeres Miklós dr.

Traumatologia

Az arteria axillaris sérülései a váll területén kelezett törésekkel és ficamokkal kapcsolatban. Hoffheinz, H. J. (Chirurgische Klinik I des Stadtkrankenhauses, Kassel): Monatsschrift für Unfallheilkunde. 1975, 78, 129—133.

A szerző 3 esetéről számol be. 1. eset: 84 éves nő, subcapitalis felkarcsonttöréssel. A karon ischaemia jelei álltak fenn: hideg volt, a radialis pulsus nem volt tapintható, mozgása, és érzékenysége megszünt. Repozíció után az arteriális vérrellátás nem javult, ezért feltárták az arteria axillaris. Ekkor kiderült, hogy az arteriát a distalis törvég proximális vége összenyomta. A helyzetet a compressio megszüntetése sem javította, ezért megnyitották az arteria axillaris. A nagyfokú arteriosclerosis mellett az intima haránt irányú beszakadását találták, amelyre thrombus rakódott. A thrombus eltávolítása, az intima összevarrása, az arteria zárása után erőteljes lüketetést és a radialis pulsus meglelését tapasztalták. Ezután osteosynthesist végeztek. Néhány nap múlva azonban, valószínűleg a súlyos arteriosclerosis miatt kialakult thrombosis következtében, alkar-gangraena következett be, és amputációt kellett végezni.

2. eset: 61 éves férfi. Motorbal eset miatt subcoracoidealis vállficamot szenvedett, a karon mozgás- és érzésvávar, valamint ischaemiás jelek alakultak ki. A ficam helyreállítása az ischaemiát nem oldotta meg. Az ellátó kórház a beteget a szerző intézetébe küldte. Feltárás: subpectoralis haematoma; az arteria axillaris elszakadt, a centralis vég a musculus pectoralis alá ugrott vissza és thrombotizált. Érvarrat után az ischaemia rendeződött, de a nervus axillaris károsodásának jelei megmaradtak.

3. eset: 55 éves férfi, motorbal esetet szenvedett. Shock-ellenes terapia után másik kórház küldi. A bal combcsont nyílt supra-condylicus törése, a bal alkar nyílt darabos-szilánkos törése, sorozat-bor-datörések, bal subcapitalis felkarcsonttörés és lapockatörés volt található, a bal karon érzés- és mozgásvávarral, valamint ischaemiás jelekkel. — A felkaron és alkaron végzett osteosynthesi az ischaemiát nem oldotta meg, ezért feltárták az arteria axillaris: el volt szakadva. A centralis vég itt is a musculus pectoralis alá ugrott vissza és thrombotizált. A nervus ulnaris szintén sérült. Érvarrat az

ischaemiát megoldotta. A nervus ulnaris is összevarrták, de ideg-laesio jelei maradtak vissza (ref.: nincs részletezve).

A szerző megállapítja, hogy az arteria sérülése legtöbbször a nagy érleágazások közelében található, az arteria thoracalis lateralis, ill. a musculus pectoralis minor elülső széle és az arteria subscapularis és az arteria circumflexa humeri között. Itt van lehetőség az érleágazások által rögzített arteria maximális kihúzóadására. A múlt században sokkal több ilyen esetet írtak le. Ennek, ill. a gyakoribb előfordulásnak a ficam késői diagnózisra lehetett az oka, ami a repozíciót megnehezítette; így az csak nagyobb erőfeszítéssel volt helyreállítható, és az arteria sérülése valószínűleg éppen akkor következett be (nem a ficam létrejöttékor!). Ezért igen fontosnak tartja igazságügyi orvostani szempontból, hogy *már a terápiás beavatkozás előtt rögzítve legyen az ischaemiás állapot.*

Szónyi Ferenc dr.

Összefüggés fedett koponya- és agysérültek agyi vérkeringésslassulása és túlélési esélyük között. Freitag, G. és mtsai (Rad. Klin., Anaesth. Abt. der Med. Akad. Magdeburg): Zbl. Chir. 1975, 100, 210—213.

A koponya- és agysérülések contusióval, agyödémával, epi-, subduralis és intracerebralis vérömlennyel járhatnak, s így intracranialis nyomásnövekedés következhet be. Az agynyomás fokozódása a cerebrovascularis ellenállás növekedésével progresszív agyi keringésslassuláshoz, végül agyhalálhoz vezet. A normális agyi keringési idő ismeretében *seria angiographiás felvételek* segítségével ábrázolható az agyi keringési zavar, és prognosztikai következtetéseket vonhatók le. Irodalmi adatok szerint a carotis siphon maximális kontraszt-telődése és a parietalis vénáé között 2,7—5,5 mp telik el. Az átáramlási idő függ a vérnyomástól és az életkortól is.

A szerzők 88 koponya-agysérült angiographiás vizsgálata alapján tanulmányozták a cerebralis keringésslassulást és túlélési esély összefüggését. A szelektív angiographiát transfemorális úton, az a. carotis interna feltöltésével végezték, néhány esetben az a. carotis comm.-t percutan kathetereztek. (10 ml Visotrast kontrasztanyagot 7 ml/sec sebességgel adtak be speciális készülékkel.) Az *átáramlási sebesség* alapján 4 csoportba osztották a 34 agyi contusiót, 22 epi- és subduralis, ill. 22 intracerebralis haematomás beteget: 2,2—3 mp, 3,1—4 mp, 4,1—6 mp és 6 mp fölötti áramlási idővel.

Eredményeiket táblázatokban közlik. 4,1—6 mp közötti átáramlási időt mértek 20 betegben (23%): 16 beteg életben maradt, 4-et elvesztettek. A nyolc 6 mp-nél hosz-

szabb átáramlási idejű sérült (9%) közül egy sem maradt életben.

A vizsgálatok alapján leszögezhető, hogy a koponya-agysérültek angiographiás vizsgálata nemcsak bizonyítja vagy kizárja a koponya-úri vérzést, hanem a keringési idő meghatározásával a túlélésre vonatkozó *prognosztikai* támpontot is jelent.

Habis György dr.

Traumás rekeszizom-rupturák és defectusok klinikuma és terápiája. Wernitsch, W., Kümmerle, F. (Chirurgische Universitätsklinik, Mainz): Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1975, 100, 255—258.

A rekeszizom sérülései közvetlen vagy közvetett erőhatásra jöhetnek létre. A szerzők nomenklaturája szerint, ezek percutan vagy subcutan sérülések. A percutan sérülések lövés, szúrás, vagy nyársalás (akár törött bordák által) eredményel; a subcutan sérüléseket rendszerint az intraabdominális, vagy intrathoracalis nyomás emelkedése okozza. Ez beszorulásnál, betemetődésnél, gázolásnál, nagy magasságból történő esésnél fordul elő.

Körbontanilag: leggyakoribb a bal rekeszfél (95%), és ott is a centrum tendineum sérülése. Jóval ritkább a rekesz széli részeinek leszakadása tapadási helyeikről. A rekesz rendszerint átszakad, aminek következtében a hasi zsigerek prolapsusa jön létre. Prolapsus — és nem sérv, mert a legtöbb esetben a hashártya is átszakad, így sérv-tömlő nincs! — Ritka: a rekeszizom egyik felének kettős rupturája, a ruptúra átterjedése a rekesz egyik feléről a másikra, a kétoldali ruptúra, a hiatus oesophagi bevonása a sérülésbe, stb. — A gyógyulás csaknem hegmentes, ha a sérülés az izomrostokkal párhuzamosan fut; erősen heges, ha a sérülés iránya a rostokra merőleges.

Beékelődésnél először rendszerint a cseplesz jut be a mellüregbe, ezután jönnek a többi szervek, melyek a csepleszt mintegy vezérszakraként követik. A ruptúrát először a lép, máj vagy más szerv „táponálhatja” és a zsigerek prolapsusa csak később jön létre (kétszakaszos ruptúra). A zsigerek prolapsusa akár az egész mellüreget kitöltheti (entero-thorax). Eredmény: a tüdő, szfv és mediastinum eltolódása, súlyos cardiorespiratoricus elégtelenség.

Tünettan: acut tünet rendszerint nincs, legfeljebb nagyobb ruptúra esetén: súlyos shock, melynek nincs más magyarázata. Később a körbontani helyzetnek megfelelő tünetek jelentkeznek. pl. bélhangok a mellkas bal oldalán. A tünetek végeredményben: abdominális (hányinger, hányás, gyakori felbőgés, nyomásérzés a felhasban, meteorismus, obstipatio, gyomor-bélgörcsök, recidiváló szél- és székrekedés), vagy cardio-respiratorikusak (bal oldali mellkasi fáj-

dalom, megterhelésnél és mély belégzésnél, fájdalom a bal vállban, dyspnoe, retrosternalis nyomásérzés, angina pectoris-syndroma, szívdobogás) lehetnek.

Komplikációk: ritkaságoktól eltekintve (pl. gyomor- vagy vastagbélperforáció a mellüregbe, ami shockhoz vezet), leggyakoribb a mellüregbe prolabált szervek kizáródása. Leggyakrabban a vastagbél záródik ki (eredmény: mély ileus képe), ritkábban a gyomor (hányás, a hányadékban epe nincs; meteorismus nincs), cseplesz, vékonybél (ileus, esetleg „üres has” mellett). Nagyfokú dyspnoe is létrejön. — A rekeszizom-ruptúra és a kizáródás között akár évek telhetnek el (egy esetben: 40 év!).

A továbbiakban a szükséges műtét technikai részleteivel foglalkozik a közlemény. *Szónyi Ferenc dr.*

Extravasculáris fibrinogén degradáció, mint a fibrinogén-degradációs-termékek forrása égési sérülteknél. Currier, P. W. és mtsai (Dept. of Surgery, University of Texas Southwestern Med. School, Dallas): *Surgery*, 1975, 77, 86—91.

Az égési sérülést szenvedettek véreinek fibrinogén-degradációs-termék (FDP) koncentrációja 10—14 napon át emelkedett, ami arra utal, hogy az égési sérülés kapcsán disseminált intravasculáris coagulatio zajlik. A szerző és munkatársai másutt (Ann. Surgery, 1975, 181, 157—160, és 161—163) ismertették azon megfigyeléseiket, melyek szerint égési sérülés kapcsán nem disseminált intravasculáris coagulatio következik be, hanem extravasculáris, fokozott fibrinogenolysis, s a FDP-ek nem a vérben, hanem az interstitiumban keletkeznek. Tapasztalataik és véleményük alátámasztására 9 kutyán vizsgálták experimentális égési sérülés után a FDP-ek és a fibrinogén-szint változásait az intravasculáris térben (plasmában) és az interstitialis oedema-folyadékban.

A vizsgálatok eredményeként azt találták, hogy az égést követő két első napon a plasma fibrinogén tartalma csökken; részben a vizelettel távozik, részben az oedema-folyadékba jut a megnövekedett permeabilitású capillarisokon át. Az oedema-folyadék fibrinogén-tartalma a 2. napon csökkenni kezd annak eredményeként, hogy megszűnik a plasma transudatio, ill. megindul az extravasculáris fibrinogén degradatio. A FDP-ek kimutatására legjobbnak a staphylococcus clumping tesztet találták, mivel ez a módszer a kis degradációs fragment, a D-fragment és annak fibrinmonomerekkel alkotott complexe kimutatására is alkalmas, azaz az előrehaladott degradációs folyamat során mindvégig jelzi a fibrinogén fragmentumok jelenlétét. A vérben kimutatható FDP-k az interstitiumból diffundálnak az érpályába.

Korábbi kísérleteik szerint azt

bizonyították, hogy sem a heparin, sem az acetylsalicylsav nem csökkenti a fibrinogén degradációt. Ez azt jelenti, hogy azok nem disseminált intravasculáris alvadást követő sekunder fibrinolysis termékei, ezért a heparin adása — ismert nagy kockázata miatt — égési sérülteknek indokolatlan és megalapozatlan.

Berkessy Sándor dr.

A traumás károsodások. Csernuh, A. M., Styhno, Ju. M. Vesztnyik AMN. SzSzsZR, 1975, 1, 36—40.

A szerzők a traumás károsodások helyi és általános kórelletani mechanizmusával foglalkoznak, különös tekintettel a legújabb tudományos megállapításokra.

A helyi zavarok mechanizmusainak tanulmányozása terén kiemelik a biomikroszkópia és az elektromikroszkópos módszer jelentőségét, melyek segítségével az utóbbi években sikerült jobban megérteni egyebek között a károsodott szövetek microvasalis átépülését. Megállapították, hogy az organelumok funkcionális zavarainak kialakulásában és a sejtpusztulásban jelentős szerepe van a membrán-sérülésnek és a lysosomákban levő enzimek kiszabadulásának. A sérülés és a gyulladás pathogenesisében különleges hely illeti meg a vasoactív aminokat, a vér rheológiai tulajdonságainak a zavarát, melyek a permeabilitás károsodását eredményezik. A microcirculatio károsodása nagyrészt neurodystrophiás tényezőkkel van kapcsolatban.

Ami az általános zavarokat illeti, korábban is ismeretes volt a trauma shockogén hatásának függése a trauma súlyossági fokától, jellegétől és localisatiójától. Nagy jelentősége van a szervezeti immunológiai állapotának és a szituációs tényezőknek. Ismeretes a hypothalamus-hypophysis-mellékvese-rendszer szerepe is, ha ez a szerep nem is kizárólagos, miként Selye tartja. Ma már jóformán senki sem vonja kétségbe a perfusio jelentőségét. A keringési zavar több fázison megy keresztül. A szerzők vizsgálatai szerint a shock erectilis fázisában igen kifejezett vasoconstrictio figyelhető meg, a capillaris áramlás majdnem teljesen leáll. Néhány kísérleti állatban az érspasmus a nyálkahártya teljes ischaemiájára vezetett. A traumás shock torpid fázisában a haemodinamika decompensálódik: az artériás vérnyomás esik, csökken a perifériás ellenállás, a keringő vér volumene kevesebb lesz, a vér egy része pathológiásan deponálódik. Ezt követően a keringési zavar progrediálhat, a keringő vér mennyiségét a permeabilitás fokozódása következtében beálló folyadékvesztés (extravasatio) tovább csökkenti, s végül a keringési rendszer elégtelensége, a kifejezett oxigénhiány következtében beáll a halál.

Más esetekben a szív-érrendszer

adaptálódik, emelkedik a vérnyomás, a percvolumen, a keringés centralisatiójának tendenciája figyelhető meg. A szerzők — másoktól eltérő — megállapításai szerint a stabilizáció időszakában a keringés centralisatiója ellenére is javulhat a microcirculatio, a capillaris keringés részleges helyreállítódásával.

Mindenképpen bizonyosra veszik, hogy a shock mechanizmusában, a halálra vezető circulus vitiosusban a microcirculatio zavara játssza a döntő szerepet. Ugyanakkor már a trauma pillanatában működésbe lépnek a gyógyulás mechanizmusai, a reparatív folyamatok is, s ezek megnyilvánulnak mind sejt és szöveti szinten, mind pedig a szervezet szisztémás reakcióiban. A feladat ezeknek a folyamatoknak a túlsúlyra juttatása.

Varga János dr.

Izomnecrosisok alacsony feszültségű váltóáram által okozott balesetek után. Unterdorfer, H., Lederer, B. (Institut für gerichtliche Medizin und Pathologisches Institut der Universität Innsbruck): *Mschr. Unfallheilk.* 1975, 78, 333—338.

A szerzők 2 alacsony feszültségű (220 V) áram által okozott balesetről számolnak be.

Az 1. beteg 34 éves férfi, aki néhány másodpercen át volt az áramkörben. Tovább dolgozott. Csak másnap jelentkezett a lábizmok gyengesége, ami miatt összeszett. A következő napon megbénult, éjjeli fájdalom után a bal kar, majd következő nap a bal alkar és bal kéz ízületei megduzzadtak, a bal alkaron érzésvizsgálat is kialakult. A 11. napon még sétál, a 12. napon valamennyi végtag előrehaladó bénulása, a bal testfélén fokozódó oedema, a spon-tán légzés romlása következett be, melyet Landry-féle bénulásnak tartottak. Tracheotomia vált szükségessé, valamint mesterséges lélegeztetés. A narkózis bevezetése alatt irreversibilis szívelégtelenség lépett fel. A reanimatio (1 órán át) eredménytelen volt.

A 2. beteg 23 éves nő, akit vizes hajjal, eszméletlenül találtak fürdőszobában, az asztalon kézi hajszárító volt, amely állítólag nem volt bekapcsolva. Cyanosis és nagyfokú tudatzavar áll fenn. Kezdődő uraemia miatt művese-állomásra szállították, de 15 nap múlva vese-elégtelenségben meghalt. A klinikai diagnózis először sikertelen magzathajtás kísérlet, majd később palackos gáz okozta mérgezés volt.

Boncolásnál az 1. esetben a bal alkaron és térdén láttak áramjegyeket. Az áramútnak megfelelően az írha és az izomzat vízenyősen, folyadékkal beivódott, az izomzatban pedig fehéres-szürke, főtthús-szerű részek vannak. Kórszövettanilag itt göcökben a sarcoplasma rögös szétválása és a sejthártya szakadozottsága látható. Néhol regeneratio jeleként izom-óriássejtek jelentek meg. A vesékben a crush-syndromás vese

képe látható. Erős interstitialis oedema és enyhefokú kereksejtes beszűrődés mutatkozik, csak kisebb tubulus-szakaszok haltak el, a velőcsatornában myoglobín-cylinderek vannak. Az agyban friss oedema volt található. — A 2. eset abban különbözik az elsőtől, hogy a necrotikus izomrostok itt már részben el is meszesedtek, körülöttük a leukocytás reakció erős; a tubulusok károsodása erősebb; a szívizomzatban enyhefokú gyulladás volt található. Mindez arra mutat, hogy a betegség itt előrehaladottabb stádiumban volt. Tüdővizényőt és a gyomortartalom agonalis aspirációját találták.

Az esetek érdekessége, hogy itt *alacsony feszültségű áram nemcsak az ingerelhető szövetekre gyakorolt ingerhatást*, — aminek jelei: kamra-fibrillatio, izomgörcsök és a „spinalis atrophias tünetcsoport” —, hanem izom-necrosisokat is okozott, amit *szokványosan csak magas feszültségű áram idéz elő, akkor is nagy kiterjedésű bőregések kíséretében*. Az ilyen körkép létrejöttének feltételei, úgy látszik, a következők: 1. a beteg csak minimális ideig legyen az áramkörben, 2. az áramkör ne a szíven és központi idegrendszeren át záródjon, 2. a bőr ellenálását átmedvesedés (izzadás, előző fürdés) csökkentse.

Feltételezhető a tünetek és a kórszöveti kép alapján, hogy először csak a motoros végtagok működési gyengesége jelentkezik („spinalis atrophias syndroma”, melynél azonban a gerincvelőben vannak bizonyított elváltozások), ezután kezdődik csak az izmok necrosis. Ez a myoglobín és a K kiáramlásához, a vér K-szintjének emelkedéséhez vezethet, majd veseelégtelenséghez, s halálos K-mérgezéshez. (Ök eseteikben a vér K-szintjét nem mérték.)

(Ref.: *Az esetek nagy tanulsága, hogy az áramütött akkor is súlyosan veszélyeztetett lehet, ha az első 24 órában rajta semmilyen tünet nem mutatkozik. A későbbi megfigyelés, ellenőrzés tehát igen fontos!*)

Szönyi Ferenc dr.

Egyoldali „lap vese” okozta hypertonia. A renin-angiotensin-aldosteron rendszer vizsgálata nephrectomia előtt és után. C. E. Grim és mtsai Indiana University Medical Center Indianapolis): JAMA 1975, 231, 42—45.

A vesék fibrosus tok-képződése a hypertonia ritka, gyógyítható oka. A szerzők egy ilyen esetet közölnek úgy, hogy a tokba zárt vese eltávolítása előtt és után részletes renin-angiotensin-aldosteron vizsgálatot végeztek. A renin-angiotensin-aldosteron rendszer napi ingadozását (circadian rhythmus) is vizsgálták több napon át, műtét előtt és után. A vese vénából renin meghatározásra a vért fekvő és 45°-ban döntött állapotban vették úgy, hogy előzőleg sószegény étrendet (10 mEq egy napra) és délelőtt, délután furo-

semidet adtak. Normális sóbevitel után szeparált vizelet vizsgálatot végeztek.

A beteg 17 éves fiatalember, aki-nek 120/70 Hgmm vérnyomást mértek az inkriminált labdarúgó-mérkőzés előtt néhány hónappal. Játék közben a jobb deréktájon ütés érte, amely napokig fájt és suffusio is keletkezett. Néhány hét múlva súlyos haematuriája támadt. Csaknem egy év múlva fejfájásról és fáradtságról tett említést és vérnyomása 160/90 Hgmm-re emelkedett. Iv. pyelographia során jobb oldalon késett a telődés ezért kórházba utalták. A physicalis és laboratóriumi vizsgálatok eltérést nem mutattak, a vesefunkciók és a vizelet mikroscopos vizsgálata sem.

A gyors iv. urographia alkalmával egyidőben volt mindkét oldal telődés. A tomogramm a jobb vese felső pólusában kehely-distorsiót jelzett. Retrograd aortographiával a jobb intrarenalis vascularisatio csökkenését mutatták ki az a renalis lumenének szűkülete nélkül. A nephrographiás fázisban sima kontúr volt látható, de a cortex halványabban és nem egyenletesen rajzolódott ki.

Fekvő állapotban és nátrium depletio után a jobb vese-vena renin koncentrációja magasabb volt a bal oldalnál (jo.: 30,7, bo.: 19,6 angiotensin I $\mu\text{g}/\text{ml}/\text{óra}$), de különösen kifejezett a különbség döntött helyzetben (jo.: 51,6, bo.: 24,3 angiotensin I $\mu\text{g}/\text{ml}/\text{óra}$). Antihypertensív kezelésre panaszai, tensiója nem változott, ezért 1 hónap szünet után folytatták a vizsgálatot.

A szeparált vizeletvizsgálat jobb oldali „ischaemiás vesére” utalt (jobb oldalon a Na. conc.: 27 mEq/l és a creatinin 0,13 mg/111 ml. Ugyanez bal oldalon 45 mEq/l, illetve 0,08 mg/100 ml). Ezek után exploratio útján vese biopsiát végeztek amikor is kiderült, hogy a jobb vesét vastag fibrines tok veszi körül, amelyet eltávolítani nem lehet. Egyébként ezután derült fény az elején említett deréktáji traumára. Ezt követően további 9 hónapon át próbálkoztak antihypertensív kezeléssel de végül eredménytelenség miatt elvégezték a jobb oldali nephrectomiát. Műtét után a beteg panasz- és tünetmentes lett. A vesét hátsó felszínén vastag fibrines tok borította a hilus szabadon hagyásával. Az elülső felszín normális volt. A keresztmetszeten hegesedést láttak a vese kéregállományának egy részének körülzárásával. Mikroscopos eltérést nem találtak.

A renin aktivitás napi ingadozásának vizsgálatakor kiderült, hogy az a műtét előtt általában a normális szóráson belül maradt az 5. nap kivételével, amikor is este 8 órakeresztben meghaladta a normális szórás felső határát. Műtét után a 9 renin aktivitás meghatározás 2 kivételével a műtét előtti érték alatt volt (a normális szóráson belül). A renin aktivitást párhuzamosan követte a se. aldosteron szint. Így műtét előtt ugyancsak a só-

szegény étrend 5. napján este 8 órakeresztben meghaladta meg a normális szórást és műtét után 8 meghatározásból 7 esetben kaptak a műtét előttinél alacsonyabb értéket, de ugyancsak a normális szóráson belül. A vizelet aldosteron szint műtét előtt 10,2 $\mu\text{g}/24$ óra, műtét után pedig 2,6 $\mu\text{g}/24$ óra volt. Ezek az eredmények egyértelműen arra utalnak, hogy a renin-angiotensin-aldosteron rendszer aktivitása műtét előtt, a hypertoniás szakban magasabb volt, mint a hypertonia megoldása után.

1939-től állatkísérlet alapján ismerjük, hogy a cellofanba pakolt vesét később fibrocolagenosus tok veszi körül. Már akkor az ilyen állapotban valamilyen vérnyomás emelő anyagot mutattak ki. Azóta az ismételt állatkísérletek arra utalnak, hogy ha a másik vese ép, akkor a peripherián a renin aktivitás „normális” körüli értéken marad.

Az eddig ismert esetekben a traumát kísérő vérnyomás emelkedés közepes fokúknak bizonyultak. A csak kismértékben fokozott renin-angiotensin-aldosteron aktivitás arra utal, mintha e rendszernek nem lenne lényeges szerepe ilyen hypertonia kialakításában és fenntartásában. Az állat kísérletek, de a jelen eset is arra utal, hogy az elmentés ép vesében a renin tartalom subnormális. Ez a renin suppressio valószínűleg úgy jön létre, hogy az ischaemiás vesében több renin képződik, amely több angiotensin II. kialakulásához vezet. Ez utóbbi egyrészt közvetlenül is suppressálja az ép oldalon a renin termelést, másrészt az általa okozott só retentio és intravascularis volumen fokozódás ugyancsak a renin secretiót szorítja vissza most már mindkét vesében. Ez a folyamat végül is odavezet, hogy a peripherián az össz renin aktivitás normális értéken belül marad. Ha csak egyoldali vese-ischaemia az oka az elváltozásnak, akkor ez a „normális” érték azért magasabb, mint a vese-ischaemia kialakulása előtt volt. A szerzők ezt magas „normális” értéknek tekintik a gyógyult állapot alacsony „normálisával” szemben. Megjegyzik, hogy hasonló eredménnyel találkoztak már egyoldali vese arteria stenosis esetén, illetve ennek műtéti correctiója után. A szerzők vizsgálatait nem zárják ki azt a korábbi feltételezést, hogy az ép oldalon ilyenkor nincs renin excretio, sőt az ép vese esetleg a keringésből renint von ki.

Végezetül megjegyzik, hogy az esetükhöz hasonló betegségben a szokásos pyelographia, renin meghatározás az anamnesis pontos tisztázása mellett vezethet a helyes diagnózishoz.

Széplaki Ferenc dr.

Egészségügyi szervezés

Az urbanizáció folyamatának egészségügyi szempontjai. Müller, C., Petz, S.: Československé Zdravotnictví; 1975, 3—4, 149—153.

Az urbanizációs folyamat alapja a környezet, az életmód és az élet-színvonal lényeges változása. A közvetlen változást a falusi lakosságnak nagyobb településekre való költözése, míg a közvetett változást — az előbbi nyomán és annak következményeként — a lakosság vidéki életmódjának városivá történő átalakulása jelenti. Az urbanizációs folyamatot sem megszakítani, sem megállítani nem lehet, de nem is lenne célszerű, van azonban lehetőség arra, hogy a kívánt irányba vezethessük. Ezért szükséges a funkcionális és objektív törvényszerűségeinek tanulmányozása.

Ismert, hogy az urbanizációs folyamatban alapvető fontosságú kapcsolatok állnak fenn a lakosság reprodukciója és a termelés reprodukciója között, ez utóbbi gyorsulása magával ragadja az előbbi; megváltoznak az életmód és a munkakörülmények, s a lakosság magatartásformái is.

Az urbanizációs folyamatban előtérbe kerül a társadalmi mobilitás egyik formája, a költözködés. A belső (belföldi) migrációnak a következő típusai ismeretesek:

1. Letelepülés lakatlan területen;
2. Költözködés egyik falusi településből a másikba;
3. Költözés város és falu között;
4. Városok közötti költözés;
5. Költözés ugyanazon településen belül.

Nagy figyelmet fordít az urbanizációra az Egészségügyi Világszervezet is, kiindulva abból a megállapításból, hogy az urbanizációs folyamatok tanulmányozása adja az úgynevezett „civilizációs betegségek” kutatásának alapját. Ma már az urbanizáció világ-problémának tekinthető, hiszen hatásai erősen befolyásolják a nagy populációk egészségi állapotát, ill. morbiditási helyzetét. A Szervezet az urbanizáció kutatásánál az alábbi szempontokra hívja fel a figyelmet:

1. A falvakból városokba irányuló migráció mértéke;
2. Természetes szaporulat a városi lakosság körében;
3. A morbiditás és a mortalitás összehasonlítása;
4. A falusi településeken elérhető szolgáltatások;
5. A városba betelepültek életmódja;
6. Az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége;
7. Megelőző és felvilágosító tevékenység az egészséges környezet biztosítása érdekében;
8. Üdülő és nevelő intézmények;
9. Megfelelő lakások és település-egészségügyi berendezések;
10. A víz-, légkör- és talajszennyeződés;
11. Munkaegészségügy, foglalkozási betegségek, üzemi balesetek;
12. A háztartási és közlekedési balesetek s azok okai;
13. A megélhetés feltételei és problémái, s azok hatása a lakosság egészségi állapotára;
14. Az átvihető betegségek különleges problémái, főként a „slum”-okban és az ún. „vad” tele-

pülésekben (tuberculosis, venereás betegségek, bilharziosis, ascaridiosis stb.);

15. Érzelmi problémák; mentál-higiéne;

16. A kriminalitás; házasságon kívüli és elhagyott gyermekek;

17. Alkoholizmus és kábítószeres;

18. Zajártalom; közlekedési és egyéb urbanizációs stresssek.

Az urbanizációs folyamat orvosi szempontjainak kutatásánál, a problematikát teljes szélességében kell megközelíteni. Régen túlhaladt az a felfogás, mely az urbanizációt leegyszerűsíti, s azt csupán a népesség koncentrációjának folyamataként tekinti. A legújabb felfogás (Musil, I.) találó meghatározást is ad: az urbanizáció sokoldalú és bonyolult társadalmi-gazdasági folyamat, mely szoros kapcsolatban áll a termelőerők egyes elemeinek fejlődésével. Demográfiai és térbeli oldalain kívül, társadalmi-szervezeti, kulturális és pszichológiai aspektusai is vannak, mint egymástól szét nem választható alkotóelemek. A társadalom szervezetsége szempontjából nézve az urbanizáció, a társadalom struktúrájának átalakulásához és új szervezeti formák keletkezéséhez vezet. Kulturális és pszichológiai oldalról nézve pedig az egyén magatartásának, értékítéletének és az életmódjának megváltozása áll az előtérben. Ez utóbbi természetesen vonatkozik az életvezetés anyagi és nem anyagi jellegű összetevőire is.

Cselkó László dr.

A televízió és a telefon összehasonlítása a „távolsági” orvosi konzultációval kapcsolatban. Moore, G. T. és mtsai: New Engl. Journal Med. 1975, 292, 729.

A televízió és a telefon hírközlő szerepének hatékonyságát eddig még csupán csak véletlenszerűen vetették egybe a kórházi orvos és a távolabb tevékenykedő nővér konzultációjában. Televízió révén 50, telefon segítségével 40 percet vett igénybe a megbeszélés. A különbség a tv alkalmazásakor a nagyobb előkészületek rovására írható. A hosszabb várakozási idő és a tovább tartó észlelés, ill., megbeszélések is közrejátszottak. A tv kevesebb közvetlen információt nyújtott a kórházi orvos részére (tv alkalmazásakor 6%, telefonnál 12%), mégis hatékonyabbnak bizonyult. Bár a különbség a két hírközlési mód között megvan, a tv-t tanácsos előnyben részesíteni a távoli, nehezen megközelíthető területekről történő referálás során. A konzultáció meg rövidítése kívánatos, így a költségek kiegyenlítődnek. Cambridge és Massachusetts 100 ezer családjá két-harmad részben a „vezető” kórház körzetéhez tartozik (2 km-en belül lakik). A decentralizáció kiszélesítésével a gyakorló nővéri munka minőségi javítása céljából, ill. ezzel együtt a monitor-rendszerek is fejlődtek. Ekkor nyílt lehetőség a két hírközlési rendszer egybevetésére.

A tv esetében egyidőben csak egy ember beszélhet a konzultáció során, de ugyanakkor a vizuális tartalom a beteg egészségügyi megítélésében rendkívül fontos, vagyis tovább tart, de a beteg gyógykezelése szempontjából hatékonyabbnak tűnik. Ezzel kapcsolatban még sok ellenőrző vizsgálat szükséges.

Szodoray Péter dr.

Krónikus betegségek előfordulásának gyakorisága a 70 évnél idősebb városi lakosság körében. Zarembo, V.: Ceskoslovenské Zdravotnictví; 1975, 5, 179—187.

A magaskorú lakosság egészségi állapotának ismerete s az ebből adódó ellátási feladatok terjedelme egyre nagyobb jelentőségű; az öregeknél adódó úgynevezett „polymorbiditás” kérdéseivel mind gyakrabban találkozunk.

Ezzel az indítékkal került vizsgálatra egy nagy iparváros (Plzeň) 70 éves és annál idősebb lakossága, a 638 főből álló, reprezentatív mintán, a körzeti orvosi dokumentációkra alapozva. Legnagyobb gyakoriságot mutatva, első helyen állnak a keringési rendszer betegségei, mégpedig a férfiaknál és nőknél is megközelítően azonos aránnyal (53,1 és 54,0%-kal). Ezen belül férfiaknál gyakoribb a szív ischaemiás megbetegedése és az arteriosclerosis, nőknél viszont a hypertonia betegség és a varicositas. Mindkét nemnél második helyen állnak a mozgásszervi betegségek, a nők csoportjában valamivel a férfiakét meghaladó arányt mutatva. A harmadik helyen álló betegségek tekintetében a férfiak és nők között eltérés van. Férfiaknál a harmadik helyet a légzőszervi betegségek foglalják el; ezek nőknél az ötödik helyen állnak (az emésztőszervi és az endokrin rendszer betegségei után). A nők csoportjában az emésztőszervek betegségei vannak a harmadik helyen. Összesítve a két nemet, tehát a vizsgálati csoportban leggyakoribban a szív-érrendszer (54,08%), azután a mozgásszervek (10,82%), majd a légzőszervek (5,31%) és az emésztőszervek (ugyancsak 5,31%) betegségei. Igen alacsony részarányt adtak a húgy-ivarszervi (1,52%), a pszichiatriai (1,14%) és a neurológiai (0,57%) betegségek.

Természetes, hogy az ilyen jellegű és módszerű vizsgálat csak az úgynevezett „regisztrált” prevalenciát mutatja, a tényleges prevalenciát nem; az egyes nosológiai egységek között e tekintetben több-kevesebb különbség adódhat.

Cselkó László dr.

Egészségügyi szolgálat amerikai szabadtéri zenei tömegfesztiválon. D. C. Osler; F. Shapiro; S. Shapiro (Harvard Med. School and The Division of Adolescent Medicine, The Children's Hospital Med. Center, Boston, Mass. USA): Clin. Pediatrics 1975, 14, 390—395.

A tíz- és százezer ifjú részvételével megrendezett zenei fesztiválok

komoly egészségügyi szervezést és kemény orvosi munkát igényelnek. A szervezést három feltétel szabja meg: 1. A *zene stílusa*. Természetesen sajátos tömegek érdeklődését vonzza a klasszikus vagy népi muzsika, a „bluegrass”, a dzsessz és a „hard rock”. Míg a klasszikus és népi zene kisebb és békésebb csoportokat gyűjt egybe, addig a dzsessz és a hard rock élvezői között gyakori a verekedés, késelés, alkoholmérgezés, üveghajigálás, petárda, és fegyverlövésből eredő és nemritkán halálos végű sérülés. 2. A *közvetlen környezet*. A gyakran távoli farm-közösségeken rendezett fesztiválok orvosi ellátása lényegesen nehezebb, mint a civilizált környezetben szerveztették. 3. A *fesztivál időtartama*. Fontos tudni, hogy a résztvevők egy csoportja már napokkal az ünnepség előtt megérkezik és a hivatalos befejezés után is a helyszínen marad. — Az ünnepségek rendezői helyenkint fizetnek az egészségügyi szolgáltatásért, másutt a szolgálat önkéntesen vállalt szívesség.

A szerzők egy 35 000 résztvevővel rendezett és 48 órán át tartott rock fesztivál tapasztalatairól számolnak be. Az öt orvosból és három nővérből álló egészségügyi gárdát több nem hivatásos önkéntes is támogatja. A két egészségügyi főcsoport egyike kábítószer mérgezésre kiképzett szakemberekből, a másik sebészi, belgyógyászati kezeléseket lebonyolító személyzetből állott, akik egy-egy erre a célra átalakított szállító kocsin dolgoztak, amelyekre villanyáramot és folyóvizet is be tudtak vezetni. Az egységek célja diagnosztikai állomás és nem minikórházi ellátás volt. A súlyosabb eseteket a környék kórházi osztályaira előre megbeszéltek tervek szerint könnyen el tudták helyezni. A fesztivál két napja alatt 241 egyént kezeltek, de felteszik, hogy a megbetegedettek jelentős része nem fordult orvoshoz. A kezeltek 80%-a férfi volt — a fesztivál résztvevői is többségükben férfiak voltak. A kezeléseket együttes belgyógyászati probléma volt: növényi mérgezés, fejfájás, pharyngitis, asthma, diabetes, gonorrhoea gyanúja. Ezek között súlyos eset nem fordult elő. A kezeléseket nagy részét „könnyű” sérülések képezték: zúzott és szúrt sebek, kisebb égések, ficamok, harapások (emberi és kutya) (!). A „nagyobb” sebészi eseteket (törések és nyolc lövéses sérülés) kórházakban helyezték el. 24 személyt kezeltek alkohollal, ill. kábítószer mérgezéssel. Az orvosok működésével kapcsolatban számos — az Egyesült Államokban speciális — jogi probléma is felvetődik a fesztiválok alkalmából

Vadász György dr.

Orvosi pszichológia

Hippi közösség orvosi és pszichológiai ellátása. Smiley, C. W., Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1975, 51, 991—996.

Kanada egyik kisvárosában, Sudburyban 1973-ban több száz főnyi hippi gyűlt össze és telepedett le a városon kívül. Túlnyomó többségük fiatal volt, néhányuk volt valamilyen foglalkozása, tevékenysége, a többi azonban nem dolgozott, hanem csavargott, vagy koldult. Sokan fogyasztottak közülük kábítószerrel.

Különböző szociális szervek adatai szerint a hippik között sok volt a beteg, ezek többnyire elhanyagolták betegségüket. A hippik életmódja egészségtelen volt. Nagyon sok volt körükben a pszichiátriai probléma is.

A hatóságok ezért elhatározták, hogy olyan ellátási módot szervezzenek a hippik számára, amely szemléletüknek, szellemiségüknek megfelelő. Elsődlegesen segítséget akartak nyújtani, de egyben fel akarták használni az alkalmat arra is, hogy a hippi életforma pszichológiáját is tanulmányozzák. Irodalmi adatok és megfigyelések alapján kialakítottak feltevéseket a hippikről, és ezek nyomán létrehozottak egy teljesen kötetlen szervezettű rendelőintézetet, ahová a hippik bármikor fordulhattak. A munkatársak többsége itt önkéntes volt, akiket pszichológiai kiképzésben részesítettek. Az ellátás teljesen ingyenes volt. Senkitől nem kérdezték meg a nevét és senkiről nem készítették feljegyzést. Nem beszéltek meg újabb találkozásokat, csak javasolták a további kezelésre szorulóknak, hogy mennyi idő múlva jöjjenek ismét. Sokat adtak a közvetlenségre, mind a munkatársak öltözködése, viselkedése, mind pedig az alkalmazott gyógyító eljárások terén. A pszichológiai munka zömét a laikus önkéntesek végezték.

A hippik ezt a kezelési formát elfogadták, igénybe vették. A rendelő gyakorlata alapján megállapították, hogy a hippik sokféle betegségben szenvednek. A legtöbb azonban pszichiátriai vagy pszichológiai probléma. A hippi életformát a rendelő munkatársai pszichopathológiai jelenségnek tartották, a hippik személyiségét sérültnek, éretlennek találták, és úgy vélték, hogy a hippik családjuk elleni lázadásukat és identitáskeresésüket élték ki ebben az életformában, és közösségi életükben függőségi igényeiket valószínűsítették meg. A hippi életmód külsőégei, normái és szimbolikája gyermekkori fantáziák kivételülését tették lehetővé. A szerző szerint a hippi életmód — mint sajátos „ellenkultúra” (counter-culture) mozgalom regresszív, infantilis és lélektanilag beteg jellegű.

(Ref.: Számos hasonló vizsgálat nem osztja a szerző következtetését, és nem pszichopathológiai szemszögből értékeli a hippik és a szokványos társadalmi normákkal hozzájuk hasonlóan szembeforduló más csoportok életmódját és sajátosságait. A szerző beszámolójában

különösen értékesnek lehet tartani a segítő alkalmazást, a rugalmas, elfogadó alkalmazkodást a deviáns csoport igényeihez. E próbálkozás révén orvosi és lélektani segítséget nyújtottak, ezt a segítséget a konvencionális, szervezett módon a hippik nem vették volna igénybe.)

Buda Béla dr.

Dominanciarangsor a majmok csoportjaiban: Újabb adatok. Gina Barl Kolata, Science, 1976, 191, 55—56.

Az állatok viselkedésének kutatásában 1913 óta ismeretes, hogy egyes állatfajok csoportjaiban uralmi rangsor alakul ki az egyedek között, és ez a rangsor — melyben főleg a hímek töltenek be vezető szerepet — azt jelenti, hogy a dominánsabb állatnak több joga van a szexuális kapcsolatokhoz és az agresszió gyakorlásához, mint a kevésbé dominánsoknak. Újabb ezt a szabályszerűséget sokat vizsgálták majmok között, és az ethológia népszerűségének fokozódása nyomán mindinkább felhasználták emberi megnyilvánulások értelmezésére is.

A szerző azokat az adatokat ismerteti az újabb kutatásokból, közleményekből, amelyek ellentmondanak, ill. új interpretációt kínálnak a dominanciarangsor majmok között betöltött nagy szerepének — és következményes ember-ethológiai jelentőségének — már-már dogmaszerűen elterjedt és biztosnak tekintett tételével szemben. Az újabb vizsgálatok ugyanis mind több olyan szempontot és adatot hoznak felszínre, amely a korábbi megállapításokat kétségessé teszi.

Egyes kutatók rámutatnak, hogy attól függően, hogy milyen viselkedésformán méri a dominanciarangsort, másfajta rangsort nyernek. Márpedig az eddigi vizsgálatok többsége viselkedésvetületben határozta meg a dominanciát, az agresszió megnyilvánulásai szerint, vagy a szexuális tevékenység szerint. A legtöbb kutató kompetitív helyzetet hozott létre kísérletei során, a majmok vetélkedtek valamilyen jutalomért, főleg táplálékért, ez pedig mesterséges hierarchizálódást hozott létre.

Nem bizonyosodott be az a feltevés sem, hogy a domináns hímek könnyebben jutnak hozzá az ösztörusban levő nőstényhez, hamarabb közösülnek vele, és általában szexuálisan aktívabbak, mint a kevésbé dominánsak. Ezt az ún. Carpenter—Altmann hipotézist különféle vizsgálati módszerekkel cáfolták meg. Genetikai és biokémiai (immunológiai) módszerekkel kimutatták, hogy az apasági viszonyok a majomcsoportokon belül nem korrelálnak a dominanciaviszonyokkal. Megfigyelések tisztázták, hogy a domináns állatok nem aktívabban nem nagyobb. Az is tisztázódott, hogy a nőstények nagyobb mértékben meghatározói a szexuál-

lis kontaktusnak, mint azt korábban feltételezték, különösen szabadon élő csoportokban. A többnyire laboratóriumban végzett megfigyelések a majmok életének egy-egy szakaszát vizsgálták csak, ezért nem tudták az egyes állatok szexuális viselkedésében standardizálni az életkort. Újabb megfigyelések szerint a majmok egész reprodukív életszakaszára vonatkoztatva, a szexuális viselkedés terén nincs összefüggés a dominanciasorban elfoglalt helyel.

Legfontosabbak azonban azok az adatok, amelyek szerint ranghierarchia csak bizonyos majomfajtákban — a macacus-fajokban, és egyes páviánfajtákban van, az újvilági majmok között teljesen hiányzik. Egy kutató szerint a dominanciasor tétele sokkal szerényebb helyet foglalna el ismereink között, ha nem a rhesusmajom vagy a pávián megfigyelése és laboratóriumi tartása lenne a legkönnyebb, és ha a vizsgálatok elsősorban újvilági majmokon történtek volna. Azokban a majomcsoportokban is, amelyekben dominanciasorrend van, ez vagy fogásban alakul ki, vagy sztrezzhatásra.

Igen érdekesek azok a kutatások, amelyek a domináns és a szubmisszív majmok sztrezzre adott reakcióit vizsgálják. Ezekből kitűnt, hogy a szubmisszív állatok sztrezzre érzékenyebbek, élettani állandóik egyensúlya labilisabb, könnyebben megbetegszene, elhullanak. A rangsor tehát valószínűleg a sztrezzre adott reakció megnyilvánulása, és a domináns viselkedés segít a sztrezzhelyzet leküzdésében.

A szerző számos más adattal is érvel a dominanciasor léte és jelentősége ellen, természetes élet-

körülmények között. Érvei között szerepel az a tény, hogy a dominanciasornak a faj vagy az egyed fennmaradása szempontjából nincs jelentősége, funkciója, és hivatkozik arra is, hogy néhány majomfajnál „matriarchátus” van, a nőstények szabják meg a hímek viselkedését.

A szerző ebből arra következtet, hogy az állatok viselkedésének kutatásában még több módszertani és logikai kautéla betartására van szükség, és óvakodni kell a tézisek gyors kialakításától.

(Ref.: A közleményt fontossága miatt ismertetem részletesebben. Az utóbbi évtizedben ugyanis a dominanciasor etológiai megalkotásának létének és majomcsoportokban való egyetemességének tételét mind többet idézték az emberi pszichológiában és a pszichiátriában is, és sok szakember bonyolult következtetéseket, humánlélektani szabályszerűségeket épített rá. Az ismertett adatok arra mutatnak, hogy az alaptény kétséges, sőt, minden bizonnyal korlátozott érvényű, a belőle kialakított elméletek tehát hibásak. Megítélésem szerint a probléma jelentősége túlnő a pszichológián vagy a pszichiátrián, az „állatmese” a medicina számos más ágáról is szól, és bizonyosan sok olyan közismert, biztosnak vélt tétel létezik, amelynek egyetemesen elfogadott alaptényett érdemes lenne felülvizsgálni.)

Buda Béla dr.

Az implicit házassági szerződés pszichoterápiás koncepciójának jelentősége. Evers, H., Heigl, F. Praxis der Psychotherapie. 1975, 20, 25—33.

Sager és Kaplan 1972-ben dolgozták ki a konfliktus helyzetbe

jutott házasságok strukturális modelljét, az ún. házassági szerződést. A modell a partnerek közötti kölcsönös elvárások és kötelezettségek szempontjaira épül. A szemlélet szerint az elvárások tudatos, részben tudatos és tudattalan rendszere bonyolult, ellentmondásos szövödményt alkot, és a kapcsolat zavara sokszor a tudattalan elvárások által okozott csalódásokból és az azt követő bosszú érzésekből adódik. A pszichoterápia éppen ezért a reciprocitást figyelembe véve a tudatosítás irányába, a „szerződésbe” való integrálás irányába hat.

A szerzők a modell hasznosságára mutatnak rá, és kiemelik a tudattalan „implicit” szerződés jelentőségét, mely a tudatosult vágyaktól eltérő, vagy akár azokkal ellentétes tudattalan összefonódást, „szerződést” jelent. A patológia góciának ez tekinthető, és a terápiának is erre kell irányulnia, ezért az eredeti modell kiegészítését javasolják.

Az eredeti modellel szemben kiemelik és érdekesen fejtegetik, hogy egy szükséglet ki nem elégítését nem elég mint egyszerű frusztrációt szemlélünk, hanem ez egyben az illető „adási”, pozitív készségének a visszautasítását is jelenti, ami személyiségének (és éppen értékesnek érzett részének) elutasítási érzését is kiválthatja.

(Ref.: Kár, hogy a szerzők nem alkalmazzák a rendszerszemlélet elveit következetesebben, melynek segítségével mondanivalójukat világosabban ki tudták volna fejezni, és további pszichoterápiás következtetésekre is juthattak volna.)

Süle Ferenc dr.

„A kritikának egész szép tárgya, barátaim, a műv, nem pedig a művész. A kettőt összezavarni rút lelkek szokták: s a rútból felhat-e szép s jó?”

Berzsenyi Dániel

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

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

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

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

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

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

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján 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)



Sandosten® DRAZSÉ

antihistaminicum
antiallergicum

Thenalidinum tartaricum 25 mg drazsénként.

Hatás

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

Csökkenti az erek permeabilitását, ezzel az oedemaképződést megszünteti.

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

Toxicitása csekély.

Indicatio

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

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

Adagolás

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

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

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

Megjegyzés

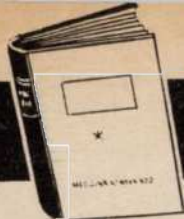
* Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

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



Alkaloida Vegyészeti Gyár

Sandoz A. G. licenc alapján SANDOZ



KÖNYVISMERTETÉS

Eisner, M.: Abdominal-Erkrankungen. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1975. XV. 229 oldal. 35 ábra. 45 táblázat. Fűzve. Ára: 24,— DM.

A könyv a „klinikai zsebkönyvek” sorozatban jelent meg. A szerző a baseli belgyógyászati klinikán működik mint gastroenterológus; tudományos tevékenységét a gastroenterológiai psychosomatika terén fejt ki, sok éve részt vesz egy „Bálint-csoport” működésében is.

A zsebkönyv elsősorban a gyakorlatórosok számára készült azzal a céllal, hogy a gastroenterologia legfontosabb és legújabb tudnivalóit ismertesse. Rövidsége ellenére felöleli a nyelőcső, a gyomor-bél, valamint a máj, epeutak és pankreas betegségeinek egész területét. Így alkalmas az orvostanhallgatók számára is alapismeretek megszerzésére.

Eisner M. műve 4 fejezetből áll: Az I. fejezet diagnosztikus és therapiás elveket tartalmaz. Olvasását élvezetessé teszi a tapasztalt szerző állásfoglalása néhány etikai kérdésben, pl. az orvos—orvos viszonyban. Erre apropot ad, hogy a gastroenterologia területén különösen szoros kapcsolatnak kell kialakulni a belgyógyász, a röntgenes, a sebész és nem ritkán az onkológus között. Szó esik az orvos—beteg kapcsolatról is, pl. milyen legyen az orvos magatartása a gyógyíthatatlan beteggel szemben. A II. fejezet gastroenterológiai differenciáldiagnosztika, különösen súlyozott ebben a fejezetben az organikus és funkcionális elkülönítése. A III. fejezet az egyes kórképeket tárgyalja. Végül a IV. fejezet a vizsgáló módszerekkel foglalkozik felölve a közmisméteket és legújabbakat egyaránt. Ismerteti azokat a technikai fogásokat, amelyek a vizsgálatok jó elvégzéséhez szükségesek, felsorolja az indikációkat s végül interpretálja és értékeli a vizsgálatokat.

Ha végezetül egészében kívánjuk a könyvet értékelni — úgy vélem — kitűnőnek nevezhetjük. Olyan könyv ez, amely céljának messzemenően megfelel. Valóban a gyakorlat számára készült, minden orvos haszonnal forgathatja. Rövid, mégis világos. Szerkezeti beosztása, tagoltsága és az egyes részek egymáshoz viszonyított aránya fontosságnak megfelelő. Szövegét a sok ábra és táblázat szemléletessé és jól érthetővé teszi. Kis terjedelme ellenére is a pathophysiológiai összefüggések kellő mértékben tárgyalásra kerülnek. Azzal pedig, hogy a még kísérleti stádiumban levő ismeretanyagot is tárgyalja — pl. az epekövadás problémáját, vagy a gastrointestinális hormono-

kat — naprakész gastroenterologia orientáltsághoz segít. Erdeme még, hogy részletesen tárgyalja az általában elég mostohán kezelt funkcionális kórképeket s ebben a vonatkozásban szellemes diagnosztikus és therapiás tanácsokat ad.

Végezetül a könyv nyelvezetét és egyszerű, de mégis szép kivitelét kell megdicsérni.

Abrányfi István dr.

Mount, L. E., Ingram, D. L.: Man and animals in hot environments. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1975. 185 oldal, 84 ábra, 14 táblázat. Ára: 73,10 DM.

A szerzők szerint e rövid könyv arra szolgál, hogy áthidalja az úrt az egyszerű élettani tankönyv és a részletes, speciális problémákkal foglalkozó, vagy egyetlen speciést tárgyaló monographiák között. Ezt a célt valóban kitűnően szolgálja. Szükségképpen következik viszont e célkitűzésből, hogy a könyv nem szól a thermoregulációs problémák kutatóihoz, és vitás kérdésekben általában a hagyományos felfogást képviseli. Ugyanakkor nagyon szerencsésen foglalja össze az alapvető ismereteket mindazok számára, akik akár az emberrel, akár állatokkal kapcsolatban gyakorlati munkájukban találkoznak az igen meleg környezet problémájával. Igen hasznos e könyv mindazok számára is, akiknek feladata a meleg környezet hatásának oktatása mind az ember- és állatorvosi, mind állattenyésztési tanulmányok során. Az ember és a haszonállatok mellett más specicsenek egész soráról is szó esik, ami az egyszerű, de jó stílus mellett fokozza az olvashatóságot. A bevezetés után két fejezet az állat és a környezet hőcserélésének fizikai alapelemeivel foglalkozik, majd öt fejezet a physiologiás mechanizmusokat tárgyalja (a párolgásos hővesztés módjai, kerin-gés, endokrin rendszer, magatartás, centrális szabályozó mechanizmus). A két utolsó fejezet az állatoknak, illetve az embernek meleg környezethez való alkalmazkodását ismerteti. A kötetet 17 oldalas irodalomjegyzék és tárgymutató zárja.

Donhoffer Szilárd dr.

Methoden der Informatik in der Medizin. (Az információfeldolgozás módszerei az orvostudományban.) Szerk.: P. L. Reichertz és G. Holt-hoff Springer, Berlin—Heidelberg—New York, 1975. IX. 234 old. Ára: DM 55,—

A könyv a nyugat-németországi Hannoverben 1974. márc. 28—30. között megtartott konferencia jegyzőkönyve nyomán készült.

Előszavában Prof. Dr. P. L. Reichertz (Medizinische Hochschule, Hannover) K. Lorenz-et idézi, aki a civilizált ember „egyik halálos bűne”-ként rója fel, hogy szinte kényszerűen érez megfigyeléseinek számokban való kifejezésére, pedig a természettudományban legfeljebb a befejező lépés lehet a valóság tényeinek és jelenségeinek számszerű elvonatkoztatása, és azt mindig meg kell előznie a gondos leírásnak és a klasszifikálásnak. Nem felelkezhetünk meg arról a tényről, hogy az orvosi adatfeldolgozás komplex rendszerében az ember egyaránt cselekvő alany és megfigyelésének tárgya is, a mennyiségekre, statisztikai értékekre redukált realitás csupán áttételesen és korlátozottan érvényes rá. Megfontolandó tehát, hogy az emberre jellemző adatokat, információkat mikor és milyen mértékben interpretálhatjuk quantitativ formában.

A konferencia 33 előadása kórházi, laboratóriumi információ-rendszerek szervezési és működési elveiről és a működés eredményeiről számolt be. Az előadások kissé abban az értelemben valománynak is tekinthetők, hogy az anyagi feltételek biztosítása és az organizáció többnyire figyelmen kívül hagyta a szubjektív, emberi tényezőket. A gép és a rendszer bűvöletében az embert a „hard-ware” és a „soft-ware” analógiája nyomán „man-ware”-nak tekintették, ennek minden következményével. Hosszú időbe került amíg felismerték, hogy helyes az információs rendszereket kiszolgálókhöz „közel hozni”, akinek mindennapi rutin munkája során éreznie is kell az adatfeldolgozó rendszer hasznát, munkájának könnyebbülését.

Az egészségügy dolgozói ugyanis közömbösek olyan elvont célok iránt, mint az általános információ-szükséglet, a betegellátás javulásának távlati lehetőségei, kutatási érdekek, stb. — A legtöbb helyen bebizonyosodott, hogy az egészségügyi információs rendszerek valójában és elsősorban igazgatási és statisztikai feladatokat oldanak meg. A technikai fejlesztés igényeit és feltételeit a konferencia számos előadásban tárgyalta. Szó esett többek között a terminálok iránti támasztott sajátos kívánalmakról, az automatizált klinikai-chemiai laboratóriumokban a vizsgálati anyag azonosítási módszereiről, klinikai-chemiai laboratóriumok rutinszerű gépi minőség-kontroll módszereiről, a biológiai adatok felvételére és továbbítására szolgáló eszközökről és módszerekről. Ismert nehezéget jelent az orvosi feljegyzések (kórlap, leletek stb.) adatai nyomán „strukturált” összefoglalások, zárójelentések készítése. A medicina terminológiája rendkívül változatos, az adatok összefüggése komplex, melynek következtében nehezen

standardizálhatók. Enélkül azonban tehetetlenek a gépi adatfeldolgozás és a diagnosztikai és therapiás döntés módszerei. Míg az élő beszédben a strukturáltság hiányát a redundancia pótolja, gépi adatfeldolgozást megelőzően minden „szabad szöveget” szemantikai és az összefüggéseket (okokat, hatást, állapotot, akciót) feltáró analysisnek kell alávetni és kódolni. A szynymák és a hasonló-értelmű fogalmak egyezésítése céljából témakörként thesaurusok készülnek, a fogalmakat pedig gondosan definiálják és hierarchiákba rendezik. — A szövegelemző módszerek „fejlettségüknek és teljességüknek” megfelelően csoportokba sorolják, amelyek egyre komplexebbek és egyre kevesebb emberi (ún. manuális) közreműködést kívánnak, az adatoknak pedig kisebb a tárolási szükséglete. Ezek a módszerek különösen a röntgenképek leletezése és a pathológiai véleményezés területén találtak széles körű felhasználásra.

Az orvosi-kórházi adatfeldolgozási rendszerek fejlesztésének korszakában az információ fogalmának az orvostudomány sajátos igényeit jobban kielégítő újrafogalmazása került előtérbe. A konferencia az orvosi fogalmak standardizálásának és strukturálásának elégtelenségeit és kilátásait ebből a szemzőgből is vizsgálta, mérlegelte a már kialakult adatfeldolgozási módszereket, felmérte az igényeket és lehetőségeket, ez a felmérés azonban már nemcsak gazdasági és szervezési, hanem emberi tényezőkre is messzemenően tekintettel van.

A könyv szerkesztésének erényei közé tartozik, hogy a nem mindig könnyű tematikát fejezetenként és témakörönként külön-külön is összefoglalták, a konferencia lényegének és összefüggéseinek alaposabb áttekintése érdekében. Az egyes előadásokat bibliographia követi, a mondanivalót pedig 124 ábra és 7 táblázat segít értelmezni. A konferencia anyagának kulturált kiadásáért a Springer kiadó az érdem.

Walsa Róbert dr.

Nolte, H., Meyer J., Wurster, J. (hrsg.): Die peripheren Leitungsanästhesien. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1974, 141 oldal, 77 ábra, 32 táblázat. Ára: 29,70 DM.

A perifériás vezetékes érzéstelenítési módszereknek sokkal nagyobb a jelentősége, mint a klinikai gyakorlatban ma elfoglalt helyük ezt mutatja. A szóba kerülő technikákat általában nem is oktatják, ezért kevesen ismerik, és emiatt sok olyan műtétet is általános érzéstelenítésben végeznek el a szervezet perifériáján — a végtagokon, az alhasban, a medencében és a testfelületen — amelyekhez a vezetékes analgesia egyszerűbb és kisebb kockázattal járó módszer volna.

A westfaliai Mindenben 1972-ben a „gerincvelő-közei” vezetékes analgesia módszereivel foglalkozott

egy szimpozium, ennek anyaga még az évben megjelent a Thieme kiadónál. A most ismertetett kis kötet a mintegy folytatásként tartott 1974-es szimpóziumon elhangzott 14 előadást tartalmazza.

Három rövid fejezet tekinti át az általános kérdéseket. Az első a perifériás idegeken történő ingerületvezetésre vonatkozó újabb neurofiziológiai ismeretek rövid, gyakorlati összefoglalása. A második a különböző helyi érzéstelenítő szerek hatástartamát hasonlítja össze, részletesen elemezve az azt befolyásoló tényezőket. A mai gyakorlat számára széles választékban állnak rendelkezésre a localaesthetikumok. Az újabb készítmények között igen tartós hatásúak vannak. Egy példa összehasonlításként: ulnaris blokádra alkalmazva az 1%-os procain hatástartama 30 perc, az 1%-os lidocainé 70 perc, az 1%-os mepivacainé (Scandicain) 90 perc, a 0,25%-os bupivacainé (Carbostesin, Marcain) 250 és 0,5%-os bupivacainé 430 perc. A modern helyi érzéstelenítők toxicitási viszonyai is kedvezőek: hatásereőségük általában gyorsabban nő a mérgező hatásnál. Farmakológiai tulajdonságaik alapos ismerete azonban a biztonságos alkalmazás feltétele.

Az analgesias hatás beálltát meggyorsítja és erősíti széndioxidnak a helyi érzéstelenítő szerhez adása. Ilyen CO₂-lidocain készítmények forgalomban is vannak.

A következőkben a plexus brachialis érzéstelenítése, az alkaron (könyökben és kézen) végzett, a paravertebralis, intercostalis, ischiadicus és femoralis, a lábszáron és lábán alkalmazható blokádok szerepelnek sorjában. Kevés szöveg, szemléletes fotók és kitűnő rajzos ábrák teszik gyakorlativá a könyvnek ezt a részét. Sok fontos adatot tartalmaz az intravenás regionalis anaesthesiával foglalkozó tíz oldal.

Killian professzornak a perifériás idegblokádok szövdményeiről írt fejezete nagy irodalmi anyag (240 citált közlemény) felsorakoztatásával figyelmeztet a veszélyekre: a toxikus és allergiás reakciók, valamint a vasoconstrictio okozta károsodások általában súlyosabbak, a technikai eredetű kísérő blokádk jelentősége kicsi, a pneumothorax és fertőzés gondos technikával elkerülhető. Alaposan és részletesen tekinti át a blokádkok szövdményeként keletkező körülírt ideglaesiókat a könyv zárófejezete.

Az anaesthesiologia egyetlen fejlődése során mostanában az általános anaesthesia futott előre. A vezetékes érzéstelenítés halálos komplikációinak aránya azonban a letalis narkózis szövdményekénél legalább 2—5-ször kisebb. Ezért is kívánatos volna e módszerek szélesebb körű alkalmazása. Elterjedésüket szolgálja ez a kitűnő könyvecske, mely mintaszerű kiállításban még a szimpozium évében jelent meg.

Giacinto Miklós dr.

Josef Hamm: Interstitielle Lungenerkrankungen Lungenfibrosen. Vorträge der Frühjahrstagung der Rheinisch-Westfälischen Vereinigung für Tuberkulose und Lungenheilkunde am. 2. März 1974 in Düsseldorf. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 103 oldal, 53 ábra, 22 táblázat. Ára: 56,— DM.

A monográfia az 1974-ben Düsseldorfban tartott tudományos ülés előadásait ismerteti: a téma a tüdő-fibrosis.

A tüdő-fibrosis számos exsudatív-produktív tüdő interstitiumában elhelyezkedő folyamat végstádiuma.

A kérdéssel való foglalkozást részben a fentebb említett definíció, részben a tüdőbetegségek egyre gyakoribb előfordulása tette szükségessé.

A monográfia (amely 103 oldalból, 53 képből áll) a fibrosis kórsvetnanától kezdve, diagnosztikai kérdéseken át kezeléssel bezáróan úgyszólván minden problémával foglalkozik.

Otto H. igen részletesen ismertette a tüdő-fibrosis kórsvetvettani kérdését, felosztásának nehézségeit.

Hausser R. ismertette a fibrosis klinikai formáit, azok sokféle megjelenését.

A következő két előadás a fibrosis kialakulásának mechanizmusával foglalkozott. Meggyőző módon bizonyították, hogy kialakulásának a késői immunológiai reakciók igen fontos szerepet töltenek be.

Wettengel és Petersen előadásában a pár éve ismertté vált allergiás alveolitis problémáival, illetve a farmer tüdő kérdésével foglalkoztak igen részletesen.

A következő előadások a tüdő-fibrosis diagnosztikai kérdéseit érintették: részletesen foglalkoztak a tüdő-biopsia jelentőségével, fibrosis röntgenképen való megjelölési kérdéseivel, illetve a tüdő-fibrosis légzőfunkciós vizsgálatainak részleteivel, azok jelentőségével.

Végül az utolsó két előadás a fibrosis kezelési lehetőségeit érinti. Kritikusan tárgyalja az újonnan alkalmazott D-Penicillamin effektusát.

Összefoglalva egy értékes munka, amely a tüdő-fibrosis kórsvetvettani kérdéseitől kezdve, diagnosztikai, kezelési kérdéseken keresztül a fibrosis úgyszólván minden problémáját érinti. Ilyen szempontból igen hasznos, mert korszerű és csaknem teljes áttekintést ad erről az egyre inkább jelentőséget kapó kórképről.

Schweiger Ottó dr.

Somogyi Endre dr.: Orvosi segítségével az igazság nyomában. (Az ETT. Igazságügyi Bizottságának könyvsorozata.) Medicina, Budapest, 1975. 281 oldal. Ára: 45,— Ft.

Hazánk világviszonylatban is élen járó voltát igazolta, amikor az 1890. évi XI. tc. létrehozta az Igazságügyi Orvosi Tanácsot (I. O. T.), közvetlen az igazságügy-miniszter alá rendelt legfelsőbb szakértői testületet. Az I. O. T. jogutódja: az ETT, ill. ennek Igazságügyi Bizottsága, elődjének legjobb hagyományát követi, amikor könyv alakban megjelentetve szélesebb körben is ismertté teszi az eléje került érdekesebb, tanulságos eseteket. Nem túlságosan méltányos ugyan a múltban megjelent szakmai kiadványokat a jelenlegiekkel összevetni, de tartozunk a tárgyilagosságnak azzal a megállapítással, hogy az Igazságügyi Bizottság kiadványai jobbak elődje kiadványainál, ami nemcsak ebben a szakmában is végbement óriási haladásnak köszönhető, hanem annak a körülménynek is, hogy amíg az I. O. T. munkálatai általában a testület szakvéleményeinek ismertetésére szorítkoztak, addig a Medicina gondozásában kiadott ETT-kötetek minden egyes esetben felölelik a tényállás rövid ismertetése mellett a lényegesebb tanúvallomásokot, az egymással sokszor ellentétes szakvéleményeken felül az ETT Igazságügyi Bizottságának állásfoglalását, az ügyzési vádiratokat, sőt a bírósági határozatokat és közbeeső ítéleteket is, egészen a jogerős ítéletig, az ítélet indoklásával együtt. Utóbbiakból rengeteget lehet tanulni, mert meglátjuk belőlük, hogy a természettudományokban laikus, de jogi ismeretekkel és jogérzéssel felvértezett bírók a tényállás ismeretében hogyan ítélik meg a cselekményeket és mulasztásokat, és ítéletüket milyen szempontok befolyásolják.

Az ismertetésre kerülő könyv egy sorozat VI. kötete. Az előző öt kötet *Orvostudomány és igazságszolgáltatás* címen látott napvilágot. A VI. kötet anyagát — az előzőkhöz hasonlóan — *Somogyi Endre prof.* állította össze *Szabó Mária dr. (Szentpéteriné)* segítségével. Az „összeállítás” azonban itt túl szerény kifejezés, és nem túkrözi híven a végzett munka természetét. *Somogyi prof.* munkája ugyanis nem abból állott, hogy az irattárból kiválogatott néhány érdekes esetet, s ezeknek iratanyagából „összeállt” a könyv. *Somogyi prof.* ennél nehezebb, igényességre törő utat választott. Az esetenként olykor kilónyi tömeget is kitevő papírhalmazból kiválogatta az előző bekezdésben részletezett anyagot, azok szövegét tömörítette, olykor stiláris javításokat is eszközölve, végezetül mindegyik eset ismertetését epikrízissel zárja, amiben röviden összefoglalja a tartalmat és összefoglalja a tanulságokat.

A most megjelent kötet 281 oldal terjedelemben 19 ügyet ölel fel. Részletes ismertetésük meghaladná e recenzió kereteit. Található közöttük a 81 éves nő sérelmére elkövetett erőszakos nemi közösüléstől kezdve, öngyilkosságban való közreműködésén és természetelleni fajtalanságon keresztül sok minden. Közöttük több olyan büntetőper is van, amelyben a bűncselekményt foglalkozási szabály megszegése révén orvos követte el. A 19 eset között talán legtanulságosabb az 1964. szilveszterének napján lezajlott Baradla-barlangi túrával kapcsolatos büntetőper. Az újságolvasók előtt ismeretes, hogy e túra 3 diák halálával járt, s annak idején nagy sajtóvisszhangot váltott ki. Szempontunkból azonban nem a sajtóvisszhang a lényeges, hanem az a roppant célratoró munka, amit a bíróságok — a szakértők közreműködésével — a felelősség kérdésének tisztázása érdekében kifejtettek. A nagyszámú orvosszakértőn kívül szakvéleményt szereztek be mérnöktől, vegyészről, bányaműszaki szakértőtől, barlangkutatótól, geológustól, pszichológustól, végül kikérték az ETT Igazságügyi Bizottságának felülvéleményét is, ami mint testületi vélemény, ugyancsak több szakember véleményéből tevődött össze. A tényállás ismeretében és a rengeteg szakvélemény birtokában hozta meg elmarasztaló ítéletét a tūravezetővel szemben a bíróság, de az igen szerteágazó vélemények és a nagyszámú szempont mérlegelése miatt a végső szót nem is a Legfelsőbb Bíróság, hanem a Legfelsőbb Bíróság Elnöki Tanácsa mondotta ki, törvényességi óvatát követően.

A könyvben tárgyalt ügyek mindegyikében szerepel orvos, leggyakrabban mint szakértő vagy tanú, de elég sokszor mint gyanúsított vagy vádlott is. Emiatt a könyv nemcsak a témában rejlő érdekesség okán, és nemcsak a szakértők körében támaszt érdeklődést. Rajtuk kívül minden gyakorló orvosnak elemi érdeke volna, hogy végigtanulmányozza e tökéletesen kimunkált kollektívát, és mások kárán okulva kerülje el a buktatókat. Ehhez azonban az is szükséges volna, hogy e kiadványsorozat nagyobb hírverésben részesüljön és nagyobb példányszámban jelenjen meg, mint eddig.

Cseh Imre dr.

Kálmán—Voith—Nánássy: Phono-
cardiographia a klinikai gyakorlatban. Medicina, 1975. 202 oldal, 101 ábra.

A PKG ma már a közkórházi gyakorlatban is rutinvizsgálat a szívbetegségek kórismézésében.

Nemcsak objektív rögzítése a szívfeletti auscultationnak, hanem a subaudibilis hangok felvételével, a zörejeknek a szívfézison belüli helyének leolvasásával, pontos időadatokkal többet nyújt és értékesen egészíti ki az emberi fül teljesítményét.

Kálmán Péter sok részletadattal gazdagította a PKG irodalmát. A könyv 180 közleményt idéző bibliográfiájában 22-ben szerepel mint vezető vagy társszerző. Különös viszont, hogy Kerkovits—Kamarás hanglemezekkel kiegészített kitérő könyve elkerülte a szerzők figyelmét, meg sem említik.

A könyv részletesen foglalkozik a szívhangok és zörejek általános ismertetésével, majd egyenként tárgyalja a felnőtt korban előforduló vele született és szerzett szívhibákat. Szemléltető sémás rajzokkal teszi érthetővé a szöveget. Külön érdeme, hogy minden vitiumnál megadja az enyhe, mérsékelt és a súlyos elváltozásnak megfelelő PKG jeleket. A könyv PKG felvételei 100 mm/sec papírsebességgel készültek 3 csatornás készülékkel. Az ábrák eredeti nagyságúak, az egyes eltérések jól érthető megjelölésével, kiemelésével. Ebből származik hiányossága is: az egyes felvételeken az EKG alatt csak két frequentiasávot ábrázol, nem mind a négyet. Így pl. a bicuspidalis insufficienciában hiányzik a legjellemzőbb 70 Hz-es sávban a gyakran decrescendo jellegű zörejt, a nyitási kattantást is csak a magas sávokban mutatja be. A 3 csatorna korlátja miatt hiányzik az egyes szívhibákra jellemző mechanogramok (apexcardiogramm, jugularis görbe) ábrázolása. A carotis görbe is csak az aorta-hibákban szerepel. Ezekkel teljesebb lett volna a szívhibák elemzése és a keringési status, a kompenzátsági fok megítélése.

Külön fejezetet érdemelt volna a funkcionális PKG, a légzés, Valsalva-kíséreltet, testhelyzetváltozás (pl. guggolás, ami perdöntő lehet a mitralis click syndroma kórismézésében), és egyes gyógyszerek (amylitrit, béta stimulálók és blokkolók stb.) részletes ismertetése. Így csak helyenként van utalás a gyógyszeres próbákra.

Értekes fejezet tárgyalja a PKG alkalmazását a szív-műtétek eredményességének elbírálásában.

A stílus tömör, érthető, az ábrák szépek, szerkesztésük és nyomdatéchnikai kiállításuk mintaszzerű. A könyv alkalmas arra, hogy a fiatal orvosgenerációt bevezesse a PKG segítségével elérhető szívdiagnosztikába. *Kenedi István dr.*



A Budapesti Orvostudományi Egyetem 1951. őszen orvosdoktorrá avatottak 1976. szeptember 25-én, 12 órákor, a margitszigeti Nagyszállóban találkozót tartanak. Aki a 25 éves összejevetelen részt óhajt venni, szándékát Vargha Gyula dr. egyetemi tanár, Debrecen, Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinika címére jelezze.

A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága Pszichoterápiás Munkacsoport 1976. augusztus 29—30—31-én, Nyíregyházán, a Bessenyei György Tanárképző Főiskolában **Pszichoterápiás konferenciát** rendez.

1976. augusztus 29., vasárnap
14.30 óra

Plenáris ülés.

1. Megnyitó.
2. Főreferátum: A csoportpszichoterápiás folyamat különböző aspektusai. **Hidas György dr., Buda Béla dr.**

3. Nemzetközi panel.

16.30 óra

A szekció

Témakör: **Csoportkutatás.**

1. **Donáth B. dr.** (Budapest): Személyiségfejlesztő kiscsoportok egyes dinamikai aspektusai; 12—16 éves korúaknál (angol).

2. **Ifj. Lust J. dr.** (Bp.): Szemiotikai szempontok a csoportpszichoterápiás folyamat vizsgálatánál (német).

3. **Veres S.** (Budapest): Egyenlőség vagy hierarchia a csoporttagok kölcsönös elvárásainak tükrében. A csoportstruktúra általános elvei és a csoportegediség.

4. **Hess, H.** (Berlin, NDK): A csoportkapcsolatok mérése Bales kérdőívével (német).

5. **Seidler, Ch. dr.** (Berlin, NDK): Az affektív folyamatok megragadása Mahl beszédzavar kategóriáival (német).

6. **Járó K., Veres S.** (Budapest): Csoportszerkezet és a pszichoökonomiai paradigma (orosz).

7. **Stark A. dr.** (Pécs): A szituatív racionális-emocionális kettős vezetésű csoportpszichoterápiás módszer alkalmazása pszichotikus betegcsoportban I.

Módszer. A terápiás folyamat fázisai.

8. **Jádi F.** (Pécs): A szituatív racionális-emocionális kettős vezetésű csoportpszichoterápiás módszer alkalmazása pszichotikus betegcsoportban II. Vizsgálati eredmények.

1976. augusztus 29., vasárnap
16.30 óra

B szekció

Témakör: **Csoportpszichoterápiás tapasztalatok.**

9. **Kappéter I. dr.** (Debrecen): Elmebeteg csoportjainak tervszerű pszichés befolyásolása (angol).

10. **Bohuslav, E.** (Tabor, CSSR): Művészi tevékenység és pszichoterápia (angol).

11. **Hájek, P.** (Kroměříž, CSSR): Művészterápiás technikák neurotikus csoportpszichoterápiájában (angol).

12. **Hermochová, S. dr.** (Prága): A játék szerepe a csoportterápiában a mentálhigiénés megelőzés szolgáltatáiban (angol).

13. **Harmat P. dr., Lőrincz Zs** (Budapest): Csoportpszichoterápia TBC-s alkoholistáknál (angol).

14. **Polcz A. dr.** (Budapest): Malignus betegségben szenvedő betegek és hozzátartozóiknál alkalmazott csoportpszichoterápiás módszerek.

15. **Fővényi M. dr.** (Miskolc): Az asthma pszichoszomatikus vonatkozásairól.

16. **Flaskay G.** (Budapest): Mentálhigiénés intézetben szerzett csoportpszichoterápiás tapasztalatok.

20.00 óra

A szekció

Témakör: **Csoportkutatás.**

17. **Kondas, O. dr.** (Bratislava): Tapasztalatok csoportos deszenzitizáció alkalmazásával (angol).

18. **Petzold, H. dr.** (Berlin, NDK): A zenei élmény szerepe hospitalizált betegek pszichoterápiájában (német).

19. **Zeller, G. U.** (Berlin, NDK): Vizsgálatok fázisspecifikus magatartásjegyek megragadására hospitalizált betegek csoportpszichoterápiájában (német).

20. **Kneschke, M.** (Berlin, NDK): Énkép-ideálkép viszonyulásai a csoportfolyamat során (német).

21. **Froese, M.** (Berlin, NDK): Szociodinamikus funkcióeloszlás pszichoterápiás csoportokban a verbális interakciók gyakoriságának függvényében (német).

22. **Soós B.** (Budapest): Predikció és emocionális feszültség vizsgálatok a csoportpszichoterápiás ülések tematikus anyagára vonatkozóan.

20.00 óra

B szekció

Témakör: **Csoportpszichoterápiás tapasztalatok.**

23. **Szönyi G. dr.** (Budapest): A terápiás keret dinamikus szerepe a csoportpszichoterápiában.

24. **Vándor T. dr.** (Pécs): Csoportpszichoterápia műtétes klinikai osztályokon (német).

1976. augusztus 30., hétfő

9.00 óra

Plenáris ülés.

Prof. Kun Miklós, Füredi János dr.: A gyógyító közösség mint a pszichoterápia közege (referátum).

Vita

10.30 óra

Vitacsoport I.

Téma: **A pszichoterapeuták képzésének kérdései** (német).

Vezetik: **Höck, K. dr.** (Berlin, NDK), **Graupe, S. R. dr.** (Bécs), **Hidas Gy. dr.** (Budapest).

10.30 óra

Demonstrációs csoport „D1”.

Téma: **Pszichodráma demonstráció.**

Vezeti: **Mérei F.**

10.30 óra

Demonstrációs csoport „D2”.

Téma: **Csoportos deszenzitizáció** (német).

Vezetik: **Kondas, O. dr.** (Bratislava).

14.30 óra

Vitacsoport II.

Téma: **A módszerkombinációk kérdése csoportpszichoterápiában** (német).

Vezetik: **Ott, J. dr.** (Berlin, NDK), **Büchinger, K.** (Bécs).

14.30 óra

Demonstrációs csoport „D3”.

Téma: **A „konstruktív harc” technikája** (angol—német).

Vezeti: **Kratochvil, S.** (Kroměříž, CSSR).

14.30 óra

Demonstrációs csoport „D4”.

Téma: **Szuggesztópédia** (orosz).

Vezetik: **Lozanov, G. dr., Kolárová, D. dr., Sarankov, E. dr.** (Szófia).

17.00 óra

Vitacsoport III.

Téma: **Csoportfolyamat dinamikája** (angol).

Vezetik: **Leder, S. dr.** (Varsó), **Kondas, O. dr.** (Bratislava), **Buda B.** (Budapest).

17.00 óra

Demonstrációs csoport „D5”.

Téma: **Kommunikatív mozgásterápia** (hangosfilm és gyakorlati bemutatás — német, magyar fordítással).

Vezeti: **Kiesel, A.** (Lipscse).

17.00 óra:

Demonstrációs csoport „D6”

Téma: **Video-tape alkalmazása csoportpszichoterápiában.**

Vezeti: **Süle F. dr.** (Karcag).

21.00 óra

Németh I., Lepsényi V.: Csoportmódszerek audiovizuális dokumentálása (film, magyar—angol—orosz szöveg).

Kiesel, A. (Lipscse): Kommunikatív mozgásterápia (hangosfilm magyar fordítással).

1976. augusztus 31., kedd
8.30 óra

Plenáris ülés.

Kézdí B. dr. (Pécs): Csoportmódszerek a mentálhigiénés gyakorlatban. (referátum).

Vita

10.00 óra

A szekció

Témakör: Nagycsoport.

29. *Horváth E. dr.* (Doba): A csoportmódszerek kölcsönhatása a szocioterápiában.

30. *Süle F. dr.* (Karcag): A nagycsoport pszichodiagnosztikai szerepe a pszichiátriai és pszichoterápiás osztály funkcionálásában.

31. *Balázs-Piri T. dr.* (Bp.): A terápiás kultúra fejlődése a nagycsoportban (angol).

32. *Harmatta J. dr.* (Budapest): A nevetés jelensége és funkciója a nagycsoportfolyamatban. Elemzés a hangnyomásmérés segítségével (német).

33. *Tass Gy. dr., Kiss V., Balogh G. dr.* (Miskolc): Tapasztalatok párhuzamosan végzett nagy- és kiscsoporttal.

34. *Tornyosy M.* (Karcag): Pszichiátriai és pszichoterápiás osztály nagycsoportjainak manifeszta problémák és feldolgozásuk formái.

10.00 óra

B szekció

Témakör: Terápiás közösség.

35. *Kratochvil, S. dr.* (Kroměř, CSSR): Nyitott és zárt csoportok a terápiás közösségben (angol).

36. *Goldschmidt D. dr.* (Budapest): A munkaterápia szerepe a terápiás közösségben (német).

37. *Iván L. dr.* (Budapest): Klinikai tapasztalataink terápiás közösség kialakításában.

38. *Koronkai B. dr.* (Pomáz): Az önkormányzati tanács szerepe osztályunk életében.

39. *Márkus M. dr.* (Szolnok): Az idegrendszert, mint nyitott és mozgó terápiás közösség.

40. *Szollár E. dr.* (Szeged—Nagyfalu): A nagyfalu terápiás közösség.

41. *Dietel O.-né* (Pomáz): A nővér szerepe a terápiás közösségben.

42. *Bálint Á.* (Doba): A betegek spontán társadalmi és a terápiás közösség.

10.00 óra

C szekció

Témakör: Kiképzés, pszichodráma.

43. *Bagdy E. dr.* (Bpest.): A relaxációs helyzetre vonatkozó kulcsfogalmak szemantikai változásai kiképző csoportmunka folyamatában.

44. *Gombos K. dr., Bödör E. dr.* (Debrecen): Középkaderek csoportjának képzése pszichoterápiás csoport vezetésére.

45. *Leder, S. dr.* (Varsó): A csoportmódszerek helye a mentálhigiénés szolgálatban (angol).

46. *Gerevich J. dr.* (Budapest): A pszichodráma indikációjának noszspecifikus feltételegyütteséről (angol).

47. *Komlósi P. dr.* (Budapest): A pszichodráma tapasztalatok pszichiátriai osztályon.

48. *Dévényi É. dr., Kolozsi B. dr., Pajor A. dr.* (Budapest): Kommunikációs folyamatok neurotikusok pszichodráma csoportjában.

49. *Pajor A. dr., Kolozsi B. dr., Dévényi É. dr.* (Budapest): Vezetői tapasztalatok neurotikusok pszichodráma csoportjában.

10.00 óra

D szekció

Témakör: Gyerek—család—gyógypedagógia.

50. *Vikár Gy. dr.* (Budapest): Pszichoterápiás csoportfolyamat a serdülőkorban.

51. *Tarkovics Á.* (Budapest): Ambuláns gyermekcsoportok pszichoterápiás tapasztalatai.

52. *Körmendy Gy.* (Miskolc): Szerpavallási lehetőségek gyermekosztályi terápiás közösségben (német).

53. *Révész G. dr.* (Budapest): Pszichoterápiás család-csoport folyamatának tapasztalatai rehabilitációs elmeosztályon.

54. *Schwarz, E.* (Berlin, NDK): Házaspárcsoport mint az ambuláns intenzív csoport egy formája (német).

55. *Bujdosó B., Sipos K. dr.* (Budapest): A fogyatékos ember és az épek kapcsolatának mentálhigiénés vonatkozásai.

12.30 óra

Plenáris ülés: Zárzó.

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Tudományos Egyesülete Audiológiai Szekciója 1976. szeptember 2—4-ig Nyíregyházán, a Tanárképző Főiskolában (Sóstói út 20.), IX. Vándor-gyűlést rendez.

1976. szeptember 2., 14.00 óra

Magyar János dr. megyei főorvos: Megnyitó.

15.00 óra

Elnök: *Szócska János dr.*

Titkár: *Kiss Ferenc dr.*

1. *Pálfalvi László dr., Komora Valéria dr., Selmeczi Jánosné:* A nagyothalló gyermekek helyzete Audiológiai Állomásunk betegeinek tükrében (15 perc).

2. *Komora Valéria dr., Rejtő Kálmán dr.:* Adatok a gyermekaudiológiai vizsgálo eljárások idegrendszeri vonatkozásaihoz.

3. *Radnai Tibor dr., Papp István dr.:* A gyermekkori hallászavarok diagnosticus nehézségei.

4. *Rendi László dr., Spellenberger Sándor dr.:* Gyermekkori centrális hallászavarok diagnostikai lehetőségei.

5. *Pauka Károly:* A becsült és mért hallás. — Néhány pszichológiai szempont az audiológiai leletek értékeléséhez.

6. *Rosinger Andor dr.:* Kisgyermek halláskétségének megközelítő vizsgálata tranzistoros rádióval.

Vita

Szünet

17.00 óra

Elnök: *Dévald József dr.*

Titkár: *Pupp Lajos dr.*

7. *Götze Árpád dr.:* Érthetőség változása presbyacusisban.

8. *Lampé István dr.:* Audiogen peripheriás érreakció vizsgálata hypertoniás betegeken.

9. *Kovács András dr., Nagy Lujza dr.:* Radiotherapia hatása a cochlearis functionora.

10. *Bátai István dr., László Irén dr.:* Sensorineuralis halláskárosodás néhány oka fülműtétek után.

11. *Simon Judit dr., Boros Györgyné:* Hátsó scala tumoros betegeink hallásvizsgálatának retrospectiv analízise.

12. *Czigány Jenő dr.:* Milyen célból és milyen módon végeztek koponyatrepanációt a honfoglalás korában. (Paleopathológiai megfigyelések).

Vita

18.30 óra

Vezetőségi ülés.

Szeptember 3. (csütörtök) 8.30 óra

„A” terem

Elnök: *Nákó András dr.*

Titkár: *Bátai István dr.*

13. *Szócska János dr., Füle Erzsébet dr.:* Rendhagyó halláseredmények tympanoplastica után.

14. *Heger Flóris dr., Bauer Miklós dr.:* A labyrinth-fistula műtéti kezelése különös tekintettel a hallás alakulására.

15. *Pupp Lajos dr., Bauer Miklós dr., Mink Antal dr.:* Autogén transplantátumok a cochlea lateralis falán.

16. *Kovács Zsuzsa dr., Bollobás Béla dr., Csordás István dr., Marjai György dr.:* Cholesteatoma localisatiók 800 Jansen-féle conservatív tympanoplasticában.

17. *Bollobás Béla dr.:* Nyitott kérdések a tympanoplasticában.

18. *Tolnai Sándor dr.:* Hallásjavítás egyszerű prothesissel.

Vita

Szünet

10.30 óra

Elnök: *Bauer Miklós dr.*

Titkár: *Komora Valéria dr.*

19. *Nákó András dr.:* 250 stapedectomia-műtét eredményeiről.

20. *Ribári Ottó dr.:* Otosclerosis műtétek idősebb és fiatalokban.

21. *Kovács Ferenc dr., Szendi Júlia dr., Bodó Gabriella dr., Hajagos Éva dr.:* Az epipharynx tumorairól.

22. *Csordás István dr., Bollobás Béla dr., Marjai György dr.:* A tubotomia posterior előzményei.

23. *Marjai György dr., Bollobás Béla dr., Csordás István dr., Kovács Zsuzsa dr.:* Megfigyeléseink postoperatív otorrhéákban.

24. *Füle Erzsébet dr., Nagy Endre dr., Szabó Antal dr.:* A chronikus otitisek aránya a hallászavarok okai között.

Vita



2093

Szűnet

Szeptember 3., 9.30 óra

„B” terem

Elnök: Götze Árpád dr.

Titkár: Gabnai Margit dr.

25. Palotás Gábor dr., Lajtos Béláné: Az iskola előtti szűrővizsgálatok tapasztalatai.

26. Visnyovszky László dr., Técsiné Koós Katalin dr., Antoni János: Iskolai szűrővizsgálatok Kiskunhalas járás községeiben.

26/a. Molnár Lajos dr., Kormos Margit dr., Jankura Miklós dr.: Iskolakezdés előtt álló óvodások audiológiai szűrővizsgálata.

27. Klimstein Gabriella dr., Ördögh Béla dr., Sárossy D. dr.: Az értelmi fogyatékos gyermekek audiometriás szűrővizsgálatának jelentősége.

28. Fain András dr., Sarkady László dr., Alpár Miklós dr., Koncz József dr., Szendrey Tünde dr.: A gyermekfülészeti szakrendelés szerepe a halláskárosodások felderítésében.

28/a. Szabó Elemér dr.: Hasznos practicumok a csecsemő és gyerek fül-orr-gégegyógyászatban.

29. Palotás Gábor dr.: Azonos audiogramok és eltérő rehabilitációs eredmények okairól.

30. Kemény Péterné: A szülő kooperációjának jelentősége a hallásfejlesztésben.

Vita

Szűnet

10.30 óra

Elnök: Lampé István dr.

Titkár: Rejtő Kálmán dr.

31. Csapó Sándor dr., Miriszlai Ernő dr.: Adatok a hurutos hallászavar kérdéséhez csecsemő- és kisgyermekkorban.

32. Marisch Ilona dr., Rancsó Etelka dr.: Csecsemőkorban antropomizált kisgyermekkorban hallásvizsgálatának eredményei.

33. Bauer Miklós dr., Muha Cecilia dr.: Hallásjavítás gyermekkorban végzett mastoidectomia után.

34. Rodé Magda dr., Csordás István dr., Marjai György dr.: Gyermekkorban tympanosclerosissal.

35. Badik Adrián dr., Minor Gudrun dr., Neubauer Katalin dr.: Koraszülötteknek adott Gentamycin ototoxicitásának vizsgálata csecsemőkorban.

35/a. Szabó Elemér dr.: A pulmonológiai megbetegedések és a csecsemő- valamint kisdiskorai otitisek összefüggéseiről.

Vita

Szűnet

15.00 óra

„A” terem

Elnök: Székely Tamás dr.

Titkár: Spellenberg Sándor dr.

36. Rejtő Kálmán dr.: Az extrapyramidális rendszer szerepe a hangingerre kiváltott válaszbán.

37. Pytel József dr., Bauer Miklós

dr., Kormos György dr., Kellényi Lóránd dr.: Electrocochleographia csontvezetési hangingerrel.

38. Miriszlai Ernő dr., Csapó Sándor dr.: Electrocochleographia otitis media után csecsemőkön.

39. Anniko Matti dr. (Stockholm): A cochlea patológiája aminoglycosid antibioticum adását követően (Ultramikroszkópos tanulmány, 20 perc).

40. Sarkady László dr., M. Anniko dr.: Cochlea elváltozások kísérletes higanymérgezés után (elektronmikroszkópos feldolgozás).

Vita

Szűnet

17.00 óra

Elnök: Draskovich Éva dr.

Titkár: Palotás Gábor dr.

41. Juresák László dr., Csinády György dr.: Súlyos villámcsapás által okozott kombinált halláscsökkenés.

42. Sarkady László dr., Zelen Béla dr.: Nehézfém-mérgezés okozta audiológiai elváltozások.

43. Skripeczky Katalin dr.: Örökösödő anyagcserebetegségek cochleo-vestibularis vonatkozásai.

44. Szilvási Lajosné: Hyperbilirubinaemiás betegek halláscsökkenésével kapcsolatos megfigyeléseink.

45. Benke Vilma dr., Duray Aladár dr., Sarkady László dr.: Hirteles halláskiesés kezelésében szerzett tapasztalataink.

46. Zelen Béla dr., Ribári Ottó dr., ifj. Kollár Dezső dr.: Cavinton hatása a cochleo-vestibularis rendszerre.

Vita

15.00 óra

„B” terem

Elnök: Ribári Ottó dr.

Titkár: Rendi László dr.

47. Gabnai Margit dr.: Tartós zaj hatása tehergépkocsivezetőkre.

48. Hochenburger Emil dr., Ostorharich H. György dr.: Zajártalmak phonestimulációs EEG vizsgálata.

49. Kiss Ferenc dr., Villányi Ilona dr., Vörös Mária dr.: Textilüzemi audiológiai egység működésével szerzett tapasztalatok.

50. Végh Vince dr., Mag Sándorné, Csató Piroška: A hallószerv munkaalkalmassági vizsgálata az IKM és a DIGEP üzemekben.

51. Póka László dr., Kurucz János, Jancsi Éva dr.: Zajvédelmi törekvéseink és eredményeink az Ózdi Kohászati Üzemekben.

52. Bacsa László: Különböző hallásvizsgáló helyiségek összehasonlító mérésével szerzett tapasztalatok.

53. Hochenburger Emil dr., Martikány D. István: Noise protectometer.

17.00 óra

Elnök: Miriszlai Ernő dr.

Titkár: Pauka Károly.

54. Spellenberg Sándor dr.: A

team-munka jelentősége az art. vertebrobasilaris insufficiencia diagnostikájában.

55. Minor Gudrun dr., Egri Tamás: Subjektív acustical egyenérték vizsgálatának tanulságai.

56. Kövári Tamás dr., Szücs Tiborné: Kóros hangosságfokozás fiziológiai tisztahang küszöbvel járó esetekben.

57. Hochenburger Emil dr.: Mennyire objektívek az audiológiai eljárások.

58. Martikány D. István: Beszámoló skandináviai szakmai továbbképzésről.

A részvételi szándékot Szócska János dr. főorvos címére (4400 Nyíregyháza, Megyei Kórház) kérjük bejelenteni.

A Korányi Frigyes TBC és Tüdőgyógyász Társaság, a Magyar Gyermekorvosok Társasága Gyermek-tüdőgyógyász Sectiója 1976. szeptember 3-án Nyíregyházán, tudományos ülést tart.

1976. szeptember 3., péntek, 9 óra

Üléselnökök: Mihóczy László, Székely Áron.

Magyar János: Megnyitó.

1. Kerekasztal-megbeszélés.

Téma: A gyermek- és serdülőkori gümőkór helyzete Magyarországon.

Moderátor: Halász Stefánia.

Résztevők Flesch István, Kovács Júlia, Loós Tibor, Puskás Irén, Szőke Gyula.

a) Halász Stefánia: A BCG oltás eredményei, azok fenntartásának lehetőségei.

b) Flesch István: A meszes góccok residuumok ernyőfénykép szűrővel történő felismerése.

c) Loós Tibor: A BCG újraoltások rendjének megváltoztatási feltételei.

d) Kovács Júlia: A kontaktok újraoltása.

e) Puskás Irén: A kontaktok chemoprofilaxisa.

f) Szőke Gyula: A serdülőkori gümőkór incidenciája és felismerésének fontossága.

2. Szombathy Gábor, Loós Tibor: Miliaris tbc csecsemőkorban.

3. Berki Sándor: A tbc-s átfertőzés értékelése a pápai Tüdőgondozó területén, a 14 éves gyermeklakosság tuberculin státusának elemzése alapján.

4. Szeniczey Kornélia, Séllyei Erzsébet: A tuberkulózis alakulása és tanulságai leány tüdőosztályunkon 1974–76 években.

Szűnet

13.30 óra

Üléselnökök: Székely Edgár, Szócska Miklós.

Obstruktív szindrómával járó légzőszervi megbetegedések

5. Andrásosfzky Barna: Obstruktív szindróma a gyermekkorban.

6. Erdős Zoltán, Póder György, Romhányi Imre: A gyermekkori

chronikus bronchitisek megelőzéséről.

7. **Szeniczey Kornélia:** Obstruktív légúti megbetegedések (asthma bronchiale, bronchitis spastica) röntgenmorfológiai elváltozásai.

8. **Lombai Béla, Örmöshegyi Magda:** Nem pneumonia okozta fiatal csecsemőkori dyspnoes állapotok röntgenképe.

9. **Kopcsányi Ignác:** Az arcüregek röntgen vizsgálatának jelentősége és értéke obstruktív betegségek diagnosztikájában.

Vita

10. **Lábas Zoltán:** Oesophago-trachealis sipolyok endoscopos diagnosztikája és kezelése.

11. **Farkas Edit:** Éranomáliák okozta tracheostenosisok.

12. **Uherezki Gábor:** Idegentest okozta hörgőobstruktóik.

13. **Váradai Júlia:** Intramuralis okokból létrejött tracheostenosisok.

14. **Mártha Imre, Loós Tibor:** Sülyos tracheostenosishoz társult hörgő- és szív- fejlődési rendellenesség.

14.30 óra

Üléselnökök: **Karmazsin László, Flesch István.**

15. **Beregszászi Gyula, Kövér Béla, Szabó Zoltán, Jezerniczky Judit:** Recidiváló alsólégúti obstruktóik néhány immunológiai aspektusáról.

16. **Cserháti Endre, Mezei Györgyi, Körner Anna:** Halmozott szin-pulmonalis infectio immunopathiás betegknél.

17. **Bokor Erzsébet, Erdei Piroška, Andrásófszky Barna:** Immunológiai vizsgálatok obstruktív syndrománál.

18. **Mátyás Géza, Szócska Miklós, Parragi Klára:** Specifikus IgE vizsgálatok pollen-allergiában (gyermekkorban).

Vita

Szűnet

15.30 óra

Üléselnökök: **Halász Stefánia, Lakatos Károly.**

19. **Kelen Gábor, Orbán Sándor:** Tiffeneau-görbe elemzése iskoláskorú egészséges gyermekeknél.

20. **Orbán Sándor, Kelen Gábor:** A Tiffeneau-görbe vizsgálatának jelentősége obstruktív légzéscsavarban szenvedő gyermekeken.

21. **Marosy Imre, Andrásófszky Barna:** EEG vizsgálatok obstruktív légzéscsavarban.

22. **Nagy Lajos, Andrásófszky Barna:** Allergológiai vizsgálatok obstruktív légzéscsavarban.

23. **Szócska Miklós, Parragi Klára:** Pollen-allergia vizsgálata bőr- és tüdőallergiás tesztekkel (gyermek asthmában).

Szűnet

17.00 óra

Üléselnökök: **Frank Kálmán, Andrásófszky Barna.**

24. **Pap Szekeres Klára, Erdei Pi-**

roska, Andrásófszky Barna: Obstruktív megbetegedés és mucoviscidosis.

25. **Dolinay Tamás, Szombathy Gábor:** Mucoviscidosis eseteink elemzése.

26. **Stahorszky Margit, Szombathy Gábor:** Gyermekkori Gaucher-kórban manifesztálódó miliaris tüdő-kép.

27. **Lakatos Károly:** Chronikus aspecifikus légúti megbetegedésben szenvedő gyermekek nyilvántartása és gondozása.

Vita

Zárszó

Tudnivalók:

Az előadások időtartama 10 perc, a hozzászólásoké 3 perc.

Az előadás színhelye: Megyei Tanács Továbbképző Intézet előadó-terme, Nyíregyháza—Sóstógyógy-fürdő.

Mindenemű felvilágosítást **Loós Tibor dr.** (4412 Nyíregyháza, Sóstói u. 62.) ad.

A Magyar Anaesthesiologiai és Reanimációs Társaság, a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete Dél-alföldi és Dél-dunántúli Területi Csoportja 1976. augusztus 26—28-án Baján Vándor-gyűlést rendez.

Az ünnepélyes megnyitó helye: Művelődési Ház Színházterme (Központi Mozi, Kunfi Zs. u. 3.)

A előadások (A és B szekció) helye: Műszaki Egyetem Vizsgázókodási Főiskola (Bajcsy Zs. u. 14.).

Regisztrálás, információ: 1976. aug. 25-én, a Bajai Idegenforgalmi Kirendeltség irodájában (Béke tér 8.), 1976. aug. 26-án délelőtt, a Művelődési Ház előcsarnokában, 1976. aug. 26-án délutántól az előadások színhelyén.

1976. augusztus 26. (csütörtök)

10.00 óra

Ünnepélyes megnyitó.

11.00 óra

1. **Prof. Jakab Tivadar:** A sürgősségi alapszintű ellátás elvei, lehetőségei és jelentősége a definitív kezelés eredményessége szempontjából.

2. **Bencze Béla dr.:** A Mentőszolgálat szerepe a progresszív betegellátásban.

Szűnet

„A” szekció

(Az előadások ideje egységesen 8 perc!)

14.30 óra

1. **Wittman K., Balassa Ö., Győre Zs.** (Dunaújváros): A mezőgazdasági üzemi balesetek elemzése Adony községben.

2. **Fodor M.** (Somogyharsány): A mezőgazdasági erőgépek okozta balesetek jellegének változása.

3. **Molnár L., Ács G., Papp J.:** (Debrecen): Oka lehet-e a visuscsökkenés a közlekedési baleseteknek?

4. **Tamaska, J.:** Az ipari, mezőgazdasági és közlekedési balesetek okai, jelentősége és megelőzése.

5. **Bitó I., Szabó Gy., Huszár G.** (Baja): Mezőgazdasági munkagép által okozott súlyos roncsolással járó sérülések ellátásának és a sérültek rehabilitációjának kérdése osztályunk anyagában.

6. **Sármány J.** (Budapest): Közlekedési balesetek szemsérülései.

7. **Vass Z.** (Baja): Áthatoló szemsérülések ellátása.

8. **Fekete I., Morva L.** (Baja, Tataháza): Baleseti források a korszerű állattartó telepeken.

9. **Gáspár L., Nagy L., Kraszits I.** (Debrecen): Állatok okozta balesetek.

10. **Paulai J.** (Egerág): A nagyüzemi állattenyésztésben előforduló balesetekről és azok megelőzéséről.

11. **Ancsin K., Bumbera J.** (Békéscsaba): Az állatokkal való foglalkozásból eredő balesetek Békés megyében.

Szűnet

12. **Grósz József** (Zalaegerszeg): Elektromos balesetek (referatum).

13. **Nagy B.** (Békéscsaba): Magasfeszültségű elektromos áram okozta sérültek intenzív ellátása.

14. **Péter Zs.** (Budapest): Az elektromos balesetek elemzése, különös tekintettel az életmentés lehetőségeire.

1976. augusztus 26. (csütörtök)

14.30 óra

„B” szekció

Elnökség: **Pataki L. dr., Botta Á. dr.**

15. **Vass-Eysen E.** (Kecskemét): A mérgezetek sorsát befolyásoló tényezők a helyszínen.

16. **Bereczky Zs.** (Békéscsaba): Növényvédőszer-mérgezések intenzív ellátása.

17. **Urbán I.** (Debrecen): Terapiás és szervezési lehetőségek intoxikált betegek különböző szintű intenzív ellátásában.

18. **Bumberg J., Ancsin K.** (Békéscsaba): Növényvédőszer-mérgezetek helyszíni és szállítás alatti ellátása.

19. **Kuti V.** (Budapest): Magnézium terápia három különböző súlyosságú szerves foszforsav-észter mérgezett betegnél.

20. **Szücs T., Juhász B., Csinády Gy.** (Debrecen): Szerves foszforsav-észter mérgezés problémái a mindennapi gyakorlatban.

21. **Benedek J.** (Szeged): A növényvédőszer mérgezésekről Csongrád megyében.

22. **Oszvald P., Ligeti J., Hegyi L., Lázár I.** (Budapest): Haemocol-perfüzióval szerzett tapasztalataink akut mérgezetek ellátásában.

Szűnet

Elnökség: **Morva L. dr., Fodor M. dr.**

23. **Bohner J., Morva L.** (Baja, Tataháza): Eü. aktívák kiképzése és bevonása a sürgősségi betegellátásba.

24. **Pataki L.** (Csengőd): Társadalmi aktívák elsősegélyképzésével nyert tapasztalatok.

25. **Ligeti J., Hegyi L., Szabó Z., Oszvald P.** (Budapest): Hivatásos gépkocsivezetők resuscitációs oktatása.

26. **Oszvald P., Hegyi L.** (Budapest): Kórházon belüli resuscitációs oktatás hatása a resuscitációs eredményekre.

27. **Gulyás L., Szalay L.** (Budapest): Tapasztalataink az elsősegélynyújtás szervezésében és oktatásában.

28. **Kubassy L.** (Miskolc): Egészségügyi és társadalmi aktívák képzése és bevonása a helyszíni elsősegélynyújtásba.

29. **Janecskó M.** (Budapest): A közép-kader helye az újraélesztésben, az orvos szemzögéből.

30. **Becsey A.** (Gyömrő): Társadalmi aktívák képzése és bevonása a helyszíni elsősegélynyújtásba és újraélesztésbe.

31. **Szilvássy K., Bohner J., Morva L.** (Baja, Tataháza): Eü. állomások létesítésének társadalmi és egészségügyi jelentősége.

32. **Halász E.** (Órbottyán): Az orvosok és foglalkozásvezetők felelőssége az egészségügyi és társadalmi aktívák képzésében.

33. **Fusze I.** (Budapest): Társadalmi aktívák képzése és bevonása a helyszíni elsősegélynyújtásba és újraélesztésbe.

Hozzászólások, vita

1976. augusztus 27. (péntek)
8.30 óra

„A” szekció

Elnökség: **Grósz J. dr., Lencse L. dr.**

34. **Lencz L.** (Budapest): A helyszíni fájdalomcsillapítás elvei és gyakorlata (referátum).

35. **Imre M.** (Siófok): A helyszíni fájdalomcsillapítás jelentősége a későbbi ellátás szempontjából.

36. **Schlosser I., Pintér A.** (Tatabánya): Helyszíni anaesthesia a mentőgyakorlatban.

37. **Pálos L.** (Budapest): Alkalmas-e a Dipidolor a helyszíni fájdalomcsillapítására?

38. **Deák Z., Manya I., Elek J.** (Baja): A helyszíni fájdalomcsillapítás néhány aspektusáról.

39. **Greiner V.** (Budapest): A helyszíni fájdalomcsillapítás a további traumatológiai ellátás szempontjából.

40. **Oszvald P.** (Budapest): A helyszíni shocktalanítás elvei és eszközei (referátum).

41. **Varga L.** (Győr): Shockban levő betegek progresszív ellátása.

42. **Bacsa S., Aranyosi J.** (Debrecen): A polytraumatizált betegek alapszintű ellátása.

43. **Szegezky D.** (Budapest): Shocktalanítás a helyszínen.

44. **Szirte I., Vaszari B.** (Budapest): Shocktalanítás a helyszínen, különös tekintettel az égett sérültekre.

45. **Antal M., Szarvas I.** (Buda-

pest): Gerincvelői harántsérülés (spinalis shock) első ellátása.

46. **Antal M.** (Budapest): A helyszíni polypragmasia veszélyeiről.

47. **Sarlós P., Sik J.** (Budapest): A sérülés helyén lehetséges és szükséges beavatkozásokról.

48. **Sarlós P., Sik J.** (Budapest): A műanyagkanül szerepe az elsősegélynyújtásban.

49. **Cshol E.** (Tömörkény): A helyszíni shocktalanítás jelen lehetőségei az általános körzeti orvosi gyakorlatban.

Hozzászólás, vita

Szűnet

Elnökség: **Bencze B. dr., Oszvald P. dr., Bohnert J. dr.**

50. **Dominó E., Telkes J., Kerekes L.** (Pécs): Intézetben kívüli újraélesztések eredményességének feltevései.

51. **Legány J.** (Mohács): Intézetben kívüli, eszköz nélkül végzett, tartósan sikeres reanimatio grávida esetében.

52. **Ugocsa Gy., Hayfron W.** (Szeged): Gépkocsival rendelkező orvos felkészültségének követelményei a helyszíni újraélesztéseknél.

53. **Göbl K.** (Budapest): A helyszíni reanimatio fejlődése és további lehetőségek elemzése.

54. **Lesznyák I.** (Kecskemét): A koszorúsér összeköttetéseiinek elemző vizsgálata postmortalis angiográfiával.

55. **Dienes Zs.** (Budapest): Súlyos sérülést szenvedettek szállítás alatti ellátásának kérdése, a ROKO 3 éves anyaga alapján.

56. **Kubassy L., Horváth E.** (Miskolc): Súlyos állapotban levő betegek ellátása a helyszínen és a szállítás alatt.

57. **Szalay L., Szűcs Zs., Csapó G.** (Dunaújváros): Súlyos állapotban levő mérgezetek ellátásáról.

58. **Dankó K.** (Szeged): Súlyos betegek szállítás alatti ellátása.

1976. augusztus 27. (péntek)

8.30 óra:

„B” szekció

Elnökség: **Vass-Eysen E. Ragadics E.**

59. **Barankay A., Bartek I., Békássy Sz., Arvay A.** (Budapest): Akut cardialis katasztrófák ellátása intézetünkben (Indikáció és diagnosztika, haemodynamika, anaesthesiológiai és sebészeti ellátás, asszisztált keringés) (Referáló előadás.)

60. **Hegyi L., Oszvald P., Lugosi A.** (Budapest): A sürgősségi betegellátás folyamatosságának biztosítása Dél-Budán.

61. **Szalay L., Molnár G., Eigemann, E.** (Dunaújváros): Az ún. poor risk betegek komplex ellátásának elvei és gyakorlata.

62. **Pellet S., Ács G., Gáspár L., Juhász B.** (Debrecen): A funkcionális szemlélet egységes érvényesítése traumatológiai betegek vonatkozásában, az intézeti és körzeti gyakorlatban.

63. **Szöllősy J., Kósik Gy.** (Kaposvár): Oxyológiai esetek ellátásának folyamatossága.

64. **Strenger J., Hal T., Tekeres M., Mezei B., Peti P.** (Pécs): Kollaboráció és mobilis intenzív ellátás jelentősége a kritikusan bradycard betegknél.

Szűnet

Elnökség: **Forgács I., Szepesvári E.**

65. **Ábrándy E.** (Békéscsaba): A progresszív betegellátás szintjeinek kapcsolata URH-lánc segítségével.

66. **Ragadics E.** (Baja): A hatásos újraélesztésre való törekvéseinkről a felkészültségre.

67. **Maklár L.** (Budapest): A progresszív betegellátás szervezési kérdéseiről.

68. **Csikos E., Zádori I., Göndös R.** (Szeged): Sikeresen reanimáltak intézeti továbbkezeléséről.

69. **Tury P.** (Budapest): A gyakori ritmuszavarok kórimzésével és ellátásával szerzett tapasztalatok.

70. **Verebélyi T., László Gy.**: A nyílt törések helyszíni ellátásának kérdései.

71. **Kubassy L., Horváth E.** (Miskolc): A betegellátás szintjeinek kapcsolata a mentők tükrében.

72. **Reményi J.** (Mohács): Az akut betegellátás szervezési problémái kisvárosban.

1976. augusztus 28. (szombat)

10.00 óra

„A” szekció

Kerekasztal-konferencia

Téma: *Az intenzív terapiás osztályok beteganyagának összetétele, a betegfelvétel javallatai.*

Moderátor: **prof. Jakab Tivadar.**

Résztevők: **prof. Budváry L., Dömötör E. dr., Keszthelyi B. dr., Kulka A. dr., Lencz L. dr., Morva L. dr., Sági I. dr., prof. Tényi J. és Vajtai I. dr.**

A Magyar Haematológus Társaság 1976. augusztus 25–27-én Pécsen rendezi a VII. **Haematológus Napokat.**

1976. augusztus 25., szerda,
de. 9.00 óra

Megnyitás, üdvözlés.

Prof. O. Gavrilovot (Moszkva) és **Prof. G. Astaldit** (Tortona), a Magyar Haematológus Társaság tiszteletbeli tagjává választja, díszoklevél átadása, a tiszteletbeli tagok előadásai.

Szűnet

Plenaris ülés: *A lép és a haematológiai betegségek kapcsolata* (referátumok).

10.15 óra

Kelényi Gábor (Pécs): *A lép patológiája.*

Hromec, A., Jakubovszky, I. (Bratislava): *A lép ultrastruktúrája és a vörösvérsejt destrukció.*

Barta Imre (Pécs): Extramedullaris vérképzés.

Vita — Szünet

Cserhádi István (Szeged): Congestiv splenomegalia.

Burger Tibor (Pécs): Immuncytopeniák és a lép.

W. J. Rudowski, S. Pawelski, L. Konopka (Varsó): Splenectomia idiopathiás thrombocytopeniás purpurában.

Ringelhann Béla (Budapest): A trópusi splenomegalia keletkezésének pathomechanismusa és hatása a vérképre.

Vita — Ebédszünet

1976. augusztus 25., szerda,
du. 15.00 óra

„Splenectomia” kerekasztal-konferencia.

Moderator: Gráf Ferenc (Bpest.).

Párhuzamos előadások három sectioban (17.00—19.00 óra).

Témakör: Splenectomia.

Hrubisko, M., Lipsic, T., Ceizelová, Libusa (Bratislava): A lép és az Rh₀ betegség.

Hromec, A.: (Bratislava): Visceralis leishmaniasis lép punctioval diagnosztizált esete.

Alföldy Ferenc, Szécsény Andor (Budapest): Splenectomia (sebészeti szempontok, korai eredmények).

Szalay J., István L. (Vas megyei Tanács Markuszovszky Kórház): Splenectomia időszakában végzett haemoterapia.

Losonczy Hajna, Nagy Ibolya, Burger Tibor, Peti Piroska, Szaksz Irén (Pécs): ITP-s betegek thrombocyta funkcióinak változása splenectomia után (korai és késői kontroll eredményei).

Vita — Szünet

Solti Vera, Mód Anna, Hollán Zsuzsa (Budapest): Splenectomia malignus haematologiai rendszerbetegségekben.

Patakfalvi Albert, Szilágyi Károly, Kett Károly, Kutas János (Pécs): A splenectomia indikációjának új szempontjai.

Csillag József, Szalay Ferenc, Kelemen Endre, Karády György, Marton Tibor (Budapest): Splenectomia subakut thrombocytás leukaemiában.

R. Fadgyas Zs., István L. (Vas megyei Tanács Markuszovszky Kórház): Staging-laparotomia és splenectomia chronicus lymphoid leukaemiában és non-Hodgkin malignus lymphomában.

Vita

Ülés bezárása.

17.00 óra

Témakör: Transfusio.

André A. (Liège): A véradás etikája és deontológiája.

Mód Anna, Jakschitz Györgyné, Gyódi Istvánné, Harsányi Vera (Budapest): Granulocyta transzfúzió granulocytopeniás betegek fertőzéseinek kezelésében.

Rác Zoltán, Varga Miklós, Harsányi Vera, Hollán Zsuzsa (Budapest): Mélyfagyasztott vörösvérsejtek transzfúziója.

Pintér Józsefné, Králl Géza, Zsdánszky Kálmánné (Budapest): Tapasztalatok CPD vérkonzerváló oldattal.

Jakschitz Györgyné (Budapest): A vér és vérvérszítványok viszkozitásáról.

Vita — Szünet

Harsányi Vera, Mód Anna, Poros Anna, Hollán Zsuzsa (Budapest): Haemonetics sejtszeparátorral nyert tapasztalatok.

Zsdánszky Kálmánné, Pintér Józsefné, Harsányi Veronika (Budapest): Magyar műanyag zsákba vett vérvérszítványok felhasználásának tapasztalatairól.

H. Váczy Zsuzsa (Budapest): Folyamatos rendszerű vércsoportmeghatározó automatával szerzett tapasztalataink.

Vita

Ülés bezárása.

17.00 óra

Témakör: Anaemiák.

Mitacz Károly (Lucenec): Erythrocyta-fagocytosis által okozott anaemia egy esete.

Németh Árpád, Molnár Lenke, Romhányi György (Pécs): Haematologiai sejtelemelek cytomembran struktúrájának polarisációs optikai analysise.

Benedek Emil, Soós Gáborné (Budapest): Serum vas és vaskötés vizsgálatának egyszerű eljárása és methodikai értékelése.

Schmelcz Matild, Burger Tibor (Pécs): Vasraktározás haematologiai körképekben és ezek mérése izotóppal, továbbá chelátképző anyagokkal.

Liptay László, Vér Piroska, Kóhalmi Irén (MN Egészségügyi Szolgálat): Klinikai tapasztalatok Björkmann-féle idiopathiás refracter sideroachresticus anaemiás betegeinkben.

Vita — Szünet

Debreczeny András (Mezőtúr): Az anaemia fogalma.

Fodor Jolán, Szélényi Judit, Harsitz Mária, Hollán Zsuzsa (Budapest): A foetalis haemoglobin szint emelkedéséről.

Domján O., Rényi J., Sarlai K., Szeder M., Molnár É. (Budapest): Hereditær sphaerocytosis az újszülöttekben.

Sréter L., Jakab I., Raposa T., Gráf F. (Budapest): Cytochemiai és cytogenetikai megfigyelések PNH három esetében.

Tóth Olga, Illés István, Kovács Tibor (Vác): Terhességi anaemia vizsgálata Vác városi és járási területén az 1975-ös évben.

Poros Anna, Natonek Katalin, Szélényi Judit, Hollán Zsuzsa (Budapest): A béta-thalassaemia minor klinikai és laboratóriumi jellemzői betegeinknél.

Vita — ülészárás

1976. augusztus 26., csütörtök,
de. 9.00 óra

A leukaemiák aktuális problémái (referátumok).

Kelemen Endre (Budapest): Praeleukaemiák.

Hollán Zsuzsa (Budapest): A leukaemia elleni „immun felügyelet” elméletéről.

Pálos A. László (Budapest): Leukaemiák és haemostasis.

Simonovits István, Védődi Károly, Lányi Kornélia, Hollán Zsuzsa (Budapest): Intensiv plasmapheresis.

Vita — Szünet

Bernát Iván (Budapest): A leukaemiás betegek anaemiájának pathomechanismusa.

Tabák Péter (Budapest): A leukaemiás sejtek ferritin anyagcseréjéről.

Schuler Dezső, Révész Tamás, Horváth Agnes, Domján Ottília, István Lajos, Kassai Péter, Kemény Pál, Koós Rozália, W. Laub Margit, Székely Katalin, Velkey László, Vincellér Mária, Virág István (Országos Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Int.): Eredmények és problémák a gyermekkori leukaemia kezelésében.

Jávor Tibor (Pécs): Cytostaticus gyógyszerek mellékhatásai.

Vita

Ülés bezárása.

1976. augusztus 26., csütörtök,
du. 15.00 óra

„Chronicus leukaemiák blastos crise” kerekasztal-konferencia.

Moderátor: Rák Kálmán (Debrecen).

17.00 óra

Leukaemia témakörhöz csatlakozó poster bemutatások.

Megnyitó: Kelemen Endre (Budapest).

W. Laub Margit, Szalóky Pál, Szele Kálmán, Jákó János (Eger): Sideroachresticus anaemia a praeleukaemiás phasisban.

Szabó János, Natonek Katalin, Hollán Zsuzsa (Budapest): Összefüggések a cytochemiai tipizálás és a klinikai eredmények között akut leukaemiás betegek kombinált cytostaticus kezelése során.

Fekete S., Raposa T., Takácsi-Nagy L., Benedek Sz. (Budapest): Cytochemiai és klinikai megfigyelések myelomonocytás leukaemiában.

Koller Oszkár, Szatmári Éva, Alexy Miklós, Szalay Ferenc, Kelemen Endre (Budapest és Győr): Ritka cytologiai kísérőjelenségek akut leukaemiás felnőttek csontvelében.

Boga Bálint, Palásti Erzsébet, Újszászy László (Újpesti Kórház): Acut myeloid leukaemia fellépését megelőző haematologiai eltérések (2 eset követése).

Borka István, Frank Emil, Kulcsár Erzsébet (Kecskemét): Szokatlan lokalizációjú akut haemoblastosis.

Donner, L., Lener, P., Roth, Z. (Prága): Túlélés chronicus myeloid leukaemiában.

Steruská, M., Hrubisko, M., Sakalová, A., Gazová, S. (Bratislava): Adatok a chronicus leukaemiák kezeléséhez.

Farkas Elek, Eckhardt Sándor (Budapest): Chronicus myeloid leukaemia blastos crisisének kezelése F-Leurosinnal.

Marton E., István Lajos (Vas megyei Tanács Markuszószky Kórház): Intenzív cyclicus polychemoterapia chronicus myeloid leukaemiában.

Grigoriu, Gh., Colita, D., Berceanu, S. (Bukarest): Hosszú túlélés chronicus granulocytás leukaemiában.

Natonek Katalin, Hollán Zsuzsa (Budapest): Az erythroleukaemia 26 beteg vizsgálatát alapján.

Zulik Róbert, Zentai Idikó (Tatabánya): Erythroleukaemoid reakció.

Nagy György, Daróczy Pál (Magy. Néphadsereg Eü. Szolg. és Debrecen): Microcirculatio vizsgálatok polycythaemia rubra vera exacerbatiós és remissio stadiumában.

Alexy Miklós, Bach Iván, Köves Péter, Sellyei Mihály, Schuler Dezső, Kelemen Endre (Győr és Budapest): Átvészelt súlyos myelobromol-ártalom kedvező hatása valódi polycythaemiában.

Ringelhann B., Somogyi A., Huisman, T. H. J. (Budapest és USA): Polycythaemiát okozó új abnormális haemoglobinn.

Vilcu, Al., Hossu, T., Radulescu, C.: (Bukarest): A csontvelő biopsia a primær osteomyelosclerosis és a más myeloproliferatív betegségekhez csatlakozó osteomyelosclerosis differencial-diagnosztikájában.

Kelemen Endre, ifj. Petrányi Gyula, Szinay Gyula, Lusztig Gábor, Krasznai Géza, Endes Pongrác (Budapest, Kecskemét, Debrecen): Reversibilis idült idiopathiás myelofibrosis.

Raposa Tibor, Jakab Imre, Schranz Viktor (Budapest): Cytochemiai anomália nagyfokú eosinophiliával járó myeloproliferatív syndromában.

†Romhányi J., Erdős Z. és Rényi I.: (Budapest): Gyógyult, évek óta tünetmentes 2 Abt—Letterer—Siwe beteg esetének ismertetése.

Verebélyi K., István L., Kelényi G. (Vas megyei Tanács Markuszószky Kórház és Pécs): Systemas mastocytosis kiterjedt intestinalis haemangiomasosissal és urticaria pigmentosával szövődött esete.

Szakáll Szabolcs, Sós Árpád (Debrecen): Rapid lefolyású malignus reticulosos differenciál-diagnosztikus problémái.

D. Tóth Ferenc, Kása Miklós, Jakó János, Váczai Lajos (Debrecen): A tumor-specifikus immunválasz szerepe a Rauscher leukaemia pathogenesisében.

1976. augusztus 27.,
délelőtt 9.00 óra

„A nem-Hodgkin típusú malignus lymphomák osztályozása” konferencia.

Moderator: Eckhardt Sándor (Budapest).

Szűnet

11.15 óra

Malignus lymphoma témakörhöz csatlakozó posterok bemutatása.

Megnyitó: Eckhardt Sándor (Budapest).

Hermansky, F., Benesová, E. (Prága): Birka és egér E rosetta lymphoproliferatív kórfolyamatok nyirokcsomó sejtjein.

Husz S., Krizsa F., Dobozy A., Hunyadi J., Simon M. (Szeged): B-T-sejt markerek vizsgálata paraproteinaemiás betegekben.

Dobozy Attila, Hunyadi János, Husz Sándor, Kenderessy Szabó Anna, Simon Miklós (Szeged): A lymphocytá markerek vizsgálata cutan T-sejtes lymphomákban.

Hunyadi János, Dobozy Attila, Husz Sándor, Krizsa Ferenc, Simon Miklós (Szeged): A T-sejt funkció vizsgálata chronicus lymphoid leukaemiában.

Szekeres Júlia, Szilágyi Károly, Kelényi Gábor (Pécs): Vörösvérsejtrosetta technika alkalmazása malignus lymphomás betegek nyirokcsomó sejtjein.

B. Egyed Á., Gergely J., István L., Sármai G., L. V. Thao, Kelényi G. (Szombathely, Bp. és Pécs): Lymphocytá membrán-marker vizsgálatok klinikai jelentősége lymphoproliferatív betegségekben.

Ambrus Mária, Kuhn Endre, Herédi Etelka, Stefanits Klára, Bajtai Gábor (Pécs): Kevert lymphocytá kultúrák vizsgálata Hodgkin-kóros betegekben.

Berényi E., Sonkoly I., Pálóczi K., Kávai M., Krajczár G., Szegedi Gy. (Debrecen): Immunológiai vizsgálatok Hodgkin-kóros betegekben.

Benedek Szabolcs, Peter Schick (Budapest és München): Lymphocytá-kinetikai vizsgálatok Hodgkin-kóros betegekben.

Fehér János, Jakab Lajos, Pozsonyi Teréz, Gráf Ferenc (Budapest): Serum immunoglobulin és glycoproteid concentratio változások Hodgkin-kórban.

Ottó Szabolcs, Szántó János, Börzsönyi Máttyás, Hindy Iván, Döbrentey Eszter (Budapest): Immun-kémiai és sejt-morphológiai vizsgálatok cryoglobulinaemiával társult malignus lymphománál.

Jakab Lajos, Fehér János, Benedek Szabolcs, Gráf Ferenc (Budapest): Serum immunoglobulin és glycoproteid concentratio változások „non Hodgkin” lymphomákban.

Bodolay E., B. Soltész M., Krasznai G., Pálóczi K., Sonkoly L., Berényi E., Szegedi Gy. (Debrecen): T-, B-lymphocyták, monocyták enzy-mohistochemiai vizsgálata nyirokcsomókban.

Szilágyi Károly, Kelényi Gábor

(Pécs): A nem-Hodgkin típusú malignus lymphomák kórszövettani reclassificációjáról.

Karácsonyi Mária, Kelényi Gábor (Szeged, Pécs): A nem-Hodgkin típusú malignus lymphomák kórszövettani reclassificációjáról.

Bárdosi László, Ambrus Mária, Kelényi Gábor (Pécs): Immunocytomák és immunblastomák.

Jakab Imre, Jakab Lajos, Raposa Tibor, Horváth Mária, Schranz Viktor (Budapest): Klinikai, immunocemiai és cytochemiai megfigyelések chronicus lymphoid leukaemiában.

Fazekas Tamás, Tóth Sándor, Bodor Ferenc (Kiskunfélegyháza): Familiáris idült lymphoid leukaemia.

Várbiro Mária, István Lajos, Kelényi Gábor (Szombathely és Pécs): Leukaemiás reticuloendotheliosis („hairy cell leukaemia”).

Szemenyei Klára, Prónay G., Bak I. (Budapest és Miskolc): „Hairy cell leukaemia”.

Jakab Imre (Budapest): „Hairy cell leukaemia”.

H. Meister (Heiligenstadt): Splenectomia „hairy cell leukaemia”-nál.

Sakalová A., Hrubisko, M., Steruská, M., Gazová, S. (Bratislava): Polychemoterapia plasmocytomával és a terapia mellékhatásai.

Bán András, Völgyi Zoltán, Simán József (Zalaegerszeg): Klinikai, laboratóriumi és terapiás tapasztalatok Waldenström-makroglobulinaemiában.

Deák György (Pécs): A plazmaszettek selektív topo-optikai feltüntetése és alkalmazási lehetőségei.

Varga G., Vezendi Klára, Krizsa F., Cserhádi I. (Szeged): Malignus lymphomák kezelésével szerzett tapasztalatok.

Miszlai Zsuzsa, Patakfalvi Albert, Jávor Tibor, Balázs Mihály (Pécs): Malignus lymphomák kombinált chemoterapiás kezelésének 3 éves tapasztalatai.

Kozáry J., Marton E., Biczó S., István L., Kelényi G. (Szombathely és Pécs): Non-Hodgkin malignus lymphomák polychemoterapiás kezelésének 3 éves eredményei és problémái.

Janáky Rózsa, Mórocz József (Keszthely): Spontán lépruptura nem-Hodgkin lymphománál.

Ivánfi F.-né, Horgász János (Szekszárd): Az utolsó 10 esztendő Hodgkin-kóros anyagának kritikai elemzése.

Liptay László, Kőhalmi Irén (Budapest): COPP terapiát követően fellépő pseudo - Pelger anomália.

B. Giczy S., István Lajos (Szombathely): Epidemiológiai, humángenetikai és demográfiai vizsgálatok Hodgkin-kórban.

†Romhányi J., Domján O., Sarlai K., Molnár É. (Budapest): Neonatalis leukaemia.

Jákó János, Kiss Attila, Telek Béla (Debrecen): Felnőttkori heveny lymphoid leukaemiás eseteink elemzése.

Lengyel Zoltán (Budapest): A

lymphographia szerepe a leukoemia diagnosztikájában.

Mohay Antal dr. (Bácsalmás): Thymomát kísérő vörösvér-sejt aplasia.

Mészáros E., Verebélyi K., István L., Szobor A., Jánossá M., Kelényi G. (Szombathely, Budapest és Pécs): Myasthenia gravishoz tár-sult, thymectomia után kialakult feltehetően T-sejtes malignus lymphoma.

Krasznai Géza (Debrecen): „Granulomatosis lymphadenitis”, mint a systemás genuin reticulosis bevezető formája.

Telek Béla, Kiss Attila, Krasznai Géza, Bohátka László, Jákó János (Debrecen): Granuloma gangraenescens („lethal midline granuloma”) esete.

Brenner Ferenc, Kindler Miklós (Tatabánya): Malignus, lymphoma, hypereosinophilia syndroma és Löffler-féle endocarditis parietalis fibroplastica együttes előfordulása.

Kuntár Lajos, Kelényi Gábor (Pécs): Angioimmunoblastos lymphadenopathia.

1976. augusztus 27., délelőtt
11.30 óra

Párhuzamos előadások két sectioban.

Témakör: **Véralvadás.**

Lasch, H. G. (Giessen): Consumptio coagulopathia, profilaktikus és therapiás következmények.

Kiss Attila, Nagy Péter, Mikita János, Rák Kálmán (Debrecen): Thrombocytá-nagyság vizsgálatok ismételt ATS-okozta thrombocytopenia után egérben.

Cserháti I., Krizsa F., Resch B. (Szeged): Embryonalis szervkivonatok hatása egerek thrombocytogenesisére.

Krizsa F., Cserháti I., Kelemen E. (Szeged, Budapest): Károsított törzsazonos thrombocytasuspensio thrombocytogenesis gátló „fajlagos” hatása egéren.

Krizsa Ferenc, Cserháti István, Kelemen Endre, Lajtha László (Szeged, Bp. és Manchester): Károsított törzsazonos thrombocytá suspensio thrombocytopeniát keltő és/vagy thrombocytogenesis gátló „fajlagos” hatása egereken.

László Előd (Bpest): Thrombocytá aggregációt okozó anyagok hatása a reptilase-alvadék retrakciójára.

Szabó Teréz, Fésüs László, Muszbek László (Debrecen): Thrombosthenin praeparatumok procoagulans aktivitása.

Vita

Ulés zárása.

1976. augusztus 27., péntek,
délelőtt 11.30 óra

Témakör: **Össejt.**

Gyula Ernő, Mózsa Szabolcs, Kelemen Endre (Budapest): Myelobromol hatása egércsontvelő haemopoetikus össejtjeire és mikrokörnyezetére.

Auber Miklós, Gulya Ernő, Szalay Ferenc, Koller Oszkár, Triska Eva, Kelemen Endre (Budapest):

Myelobromol-keltette ciklikus pancytopenia, mint emberi pluripotens haemopoetikus össejt-ártalom.

Gidáli Júlia, Fehér Imre (Budapest): Keringő haemopoetikus össejtjek öffenntartó- és differenciálódási képességének vizsgálata.

Balogh István, Kelemen Endre (Budapest): Endodermalis tényező korai embryonalis haemopoiesisben.

Ujj György, Kovács P., Hernádi F. (Debrecen): Granulopoetikus elődsejtek proliferatios állapotának in vitro mérése hydroxyureával.

Kovács P., Ujj Gy., Hernádi F. (Debrecen): Degranol és Myelobromol (DBM) hatása egerek granulopoetikus elődsejtjeire.

Demeter Judit, ifj. Hüttl Tivadár, Triska Éva, V. Palóczy Katalin, V. Kun Katalin, Lehoczky Dezső, Kelemen Endre (Budapest): Neutrophil alkaliphosphatase valódi ap-lasztikus, ill. cellularis csontvelőjű pancytopeniás betegeken.

Vita

1976. augusztus 27., péntek,
du. 15.00 óra

Párhuzamos előadások két sectioban.

Témakör: **Véralvadás.**

Szalontai Sándor, Münster Zsuzsa, Vető Adámné (Budapest): Antithrombin aktiválódás reactio-kinetikai vizsgálata.

Bach Iván, Halmosdi Gusztáv (Budapest): A 75 selenomethioninos thrombocytá élettartam vizsgálatok során adódó elméleti kérdések kísérletes vizsgálata.

Muszbek László, Szabó Teréz, Hársfalvi Jolán, Fésüs László (Debrecen): Thrombosthenin szerepe a thrombocyták procoagulans hatásában.

Sas Géza, Bánhegyi Dénes, Pető Iván (Budapest): Az antithrombin-komplexek vizsgálata és klinikai jelentősége.

Bánhegyi Dénes, Pepper D., Sas Géza (Budapest, Edinburgh): Antithrombin III. komplexek izolálása szérumból.

Vita — Szünet

Nagy Ibolya, Losonczy Hajna (Pécs): Therapiás heparin adagok hatása az AT III. aktivitásra és az AT III. csökkenésével vagy functionalis károsodásával járó kórképeken.

Králl Géza, Elődi Zsuzsa, Szőnyi György, Feszler György (Budapest): Műtéti beavatkozások Willebrand-betegségben szenvedőkön.

Venkei Tamás, Feszler György (Budapest): Haemotorax haemophiliás betegeknél.

Thék Györgyné, Harsányi Vera (Budapest): Nagytisztaságú VIII. faktor koncentrátum előállítás.

Elődi Zsuzsa, Váradai Katalin (Budapest): Egyfázisú VIII. faktor aktivitás mérési módszer pontossága és hibaforrásai.

Vita — Szünet

Pető Iván, Köves Agnes, Neme-

sánszky Elemér, Jákó János, Sas Géza (Budapest): A gátlótest-haemophilia pathogenesiséről és kezeléséről.

Bariska I., István L., Schrett, J. (Szombathely és Budapest): Az antihaemophiliás globulinhoz associált antigen vizsgálatának klinikai jelentősége.

Goldschmidt Géza, Siegler János, Schmidt Mariann (Budapest): Fibrinogen metabolismus cyanoticus congenitalis vitiumban.

Misz Mária, Boda Zoltán, Rák Kálmán (Debrecen): Heparin-thrombin alvadási idő vizsgálatok különböző eredetű thrombocytopeniában.

Szalay Ferenc, Rosta János, Györik Gábor, Koller Oszkár, Triska Eva, Kelemen Endre (Budapest): Keringő thrombocyták száma és átmérője terhesség alatt átvitt újszülöttkori thrombocytopeniában.

Vita — Szünet

Boros György, Süle Tamás, Nagy Judit, Deák György, Ambrus Mária (Pécs): A hemostasis zavarai myelomavesében.

Péterfy Miklós, Szénási Pál (Budapest): Aktivált recalcificatio idő értéke a heamorrhagiás diathesisek vizsgálatában.

Vita

Ulés zárása.

1976. augusztus 27., péntek,
du. 15.00 óra

Párhuzamos előadások két sectioban.

Témakör: **Varia.**

Füst György, Szegedi Gyula, Hannena, A. (Budapest, Debrecen és Amsterdam): Komplement komponensek szérum-szintjének vizsgálata systemás lupus erythematosus (SLE) betegeknél.

Nékám Kristóf, Patakfalvi Albert, Fekete Béla, Kalmár László, Láng István, Gergely Péter, Lévai Júlia, Horváth Attila, Petrányi Gyula (Pécs és Budapest): Egészséges egyének és humorális immunodeficienciában, illetve SLE-ben szenvedő betegek serum IgD szintjének vizsgálata.

Németh Péter, Fekete Miklós, Ambrus Mária, Horváth M., Katona Zoltán (Pécs és Szeged): BCG-histiocytosis: macrophag defectura utaló pathomorphologiai és immunológiai észleletek.

Katona Zoltán, Fekete Miklós, Horváth Mária, Németh Péter (Szeged és Pécs): BCG-histiocytosis: macrophag defectus.

Rapos Tibor, Síró István (Budapest): A testvér chromatid exchangek viselkedése alacsony dosisú cytostaticumok hatására.

Vita — Szünet

Soós Gáborné, Benedek Emil (Budapest): Transcobalamin és a fehérvérsejt szint vizsgálata és értékelése.

Boda Zoltán, Sipka Sándor, Hajdu László, Dauda György (Debrecen)

cen): Autoerythrocyta sensitisatio esete.

Nemesánszky Elemér, Bédi Judit, Jákó János (Budapest): Kryoglobulinaemia, tartósító szerek hatására kialakuló purpurával.

ifj. Petrányi Gyula (Budapest): Burkhardt-féle csontbiopsiás készülék használata.

Mozsa Sz., Káldi I., Grózi J. (Budapest): A tárgylemez-centrifuga feltét alkalmazásának jelentősége: újabb sejtkoncentrációs lehetőség a cytodiagnosztikában.

Vita

Ülés zárása.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(190/c)

Öskü Községi Közös Tanács V. B. pályázatot hirdet a megüresedett **körzeti orvosi állás betöltésére**. Illetmény a kulcsszám szerint. Az orvosi körzethez csatolt község nem tartozik.

A község Veszprém és Várpalota városok között fekszik a 8-as főútvonal mellett.

A komfortos orvosi lakás, mely a rendelővel egy épületben van elhelyezve, az állás betöltésével egyidejűleg beköltözhető.

Hornyák Ferenc
tanácselnök

(199/a)

Szentes Városi Tanács V. B. Egészségügyi osztály vezetője (6600 Szentes, Kosuth tér 6.) pályázatot hirdet a Városi Tanács Kórházánál átszervezés után összevont 99 ágyas eszülészet-nőgyógyászati osztály E 104 ksz.-ú. **vezető főorvosi állásra**.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Juhász György dr.
városi főorvos

(205)

Pályázatot hirdetek Boldog községbe (Heves megye) áthelyezés folytán megüresedett **körzeti orvosi állásra**. Az álláshoz 4 szobás komfortos, kertes lakás és garázs biztosított.

Fizetés a szolgálati idő és szakképesítésnek megfelelően.

Medveczky Sándor
községi tanács elnöke

(206)

Tapolca Városi Tanács Egyesített Egészségügyi Intézménye igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az intézmény megyei feladatokat ellátó sümegi neuro-

A „Korányi Frigyes” Tbc és Tüdőgyógyász Társaság, a Magyar Sebész Társaság Mellkassebész Szakosztály, a Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság, a Szolnok Megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Szolnok megyei Bizottsága, a Megyei Tanács „Hetényi Géza” Kórház Tudományos Bizottsága közös rendezésében 1977. május 20—21-én Szolnokon, Vándorgyűlést rendez.

Téma: A *heveny mellkasi betegségek*.

pszichiátriai osztályán megüresedett **segédorvosi állásra**.

Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. utasítás szerint, elhelyezést orvossalón biztosítanak.

Mészáros István dr.
kórházigazgató-főorvos

(208)

A VIII. ker. Tanács V. B. Kállai Éva Kórház (1081 Budapest, VIII., Kun u. 4.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az égés-sérülési osztályon újonnan szervezett **anaesthesiologus szakorvosi állásra**. A narcosisok ellátása mellett a szervezés alatt álló intenzív-részleg munkájában is részt kell vennie. Szakképzett anaesthesiologus asszisztens van az osztályon. Illetmény kulcsszám szerint; munkahelyi pótlék van.

(209)

Pécs m. Városi Tanács Egyesített Egészségügyi Intézmények (Pécs, dr. Veress Endre u. 2.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a következő állásra. 1 fő rendelőintézetű **szemész szakorvos**,

1 fő rendelőintézetű **fülszervi-gégész szakorvos**.

Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint. A meghirdetett állások mellé lakást biztosítunk.

Orvosházaspár előnyben részesül, amennyiben a hirdetésben szereplő szakorvosi vizsgával rendelkezik.

(210)

Pályázatot hirdetek az áthelyezés folytán megüresedett Mátészalka város **III. sz. körzeti orvosi állására**.

Az állás javadalmazása a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint és a szolgálati időtől függően.

Másod- vagy mellékállás vállalására lehetőség van.

A körzethez kapcsolt község nem tartozik.

Az állás betöltése esetén kettőszobás, összkomfortos lakás rendelkezésre áll.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával

A témát három sectioban tárgyalja.

I. Tüdőgyógyászati: A tüdőbetegségek akut időszaka.

II. Sebészeti: A sürgős mellűri beavatkozások.

III. Laboratóriumi: A mai tüdőgyógyászat laboratóriumi igényei.

Előadások 1976. szeptember 15-ig jelenthetők be. Cím: **Mécs János dr.** főorvos, 5001 Szolnok, Pf. 6. Vöröscsillag u. 32. (Tüdőgyógyintézet tel.: 132-95.).

a mátészalkai Városi Tanács V. B. Eü. Osztály címére kérem megküldeni.

Hámori Andor dr.
városi főorvos, eü. oszt. vezető

(211)

Pályázatot hirdetek az áthelyezés folytán megüresedett Mátészalka város I. és II. sz. **körzeti gyermekorvosi állására**. Az állás javadalmazása a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint és a szolgálati időtől függően.

Másod- vagy mellékállás vállalására lehetőség van.

A körzethez kapcsolat község nem tartozik.

Az állások betöltése esetén kettő, esetleg kettő és fél szobás, összkomfortos lakás rendelkezésre áll.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a mátészalkai városi tanács V. B. Eü. Osztálya címére kérem megküldeni.

Hámori Andor dr.
városi főorvos, eü. oszt. vezető

(212)

Pályázatot hirdetek a Mátészalka város területén újonnan szervezett **foglalkozási üzemorvosi állásra**.

Az állás javadalmazása a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint és a szolgálati időtől függően.

Az állás betöltése esetén kettőszobás, esetleg kettő és fél szobás, összkomfortos lakás rendelkezésre áll.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával kérem a mátészalkai Városi Tanács V. B. Eü. Osztálya címére megküldeni.

Hámori András dr.
városi főorvos, eü. oszt. vezető

(213)

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet igazgató-főorvosa (1528 Budapest, Szanatórium u. 2.) szakképzett **laboratóriumi asszisztens** állást hirdet. Fizetés az évekétől függően a kulcsszámnak megfelelően.

Jelentkezés a pályázati felhívástól számított 30 napon belül — személyesen vagy írásban —, a laboratóriumi osztályvezető főorvosnál.

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 hírlapüzletében 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



76.2127 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

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

*

117. ÉVFOLYAM

*

35. SZÁM

*

1976. AUGUSZTUS 29.

TARTALOMJEGYZÉK

Cserhádi István dr.:

Antithrombocyta serum ismételt adásával
keltett thrombocytopoeticus hatás vizsgálata 2103

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Doszpod József dr., Hadnagy János dr.,
Egyed Jenő dr., Cseh Imre dr.
és Gáti István dr.:

Az anyai szérum chorion eredetű
somatomammotropin (HCS) szintjének
változása Rheomacrodex-infusio hatására ... 2106

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Csontai Ágoston dr., Rosdy Ernő dr.,
Halmai Zsuzsa dr., Pánovics József dr.
és Légrádi József dr.:

A vese üregrendszerének
papilláris daganatairól 2110

ORVOSTÖRTÉNELEM

Buda Béla dr.:

Régi orvosi vélemények az önkielégítésről ... 2115

KAZUISZTIKA

Fazekas Tamás dr., Tóth Sándor dr.
és Bodor Ferenc dr.:

Familiáris idült lymphoid leukaemia 2123

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2127

Folyóiratreferátumok 2130

Levelek a szerkesztőhöz 2144

Könyvismertetés 2145

Egészségügyi tájékoztató 2151

Pályázati hirdetésmények 2152

Megjelent 2153

Hírek 2157

NORCOLUT

tabletta

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 5 mg noterthisteront tartalmaz.

HATÁS: Oralisan felszívódó gestagen készítmény.

JAVALLAT: Praemenstruációs syndroma, mastodynia, a secretiós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, dysfunctionalis méhvérzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriosis adenomyosis.

ELLENJAVALLAT: Általában nincs. Külön elbírálást igényelnek, főleg tartós szedés esetén: thrombosis-készség, hepatitis, májműködési zavarok, emlő-carcinoma, genitális carcinoma.

ADAGOLÁS: Praemenstruációs syndroma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusok: a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1—2 tablettát, esetleg oestrogennel együtt. Dysfunctionalis méhvérzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii (amennyiben a vérzés functionalis jellegét 6 hónapon belül végzett histológiai vizsgálata igazolta): 6—12 napon át napi 1—2 tablettát a vérzés megszüntetésére. Recidiva megelőzésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1—2 tablettát. Általában oestrogennel együtt. Endometriosis, adenomyosis: a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tablettát 6 hónapon át vagy folyamatosan szedve a ciklus 5. napján napi fél tablettával kezdve és az áttörésszerű vérzések elkerülésére 2—3 hetenként fél tablettával emelkedve 4—5 hónapon át.

MELLÉKHATÁS: Ritkán fellépő és későbbi ciklusokban megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, áttörésszerű vérzés, esetleg oedema, allergiás bőrreakció, paraesthesia, test-súlyváltozás, fáradékonyság.

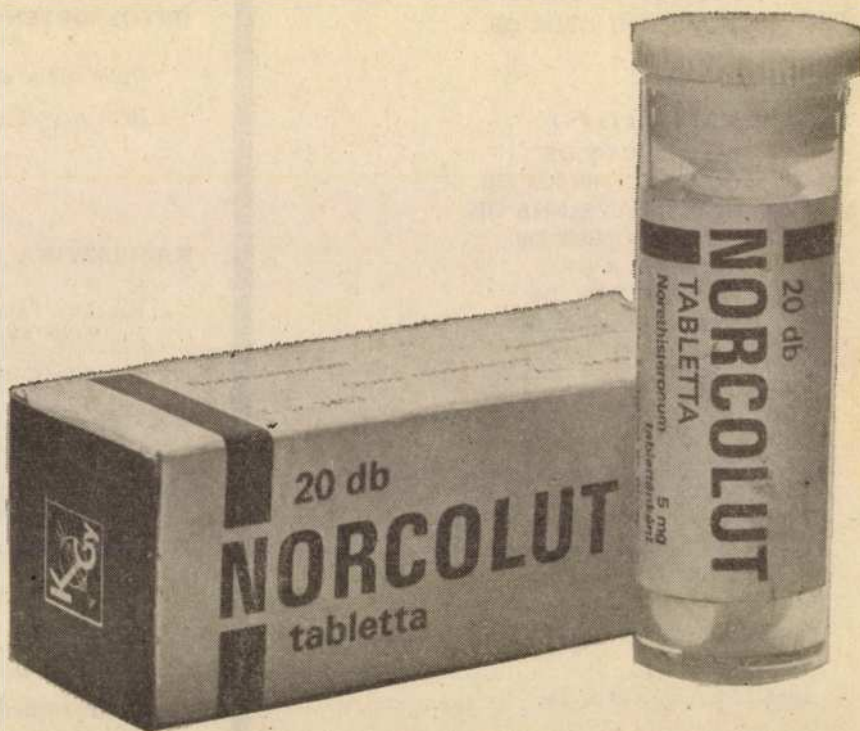


MEGJEGYZÉS

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján nőgyógyászati szakrendelések rendelhetik, illetőleg csak nőgyógyászati szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

CSOMAGOLÁS

20 tablettát 34,90 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Antithrombocytá serum ismételt adásával keltett thrombocytopoeticus hatás vizsgálata

Cserháti István dr.

Az orvostudományi egyetemek önállóvá válásának 25 esztendőjének jubileumára, az Egészségügyi Minisztérium felkérésére írt tanulmány.

A thrombocytopoesis regulációjával kapcsolatban számos beavatkozást, modellkísérletet ismerünk. Ezek lényege: a vérlemezkesszám megváltoztatása a keringő, humoralis úton ható thrombopoetin szintet is megváltoztatja, a thrombopoeticus serum-aktivitást fokozza. E fokozott aktivitás kimutatható a kezelt állatokban, vagy normál recipienszekben, a kezelt állatok serumának (se.-fractiójának) injiciálása után. A thrombocytopoeticus aktivitás fokozásának egyik legtöbbször alkalmazott módja az antithrombocytá serum (ATS) hatásának vizsgálata. E beavatkozás specifikusnak tartható, mivel a vérlemezkeellenes serum izoláltan csak a thrombocytá-számot változtatja meg.

Módszerek

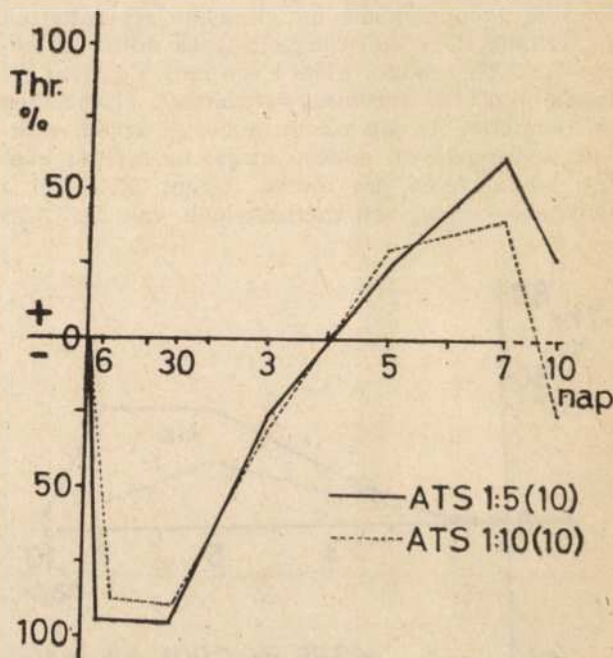
Kísérleteinkhez mindkét nembeli, standard étrenden tartott, 25–30 g átlag testsúlyú CLFP egértörzset használtunk. Az egérthrombocytá-ellenes serumot csincilla nyulakban állítottuk elő. A thrombocytasuspensiót 1:1 arányban Freud-adjuvánssal keverve, heti egy alkalommal adtuk im., összesen négyszer. 1,5 ml thrombocytasuspensio, 1,5 ml Freud-adjuváns. A beadott thrombocyták száma 5–600 000/μl. Ötödik héten a nyulakat elvégeztettük, a sérumból a vörösvérsejteket eltávolítottuk, a komplementet hőkezeléssel inaktívtuk. A thrombocyták számolása direkt fáziskontrasztmikroszkópos módszerrel történt (5). A serum frakcionálását agar-gél electrophoresissel végeztük. A β frakciót Sephadex G-75-ös oszlopon chromatographáltuk (3).

Az oszlop mérete 60 × 1,5 cm, dinatrium EDTA-tris puffer, pH 8,2, flow rate 15 ml/óra, frakcionálás 5 ml/cső, V = 250 ml. Az oszlopra felvitt volumen 4–5 ml, melynek fehérjetartalma kb. 300 mg%. Az extinciókat Spektromom 202-es fotometeren 1 cm rétegvastagságú kvarc küvetében 280 μm-nál mértük le. A thrombocyták ⁷⁵Se-nel jelzett methonin (a továbbiakban ⁷⁵Se M) utilizációjának vizsgálatára Pennington (7) módszerét alkalmaztuk. A módszerhez szükséges az állatok vértérfogatának ismerete. Ezt ¹²⁵J-dal jelzett albuminnal határoztuk meg. Az általunk használt egértörzs vértérfogata 0,085 ml/g. A ra-

dioaktivitás mérése Packard—Tricarb automata mintaváltóval felszerelt készülékkel történt.

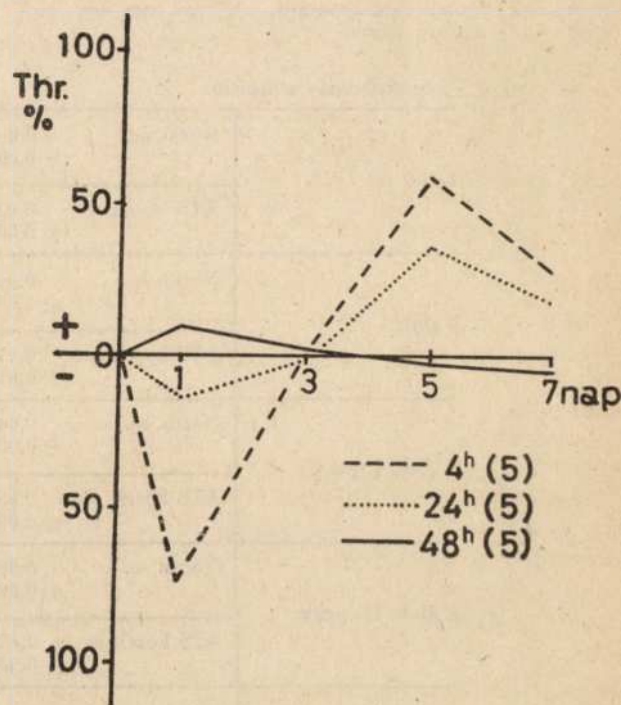
Eredmények

ATS 1:5 és 1:10 arányú hígítását adtuk 1—1 egércsoportnak 0,3 ml/egér ip. mennyiségben (1. ábra). A kétféle hígítás lényegében egyformán



1. ábra.

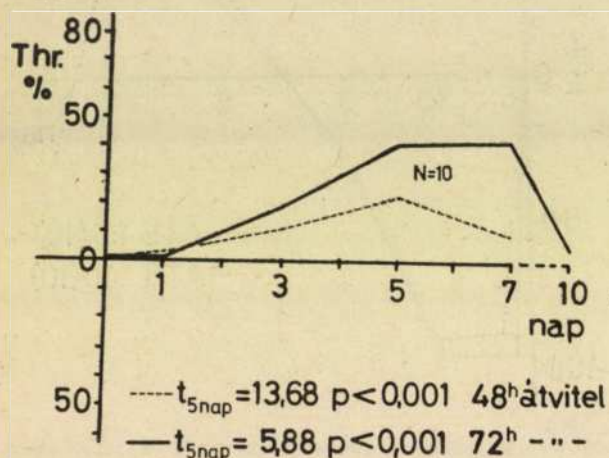
ATS hatása egerek thrombocytaszámára. A vérlemezkék átlagos százalékos változásában vannak feltüntetve. Zárójelben az állatok száma



2. ábra.

ATS-el kezelt egerek serumának hatása normál recipiensék thrombocytá-számára

változtatta meg az állatok thrombocytaszámát. Az ábrán a thrombocytaszám átlagos százalékos változását tüntettük fel. Jellemző a hirtelen csökkenés, mely kb. 30 óráig áll fenn, majd átmeneti emelkedés után a 10. napon normalizálódott. A továbbiakban vizsgáltuk, hogy ATS-et kapott állatok savója normál egerekben előidéz-e thrombocytaszám-változást. Az ATS beadása után (a továbbiakban 1:5 arányú hígítást használtunk), különböző időpontokban az állatokat elvéreztettük és serumukat normál recipienseknek adtuk (2. ábra). Az ATS beadása után 4 óra múlva történt serum-átvitel a thrombocytaszámot kifejezetten csökkentette. Az állatok thrombocytaszámának csaknem úgy csökkent, mintha magát az ATS-ot kapták volna. A 24 óra múlva történt átvitelnél a csökkenés lényegesen mérsékeltebb volt. Az ATS

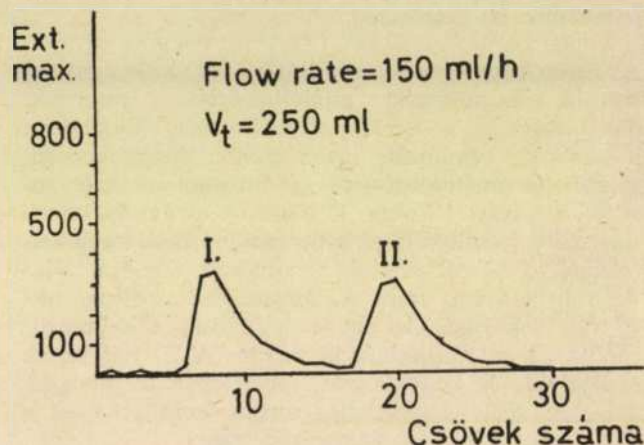


3. ábra.

ATS-ot ismételtén kapott donorok serumának hatása normál egerek thrombocytaszámára. „N” az egy-egy csoportban levő állatok száma

adása utáni 48 óras átvitel pedig nem változtatta meg a recipiensek thrombocytaszámát (hasonlóan a normál egér-serumhoz).

Felvetődött, ha a thrombocytaszámot ATS ismételt adásával több napon át alacsony szinten tartjuk, a kezelt állatok keringésében megjelenik-e olyan tényező, mely normál egyedek thrombocytaszámát emelni képes. Ezért az 1:5 arányban hígított ATS-ből 6 napon át napi 0,2 ml-t adtunk a donor egereknek ip. Ezen idő alatt az állatok thrombocytaszámuk 10–20 000/μl volt. Az utolsó adag beadása utáni 48. és 72. órában az állatokat elvéreztettük és serumukat normál recipienseknek adtuk (3. ábra). Mindkét csoportban (a 48 és 72 óras) a serum beadása utáni 5. napon thrombocytaszám-emelkedést észleltünk. Az emelkedés a Student-féle egymintás t próbával is vizsgálva, mindkét átviteli időpontban jelentős szignifikan-



4. ábra.

Béta-globulin Sephadex oszlopchromatographia utáni extinció értékei

75 Se methionin utilizáció

I. táblázat

Teljes se	Norm. se.	0,067 (7) ± 0,006519	p < 0,1	0,068 (7) ± 0,007536	p > 0,02
	ATS kezelt se.	0,056 (5) ± 0,00775		0,139 (3) ± 0,0366	
β glob.	Norm. se.	0,053 (3) ± 0,008718	0	0,033 (4) ± 0,005128	p < 0,001
	ATS kezelt se.	0,053 (4) ± 0,01466		0,092 (3) ± 0,00842	
β glob. I. peak	Norm. se.	0,044 (5) ± 0,007611	p < 0,3	0,078 (5) 0,01237	0
	ATS kezelt se.	0,058 (5) ± 0,007517		0,078 (4) ± 0,01192	
β glob. II. peak	Norm. se.	0,063 (3) ± 0,007307	p > 0,3	0,038 (5) ± 0,008012	p < 0,02
	ATS kezelt se.	0,055 (4) ± 0,00649		0,100 (5) ± 0,0185	
Napok		+ 2		+ 3	

ciát mutatott, a se. beadása utáni 5. napon statisztikailag is.

A teljes serum, valamint egyes fractióinak hatását a Penington-féle radioizotóp módszerrel is vizsgáltuk. A serum-frakciók közül a β -globulin bizonyult hatásosnak, melyet Sephadex G-75 oszlopon chromatographáltunk. Az extinció maximumokat grafikusán ábrázoltuk (4. ábra). Két peakkel rendelkező görbét kaptunk. Az I. peak immunológiailag β -globulinnak bizonyult, a II. immunoelectrophoresissal nem adott reakciót az anti-egér nyúl-serummal szemben. Az 1. tábl. az anti-thrombocytos serummal kezelt egerek teljes serumának, β -globulinjának és az ebből chromatographiával nyert két peakjének hatását mutatja be, normál egér-serum megfelelő fractióival összehasonlítva. A táblázaton az egyes csoportokat alkotó állatok száma is szerepel. Az utilizációs értékek ezek átlagait tüntetik fel. Az anyagok beadása után 48 óra múlva történt az izotópjelölés. Utilizáció-mérés ezután a második, illetve 3. napon (az állatokat két csoportra osztva). Szignifikáns különbséget kaptunk a teljes serum, annak β -globulinja, és az ebből chromatographiával nyert II. peak beadása után.

Megbeszélés

Vizsgálataink alapján feltételezhető, hogy ATS ismételt adása után az állatok keringésében olyan tényező jelenik meg, mely a thrombopeniát igyekszik kivédeni. Ennek hatása a kezelt donorok serumával normál recipiensekben is kimutatható, fokozza a thrombocytákba beépült ^{75}Se methionin utilisatióját. ^{75}Se -nel jelzett methioninnal végzett vizsgálatok az irodalomban leginkább elfogadottak, a thrombopoetikus aktivitás mérésére. Penington (8) thrombopeniás betegek, Robertson és mtsai (11) Vincristinnel kezelt egerek serumának fokozott thrombopoetikus aktivitását mutatták ki e módszerrel. Rák (10) különbséget talált az egyszeri és ismételt adott ATS hatása között. 1. Az okozott thrombocytopenia tartalma csökkenő. 2. Az ATS injekciók számával fokozódik a reaktív thrombocytopenia. 3. A thrombocytos praecursorokba való izotóp (^{75}Se M) beépülésének mértéke az ATS és az izotóp között eltelt idő függvénye. Marosi és mtsai (6) egyszeri adag ATS beadása után vizsgálták a thrombocytosist, ill. annak serummal történő átvihetőségét normál recipiensekbe. A donorokban a beadás utáni 4–12. óra között találtak thrombocytosist effectust. Rák és mtsai (9) normál humán serum béta-fractiójától láttak egerekben mérsékelt thrombocytosist. Ami a β -globulin fractió vagy ezzel elektroforetikusán együtt vándorló thrombopoetikus serum-tényezők aktivitását illeti, a vélemények megoszlanak. Má-

sok (1) glycoproteint, albumint, α_2 -globulint, „erythropoetint” találtak thrombopoetikusan aktívnak. Magunk (4) Actinomycin-D beadása után észleltünk egerekben thrombopoetikus aktivitás-fokozódást, melyet az átmenetileg gátolt DNS szintézis ismételt megindulásával magyaráztunk. Az ATS-al kezelt donor állatok kifejezett thrombocytopeniája miatt vérzéseket is észleltünk. Felvetődhet, hogy az előidézett aktivitás a haemorrhagia következménye. A posthaemorrhagiás thrombocytosist azonban a vérzés után 6–12 óra múlva a legkifejezettebb: a véreztetett állatok seruma ezekben az időpontokban okozza normál recipiensek jelentős thrombocytaszám-emelkedését (2). Az ATS-el kezelt esetben a serum-átvitel a kezelés utáni 48., ill. 72. órában történt.

Abból, hogy a thrombocytos szám a serum-átvitel utáni 5. napon éri el maximumát, hogy az izotóppal történt jelölés utáni 72. órában legmagasabb az utilisatio, arra következtethetünk, hogy valódi poetin hatásról lehet szó. Agar-electrophoresis és Sephadex chromatographia segítségével kimutattuk, hogy az ATS-sel történt kezelés hatására keletkezett thrombopoetikus serum-faktor β -globulinokkal vándorol. Aktivitását megtartotta a chromatographia után is, tehát a β -globulinoktól (talán részben) elválasztható. E II-es peak ugyanis immunológiailag reakciót nem adott. További feladat e tényező pontosabb identifikálása, tulajdonságainak megismerése.

Összefoglalás. Antithrombocytos serummal ismételt kezelt egerek seruma thrombopoetikus hatású: normál recipienseknek adva ezek thrombocytos számát jelentősen emeli, fokozza a ^{75}Se jelzett methionin utilisatióját. A teljes serum mellett a β -globulin és az ebből Sephadex chromatographiával nyert egyik fractió (II. peak) is thrombopoetikus hatásúnak bizonyult.

A kísérletekben nyújtott értékes technikai segítségükért ezúton is köszönetemet fejezem ki László Ivánné és Böröcz Ágnes lab. asszisztensöknek.

IRODALOM: 1. Abildgaard, C. F., Simone, J. V.: Seminars in Hemat. 1967, 4, 424. — 2. Cserhádi I., Krizsa F., Rák K.: Haemat. Hung. 1963, 3, 123. — 3. Cserhádi I., László I., Böröcz Á.: Acta Haemat. (Basel) 1972, 47, 361. — 4. Cserhádi I., Tóth S.: Acta Haemat. (Basel) 1973, 50, 168. — 5. Fischer, W., Germer, W.: Röntgen-Lab. Praxis. 1957, 10, 49. — 6. Marosi Zs., Krizsa F., Rák K.: Kísérlet. Orvostud. (közlés alatt). — 7. Penington, D. G.: Brit. med. J. 1969, IV, 782. — 8. Penington, D. G.: Brit. med. J. 1970, I, 606. — 9. Rák K., Varga L., Krizsa F., Cserhádi I.: Orv. Hetil. 1963, 104, 1264. — 10. Rák K.: Orv. Hetil. 1973, 114, 2461., Brit. J. Haemat. 1972, 22, 617. — 11. Robertson, J. H., Crozier, E. H., Woodend, B. E.: Acta Haemat. (Basel) 1972, 47, 356.

Pécsi Orvostudományi Egyetem,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Csaba Imre dr.)

Az anyai szérum chorion eredetű somatomammotropin (HCS) szintjének változása Rheomacrodex-infúzió hatására

Doszpod József dr., Hadnagy János dr.,
Egyed Jenő dr., Cseh Imre dr.
és Gáti István dr.

Az alacsony molekulásúlyú dextran specifikus hatása a mikrocirkulációra: fokozza a vér suspensió stabilitását, csökkenti viszkozitását és gátolja az intravasculáris erythrocyta-aggregációt. Az alacsony molekulásúlyú dextran mint plasma-pótszer a fenti tulajdonságai alapján a shock terapiájának egyik fontos gyógyszere.

A placentaris keringés speciális mikrocirkuláció, a lepény gátolt vérátáramlása a magzat intrauterin veszélyeztetettségének egyik legfontosabb oki tényezője. Felvetődik tehát annak lehetősége, hogy a lepényi vérkeringés javításával kedvezőbb feltételeket teremthetünk az intrauterin veszélyeztetett magzat számára. Jones (3) tesz említést először a foetalis distress haemodynamikus kezelésének lehetőségéről. Ötven magzati szívhang-alteráció esetén (tachycardia, bradycardia, arrhythmia) az anyának adott alacsony molekulásúlyú dextran infúzióval 41 esetben a szívhangok 10 percen belüli rendeződését lehetett elérni. A szerző a kedvező effektust a lepény vérkeringésének javulásával magyarázta.

Künzel és mtsai (4) 40 terhes birkának laparotomia során 500 ml alacsony molekulásúlyú dextrant infundáltak és 20 perccel az infúzió beadása után az arteria uterinák vérátáramlása 90 százalékkal emelkedett, ellenállásuk 28%-kal csökkent. A foetusok vena umbilicalisában az O₂ parciális nyomása 5 Torr-ral emelkedett, a CO₂ parciális nyomása 5 Torr-ral csökkent. Schwarz és

mtsai (5) radioizotóp placentographiás vizsgálattal normális terheseken, a terhesség végén, a sugárzás jelentős emelkedését észlelték az uterus felett, ugyanakkor csökkent az anyai szív felett az alacsony molekulásúlyú dextran adásának hatására. Izotóniás cukoroldat adásakor a fenti változások elmaradtak. Janisch és Leodolter (2) radioizotóp placentographiával igazolták, hogy toxæmia és ismeretlen eredetű placenta insufficientia esetében szignifikánsan kisebb a lepény vérátáramlása, mint normális, diabeteses és Rh isoimmunitású terheseken.

Arra vonatkozólag azonban nem találtunk adatokat, hogy a lepény vérkeringésének javulása milyen változásokat okoz annak endokrin funkciójában. A placenta anyai oldalának fokozott átáramlása fokozott hormonszekrécióval jár-e együtt? Továbbá a már kialakult placenta insufficientiában milyen hatása van az alacsony molekulásúlyú dextran készítményeknek? Vizsgálataink során a lepény endokrin funkciójának jellemzőjeként a kizárólag lepényi eredetű HCS-t választottuk és az anyai szérumban ennek a koncentrációját vizsgáltuk. A HCS rövid felezési idejű hormon (10 perc), napi ingadozást nem mutat, ezért pontos felvilágosítást ad a lepény aktuális állapotáról.

Anyag és módszer

Hetvennégy terhesen összesen 1088 HCS meghatározást végeztünk a terhesség 19–39. hete között. A terhesek átlagos életkora 26,4 év volt. Tizenegy terhes terhességi toxæmia, 63 pedig egyéb terhességi szövődemény (ab. imminens, ab. habitualis, cervix incompetentia, fenyegető koraszülés, thrombosis, nephrolithiasis, szívmitét, császármetszés utáni állapot) miatt került felvételre. Eredményeinket a magzatok megszületése után retrospektíve értékeltük.

A terheseknek a nap azonos szakában a Pharmacia laboratórium 500 ml „Rheomacrodex 10% in normal saline” infúzióját adtuk 30 perc alatt. Közvetlenül az infúzió beadása előtt, majd 10, 20, 30, 40, 60 perccel 4,8 és 24 órával az infúzió beadása után vérmintákat vettünk, a szérumokat –20 °C-on tároltuk. Ezekből történtek a HCS meghatározások.

A 74 terhes közül 50-nek a Rheomacrodex infúziót megelőzően néhány nappal 500 ml Ringer infúziót adtunk és azonos módon végeztük el a fenti vizsgálatokat.

Minden esetben az infúzió előtt és után haematokrit meghatározások is történtek.

Az infúzió hatására bekövetkezett HCS koncentráció változással kapcsolatban matematikai analízist végeztünk; vizsgáltuk az infúzió előtti értékhez viszonyított változást, valamint a Rheomacrodex és a Ringer infúzió hatására bekövetkezett változások közötti különbséget. A szérum HCS meghatározásokat a Pharmacia laboratórium „Phadebas” radioimmun kit-jével végeztük.

Eredmények

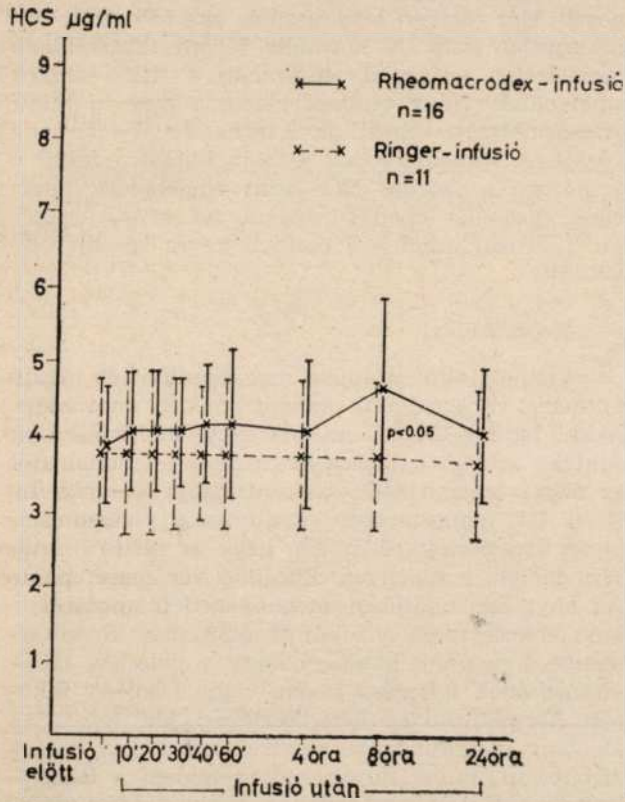
Ringer-infúzió

A Ringer-infúzió hatására sem normális, sem dysmaturus magzatok esetében az anyai szérum HCS szintje nem változott. Egyetlen esetben sem találtunk matematikailag különbséget az infúzió beadása előtti értékhez viszonyítva. A haematokrit értékekben úgyszintén nem láttunk változást.

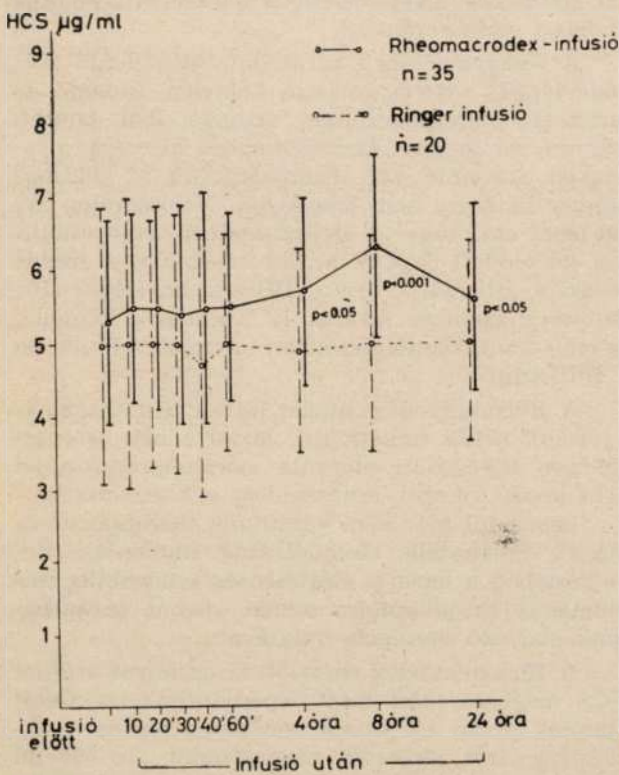
Rheomacrodex infúzió

A normális súllyal született magzatok anyáinak 16 esetben a Rheomacrodex infúziót a terhes-

ség II. trimeszterében (19–27. hét) adtuk. Az 1. ábrán látható, hogy az anyai szérumszint HCS szintje az infusio hatására emelkedik és maximumát az



1. ábra. Az anyai szérumszint HCS-szint változása normál esetekben a II. trimeszterben



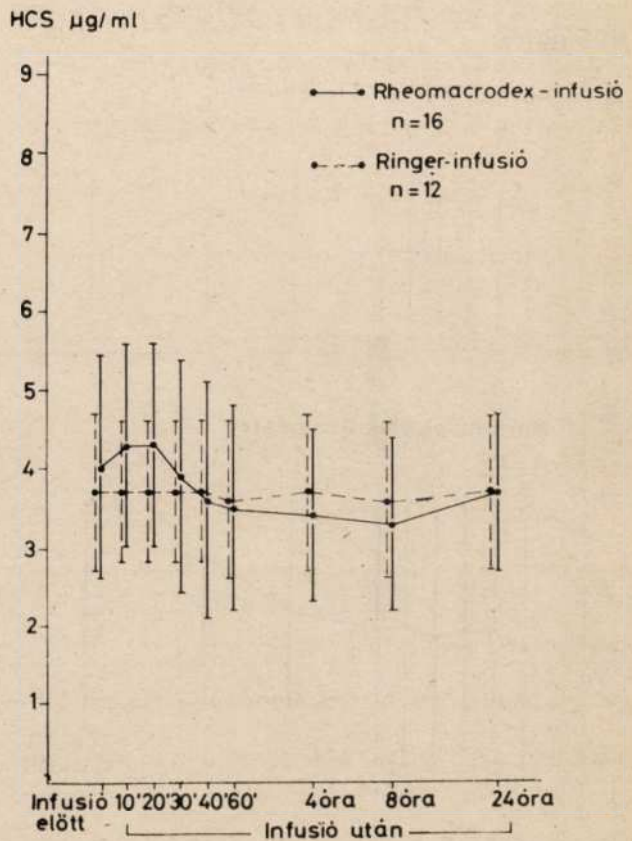
2. ábra. Az anyai szérumszint HCS-szint változása normál esetekben a III. trimeszterben

3*

infusio beadása utáni 8. órában éri el. Az ábráról az is leolvasható, hogy a Ringer-infusio hatásával összehasonlítva az emelkedés a 8. órában szignifikáns ($t = 1,92, p < 0,05$).

Harmincöt esetben a Rheomacrodex-infusio a III. trimeszterben (28–39. hét) történt. Az emelkedés itt is egyenletes és maximumát ugyancsak a 8. órában éri el (az emelkedés 16%-os). A 2. ábráról látható, hogy a Ringer-infusióval nyert értékhez képest a különbség a 4. órában: $t = 1,99, p < 0,005$, a 8. órában: $t = 3,80, p < 0,001$, a 24. órában: $t = 1,69, p < 0,05$ szignifikancia szinten tér el.

Tizenhat esetben a Rheomacrodex infuziót a terhesség III. trimeszterében adtuk és a terhességekből időre dysmaturus magzatok születtek. A 3. ábrán látható, hogy az infúziók beadása után



3. ábra. Az anyai szérumszint HCS-szint változása dysmaturus magzatok észlelése esetén

a 10. és a 20. percben az anyai szérumszint HCS-szint emelkedik, a 30. percben visszatér kiindulási értékére, majd ettől kezdve csökken. Csupán a 24. órára éri el a kiindulási, eleve a normálisnál alacsonyabb koncentrációt. A Ringer-infúzióhoz viszonyítottan az eltérés egyetlen ponton sem szignifikáns.

A 4. ábrán azt kívánjuk demonstrálni, hogy az infusio előtti értékekhez képest az emelkedés milyen mértékű. A II. trimeszterben a vizsgálat összes időpontban a kiindulási értékhez képest szignifikáns a növekedés (minden időpontban $p < 0,001$). Teljesen azonosak az eredmények a III. trimeszterben, ahol a kezdeti értékhez képest az emelkedés minden időpontban szignifikáns (minden

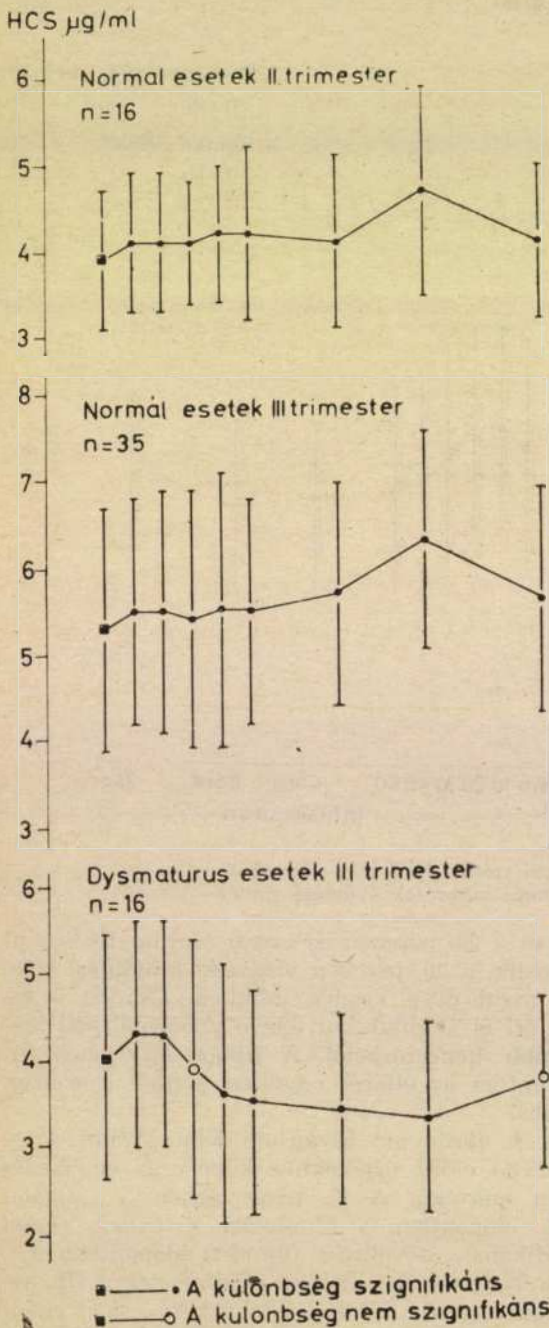
ponton $p < 0,001$). A dysmaturus magzatok hordása esetén a kezdeti értékhez viszonyítva a 10. és 20. percben az emelkedés szignifikáns ($p < 0,001$), a 40. perctől viszont ugyanígy szignifikáns a csökkenés ($p < 0,001$). A 30. percben és a 24. órában nincs szignifikáns különbség az infusio előtti értékhez képest.

A haematokrit értékek $1,5 \pm 0,3\%$ -kal csökkentek.

Koraszülöttek

A Rheomacrodexszel infundált terhesek közül 7 esetben koraszülés zajlott el. Az egyik magzat a

A Rheomacrodex - infusio hatása az anyai szérumszint HCS - szintre a vizsgált 3 csoportban



4. ábra.

terhesség 35. hetében az anya súlyos toxaemiája (EPH index: 11) miatt intrauterin elhalt. A HCS értékek az infusiót követően (30. hét) a dysmaturus magzatok anyáin nyert értékekkel voltak azonosak. Két esetben a koraszülés oka idő előtti burokrepedés volt. A normális lepényi funkcióknak megfelelően az anyai szérumban a HCS értékek emelkedtek. Négy esetben placenta praevia miatt császármetszést végeztünk a terhesség 27—35. hete között. A Rheomacrodex infusio hatására mind a 4 esetben a szérumszint emelkedett, jelezvén a normális lepényi funkciót. Az infusio beadását követően mind a 4 esetben kevés vérzést észleltünk.

Megbeszélés

Vizsgálataink alapján megállapíthatjuk, hogy normális vérkeringésű, érrendszerében nem károsodott lepény esetén az alacsony molekulásúlyú dextran infusio hatására szignifikánsan emelkedik az anyai szérumszint HCS-koncentrációja a terhesség II. és III. trimeszterében. Radioizotóp placentographiás vizsgálatokból ismert, hogy az infusio hatására megnő a lepényen átáramló vér mennyisége. Az anya keringésében megnövekedett proteohormon koncentráció a fokozott átáramlás következménye, amelynek hatására vagy a placenta HCS-szintézisének fokozása révén, vagy a lepény fokozott hormonleadása következtében jön létre. Az alacsony molekulásúlyú dextran specifikus hatása bizonyított, mivel ugyanazon esetekben a Ringer-infusio hatástalan maradt az anyai szérumszintjére. A Rheomacrodex infusio valószínűleg a mikrocirkuláció fokozásával, az O_2 -tensio emelésével specifikus ingert jelent a lepény syncytiotrophoblast sejtjei számára.

A vérkeringésében károsodott, elégtelenül működő lepény erre a válaszra képtelen. *Cloeren és mtsai* (1) placentographiás vizsgálataiból ismert, hogy súlyos lepényi elégtelenségben alacsony a lepényen átáramló vér mennyisége és az plazmapótszer hatására sem emelkedik. Valószínűleg arról lehet szó, hogy az érrendszerében irreversibilisen károsodott lepény a Rheomacrodex stimulus hatására kibocsátja rezerv HCS mennyiségét (10., 20. perc), azonban további HCS-leadásra képtelen és emiatt átmenetileg csökken az anyai szérumban a HCS-szint.

A Rheomacrodex-infusio intrauterin terápiás hatásáról nehéz nyilatkozni. Mivel a már irreversibilisen károsodott placenta hormonprodukcóját nem képes fokozni, valószínűleg a haemodinamikus kezeléstől már nem várhatunk terápiás eredményt. Praenatalis methodikánk finomulása következtében a lepényi elégtelenség reversibilis stádiumának megállapítása esetén viszont számíthatunk kedvező terápiás hatásával.

A Rheomacrodex infusiót és az anyai szérumszint HCS meghatározást mint lepényi funkcióstestet ajánljuk olyan esetekben, amikor a lepény reakcióképességéről akarunk meggyőződni. Ha 500 ml Rheomacrodex infusiót követően az anyai szérumszint HCS-szint a kezdeti értékhez képest $0,5 \mu\text{g/ml}$ vagy ennél nagyobb mértékben emelkedik a 8.

órában, normális reakciókészségű és funkciójú placéntával számolhatunk. Amennyiben a HCS-szint a kezdeti emelkedés után csökken, a lepény irreversibilis károsodásának alapos gyanúja merül fel.

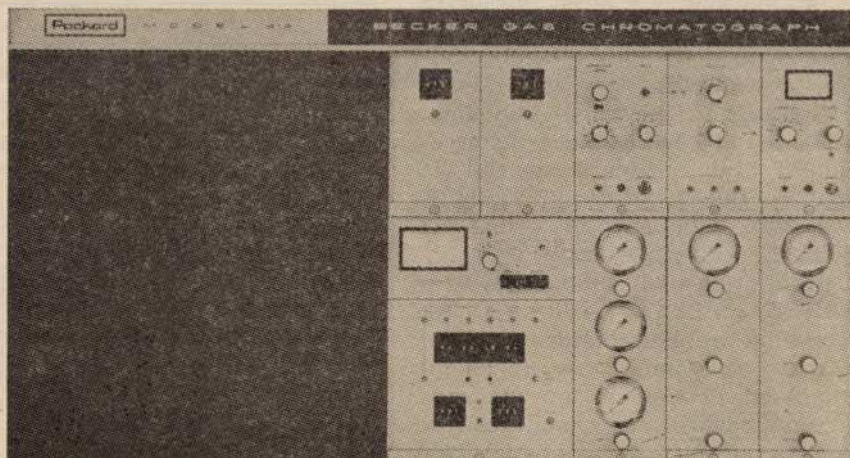
Összefoglalás. A szerzők 74 terhes vérkeringésébe a terhesség 19–39. hete között 500 ml életani konyhasóoldatban oldott 10% Rheomacrodex infuziót adtak, 30 perc alatt.

Közvetlenül az infuzio beadása előtt, majd 10, 20, 30, 40, 60 perccel, ill. 4, 8 és 24 órával az infuzio beadása után 1088 anyai szérumban HCS-meghatározást végeztek. Hetvennégy terhes közül 50-ben a Rheomacrodex infuziót megelőzően néhány nappal 500 ml Ringer-infuziót is adtak és a fenti vizsgálatokat ugyancsak elvégezték. Megállapították, hogy Ringer-infuzio hatására nem változott az anyai szérumban a HCS-koncentráció. A

Dextran infuzio hatására — normális funkciójú lepény esetén — a szérum HCS-szintje szignifikánsan emelkedett és maximumát a 8. órában érte el; chronicus lepényi elégtelenség eseteiben viszont kezdeti emelkedés után a HCS-szint szignifikánsan csökkent és csak 24 óra múlva normalizálódott. A szerzők a Rheomacrodex infuziót és az anyai szérumban a HCS-meghatározást mint lepényi funkcióstestet ajánlják.

IRODALOM: 1. Cloeren, S. E., Lippert, T. H., Hinselmann, M.: Arch. Gynäk. 1973, 215, 123. — 2. Janisch, H., Leodolter, S.: Z. Geburtsh. Perinat. 1973, 177, 74. — 3. Jones, J.: Brit. med. J. 1964, 2, 909. — 4. Künzel, W., Junge, H. D. és mtsai: Z. Geburtsh. Perinat. 1972, 176, 290. — 5. Schwarz, R. és mtsai: Zbl. Gynäk. 1973, 95, 273.

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

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Urológiai Klinika (igazgató: Balogh Ferenc dr.),
Pécsi Orvostudományi Egyetem,
Urológiai Klinika (igazgató: Frang Dezső dr.),
Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Kórbonctani Intézet (igazgató: Jellinek Harry dr.)

A vese üregrendszerének papilláris daganatairól

Csontai Ágoston dr., Rosdy Ernő dr.,*
Halmi Zsuzsa dr.,** Pánovics József dr.***
és Légrádi József dr.

Az utóbbi években egyre nagyobb súlyt fektetnek hazánkban is arra, hogy a daganatos elváltozást mind nagyobb számban a lehető legkorábbi stádiumban felismerjék és így a betegek számára a maradandó gyógyulást biztosítsák. A belső szervek közül a vese állományának, illetőleg üregrendszerének daganatos megbetegedése a korai felismerés nehézségei, a terjedés jellege és a terápiás lehetőségek korlátozott volta miatt mindig komoly feladatot jelent. Az urogenitalis daganatok között külön csoportot képeznek az urothelből kiindulók. A vesemedence daganatai többségükben hámreredetűek és különböző irodalmi adatok szerint az összes vesedaganat 6–10%-át teszik ki (5, 6, 7, 12, 14, 23, 24, 26, 29). Klinikánk anyagában az összes vesedaganathoz viszonyított arány 9,7%.

A primaer pyelumtumorról kapcsolatos első ismertetés 1841-ből Rayertől származik (cit. 22). Ezt követően századunk elejéig a kérdéssel kevés közlemény foglalkozik és számuk csak az utóbbi évtizedekben szaporodott. Hasonlóan más szervek daganataihoz, a vesemedence tumorainak előfordulása is emelkedő tendenciát mutat. Ennek oka valószínűleg a finomabb vizsgálómódszerek bevezetése, de jelentősége van a mechanikai faktoroknak, a nehéz fémsók toxikus hatásának és a radioaktív elemeknek (1, 4, 7, 18, 26, 40). A primaer uretertumorok előfordulása jóval ritkább, az urológiai beteganyag 0,1–0,15%-a (12, 13, 26, 39). Klinikánkon az összes vesedaganathoz viszonyítva 1,9%-ban találtuk.

* Bajcsy-Zsilinszky Területi Vezető Kórház, urológiai osztály.

** Országos Testnevelési és Sportegészségügyi Intézet, kórbonctani osztály.

*** Semmelweis OTE, Urológiai Klinika.

Saját anyag

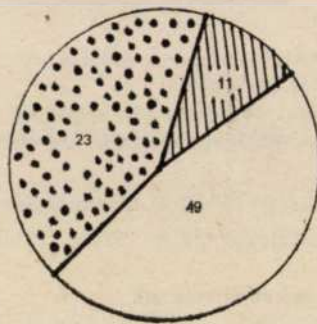
A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Urológiai Klinikáján 25 év alatt (1950–1974) 71, a Pécsi Orvostudományi Egyetem Urológiai Klinikáján 10 év alatt (1964–1973) 12 — összesen tehát 83 — olyan beteget kezeltünk, akikben a vese üregrendszerének papilláris tumorát találtuk. Közöttük 55 volt férfi, 28 pedig nő, az arány tehát 2:1 a férfiak javára. 47 esetben jobb oldalon, 36 alkalommal pedig bal oldalon helyezkedett el a daganat. Olyan betegünk nem volt, akiben mindkét vese érintett lett volna. Az általunk észlelt legfiatalabb egyén 15 éves, a legidősebb 85 éves volt. A férfiak átlagos életkora a tumor felismerése idején 64,1 év, a nőké pedig 63,7 év. Zömmel 61–70 éves kor között jelentkezett az elváltozás. Szövettanilag 3 csoportba soroltuk a talált kép alapján a daganatokat: papilloma, papilloma atypia jeleivel, infiltráló carcinoma (1. táblázat).

Betegeink életkor- és nem szerinti megoszlása
A daganat típusa

1. táblázat

Életkor		♂	♀	Papilloma	Papilloma atypia jeleivel	Infiltráló carcinoma
11–20	1		1	1		
21–30	1		1		1	
31–40	4	4		1		3
41–50	8	8		6	1	1
51–60	16	13	3	6	2	8
61–70	43	23	20	9	7	27
71–80	8	6	2	2	2	4
81–	2	1	1			2
Összesen	83	55	28	25	13	45

Első jelként eseteinkben — egybehangzóan az irodalmi adatokkal — leggyakrabban az egyéb kísérő tünet nélküli haematuria mutatkozott (49 eset), amelynek intenzitása a mellékleteként talált mikroszkópos vérvizelés és az alvadékos vérzés között váltakozott. Az ismételten jelentkező makroszkópos haematuria rendszerint orvoshoz irányította a beteget, ugyanakkor az esetleg csak egy ízben mutatkozó, enyhén elszínezett vizelet nem is tűnt fel. Jóval ritkábban kezdődött a betegség fájdalommal (11 eset). 23 alkalommal a haematuria tompa, később esetleg intenzívebbé váló feszítő fájdalom kísérte, amely mindössze 7 ízben erősödött kólikává, amit mindenkori az ureteren áthaladó vérrögök okoztak (1. ábra). A láz elsősorban infectiót, esetleg daganatos progressziót jelzett.



□ Haematuria ▨ Fájdalom ▤ Haematuria + fájdalom

1. ábra.

Év	Esetszám
0—1	67
	< 1 hó 4
	1—3 hó 24
	4—6 hó 22
	7—9 hó 7
	10—12 hó 10
1—3	12
4—5	1
6—10	2
11 <	1
Összesen	83

Betegeinknek csak elenyészően kis része (4 beteg) került az első tünet jelentkezése után egy hónapon belül orvoshoz, ami lehetőséget teremtett a korai kórismezésre, zömmel azonban hónapok teltek el a helyes diagnózis felállításáig (2. táblázat). A helyes kórisme felállítása túlnyomórészt az első tünetet követő 3—6 hónap múlva történt meg.

A diagnózis felállítása nem minden esetben könnyű, még akkor sem, ha idejekorán gondolunk erre a lehetőségre. A tankönyvekből is ismert röntgenjel, hogy az urographiás felvételen vagy a retrograd töltésen az egyenetlen kirágott szelű árnyékkiesés minden felvételen és minden helyzetben ugyanott jelentkezik, csak a típusos esetekben van meg. Néha egyetlen röntgenfelvételtől biztos diagnózist tudunk mondani, máskor a vesekegyek és a vesemedence indirekt jellegű eltérései (kehely-dislocatio, elongatio, calycectasia, compressio) gyanút keltenek csupán és a műtétkor igazolódott a felállított kórisme helyességére (2. ábra). Eseteinkben elvégeztük a cystoscopiát is, részben a vérzés localisatiója céljából, részben azért, hogy a hólyag érintettségét vizsgáljuk.

Az általunk észlelt minden beteg műtetre került és az eltávolított vesét részletes szövettani vizsgálatnak vetettük alá. A vizsgált időszak kezdetén a vesét viszonylag rövid ureter-darabdalal távolítottuk el, később ureteronephrectomiát végeztünk. Jelenleg egy ülésben kis lumbotomiás metszésből kivesszük a vesét, majd a középvonal felé meghosszabbított inguinális behatolásból feltárjuk az ureter alsó szakaszát és a szájadékok körüli hólyagfalrészlettel együtt eltávolítjuk. Betegeink ezt a nagyobb beavatkozást is jól tűrték, műtéti halálozásunk nem volt. A postoperatív szakban 6 esetben alkalmaztunk irradatiót (3000 r.), 9 betegünk pedig *cytostaticumot* kapott (3. táblázat).

Therápia

3. táblázat

Műtét típusa	Postop. irradiatio	Cytostaticum
Nephrektomia	47	
Nephroureterektomia	31	
Nephroureterektomia + hólyagresectio	5	
Összesen	83	9

Kezdetben a Bayer-gyár *Trenimon* nevű készítményét adtuk (4—5 hónapon keresztül per os hetente 2×1 kapszulát), újabban a Chinoin-gyár *Elobromol* készítményét (1,6-dibromo-1,6-dideoxydulcidol), átlag 5000 mg-os dózisban. Kezeltjeink a gyógyszerek szedését jól tűrték, a rendszeres vérkép- és thrombocytaszám-ellenőrzés olyan eltérést nem mutatott, hogy a további adagolást abba kellett volna hagynunk.

Utánvizsgálataink során igyekeztünk betegeink sorsát pontosan végigkövetni. Összesen 64 esetben tudtuk a kontrollt elvégezni, 19 betegről nem sikerült adatokat szereznünk. Az ellenőrzés kiterjedt a beteg általános állapotára, a később alkalmazott terapiára, az esetleg szükségessé vált műtetre (ureter-csonk kiirtása recidiva miatt, hólyagműtét) és az esetleges exitus időpontjára. Szövettanilag benignus esetekben a halál nem az elváltozás szövödményeként következett be. A *carcinomas betegek felében* (15 eset) egy éven belül következett be az exitus. Öt éven túl csu-

Túlélés

4. táblázat

Évek száma	Papilloma	Papilloma atypia jeleivel	Infiltráló Carcinoma
0—1 év	2	1	15
1—3 év	4	3	9
4—5 év	4	2	4
6—10 év	5	1	3
11—20 év	6	2	—
21—	1	2	—
Összesen ellenőrzött	64	22	31

pán 3 betegünk volt életben ebből a csoportból (4. táblázat). A postoperatív irradiatióban, illetve *cytostaticumban* részesült betegek átlagos túlélése megegyezett azokéval, akik ilyen kezelésben nem részesültek.

A *pyelum benignus* folyamataiban csak 2 esetben észleltük a húgyhólyag érintettségét. A vesemedence malignus daganata mellett az esetek egyötödében, a *pyelumot* és az uretert együttesen érintő papillaris daganatok 100%-ában a húgyhólyag is részt vett a folyamatban (5. táblázat).

A húgyhólyag érintettsége

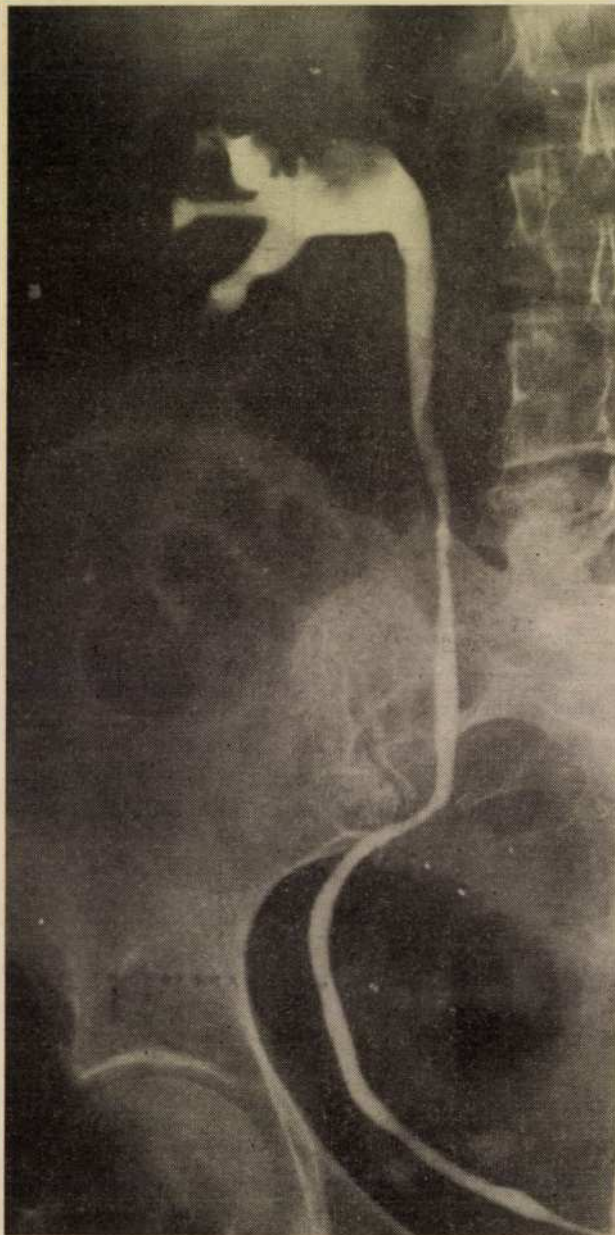
5. táblázat

Localisatio és a daganat típusa	Esetszám	Hólyagban tumor
<i>Pyelum papilloma</i>	22	2
<i>Pyelum papilloma atypia jeleivel</i>	9	2
<i>Pyelumban infiltráló carcinoma</i>	23	5
<i>Pyelum és ureter együttes papillaris daganata</i>	10	10
Összesen	64	19

Megbeszélés

A kórkép *aetiologiája* nem tisztázott. A különböző szerzők számos tényezőt említenek, ami arra utal, hogy kialakulását teljes bizonyossággal egyik ok sem magyarázza (2, 3, 8, 15, 17, 18, 20, 22, 23, 27, 31, 32). Endogén és exogén carcinogének játszanak fontos szerepet. Leggyakrabban a következő faktorokkal találkozunk: 1. *chronicus irritativ behatások*: elhúzódó bakteriális gyulladás, vize-

letpangás, kő vagy A-avitaminosis, hormonzavar, anyagcsere-megbetegedés, phenacetin abusus okozta hatás. Ezek eredményeként a transzportrendszerben pyelitis és ureteritis polyposa, cystica alakul ki. Ezen proliferatív elváltozások mellett az urothel laphámirányú vagy hengerhám jellegű metaplasziát mutathat. Régebben nagy jelentőséget tulajdonítottak a kő szerepének, azonban a papillaris tumor kővel való szövődését mind saját anyagunkban, mind az újabb irodalmi összefoglalásokban igen ritkának találtuk. Inkább az fordul elő, hogy a levált tumorrészekre kristályok csapódnak ki és secundaer kő jön létre. 2. *A praedisponáló tényezők szerepe nem tisztázott.* 3. *Endogén carcinogének:* a tryptophan lebomlási termékeinek — a vizelet útján kiválasztott aromás aminoknak — a húgyhólyag-carcinoma aetiológiájában játszott szerepére vonatkozóan utalunk *Price és mtsainak* 1960-ban megjelent összefoglaló közle-



2. ábra.

ményére (30). Újabbban *Romas és mtsai* (31) hólyagdaganatos betegekben kimutatták, hogy recidivamentes esetekben a tryptophan metabolismus normális, míg ott, ahol 5 éven belül heterotop metastasis alakul ki, ez az anyagcsere kóros. Ezen vizsgálatok a gyors recidivák magyarázatát adhatják. 4. *Exogén (kémiai) carcinogének:* az anilinkémókások hólyagrákjának és a kéményseprők scrotum carcinomájának észlelése óta sokat foglalkoznak az ipari carcinogének szerepével, azonban az ilyen jellegű expositio a pyelumtumoros betegek nagy többségében nem mutatható ki. *Petkovič és mtsai* 972 esetet analizáltak (609 pyelum-, 363 ureter papillaris tumor) és megállapították, hogy ezen betegek főleg kis vidéki településeken halmozták, ott, ahol az endémiás nephropathia gyakori, míg a hólyagtumorosok döntő többsége a nagy ipari körzetekből került ki (29). 5. *Virusinfectio:* újabbán ismét előtérbe került a vírusok szerepe. Elektronmikroszkóp segítségével a pyelum papillaris rákjában *Elliott és mtsai* vírusrészeket mutattak ki és a primaer kultúrákból RNA vírust sikerült izolálni (17).

Nem egységes az állásfoglalás a daganat kialakulásával és terjedésével kapcsolatosan sem. 4 fő teoriával találkozunk (7, 14, 22, 29): a) daganatos implantatio. b) Multicentrikus eredet. c) Direkt terjedés a nyálkahártyán. d) Terjedés a nyirokutakon.

A papillaris tumorok rendkívül nagy recidivakészsége, a transzportrendszer irányában való gyors terjedése irodalmi adatok szerint és előző saját megfigyeléseink alapján az egész urothel borított rendszert érintő általános hatás mellett szól. Szemben *Thomas és Regnier* megfigyelésével (cit. 15, 23), akik a vesemedence-carcinomák 4,2%-ában az ellenoldalon is hasonló elváltozást találtak, saját anyagunk alapján — más szerzőkkel egyetértésben (15, 23) — az egy időben vagy később kialakuló kétoldali formát rendkívül ritkának tartjuk.

Pathologia

A tumor valamelyik kehely területéről vagy magából a pyelumból indul ki. Megjelenése lehet egyszeres vagy többszörös. *Makroszkóposan* legtöbbször vörössesszürke, vérzékeny, szemölcsös felszínű képlet, mely incrustálódhat és ilyenkor kő mellett jelentkező detritussal téveszthető össze. Finom, gypyszerű elváltozás formájában is megjelenhet, ami a vérző területnek csupán bársonyos jelleget ad. A *szövetani kép* megítélése, elbírálása számos problémát vet fel, ennek egységesítését célozza a WHO 1973-ban kiadott szövetani klasszifikációja, amely egységes nomenklatúrát ad. A transzportrendszer tumorainak több mint 95%-a hámeredetű. A szöveti felépítés alapján kétségtelenül vannak benignus jellegű formák, de tekintettel a rendkívül nagyfokú recidivakészségre, klinikailag ezek sem tekinthetők jóindulatúaknak. Gyakran előfordul, hogy a primaer tumor és a húgyutak nyálkahártyájának más helyén keletkezett papillaris daganat szövetani képe egymástól eltérő malignitási fokot mutat.

(Anyagunk részletes histopathologiai értékelését külön közleményben kívánjuk ismertetni.)

A hagyományos vizsgálóeljárások mellett az *aortographia* is segítséget nyújthat a kórismezésben, de jóval kisebb mértékben, mint a parenchyma tumorai esetében, mert a rendellenes erezettség kevésbé jellemző. Nincs arteriovenosus shunt, tócsaképződés, bizarr érrajzolat. A tumoros infiltratio területén általános hypovascularisatio van, a megmaradt parenchyma-erek szűkülnek vagy elzáródnak, kaliberük és kontúrjuk irregularis. Mivel a daganat elsősorban a vesemedencében növekszik, vérellátását a pyelum—ureter arteriáiból nyeri, így jól fejlett érhálózat figyelhető meg a pyelo-ureteralis határon. Ha a tumor izoláltan marad a vesemedencében, egyetlen angiographiás jel az ureter eredése körül kialakult vaskosabb erezettség. Az *aortographiás kép jellemzői tehát*: a pathologiás erek száma csekély; az erek fal- és kaliberingadozása; az infiltrált területen generalisált hypovascularisatio; a pyelo-ureteralis határ táplálóereinek tágulata; a normál parenchyma-erek másodlagos elváltozásai; rendellenes éreredések.

Történtek próbálkozások a separált vizelet üledékének *cytologiai vizsgálatával* (16, 28), azonban ez az eljárás még nincs olyan stádiumban, hogy a gyakorlatban széles körben alkalmazható legyen, elősegítve a korai felismerést. Az ilyen területen jártas szakember is csak hozzávetőlegesen tud véleményt mondani és azt sem a legkorábbi szakban. Zavarja a képet, hogy hasonló sejtek ürülhetnek hólyagdaganat esetében is. Mi néhány esetben végeztünk csupán cytologiai vizsgálatot, de mivel nem vitt közelebb a korai felismeréshez, rutinszerűen nem végezzük.

Differenciáldiagnosztikailag megemlítendő a negatív kötől, véralvadéktól, specifikus elváltozástól és hydronephrosistól való elkülönítés, ami nem is mindig könnyű.

A *therapiában* törekedni kell a lehetőség szerinti legradikálisabb megoldásra. A szerzők meg-egyeznek abban, hogy *malignus* elváltozás esetén, ha az egyik oldalon jelentkezik és az ellenoldalon jól működő vese van, nephroureterectomia végzendő az ureterszájadék körüli hólyagfalrészlet eltávolításával együtt. *Benignus papilloma*, illetve alacsony malignitási fokú carcinoma kapcsán nem ilyen egységes a szemlélet. A konzervatív megoldás hívei azzal érvelnek, hogy a megmenthető veserészt meg kell őrizni, mert kiterjesztett műtétkor a mortalitás nagyobb, ugyanakkor a túlélés hasonló. Kis, izolált kehelypapillomák esetén solitaer vagy ellenoldali nem intakt vese esetében — kellően mérlegelve — az érintett veserész resectiója, a pyelumból kiinduló kocsányos elváltozásban annak excisiója jöhet szóba. A késői eredmények vonatkozásában, mivel ezideig a konzervatív műtéttel kezelt esetek száma csekély, objektív összehasonlítás nem végezhető. Saját anyagunkban szervmegtartó műtét nem szerepel. Saját és irodalmi adatok alapján malignus daganat esetében a teljes radikalitás mellett vagyunk, ennek késői eredményei lényegesen jobbak. Totál ureterectomia után a hólyag-recidiva 15,4%, subtotalis műtét után 33%.

A *postoperatív irradiatio* szükségességét és

eredményességét tekintve megoszlanak a vélemények. Mivel a daganat kevésbé sugárérzékeny, rutinszerűen kevesen alkalmazzák, a legtöbbben feleslegesnek tartják (26, 27). Magunk a betegeket egyénileg bíráltuk el és elsősorban akkor alkalmaztunk sugárkezelést, ha a hilus infiltrált volt, illetve a sebágyban daganatos áttörést vagy tumoros nyirokcsomókat találtunk.

Megfigyeléseink alapján álláspontunkat az alábbiakban összegezzük:

1. Renalis haematuria esetén gondolnunk kell az üregrendszer papillaris daganataira is. Mivel a helyes kórisme felállítása nem mindig könnyű, alkalmazzunk kell a modern diagnosztikus eljárások széles skáláját.

2. A vesemedence malignus daganataiban, valamint a pyelumot és az uretert együttesen érintő papillaris daganatok esetében radikális műtét végzendő: a vesével és ureterrel együtt eltávolítjuk az ureter szájadéka körüli hólyagfalrészletet is. A műtétet egy ülésben, két behatolásból végezzük.

3. Szövettanilag benignus papilloma esetén, tekintettel a daganat nagy recidivakészségére, általában nephroureterectomiát végzünk. Kicsiny, kocsányos elváltozás esetén — egyedileg elbíráva — konzervatív megoldást választhatunk (pólus-resectio, a papilloma excisiója), támaszkodva arra a megfigyelésre, hogy anyagunkban ebben a formában az uretercsomokban és a hólyagban recidivát nem észleltünk. Solitaer vese mellett természetesen csak szervmegtartó műtét jön szóba.

4. Egyedileg megválasztott esetekben műtét után sugárkezelést, illetve cytostaticumot alkalmazunk.

5. Minden esetben felhívjuk betegeink figyelmét a rendszeres urológiai ellenőrzés szükségességére.

Összefoglalás. A szerzők a budapesti Urológiai Klinikán 25 év alatt 71, a pécsi Urológiai Klinikán 10 év alatt 12 olyan beteget kezeltek, akikben a vese üregrendszerének papillaris daganatát találták. Irodalmi adatok és saját anyagok alapján megállapítják, hogy az elváltozás leggyakrabban 61—70 év között jelentkezik, első tünete csaknem mindig a kísértőtünet nélküli haematuria. Felismerés után minden esetben műtétet tartanak szükségesnek, amelyet individuálisan sugárkezeléssel, illetve cytostaticummal egészítenek ki. Foglalkoznak a húyhólyag érintettségének kérdésével. Ismertetik az ellenőrző vizsgálatok adatait.

IRODALOM: 1. Alken, C. E. és mtsai: Urol. Int. 1960, 10, 137. — 2. Analgesic abuse and tumour of the renal pelvis. Editorial. Lancet. 1969, 2, 1233. — 3. Angerzall, L. és mtsai: Brit. J. Urol. 1969, 41, 401. — 4. Babics A.: A rák korai diagnóisa. Medicina, Budapest, 1959. — 5. Balogh F.: Húgy-ivarszervi daganatok egyes pathologiai tulajdonságainak jelentősége a klinikumban. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1955. — 6. Balogh F., Szendrői Z.: Pathologie und Klinik der Nierengeschwülste. Verlag der Ungarischen Akademie der Wissenschaften. Budapest, 1960. — 7. Balogh F., Mátyus E.: Orvosképzés. 1962, 37, 58. — 8. Bengtsson, U. és mtsai: Scand. J. Urol. Nephrol. 1968, 2, 145. — 9. Boemingham, H.: Urologie. Bd. I. Verlag Dr. Banaschewski. München—Gräfelfing. 1971. — 10. Bors Gy., Götz F.: Magy. Onkológia. 1966, 10, 83. — 11. Brown, H. E., Roumani, Gh. K.: J. Urol. 1974,

112, 184. — 12. *Campbell, M.*: Urology. W. B. Saunders Co., London. 1954. — 13. *Corradi Gy., Szabó M.*: Int. Urol. Nephrol. 1971, 3, 3. — 14. *Csontai A., Magasi P.*: Zschr. Urol. 1965, 58, 103. — 15. *McDonald, J. R., Priestley, J. T.*: J. Urol. 1944, 51, 245. — 16. *Döbrössy L.*: A daganatok cytologiai diagnosztikája. Budapest. 1973. (Jegyzet.) — 17. *Elliot, A. J. és mtsai*: Science. 1973, 179, 393. — 18. *Fetter, T. R., Wilkerson, J. S.*: J. Int. Coll. Surg. 1958, 29, 22. — 19. *Gibson, Th. E.*: J. Urol. 1967, 97, 619. — 20. *Grabstald, H. és mtsai*: JAMA. 1971, 218, 845. — 21. *Gyarmathy F.*: Magy. Onkologia. 1960, 4, 18. — 22. *Kaplan, J. H. és mtsai*: J. Urol. 1951, 66, 792. — 23. *McLean, J. T., Fowler, V. B.*: J. Urol. 1956, 75, 384. — 24. *Magasi P.*: Magy. Seb. 1963, 16, 129. — 25. *Mándi I. és mtsai*: Orv. Hetil. 1971, 112, 3063. — 26. *Nagel, R. és mtsai*:

Med. Monatschr. 1971, 25, 159. — 27. *Nagel, R., Argenda, B.*: Der Urologe. 1967, 6, 74. — 28. *Naib, Z. M.*: Cancer. 1961, 14, 1085. — 29. *Petkovic, S. D.*: J. Urol. 1975, 114, 859. — 30. *Price, J. M., Wear, J. B., Brown, R. R., Shatter, E. J., Olson, C.*: J. Urol. 1960, 83, 376. — 31. *Romas, N. A. és mtsai*: J. Urol. 1975, 114, 223. — 32. *Rosdy E., Csontai A.*: Magy. Seb. 1965, 18, 266. — 33. *Say, C. C., Hori, J. M.*: J. Urol. 1974, 112, 438. — 34. *Shapiro, H. E., Mitty, H. A.*: J. Urol. 1971, 106, 642. — 35. *Szűcs-Yih Tsai és mtsai*: J. Urol. 1968, 99, 342. — 36. *Szendrói Z.*: Magy. Seb. 1954, 7, 451. — 37. *Varga B. és mtsai*: Zschr. Urol. 1973, 66, 297. — 38. *Váry L., Balogh F.*: Magy. Onkológia. 1973, 17, 162. — 39. *Wagenknecht, L. V., Wehling, H.*: Zschr. Urol. 1974, 67, 423. — 40. *Williams, C. B. és mtsai*: Brit. J. Urol. 1973, 45, 370.



GLUDESIN fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATÓ:

- gumi- és műanyag katéterek, intratracheális tubusok, draineik, egyéb gumi- és műanyag tárgyak,
- különféle endoszkópok (cystoscop, oesophangoscop, bronchoscop, gastroscop stb.),
- anaesthesiológiai gépi berendezések és ezek tartozékai,
- tonométerek és egyéb kényes szemészeti eszközök és műszerek,
- fogászati eszközök (öntvények, fúrók, tükrök stb.),
- audiológiai berendezések és ezek tartozékai, valamint inkubátorok mosható részeinek hatásos fertőtlenítésére.

Ara:

1 liter	58,- Ft
5 liter	264,- Ft

KERJE RESZLETES ISMERTENKET

Gyártja: *Reanal*



FINOMVEGYSZERGYAR

1147 Budapest, Telepes u. 53.

Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt

1147 Budapest, Telepes u. 58-60.

Régi orvosi vélemények az önkielégítésről

Egy különös iatrogénia történetéről

Buda Béla dr.

Még napjainkban is gyakran találkozunk azzal a nézettel, hogy az önkielégítés ártalmas tevékenység, amelyből súlyos károk származhatnak az idegrendszerre, a lelki egészségre és a nemi életre nézve. Ez a felfogás évszázadokon át elfogadott orvosi álláspont volt, ma is ennek az álláspontnak a maradványa, és orvosi szakkönyvek nyomán ivódott be — nehezen kitörölhető módon — a köztudatba.

Érdekes módon először csak a 17. század végén bukkantak fel ilyen vélemények. A keresztény középkor még nem tiltotta az önkielégítést, sőt amennyire a ránk maradt írásos formákból ezt meg lehet állapítani, nem is nagyon vett tudomást róla. Az ún. poenitentiale-k, a zsinati határozatok és a kánonok nem említik, noha ezekben igen részletes szabályok szólnak a szexuális viszonyokról, azok bűnös formáiról és az ajánlatos büntetésekről (11).

A jelenség maga pedig az ókortól fogva jól ismert. A görög kultúrkörből számos leírás ad képet róla. Ezekből tudjuk, hogy a prostituáltak gyakorolták, és az önkielégítéssel keltett szexuális izgalom mutatóanyagával próbálták magukhoz vonzani klienseiket. Gyakran használtak az önkielégítéshez eszközöket is, amelyek különböző anyagokból készültek és alakjukban, nagyságukban hasonlatosak voltak a hímvesszőhöz. Ezeket az ún. *olisbosokat* kultikus célokra is alkalmazták. A férfiak között sem volt ismeretlen az önkielégítés. Egyes források szerint Diogenész is így vezette le szexuális feszültegeit, hogy azok ne zavarják aszketikus életmódjában és ne vonják el meditációitól.

Az önkielégítés jelenségéről a római kultúrkörből is tudunk. A klasszikus latin nyelvben még nincs rá külön fogalom. Martialis epigrammaiban jelenik meg először a *masturbari* ige („masturbatur Phrygii post ostia servi” — Martialis, XI. 104. 13.), és ugyancsak nála olvasható a *masturbator* főnév mint az önkielégítő ember elnevezése (Martialis, XIV. 103.). A masturbatio szó, amely ma is a leghasználatosabb az önkielégítés jelölésére, viszonylag késői szóalkotás. A masturbari igét az etimológusok a manus (kéz) és stuprum (közösülés) összetételéből magyarázzák. Még a késői kö-

zépkorban is gyakran a *manustupratio* szóalakzata volt használatos.

Igen valószínű, hogy az ókorban az önkielégítés gyakorisága nem volt nagy, hiszen a szexuális kapcsolatokat nem korlátozták, és rabszolgának, szabadnak egyaránt rendelkezésére állt a szexuális kielégülés valamilyen formája. A nemi élet restriktív szabályozása a keresztény középkorban is csak az uralkodó osztályok bizonyos rétegeire terjedt ki, és évszázadokon át inkább csak formális volt, az életet nem hatotta át. Mint számos kultúrtörténeti feldolgozásból tudjuk (13, 14, 15), a nemi erkölcsök egészen a szifilisz megjelenéséig és elterjedéséig nagyon szabadosak voltak. A prostitúció óriási méreteket öltött (2, 14).

A szifilisz keltette rémület azután különböző intézkedéseket váltott ki a szexuális viszonyok szabályozására, a prostitúciót visszaszorították és elkezdődött a promiszkuitás és a házasságon kívüli nemi élet erőteljesebb tiltása. A kor Európában egyébként is a *vallási radikalizálódás* korszaka volt, a *protestáns vallási mozgalmak* éppen a katolikus egyház erkölcsi szabadoságait és világiasságát támadva, és vallási purizmust hirdetve tobozoztak híveket maguknak.

Ebben a történelmi folyamatban került fokozatosan a figyelem előterébe az önkielégítés és alakult ki körülötte sokféle tilalom és elképzelés. Jellemzően módon orvosok foglalkoztak vele először, noha teológiai áramlatok hozták megítélésének rejtett indítékait. 1710-ben — először névtelenül — tette közzé Londonban egy orvos, Bekker „*Onánia vagy az önfertőzés rettenetes bűne és annak szörnyű következményei mindkét nemre nézve*” című tanulmányát (Onania or the Heinous Sin of Self-Pollution and its Frightful Consequences in Both Sexes, Considered with Spiritual and Physical Advice). A könyv igen széleskörű visszhangot váltott ki. 1737-ig 17 angol kiadása jelent meg, 1736-tól kezdve előbb német, majd más nyelven is kiadták, egymás után hozva piacra belőle az újabb kiadásokat. Havellock Ellis, a szexualitás egyik ismert kutatója, Freud kortársa, 80 angol kiadásról tud, ezek közül az utolsók a múlt század közepén hagyták el a nyomdát (11, 19).

E könyvtől számíthatjuk az onánia orvosi megítélésének történetét. Bekker alkotta az *onánia* máig is használatos, kissé baljós csengésű elnevezését. A bibliai Onán lényegében coitus interruptust végzett, mert — mint azt Mózes első könyvéből tudjuk — megszegte azt a törvényt, hogy elhalt fivére özvegyének gyermeket kell nemzenie (amint Károly fordítása írja: magot kell támasztania), és amikor együtt volt vele, a „földre szórta a magot”. Az isten ezt rettenetes bűnnek fogta fel és Onánt halállal büntette. Bekker a bibliai képpel a vétek rettenetességét akarta kiemelni, és azt akarta kifejezni, hogy a „mag” elvesztegetése halálos bűn.

Az „Onánia” szerzője élénk színekkel ecseteli az önkielégítés széles körű elterjedtségét a lakosság körében, valamint e gyakorlat szörnyű következményeit. Kijelenti, hogy ez a bűn törvénytelenül *betegséghez*, majd halálhoz vezet. A betegség a következő tünetekben nyilvánul meg: gyo-

morpanaszok, emésztési zavarok, étvágytalanság vagy kóros falánkság, perverz étvágy, hányás, rossz közérzet, a légzési apparátus gyengülése, köhögés, rekedtség, az idegrendszer renyhévé válása, bénulások, a szexuális zavarok mindenféle válfaja, végül teljes impotencia és libidóhiány áll be, férfiakban éjjel-nappal pollúciók vannak ingerléstől függetlenül is, hátfájás, látás- és hallászavar, testi gyengeség, sápadtság, soványság, az arc ráncosodása, az emlékezet romlása áll be, végül pedig dühöngőrohamok, elhülyülés, epilepszia, bénulás, lázas állapot és öngyilkosság tetözi be a képet.

Bekker könyve után egymást követik a hasonló tartalmú, mondanivalójú kiadványok. Bekker írásának új kiadásai mindig terjedelmesebbek, mert a szerző közli a hozzá intézett leveleket, amelyekben az onánia „áldozatai” megerősítik a szerző leírását és beszámolnak arról, hogy milyen káros következményeit észlelték magukon az önkielégítésnek.

Az onánia ártalmait ecsetelő munkák közül történelmi fontosságában kiemelkedik S. A. D. Tissot könyve, amely 1760-ban Lausanne-ban jelent meg „De l'onanisme, ou dissertation physique sur les maladies, produites par la masturbation” (Az onanizmusról, avagy orvosi értekezés a maszturbáció okozta betegségekről). Ennek a könyvnek volt a legnagyobb hatása az európai orvosi köztudatra, ennek nyomán vált általánossá az onánia okozta betegségek nézete. Bekker írása lassanként a feledésbe merült, hatása inkább csak az angol nyelvterületre korlátozódott, az alapvető írás mindinkább Tissot könyve lett.

Tissot maga is orvos volt, de könyvének előszavában kategorikusan kijelentette, hogy az onánia következményeiért mindenki magára vessen, ne próbáljon ezzel hozzá vagy más orvoshoz fordulni, az orvosok dolga az, hogy a „tisztességes” okokból megbetegedett embereknek nyújtsanak vigaszt vagy gyógyulást.

Bekker és Tissot fellépése, valamint az önkielégítés betegségként való felfogása azért nagyon érdekes jelenség, mert nagyon jól mutatja, hogyan kapcsolódik össze a 17. és 18. század medicinája a valláserkölcsei ideológiával. Az összekapcsolódás érdekében ugyanis a medicinának gyökeresen át kellett alakítania addigi elméletét a szexuális funkciókról és azoknak egészségügyi kihatásairól.

Egészen addig a nemiséggel kapcsolatosan a humorális élettan, ill. a humorálpáthológia elképzelései voltak az uralkodóak. Galenus, majd nyomában a középkor számos orvosa, köztük Avicenna a szexuális nedvek visszatartását, a *retentio seminis*t tartotta kórnemzőnek. E felfogásból természetesen eredt, hogy a közösülésnek gyógyító erőt tulajdonítottak. Galenus a szexuális nedvek közé sorolta a menstruációs vérzést is, és különösen hangsúlyozta, mennyire fontos ennek levezetése. *De locis affectis* című könyvében a menstruáció hiánya esetén a külső nemi szervek dörzsölését és meleg pakolását ajánlja, és leírja, hogy a nő panaszai megszűnnek, ha „nemi élvezet közben”, amelyet a kezelés idézett elő, belőle váladék távozik. A nemi váladékok rendszeres levezetését hirdeti Avicenna is (11).

A humorális pathológia még elevenen élt az Avicennánál kb. 200 évvel később működő spanyol orvos, Arnald de Villanova műveiben is. Ő is közösülést (lányok esetében mielőbbi férjhez menést) ajánlott egy sor betegség esetében. Ő azonban — az inkvizíció korszakában tevékenykedvén — már komoly kísérletet tesz arra, hogy a szexualitással kapcsolatos orvosi elképzeléseit egyeztesse a vallásos dogmatikával. Ő már igen sokat beszél bűnről és nemi eltévledésről. Apácák női bajai esetében nem ajánlja a közösülést, helyette a hüvelybe selemzacsokot vezet be, ezt folyadékkal tölti meg és ezáltal véli a szexuális nedveket levezethetőnek. Leírja a női önkielégítés gyakran használt eszközét, a vasból vagy aranyból készült, folyadékkal teletölthető műpéniszt, és hozzáfűzi, hogy „az ilyenfajta szodomisztikus praktikákat az egyház tiltja, ezért ezeknek az asszonyoknak — e praktikákat elkerülendő — azt tanácsolom, hogy férfiakal közösüljenek, mert ez még mindig kisebb bűn” (11).

Arnald de Villanova korában már megfogalmazódtak azonban olyan egyházi állásfoglalások is, amelyek tiltották az orvosoknak, hogy betegeknek megemlítsék a *retentio seminis* mint betegségkeltő körülményt, és hogy közösülést ajánljának számukra. Ezek az állásfoglalások néhány középkori orvosban azt a reakciót váltották ki, hogy a közösülés helyett a Galenus óta terápiásnak elismert önkielégítést ajánlják gyógymódként. Így pl. a mainzi dóm egyik papja, az orvoslással foglalkozó Johann von Wesel a szerzeteseknek ajánlotta, hogy időnként önkielégítéssel vezessék le a szexuális nedveiket, csak arra ügyeljenek közben, hogy kényérzésük ne keletkezzen.

Ahogy a protestáns mozgalmak dogmatikai síkon szembekerültek a katolikus egyházzal, úgy tagadták meg az önkielégítéssel kapcsolatos orvosi nézetek a humorálpáthológia alaptételeit. A teológiai változások hatása az orvosi nézetekre igen szembetűnő. Bekker maga egy kálvinista svájci pap, F. J. Osterwald „*Traité contre l'impureté*” (Értekezés a tisztátalanság ellen) című, 1908-ban Neuchâtelben megjelent tanulmánya hatására írta könyvét. Osterwald már rosszállóan ír az önkielégítésről, nézeteit Bekker túlzottan enyhének tartotta. Angliában még régebben jelentek meg hasonló, az önkielégítést morális indoklással helytelenítő írások. Richard Capel pl. 1640-ben megjelent „*Tentations, Their Nature, Danger and Cure*” (A kísértések — természetük, veszélyük és kezelésük) című könyvében az önkielégítést (*self-pollution*-nek, azaz önfertőzésnek nevezve ezt, amely kifejezést később Bekker is következetesen alkalmazott) a „*természet elleni*” (*contra naturam*) bűnök közé sorolta, és egy helyütt hosszasan elmélkedik arról, hogy a saját testtel folytatott paráznság tulajdonképpen rosszabb és bűnösebb, mint a természetes nemi kicsapongás.

Az ilyen teológiai tételek orvosi igazolása érdekében új teóriákra volt szükség, új szemléleti alapelvekre, ezeknek kidolgozásával azonban Bekker és Tissot adós maradt, és csak később, a múlt század első harmadában fogalmazódott meg valamiféle vitalizmus, amelynek értelmében az elvesz-

tegetett szexuális váladék hiánya okozza a következményként tételezett tüneteket.

Bekker és Tissot hatására 1802-ig 55 könyv jelent meg az önkielégítésről, amelyet vagy orvos írt, vagy pedig amely orvosi megállapításokra támaszkodik. Valamennyi károsnak és kórnemzőnek minősíti az önkielégítést (19).

Az elmúlt században ez a tradíció töretlenül folytatódott, sőt rendszerezetten és újabb érvekkel fejtették ki a különböző szerzők az onánia ártalmait.

1843-ban adta ki H. Kaan rutén származású, sokáig Moszkvában tevékenykedő orvos az első rendszeres szexuálpathológiát „Psychopathia sexualis” címen. A könyv Lipcsében jelent meg, latin nyelven. A szerző hatféle „szexuális aberrációt” nevez meg, ezek között elsőként és legfontosabbnak említi az onániát, és könyvének nagyobb részében erről is beszél. Létrejöttében örökletes tényezőket tételez fel, bár kijelenti, hogy lényegében minden ember hajlamos rá, mert a közvetlen kiváltó ok a „phantasia morbosa”, a túl élénk képzelőerő.

Krafft-Ebing, a máig is ismert „Psychopathia sexualis” szerzője a század utolsó évtizedeiben is hasonlóan vélekedett, és szerepet tulajdonított az önkielégítésnek a szexuális perverzciók kialakulásában. Szerinte is és más szerzők szerint is az önkielégítés a *neuraszthénia* fő oka. A *neuraszthénia*, különösen a szexuális *neuraszthénia* az önkielégítés leggyakoribb következménye (6, 8, 10). Krafft-Ebing szerint a szexuális *neuraszthénia* enyhébb forma, az általános *neuraszthénia* prekurzura. Egyes szerzők megkülönböztettek spinális és cerebrális *neuraszthénia*t, mindkettőt az onánia káros hatásának tulajdonítva (1, 12).

A múlt század során általános volt az az orvosi nézet, hogy az önkielégítés a legfőbb oka az elmekeletési állapotoknak. 1813-ban tette közzé W. von Hoven „Versuch über die Nervenkrankheiten” című könyvét, amelyben először fogalmazza meg, hogy az önkielégítés „hátgerincsorvadáshoz” vezet, és az epilepszia, valamint a katalapszia kóroka. A felnőttkori vagy fiatalkori elbutulásokat is az onánia következményének tartja. Ellis (1840, *Traité de l'aliénation*), majd pedig Constatt (1843) szerint az elmekeletési állapotok túlnyomó többsége az onánia miatt lett beteg. Lallemand szerint a gyermekkorú önkielégítés marazmust okozhat (12).

Ilyen nézetek szelvében olvashatók voltak a múlt század orvosi irodalmában. A századforduló és a jelen század első évtizedei során is számos hasonló orvosi állásfoglalás jelent meg (8, 11, 12). Már a régebbi szerzők is megkísérelték az önkielégítés jelenségét közvetlen oki mozzanatokra bontani, hogy ezáltal segítséget nyújtsanak a megelőzéshez és a terápiához. Megállapították, hogy a genitális fertőzés vagy bármilyen okból való viszketése, a túl meleg ágy, a fűszeres ételek fogyasztása, a nemi szerveket dörzsölő ruha, továbbá a feszültségeket levezető mozgás hiánya megnöveli az önkielégítés valószínűségét. Az ilyen általános és lokális tényezők hatására a legtöbb serdülő rátalál az önkielégítésre. Gyakran azonban az egyik gyerek tanítja meg a másikat. Mivel az

önkielégítést súlyos viselkedésvárnak, beteges szokásnak tartották, mindent elkövettek megakadályozására. Az önkielégítés elleni irodalom és az elmúlt századok szexuálpathológiája teli van ajánlásokkal és módszerekkel, amelyekkel az ifjakat el lehet tántorítani ettől a rossz szokástól.

Még a 18. század közepén Ultzman azt ajánlotta, hogy éjszakára le kell kötni a gyerek kezét. 1786-ban Vassel szíjából álló hevederrendszert szerkesztett, amelynek segítségével erényövhöz hasonló szerkezetet lehetett rögzíteni a gyermek altestéhez. Ismeretesek olyan szerkezetek, amelyek a nemi szervet elzárták a gyerektől, lakatra jártak, és a kulcsot a szülők éjszakára magukhoz vették. Mivel a tisztálkodásnak is szexuálisan ingerlő szerepet tulajdonítottak (egy francia szerző a tisztálkodást „tombe de l'innocence”-nek, vagyis az „ártatlanság sírjának” nevezte), azt ajánlották, hogy a növekvő gyerekeket ritkán fürösszék. Fűszermentes étrendet, sok mozgást, kemény ágyat, szellős, nem túl meleg takarót javasoltak, állandó napközbeni elfoglaltsággal, és főleg szigorú és következetes ellenőrzéssel együtt. A makacs esetekben, amelyekben a megelőzés és az eltiltás nem használt, vagy hidegvizes fürdőket ajánlottak, vagy pedig sebészi beavatkozást. Fiúk esetében ez a praeputium infibulációja volt, ekkor az erekció fájdalmat okozott, lányok esetében pedig a csikló és a kisajkak sebészi csonkítása (11, 12, 19). Még századunk harmincas éveiből is ismerünk olyan esetleírást, amelyben önkielégítés miatt ilyen műtétet végeztek — nem valamely elmaradott országban, hanem Franciaországban (3).

A múlt század rendkívül nagyszámú, onániával foglalkozó kiadványa különböző némenklatúrát ajánlott az állapot elnevezésére. Az önkielégítés és a pejoratív értelmű önfertőzés mellett az onánia és a maszturbáció a leggyakoribb név, de elterjedt az *ipsatio* (a latin „ipse” = önmaga szóból), a *cheirománia* (cheir görögül kez, a mánia szenvedélyt jelent), a *monolagnia* (szó szerint: önmagának okozott élvezet), az *autoerasztia*, majd pedig az *autoerotizmus*. Az irodalomban heves vita dúlt, hogy melyik elnevezés a helyes. Ma már komikus, milyen súlyt fektettek a régi orvosok az önkielégítésnek mint beteges megnyilvánulásnak a *kórisméjére*. A spermiumok kémiai kimutatásának módszereit először az önkielégítés diagnózisa érdekében dolgozták ki és használták fel, csak azután vezették be az igazságügyi orvostanba. Furcsa kultúrtörténeti emlék, hogy mennyi „onánia-jelet” írtak le, amelynek alapján valószínűsíteni igyekeztek az onánia fennállását. Mái is ismert és élő a köztudatban, hogy a karikás szemek, a sápadt, beesett arc, a zavart arckifejezés önkielégítésre utal. Ezt olvasták ki a régi orvosok a pattanásos bőrből, a hajhullásból, a lányok ujjain nőtt szemölcsökből, a laza és lelógó herezacskóból, a pupillák excentrikus állásából, a praeputium ráncosságából, a hüvely „túlzott” nedvességéből stb. Volt olyan szerző, aki szerint az önkielégítés jele az is, ha a fiatal fiú vagy lány túlságosan félénk főnökével szemben. Egészen általános volt az a felfogás, hogy a körömrágás az önkielégítés biztos jele (8, 12).

Már századunk elején is kétségbevonták ezeket a nézeteket a szexuális viselkedéssel foglalkozó komolyabb szakemberek. Magnus Hirschfeld megállapította, hogy az onániajelek az orvosi képzetet szülőttei (8). Löwenfeld, aki egyébként kórosnak és ártalmasnak tartja az önkielégítést, már megjegyzi, hogy az egészséges, neuropathiás hajlamban nem szenvedő fiatal emberek esetében a mértékletes önkielégítés nem okoz bajt. Mértékletesnek akkor tartja az önkielégítést, ha ritkán, hosszabb időközökkel történik. Ő már fellép azzal szemben, hogy az önkielégítést végző fiatalokat a várható ártalmakkal rémítsék, mert ennek pszichés következményei súlyosak (12), 1932-ben Kafka viszont már így ír: „Az orvostudomány történetének és a kultúrtörténelemnek igen szomorú fejezete, hogy csaknem minden betegséget a régi orvosok az önkielégítés következményének tartottak” (9). A századforduló idején még külön esettanulmányokat közöltek olyan emberekről, akik rendszeresen onanizáltak, és semmi neurotikus panaszuk vagy fizikai bajuk nem volt (12). Később az orvosi közvélemény úgy módosult, hogy csak a túlhajtott, mértéktelen önkielégítés ártalmas. Felvetődött a *vasocongestio* jelensége mint az önkielégítés ártalmainak szubsztátuma. Hosszú vita folyt még a bécsi pszichoanalitikus társaságban is az önkielégítésről, a vélemények megoszlottak, az analitikusok egy része benne látta a neuraszthenia és a korai magömlés okát (e két állapot önkielégítéssel eredete tartotta magát legtovább a szakirodalomban), de Stekel és mások már kijelentették, hogy az önkielégítés a szexuális fejlődés természetes megnyilvánulása, az emberek túlnyomó többsége rövidebb-hosszabb ideig gyakorolja, ártalma nincs, csakis az önkielégítés miatti szorongás és büntudat okoz következményes neurotikus panaszokat (16). Nagyjából ez az álláspont érvényes ma is, ám még 1956-ban is megjelent olyan könyv, amely az onánia ártalmairól és egészségügyi káros következményeiről szólt (4, 11).

Az önkielégítéssel kapcsolatos változatos és fantáziadús orvosi elképzelések súlyos és hosszan tartó *iatrogenia* alapjait vetették meg, amelyben azután emberek milliói szenvedtek. Az onánia miatti büntudat és önértékelés-csökkenés nagyon sok serdülő és fiatal felnőtt életét rontotta meg. Az önkielégítés nagyon könnyen hibáztatható, hiszen minden ember érzi, hogy nem teljes és nem valós szexuális kielégülési mód, és a különböző élményzavarokat és magatartási rendellenességeket, különösen pedig a szexuális gátoltságot és teljesítményzavart nagyon könnyű összefüggésbe hozni vele. Innen ered, hogy az orvosok teóriáit az önkielégítéssel küzdő, megroppant önértéztű emberek maguk támasztják alá szóban és levélben közölt önvallomásaikkal, amelyek már arról árulkodnak, hogy a személyiségben kialakult a betegsereg, és a személyiség a páciens helyzetéből remél az ő ellenőrzése alól már elszabadult, káros, tüneti viselkedésnek minősülő önkielégítéssel megnyilvánulásaira gyógyszert.

Miként két és fél évszázada Bekker, a közelmúlt szexuális felvilágosító irodalmának szerzői is tömegével kapták a segélykérő, kétségbeesett leveleket. Ez a

hazai tapasztalat is. A két világháború között nagyon elterjedtek az önkielégítést kárhóztató vallásérköcsi nézetek (a „tisztta férfiúság” és más, hasonló koncepciók), ezek még a ma felnőtt fiatalok generációjáig hatottak. Az utóbbi években már eltűnően vannak ezek a hatások, ritkán találkozunk esetekkel, amelyekben a lelki és testi bajokért a páciens az önkielégítést tenné felelőssé. De még ma sem haltak ki az ilyen elképzelések. E sorok írójának személyes tapasztalata is mutatja ezt. 1973-ban az *Élet és Tudomány* valóban korszerű, az egész ifjúságnak szóló szexuális felvilágosító sorozatot tett közzé, ebben az önkielégítésről szóló cikk igen határozottan húzta alá, hogy az önkielégítés ártalmatlan, a szexuális fejlődés természetes jelensége, bizonyos fejlődési fázisban inkább még pozitív funkciója is van (5). Számos cáfoló levél érkezett a szerkesztőségbe, amelyben — többnyire névtelenül — saját esetüket említették a levélírók (kísértetiesen hasonló megfogalmazásban, mint Bekker, Tissot és más régi szerzők levelezői), többen aggódtak, hogy önkielégítési „járvány” fog kitörni, ha az eddigi tilalom fékét most egy tekintélyes, országos folyóirat „hivatalosan” felengedi, és akadt idős, nagy tapasztalatú, de főleg a régebbi irodalmat ismerő szakember, aki magánbeszélgetésben megfeddett, hogy az önkielégítést felszabadítani nem szabad, a tilalomnak fenn kell állnia, az önkielégítés ártalmatlansága csak hipotézis, amellyel szemben régi megfigyelések és leírások tömege áll, hipotézist pedig országos ismeretterjesztő folyóiratban nem lett volna szabad közölni...

A régi szakirodalom tudományos értékéről a fenti áttekintés önmagáért beszél, a probléma másik oldalát, az önkielégítés modern szexológiai, ill. személyiséglélektani értékelését — tehát a korszerű orvosi álláspontot — külön közleményben foglalom össze. (Külön kitérve az önkielégítés szexuál-pathológiai szerepére is.) Az onánia orvosi irodalmának története igen figyelemreméltó azért, mert jól mutatja, hogyan hatolhat be alaptalan, és hamis ideológia társadalmi szerepét betöltő elképzelés az orvosi gondolkodásba, hogyan tapad meg abban, hogyan „igazolódik” olyan módon, hogy az orvosi szemlélet összekéveri az okokat az okozatokkal, és nem veszi észre, hogy maga a medicina teremtette azokat a jelenségeket, amelyeket azután tevékenységét indokolandó regisztrál és betegségkategóriákba sorol. Jellegetes, hogy az ilyenfajta tévedés éppen az emberi viselkedés terén — tehát a tágran értelmezett pszichiátria illetékességi területén — alakult ki. Jól mutatja ez, milyen hátrányos, hogy a medicina fejlődéséből korán kimaradt egy érvényes, józan orvosi pszichológiai szemlélet kialakulása. Ez ma sem pótlódott még megfelelően. Arra is jó példa ez a történet, hogy mennyire igaz van annak a nézetnek, amely a medicina viselkedéssel foglalkozó ágában, a pszichiátriában lényegében a társadalmi konformizmus fenntartóját, az éppen uralkodó társadalmi viselkedésszabályok védelmezőjét látják (17, 18). Az önkielégítés tilalma a kapitalizmus kibontakozásának jellegzetes viselkedésszabályja volt, szerves része a protestáns etikának, amelynek Max Weber és nyomában a mai szociológia fontos szerepet tulajdonít a kapitalizmus fejlődésében (7, 20). A tilalmat képviselő orvosi leírások tömege ezt az etikát fejezte ki és támasztotta tudományosan alá. Nagy tanulság az önkielégítés orvostörténelméből az empiria és a tudományos logika elhanyagolásának tévedésgeneráló és tévedésfenntartó

szerepe, és ilyen értelemben az önkielégítéssel kapcsolatos régi orvosi tévtanok felfoghatók karikatúráként, amely más orvosi ágak megismerési kisiklásait és megakadásait is illusztrálja.

Összefoglalás. A szerző áttekinti az önkielégítés orvosi megítélésének történetét. Rámutat, hogy az önkielégítés csak a protestáns valláserkölcs megjelenése után vált tiltott viselkedésformává, és ekkor kezdődött meg az is, hogy az orvosok riasztó képet festettek következményeiről, egészségügyi káraitól, amelyek főleg szexuális és idegrendszeri zavarokból álltak. A szerző bemutatja az önkielégítés okairól, orvosi kórisméjéről és kezeléséről szóló elképzeléseket is, majd pedig rámutat arra, hogy az önkielégítés régi orvosi megítélése egészében téves és megalapozatlan volt, amely igen komoly iatrogén ártalmakat okozott az elmúlt évszázadok során a fiatalok között. Elemzi az önkielégítéssel kapcsolatos orvosi tévedések tanulságait a mai medicina számára. A tanulmány folytatása egy másik cikk, amelyben a szerző az önkielégítés korszerű szexológiai és pszichológiai értelmezését foglalja össze.

IRODALOM: 1. *Barucco, N.:* Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehung zu den Krankheit der Geschlechtsorganen, 1899, Otto Salle, Berlin. — 2. *Bassermann, L.:* Das älteste Gewerbe. Eine Kulturgeschichte, 1965, Econ Verlag, Wien—Düsseldorf. — 3. *Bonaparte, M.:* La sexualité féminine. 1939, PUF, Paris. — 4. *Buda B.:* A szexualitás modern elmélete, 1972, Tankönyvkiadó, Budapest. — 5. *Buda B.:* Az ön-

kielégítés, in: Ludas M. László (szerk.): A szexualitásról, a fogamzástól a felnőtté válásig (az Élet és Tudomány cikksorozata alapján), 1975, Tankönyvkiadó, Budapest. — 6. *Flatau, G.:* Sexuelle Neurasthenie. 1912, Fischers Medizinische Buchhandlung, Berlin. — 7. *H. H. Gerth, C. W. Mills* (eds.): From Max Weber. Essays in Sociology. 1946, Kegan Paul, Trench, Trubner and Co. London. — 8. *Hirschfeld, M.:* Geschlechtliche Entwicklungsstörungen, mit besonderer Berücksichtigung der Onanie, 1917, A. Marcus und E. Webers Verlag, Berlin. — 9. *Kafka, V.:* Sexualpathologie, für Mediziner, Juristen und Psychologen, 1932, Franz Deuticke, Wien. — 10. *Krafft-Ebing, R. v.:* Psychopathia Sexualis. Eine klinischforensische Studie, 1886, 1312 (14. Auflage), F. Enke, Stuttgart. — 11. *Leibbrand, A., Leibbrand, W.:* Formen der Eros. Kultur- und Geistesgeschichte der Liebe, d. II. Von der Reformation bis zur „sexuellen Revolution“. 1972, Verlag Karl Alber, Freiburg und München. — 12. *Löwenfeld, E.:* Sexuelleben und Nervenleiden. Nebst einem Anhang über Prophylaxe und Behandlung der sexuellen Neurasthenie. 1914 (fünfte Auflage), J. F. Bergman, Wiesbaden. — 13. *Marchi, L. de:* Sociologia del sesso. 1963, Editori Laterza, Bari. — 14. *Morali-Daninos, A.:* Histoire des relations sexuelles. 1963, PUF, Paris. — 15. *Morali-Daninos, A.:* Sociologie des relations sexuelles, 1963, PUF, Paris. — 16. *Sadger, J.* (hrsg.): Die Onanie. Vierzehn Beiträge zu einer Diskussion der „Wiener Psychoanalytischen Vereinung“. 1912, J. F. Bergman, Wiesbaden. — 17. *Szasz, T. S.:* The Myth of Mental Illness. Foundations for a Theory of Personal Conduct. 1961, Harper—Hoeber, New York. — 18. *Szasz, T. S.:* The Manufacture of Madness. 1971, Routledge and Kegan Paul, London. — 19. *Ussel, Jos von:* Histoire de la répression sexuelle. 1972, Robert Laffont, Paris. — 20. *Weber, Max:* Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss einer verstehenden Soziologie. 1956, J. C. B. Mohr, Tübingen.



BÖLCSŐDEI BÚTOROK

KIÁLLÍTÁSA

az **OMKER** új bemutató termében

Budapest VI., Népköztársaság útja 36.

1976. augusztus 23- augusztus 31-ig
naponta 9–16 óráig

SZOMBAT–VASÁRNAP ZÁRVA

VISKEN®

A Visken hatásos beta-receptor-blokkoló; védi a szívet a fokozott katecholamin-hatásoktól, csökkenti a szívizom oxigén szükségletét és a szív frekvenciáját, de nyugalmi sympathicotonusát nem befolyásolja. Antiarrhythmias hatása kifejezett, negatív inotrop hatása csekély.

JAVALLATOK: Angina pectoris, szív-rhythmus-zavarok, sinus-tachycardia, paroxysmalis supraventricularis tachycardia, különböző eredetű extrasystolék, cardioversio hatásának fenntartása, essentialis keringési hyperkinesis, cyanotikus rohamokkal járó Fallot-tetralógia, obstructiv cardiomyopathia. Hypertonia enyhe fokában önmagában adva, középsúlyos és súlyos esetekben salureticumokkal és egyéb antihipertensivumokkal kombinálva adható.

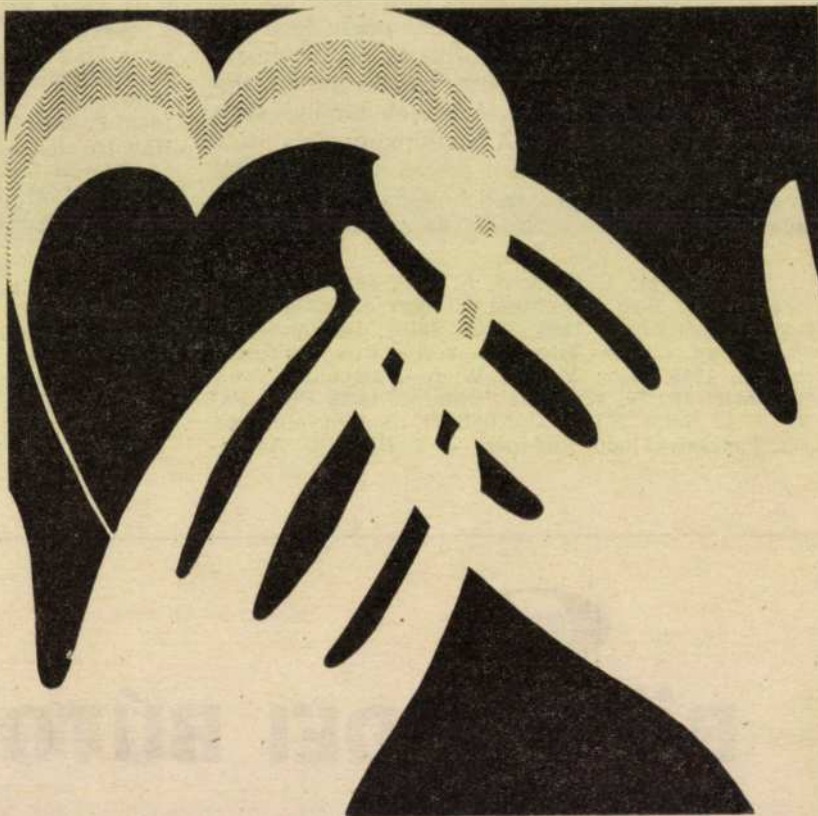
ELLENJAVALLATOK: Digitalis-refractaer szív-insufficiencia, shock-állapot, sinus-bradycardia (50/min vagy ez alatti frekvencia), A-V-blokk; cor pulmonale, metabolikus acidosis; éter- és kloroformnarkózis. Asthma bronchiale, légzési elégtelenséggel járó tüdőfolyamatok. Akut hypertoniás krízis kezelésére nem alkalmas!

ADAGOLÁS: Általában napi $2-3 \times 1$ tableta (10-15 mg) megfelelő terápiás hatást biztosít. Súlyosabb esetekben, vagy ha hypertonia kezelésekor 1-2 héten belül nem jelentkezik kielégítő hatás, az adag fokozatosan növelhető, de legfeljebb napi 3×3 tableta (45 mg) mennyiségig. A tablettákat fél órával étkezés előtt kell bevenni.

Parenteralisan a kezdő adag 2 ml iv. (0,4 mg), lassan (kb. 5 perc alatt) befejezve. Szükség esetén 15-20 percenként további 1-1 ml (0,2 mg) adható; a maximális napi adag 1-2 mg (5-10 ml). Hypertonia kezelésére az adagolás egyéni beállítást igényel. Egyéb antihipertensivumokkal kombinálva azok adagját szükség esetén csökkenteni kell.

MELLEKHATÁSOK: Bradycardia, bronchospasmus, allergiás reakciók. Orthostatikus regulációs zavarok (szédülés), fejfájás, álomság, fáradtság, gyomor-és bélpanaszok, nausea, diarrhoea főleg a kezelés kezdetekor jelentkeznek, általában múló jellegűek és nem teszik szükségessé a kúra megszakítását.

tableta, injekció
antiarrhythmicum, antihypertensivum



FIGYELMEZTETÉS: Csak elővigyázatosan alkalmazható manifeszt vagy kezdődő szív-, ill. keringési elégtelenségben (megfelelő digitalizálás után); diabetes mellitusban a vércukorszintet időnként ellenőrizni kell. Katecholamin-depletiót okozó vérnyomáscsökkentőkkel együtt adva különös óvatosság szükséges. Parenterális adagoláskor az EKG-t és a vérnyomást folyamatosan ellenőrizni kell.

MEGJEGYZÉS: Az állami egészségügyi ellátás keretében, állampolgári jog alapján szabadon rendelhetik, illetőleg csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

30 tableta à 5 mg 70,50 Ft
5 × 5 ml injekció à 1 mg 18,70 Ft

® = SANDOZ AG - BASEL licencia

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR

Városi Tanács Kórháza, Kiskunfélegyháza,
Belgyógyászati Osztály (főorvos: Tóth Sándor dr.),
Laboratórium (főorvos: Bodor Ferenc dr.)

Familiáris idült lymphoid leukaemia

Fazekas Tamás dr.,* Tóth Sándor dr.
és Bodor Ferenc dr.

A leukaemiák aetiológiája — noha az erőfeszítések e területen rendkívüliek — még ma sem ismert. Exogen és endogen tényezőknek egyaránt szerepet tulajdonítanak. A ritka familiáris előfordulás (egy családban legalább két megbetegedés) mégis felveti örökletes praedispositio lehetőségét. Természetesen a családi halmozódás hátterében olykor közös külső faktor is kimutatható vagy feltételezhető, a familiáris esetek azonban még ma is genetikus történés oki szerepére utalnak.

Közleményünkben három fiútestvér chronikus lymphoid leukaemiájának (továbbiakban CLL) esetét ismertetjük. A hazai irodalomban három testvér leukaemiás megbetegedéséről beszámoló kazuisztika még nem jelent meg.

Esetismertetés

1. K. I. (szül.: 1904) férfibeteget először 1961-ben vették fel a kiskunfélegyházi Városi Kórház belgyógyászati osztályára. Fél évvel korábban vette észre testszerte jelentkező, fájdalomtalan nyirokcsomóit. Felvételekor általános nyirokcsomó-nagyobbodást észleltek, elérhető májjal és lépvel.

Laboratóriumi eredmények: We.: 18 mm/óra. Vizelet negatív. Vvt.: 3,3 M, hgb.: 10,1 g⁰%, fvs.: 24 000. Perifériás vérkép: ly.: 87, se.: 8, mo.: 5⁰%, elvértve egy lymphoblast. XII. 8-án nyirokcsomó-eltávolítás történt, melynek kórszövettani eredménye: leukaemia lymphatica lymphoglandulae. Belgyógyászati kórisme: CLL. Bentléte alatt Degranolot kapott, s a továbbiakban a rendelőintézet onkológiai szakrendelése ellenőrizte.

Második észlelésére 1966-ban került sor. Statusa annyiban változott, hogy nyirokcsomói galambtojásnyira-kisalmányira növekedtek, s mája 3, lépé 2 harántujjal haladta meg a bordáit. A mellkasröntgen ekkor már mediastinalis érintettséget is igazolt. Ismét Degranol kúrában részesült, panaszai mérséklődtek, kibocsátották.

Utolsó, másfél napos észlelésekor — 1970-ben —

igen elesett állapotban, általános oedemával, lázasan, exsiccáltan került felvételre. A hepatosplenomegalia és adenomegalia mellett kétoldali tüdőgyulladás és súlyos szívelégtelenség jeleit észlelték. A beteg a bevezetett kezelés ellenére meghalt.

Kórbonctani diagnosis: CLL, a máj, lép, nyirokcsomók, csontvelő és vese leukaemiás infiltrációjával (Perneczky Mária dr.).

2. K. L. (szül.: 1902) férfibeteget, 1. sz. propositus bátyját, 1972 augusztusában utalta a szakrendelés osztályunkra. Anamnesisében melhártyagyulladás és prostatectomia szerepelt; fulladásról, hasmenésről, jelentős testsúlycsökkenésről panaszkodott.

Statusából: lábszárakon kifokú anasarka, emphysemás mellkas, mindkét hónaljárokban és a nyakon babnyi nyirokcsomók; mája 3, lépé 2 ujjal ért a bordáiv alá.

Laboratóriumi eredmények: We.: 13 mm/óra. Vizelet negatív. Vvt.: 4,0 M, hgb.: 12,7 g⁰%, fvs.: 740 000. Perifériás vérkenetben ly.: 90, se.: 10⁰%, sok Gumprecht-árnyék. CLL-t kórszövettanilag, Leukeran medikációjában részesült. Sejtszáma 38 400-ra csökkent, és szubjektíve is javult. Elbocsátása után — kontroll mellett — szakaszosan Leukerant szedett.

Másodszor 1974 márciusában irányították az osztályra. Ekkor már generalizált nyirokcsomó-nagyobbodást és 3 harántujjal nagyobb, érzékeny lépét találtunk, sejtszáma kielégítő volt. Cytostaticumot akkor nem adtunk, tüneti kezelésben részesült.

Legutóbb 1974 novemberében észleltük. Statusa lényegében nem változott. Nyirokcsomó-exciszióra ekkor kerülhetett sor; a kórszövettani vélemény: lymphadenosis leukaemica (Schneider Ferenc dr.). Bőrgyógyászati konzilium: a jobb járomcsúc felett kb. 3–6 mm nagyságú exulcerált basalioma látható, CLL-ra jellemző bőrtünet nincs (Nagy Gyula dr.). Ismét Leukerant, tünetileg transfusiót kapott, hazabocsátottuk. Azóta is ellenőrizzük, jól van.

3. K. G. (szül.: 1907), az előző két beteg öccse, 1972 júniusában került először osztályunkra. Gyengeségről, fogyásról, testszerte jelentkező nyirokcsomóról és alkohol fogyasztását követő rosszullétről számolt be. Felvételekor általános nyirokcsomó-nagyobbodást, 4 harántujjal nagyobb májat, 3 harántujjas lépét tapintottunk.

Laboratóriumi eredmények: We.: 33 mm/óra. Vizelet negatív. Vvt.: 3,3 M, hgb.: 9,7 g⁰%, fvs.: 120 000. Perifériás vérkép: ly.: 98, se.: 2⁰%. Gumprecht-formák. Az egyik kimetszett nyirokcsomó kórszövettani lelete: infiltratio leukaemica lymphoides lymphoglandulae (Schneider Ferenc dr.). Leukerant, Prednisolont kapott, s javultan bocsátottuk haza.

Később 1974-ben jobb oldali veseköves görcsök miatt szállították be az osztályra. Cytostaticumra akkor nem volt szükség. Miluritot kapott, majd hazabocsátottuk. Azóta is rendszeresen ellenőrizzük, jól érzi magát.

Két élő betegünkön (K. I. és K. G.) végeztünk chromosoma-vizsgálatot, phytohaemagglutininnal stimulált perifériás vérkultúrából. A tenyésztés gyógyszermentes időszakban történt, Moorhead és mtsai szerint (45), kis módosításokkal. Mitosis-gátlásra Vinblastint használtunk, 0,001 µg/ml koncentrációban. Orcein és ASG sávfestést alkalmaztunk, utóbbit Sumner és mtsai (52) módszere alapján.

Eredmények: 50–50 metaphasist analizáltunk, és mindkét beteg karyotypusa 46,XY-nak bizonyult; clonalis aberrációt nem észleltünk.

Megbeszélés

A familiáris leukaemiák Biermer (8) első, 1861-ben közölt esete óta — ritkaságuk folytán ma is — érdeklődésre tartanak számot. A kérdésnek ma már jelentős irodalma van, egyrészt összefoglaló, az aetiopathogenesis lehetőségeit is taglaló munkák (4, 13, 28, 34, 39, 56, 59), másrészt kazuisztikák (5, 9, 14, 18, 25, 27, 29, 31, 32, 33, 36, 41, 44,

* Jelenlegi munkahely: Szeged, I. Belgyógyászati Klinika.

47, 49, 55, 57, 60) formájában. *Dameshek* és *Gunz* (13), valamint mások (28, 59) szerint is, a családi esetek közül leggyakoribb a CLL familiáris előfordulása, ezt követik a blastleukaemiák és rendkívül ritka a chronikus myeloid leukosis egy családban. Elsősorban testvérek és ikrek együttes betegsége észlelhető, lényegesen ritkább szülő-gyermek, valamint távolabbi rokonok (pl. unoka-testvérek) viszonylatában.

Videbaek (56) 1947-ben megjelent összefoglalója áttekinti a családi leukosisok korábbi irodalmát, és mindössze 26 autentikus esetet talál. Ehhez csatolja saját eseteit, és dániai populáción statisztikai megállapításokat is tesz: leukaemiás családokban 8,1%-os, a kontroll csoportban 0,2%-os leukaemia-gyakoriságot talált. Következtetéseivel többen nem értettek egyet, de adatait később megerősítették, legutóbb *Gunz* és *Veale* (34) 1969-ben új-zélandi beteganyagban.

Guasch (28) 1954-es reprezentatív munkájában a világ minden tájáról haematológusoktól összegyűjtött 8586 leukaemiás eset között 39 familiárisat talált, mely szám a feldolgozott eseteknek kevesebb mint 0,5%-a.

1964-ben a bizonyosan családi esetek száma (acut és chronikus formák együttesen) már 100 felett van (59). Magyarországról nincsenek adataink a familiáris leukaemia gyakoriságát illetően. *Fekete* és *mtsai* (17) végeztek felmérést: a budapesti II. sz. Gyermekklinika 20 éves beteganyagában hat családi esetet derítettek ki.

Familiáris CLL-ről a világirodalomban már többen beszámoltak (5, 9, 14, 18, 25, 29, 31, 32, 36, 41, 44, 47, 49, 55, 57, 60). Az első esetet — egypetűjű ikrek szimultán jelentkező CLL-ját — *Dameshek* és *mtsai* (14) közölték 1929-ben és később arról is beszámoltak, hogy az egyik iker fia 25 évvel később szintén CLL-ban halt meg (31).

Schweitzer és *mtsai* (49) öt, *Undritz* és *Schnyder* (55), valamint *Guasch* (28) négy testvér esetét ismertetik. *Boggian* (9) három testvér és egy apai unokatestvér, *Reilly* és *mtsai* (47) három testvér esetét közlik. Ugyancsak három testvér szerepel *Gunz* és *mtsai* (32), nevezetesen, Ch¹ pozitív családjában. Szokatlan kombináció *Hornbakeré* (36): három leánytestvér közül kettő CLL-ban, egy pedig CML-ban betegedett meg. Apa és fiú különös esetét írja le *Wisniewski* és *Weinreich* (60). *Videbaek* (57) unokatestvérek betegségéről tudósít.

A családi leukaemiák magyar irodalma nem nagy. Elsőként *Sóvári*, *Laub* és *Nánássy* (51) írták le anyja és fiúgyermeke azonos sejttípusú blastleukaemiáját, majd *Szalóky* és *Laub* (53) anyja és leánya idült granulocytás leukosisának kórtörténetét ismertették. *Major*, *Bagdán* és *Brettig* (42) a VI. haematológiai napokon anyja és fiú CLL-jának esetét adták elő.

Természetesen ezek az esetek, a familiaritás nem bizonyítják örökletes vagy vele született tényező(k) kóroki szerepét, és a családi halmozódás magyarázható a leukaemogenesis egyéb lehetőségeivel is. Olykor sikerül is a családtagokat involváló, közös exogen tényezőt kimutatni.

Egyre több adat támogatja a vírus-sejt interakció szerepét a humán leukosisok vonatkozásában

(12, 15), és erre utaló adatok CLL-val kapcsolatosan is vannak (26, 58). *Wisniewski* és *Weinreich* (60) már említett közleményükben tejszarnokban dolgozó apa és fiú CLL-ját ismertetik, s az eset kapcsán tejjel átvitt ágens szerepét feltételezik. *Heath* és *Moloney* (35) is a vírus-aetiologia szerepét vetik fel családi esetükben. Érdekes *McPhedran* és *Heath* (43) „leukaemiás ház”-ról szóló cikke: egy épületben 17 év alatt négy leukaemia fordult elő. A rokoni kapcsolatoktól független együttélés szerepét támogatja *Takáts* és *Csapó* (54) két házaspárról beszámoló kazuisztikája: mindkét pár esetében az egyik házastárs CLL-ban, a másik reticulosarcomában halt meg.

Jedlicka és *mtsai* (37) unokatestvérek leukaemiájának hátterében egy insecticid szer (*Gammexane*) szerepét ismerték fel, *Aksoy* és *mtsai* (2, 3) pedig két generációban jelentkező acut leukaemiák esetében bizonyították chronikus benzol-expositio szerepét.

Fraumeni és *mtsai* (25) familiáris CLL-s esetükben immundefektusok szerepét taglalják.

Viszonylag nem ritka a CLL társulása más malignus betegséggel, és sokak szerint nem hasznontalan ilyenkor egyéb tumor után is kutatni (16, 24, 46, 50). *Magaraggia* és *Vettori* (41) két CLL-s fiútestvér társuló bőrrákját írta le, és egyik betegünk esetében (2. sz. eset) mi is láthattunk semimalignus bőrfolyamatot, basalioma képében.

Gunz és *mtsai* (32) nagy feltűnést keltő közlése óta sok munka foglalkozik a CLL cytogenetikai vonatkozásaival (1, 5, 6, 7, 10, 11, 18, 19, 20, 25, 30, 32, 38, 40, 44, 48, 49), de az eredmények viszonylag szerények. Ők 1962-ben egy új-zélandi család két CLL-s és több egészséges tagján észleltek egyfajta chromosoma-anomáliát — a 21-es pár egyik tagjának rövid karját találták kisebbnek (Gp⁻). A rendelkezésig *Christchurch*-chromosomának (Ch¹) nevezték el, és leukaemiára hajlamosító tényezőnek tartották. Később *Fitzgerald* és *Hamer* (18) ugyanezen családban diagnosztizált harmadik Ch¹ pozitív leukaemiás betegről tudósítanak, ugyanakkor azonban megállapítják, hogy az anomália a 22-es párhoz tartozik, nem általános CLL-ban, és valószínűleg családi előfordulású. *Ardizzone* és *mtsai* (5) CLL-s család egészséges tagjaiban találta meg a chromosoma-aberrációt és több Ch¹ negatív családról szóló közlés is megjelent (25, 44, 49). Az utánvizsgálók végül is az eltérés specifikus voltát nem erősítették meg (6, 7, 20, 25, 40), s ma úgy tűnik, hogy ez az anomália nem ritka, és CLL-től függetlenül is előfordul (1, 11, 48, 59). Az eddig kevés eredményt hozó cytogenetikai vizsgálatokkal kapcsolatban azonban érdemes megjegyezni, hogy azok többsége vér- és csontvelőkultúrából történt, holott malignus lymphoproliferatív betegségekben logikusnak közvetlenül maga a beteg nyirokcsomó volna a chromosomavizsgálat tárgya (20, 23). Az ilyen nyirokcsomókultúrákból végzett vizsgálatok száma ma még túl kicsi ahhoz, hogy az eredmények értékelhetők legyenek (6, 21, 22).

Magunk két élő betegünkön végeztünk eddig chromosoma-analízist perifériás vérkultúrából:

mindkét esetben normális karyogrammot kaptunk, clonalis aberrációt nem észleltünk.

Betegeink eredetileg tízen voltak testvérek, egy háztartásban nőttek fel. Kettő közülük még csecsemőkorában meghalt, általunk ismeretlen betegségben. A még élő testvérek közül csupán egyet volt alkalmunk vizsgálni (B. S.-né, 55 éves), akiben haematológiai eltérést nem találtunk. A három propositus gyermekei között sem találtunk eddig kórosat — feltűnő azonban a 2. sz. beteg egyik panaszmentes fiának konzekvensen észlelt 10 000—12 000-es fehérvérsejtszáma, 60—70⁰/₀-os lymphocytosissal. A család további vizsgálatát tervezzük.

Esetünket azért tartottuk feldolgozásra érdekesnek, mert a hazai irodalomban három testvér leukaemiájáról szóló közlés még nem jelent meg.

Összefoglalás. A szerzők idült lymphoid leukaemia familiáris esetét ismertetik. Áttekintik a családi leukosisok irodalmát, és érintik a chronikus lymphoid leukaemia cytogenetikai vonatkozásait. Három testvér leukaemiás megbetegedéséről beszámoló magyar közleményről nincs tudomásuk.

Köszönetnyilvánítás. Köszönetet mondunk *Pernecky Mária dr.-nak* és *Schneider Ferenc dr.-nak* (Bács-Kiskun megyei Tanács Kórháza, Kecskemét, kórbonctani osztály, főorvos: *Lusztig Gábor dr.*) a szövettani vizsgálatok elvégzéséért.

IRODALOM: 1. *Abbot, C. R.*: Lancet. 1966, 1, 1155. — 2. *Aksoy, M. és mtsai*: Hum. Hered. 1974, 24, 70. — 3. *Aksoy, M. és mtsai*: Blood. 1974, 44, 837. — 4. *Anderson, R. C.*: Amer. J. Dis. Child. 1951, 81, 313. — 5. *Ardizzone, G. és mtsai*: Riv. Crit. clin. Med. 1968, 68, 1102. — 6. *Baserga, A. és mtsai*: Schweiz. med. Wschr. 1966, 96, 1220. — 7. *Berger, R., Parmentier, C.*: Nouv. Rev. franç. d'Hémat. 1971, 11, 261. — 8. *Biermer, A.*: Arch. path. Anat. Phys. 1861, 20, 552. — 9. *Boggian, B.*: Policlinico. 1938, 45, 472. — 10. *Broustet, A. és mtsai*: Nouv. Rev. franç. d'Hémat. 1968, 8, 91. — 11. *Court Brown, W. M.*: Lancet. 1964, 1, 986. — 12. *Dameshek, W., Dutcher, R. M.*: Perspectives in Leukemia. Grune and Stratton, 1968. — 13. *Dameshek, W., Gunz, F. W.*: Leukaemia. Grune and Stratton, 1958. — 14. *Dameshek, W. és mtsai*: J. Amer.

med. Ass. 1929, 92, 1348. — 15. *D. Tóth F., Gergely L.*: Orvosképzés. 1969, 44, 73. — 16. *Farkas K., Molnár I.*: A leggyakoribb diagnosztikus tévedések. Medicina, Budapest, 1961. — 17. *Fekete Gy. és mtsai*: Orv. Hetil. 1973, 114, 2359. — 18. *Fitzgerald, P. H., Hamer, J. W.*: Brit. med. J. 1969, 3, 752. — 19. *Fitzgerald, P. H. és mtsai*: J. med. Gen. 1966, 3, 96. — 20. *Fleischmann T.*: Kandidátusi értekezés, Szeged, 1973. — 21. *Fleischmann T. és mtsai*: Hereditas. 1971, 69, 311. — 22. *Fleischmann T. és mtsai*: Hereditas. 1972, 70, 243. — 23. *Fleischmann T. és mtsai*: Orv. Hetil. 1975, 116, 2463. — 24. *Földvály Gy.*: Orv. Hetil. 1957, 98, 277. — 25. *Fraumeni, J. F. Jr. és mtsai*: Ann. intern. Med. 1969, 71, 279. — 26. *Gergely L. és mtsai*: Experientia (Basel). 1974, 15, 809. — 27. *Ghosh, M. L.*: Acta haemat. (Basel) 1972, 48, 98. — 28. *Guasch, J.*: Sang. 1954, 25, 384. — 29. *Guasch, J.*: Sangre. 1971, 16, 242. — 30. *Goh, K. O.*: J. Lab. clin. Med. 1967, 69, 938. — 31. *Gunz, F. W., Dameshek, W.*: J. Amer. med. Ass. 1957, 164, 1323. — 32. *Gunz, F. W. és mtsai*: Brit. med. J. 1962, 2, 1097. — 33. *Gunz, F. W. és mtsai*: Blood. 1966, 27, 482. — 34. *Gunz, F. W., Veale, A. M. O.*: J. nat. Cancer Inst. 1969, 42, 517. — 35. *Heath, C. W. Jr., Moloney, W. C.*: New Engl. J. Med. 1965, 272, 882. — 36. *Hornbaker, J. H.*: Amer. J. med. Sci. 1942, 203, 322. — 37. *Jedlicka, V. és mtsai*: Acta med. scand. 1958, 161, 447. — 38. *Juberg, R. C., Jones, B.*: New Engl. J. Med. 1970, 282, 292. — 39. *Kurita, S. és mtsai*: Cancer (Philad.) 1974, 34, 1098. — 40. *Lawler, S. D. és mtsai*: Brit. med. J. 1968, 4, 213. — 41. *Magaraggia, L., Vettori, G.*: Il Fracastoro. 1968, 61, 269. — 42. *Major L. és mtsai*: Előadás, VI. haematológiai napok, Szeged, 1974. — 43. *McPhedran, P., Heath, C. W.*: J. Amer. med. Ass. 1969, 209, 2021. — 34. *McPhedran, P. és mtsai*: Cancer (Philad.) 1969, 24, 403. — 45. *Moorhead, P. S. és mtsai*: Exp. Cell Res. 1960, 20, 613. — 46. *Órs F. és mtsai*: Magy. Onk. 1965, 9, 177. — 47. *Reilly, E. B. és mtsai*: Arch. intern. Med. 1952, 90, 87. — 48. *Ruffie, J. és mtsai*: Lancet. 1966, 2, 227. — 49. *Schweitzer, M. és mtsai*: Scand. J. Haemat. 1973, 11, 97. — 50. *Siró B. és mtsai*: Orv. Hetil. 1975, 116, 865. — 51. *Sóvári M. és mtsai*: Orv. Hetil. 1969, 110, 1146. — 52. *Sumner, A. T. és mtsai*: Nature New Biol. 1971, 232, 31. — 53. *Szalóky P., W. Laub M.*: Orv. Hetil. 1973, 114, 2053. — 54. *Takáts L. J., Csapó Zs.*: Brit. J. Cancer. 1968, 22, 173. — 55. *Undritz, E., Schnyder, F.*: Schweiz. med. Wschr. 1971, 101, 1779. — 56. *Videbaek, A.*: Heredity in Human Leukaemia and its Relation to Cancer. H. R. Lewis, London, 1947. — 57. *Videbaek, A.*: Acta path. microbiol. scand. 1958, 44, 372. — 58. *Viola, M. V. és mtsai*: New Engl. J. Med. 1967, 277, 503. — 59. *Williams, W. J. és mtsai*: Hematology. McGraw-Hill, USA, 1972. — 60. *Wisniewski, D., Weinreich, J.*: Blut. 1966, 12, 241.

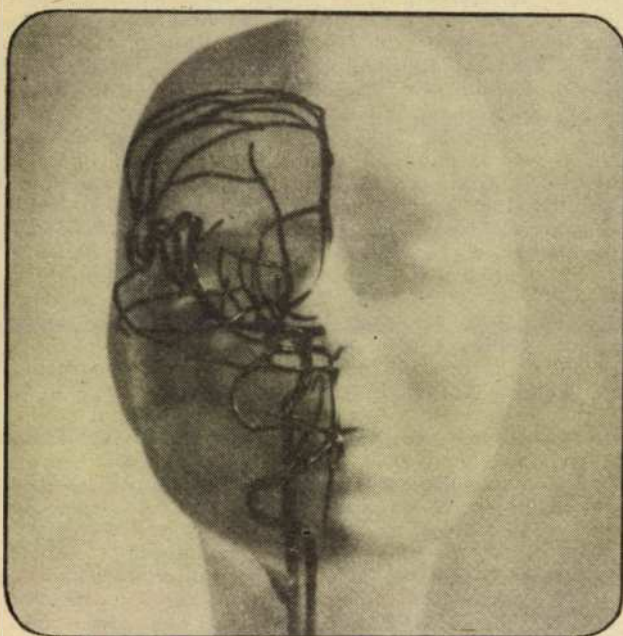
„... aki első helyre teszi az értelmet ... az nem csinál semmiből tragédiát, nem sóhajtozik, nem keresi sem a magányt, sem az embersűrűt.”

Marcus Aurelius

SANDOMIGRAN[®]

draszé

migraine-prophylacticum



HATÁS

A Sandomigranra jellemző a biogénaminokra, különösen a serotoninra kifejett polyvalens gátló hatás.

A rohamok frekvenciáját csökkenti, így alkalmas a migraine kúraszerű kezelésére.

A Sandomigran sajátossága a nyújtott hatás.

ÖSSZETÉTEL

Pizotifenum 0,5 mg (0,73 mg hidrogen-malát alakjában) draszéknént.

JAVALLATOK

Migraine és migraine típusú fejfájások megelőzése: tipikus és atipikus migraine; vascularis eredetű fejfájások, Horton-szindróma kezelhetők a legelőnyösebben Sandomigrannal. Kevésbé eredményes a tenziós, psychogen, posttraumás fejfájások esetén.

Az akutan kialakult migraines rohamot nem befolyásolja.

ELLENJAVALLATOK

Tekintettel a parasympatholyticus hatás-komponensre: glaukoma; prostata hypertrophia; továbbá terhesség; MAO-bénítők egyidejű alkalmazása.

ADAGOLÁS

A napi adagot lépcsőzetesen célszerű emelni, az alábbi táblázat szerint:

	1-2	3-4	5... nap
REGGEL	-	-	1 draszé
DÉLBEN	-	1	1 draszé
ESTE	1	1	1 draszé

Az esetek többségében az 5. naptól napi 3×1 draszé adható. Makacs esetekben a napi adag lépcsőzetesen 3×2 , 3×3 draszéra emelhető.

MELLÉKHATÁSOK

A fenti adagolási tájékoztató betartása esetén csak ritkán lép fel enyhe sedatív hatás, mely többnyire 1-2 heti kezelés után megszűnik. Egyes esetekben testsúlynövekedés figyelhető meg, mely az étvágy fokozódásának eredménye.

FIGYELMEZTETÉS

A Sandomigran alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnek megfelelően – előírt adagban szedhetik. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani, nyugtatók szedése kerülendő.

CSOMAGOLÁS

30 db draszé

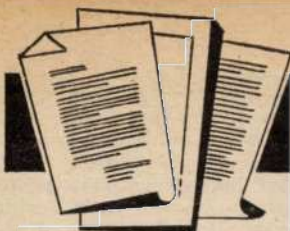
Ára: 89,50 Ft

MEGJEGYZÉS ✖

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján az illetékes orvos két példányban („másolat”-tal) kiállított vényen rendelheti.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI

SANDOZ A.G. – BASEL licencia alapján



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Az Egészségügyi Világszervezet III. Humángenetikai Továbbképző Tanfolyama. (Odense és Koppen- hága, 1975. nov. 3—22.)

A — sajnos utolsó alkalommal megrendezett — tanfolyam célja az újabb kutatási eredmények és módszerek minél mélyebb és átfogóbb megismertetése, a humángenetika oktatása és kutatása alapelveinek tudatosítása és csiszolása volt. Az előadók és különösen prof. M. Hauge, aki mind a bevezető, mind a továbbképző EVSZ humángenetikai tanfolyamok ihletője és szervezője, vezetője és kiemelkedő előadója volt, nagy súlyt helyeztek a módszertani kérdésekre, a mintaválasztásra, a diagnosztikai kritériumokra, az eredmények értékelésére és megbízhatóságának kérdésére tárgyalására. A hallottak fontossága, az előadók magas színvonalú felkészültsége és igényessége nemcsak a tanfolyam sikerének záloga volt, hanem — úgy érezzük — komoly felelősséggel tölt el bennünket tapasztalataink itthoni átadásában. A jelen beszámolóval is kifejezzük készségünket a tanultak továbbadására és a tanfolyamon megszerzett írásos anyag (pl. a glostrupi J. F. Kennedy Intézet cytogenetikai vizsgáló módszereinek teljes receptgyűjteménye) kollégáink számára hozzáférhetővé tételére.

A program a következő volt: HLA-rendszer; történeti, genetikai és klinikai vonatkozások. A veleszületett rendellenességek nyilvántartási rendszere. Kémiai mutagenézis. Genetikai tanácsadás; általános elvek és hosszú távú hatás. Alfa-foetoprotein. A humángenetika vizsgálómódszerei; populációs felmérések (pl. glaucoma), a polygénis modell, család-vizsgálatok (diabetes), statisztikai értékelés. A polygénis modell biometriai alapjai és szabályszerűségei. A humán genom; repetitív DNS, a génaktivitás szabályozása, szomatikus sejt-hibridizáció, kapcsolódási vizsgálatok, az emberi géntérkép. A laktózfelszívódás zavara, mint klinikai-genetikai probléma. Lysosomal is enzimdefektusok. Ikervizsgálatok; módszer, a láz okozta gyermekkori eclampsia-ban. Haemoglobinopathiák. Új módszerek a cytogenetikában. A Down-kór; cytogenetikai epidemiológia. Praenatalis diagnosztika. A malignomák cytogenetikája. A veleszületett anyagcsere-rendellenességek szűrése. A phenylketonuria (PKU) genetikai heterogenitása. Genetikai markerek és a fertőző betegségekkel szembeni érzékenység. Meiosis vizsgálatok férfiakban. Az orvosi genetika oktatásának kérdései.

Ez a gazdag program eleve kizárja, hogy jelen beszámolómban valamelyik pontját részletesebben érintsük. Érdekes előadást hallgattunk prof. Bocskovtól, a Szovjetunióban folyó orvosi genetikai kutatásokról. Erről — legújabb személyes tapasztalatok alapján — egyikünk csatlakozó beszámolója ad képet. Amit — nem csak mint tipikus illusztrációt, hanem hazai megszívlelendősége miatt is — feltétlenül ki kell emelnünk, az a PKU-szűrés problémája.

Egyszerű, olcsósága és megbízhatósága miatt a Guthrie-tesztet tekintik ma a legmegbízhatóbb szűrőmódszernek (amelynek különböző anomáliák detektálására alkalmas változatait, sőt kombinált szűrést lehetővé tevő módosítását is kidolgozták, mely utóbbinak a bevezetése széles körű rutin eljárásként ma még — különböző okokból — nem ajánlható). Kevésbé megbízható a kromatográfiai módszer.

Nagyon lényegesnek tűnnek a szűrés szervezési kérdései: (1) a teljesség biztosítása, (2) a megfelelő időpont kiválasztása az esetleg szükséges kezelés időben történő elkezdése szempontjából. Íme egy táblázat a korai diétás kezelés fontosságának bizonyítására:

A kezelés elkezdésének időpontja hetekben	4	5—13	14—52	52—
Értelmi szint IQ-ban kifejezve	106	94	90	65
median-határok	94—123	82—110	40—115	30—87

A kezelést (diétát) tehát mindenképpen az első hónap vége előtt el kell kezdeni!

A szakértők véleménye eltérő a kezelést indokló vér-fenilalaninszint megadásában. Az NSZK-ban 8 mg/100 ml, az USA-ban 20 mg/10 ml a minimumérték. Ez utóbbi veszélyesen magasnak tűnik. Dániában a 10 mg/100 ml-es értéket tekintik határnak. Megfelelő diéta mellett a szérumban 3—7 mg/10 ml fenilalaninszint biztosítható, ami a protein-deficiencia lehetőségét kizárja. Nem kell tartanunk a MCD (minimális cerebrális dysfunctio) jelentkezésétől.

Külön problémát jelent, s már nem is a nagyon távoli jövőben, a diétával sikeresen kezelt PKU-s nők esete. Náluk a nagyfokú hyperphenilalaninaemia és a betegségre jellemző anyagcserezavar a magzat súlyos veszélyeztetését jelentheti. Szakértők véleménye sze-

rint nem elég a conceptióval egyidejűleg újra kezdeni a diétát, hanem már korábban meg kell teremteni a közel fiziologiás szintet. Mivel a már abbahagyott kezelés újraindítása komoly nehézségekkel és ellenérzésekkel járhat, lányoknál azt tartják célszerűnek, ha az egyedileg már jól beállított és tolerált diétát fenntartják, s a PKU-s nők csak a gestatio befejezése után térnek át megszorítás nélküli táplálkozásra.

A szűrés kapcsán a hyperphenilalaninaemia (HPA) differenciáldiagnózisa sok problémát jelent. Nem minden Guthrie-pozitív újszülött szenved „klasszikus” PKU-ban. Terheléses vizsgálatok (0,1 g fenilalanin testsúlykilogrammonként) lehetőséget teremtenek az elkülönítésre. (Dániában 250 000 újszülöttre 1971—1974-ben a következő gyakoriságokat találták: klasszikus PKU: 1:20 000, enyhe PKU: 1:50 000, HPA 1:25 000.)

Rendkívül fontos hangsúlyoznunk, hogy ha a születést követő 3. napon történik a mintavétel akkor hibás negatív eredménnyel kell számolnunk. Ezért a *vérétellel mindenképp meg kell várni az 5. napot*, még akkor is, ha az anyát és gyermekét már korábban elbocsátják a szülészeti intézményből!

A tanfolyam nemcsak egy-egy kérdés alapos elemzésével s az ebből megszerzhető hasznos ismeretekkel volt rendkívül hasznos számunkra, hanem — felépítésével, tárgyalásmódjával is — „iskolát” adott az oktatás, kutatás s diagnosztika nélkülözhetetlen alapelveiről és ezek egységéről.

Impresszionáló és példamutató volt a gyorsmáslott anyagok felhasználása. Egy-egy előadás előtt a legfrissebb, sokszor még nyomtatásban meg sem jelent irodalom minden résztvevőnek rendelkezésére bocsátása az előadáson elhangzottakat sokkal effektívebbé tette. (Jó lenne a hazai felső szintű oktatásban és továbbképzésben is!) A program kora reggeltől késő estig tartott, az előadásokat komoly megbeszélés követte. Az otthont adó intézet könyvtárát, a mindenkinek maga által kezelve rendelkezésre álló gyorsmáslót, s az otthont adó intézet egyéb lehetőségeit szabadon használhattuk, késő este ugyanúgy mint vasárnap.

Szerénytelenség nélkül állapíthatjuk meg, hogy a hazai Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása és a Budapesti Ikernyilvántartás komoly elismerést kaptak. Ez kötelez arra, hogy a szocialista egészségügy nyújtotta lehetőségeket még jobban kihasználjuk a magyar közegészségügy érdekében. Szükségesnek látjuk az ikernyilvántartás országosá tételét, s eljött az ideje annak is, hogy a veleszületett rendellenességek mellett minden genetikusan determinált rendellenességet, betegséget és kóros állapotot is országos kataszterbe gyűjtsünk.

A hazai genetikai tanácsadás szempontjából fontosnak tűnik és jó lenne, ha 1. egységes adat- (irodalomjegyzék-) bankkal és főleg 2. egységes laboratóriumi hálózattal rendelkeznénk. Ez utóbbi vonatkozásban nemcsak annak pontos ismeretére gondolunk, hogy hol és milyen vizsgálatokat végeznek, amelyek az öröklődő betegségek diagnosztikájában fontosak, hanem a referencia laboratóriumok meglétét is nélkülözhetetlennek ítélték meg a tanfolyamon előadó szakértők. Bizonyos vizsgálatokat pl. eleve duplikálva végeznek, két laboratóriumban. Ebben a vonatkozásban a szocialista integráció alapvető jelentőségűnek tűnik, hiszen egy ország nemcsak duplikált analízisre, hanem még egy bonyolult, költséges és ritka teszt beállítására sem mindig vállalkozhat.

A részletesebb (pl. emberi géntérképre vonatkozó) sokszorosított beszámolót az érdeklődőknek készséggel megküldjük.

Ezúton is köszönetünket fejezzük ki az Egészségügyi Minisztérium és az EVDZ illetékeseinek a tanfolyamon való részvételünk lehetőségéért, s a tanfolyam szakmai közreműködői közül elsősorban prof. M. Haugenak, a rendkívül magas színvonalért.

Czeizel Endre dr. és
Schlammadinger József dr.

A II. Nemzetközi Protézis Technológiai és Funkcionális Rehabilitációs Kongresszusról. (Cannes, 1976. márc. 28.—ápr. 2.)

A kongresszust a filmszférától ismert kongresszusi palotában rendezték. A délelőttönkénti plenáris üléseken 4—4 referátum hangzott el, kiegészítő előadásokkal és vitával. A délutáni kerekasztal-konferenciák után plenáris ülés keretében foglalták össze a moderátorok az elhangzottakat, így mindenki képet kaphatott azokról az ülésekről is, amelyeken nem tudott részt venni.

Az első téma a rokkantakkal kapcsolatos pszichológiai problémák köre volt. Ezek hátterét vizsgálva Marquardt megállapította, hogy az amputáltak 29%-a egy év után kapta meg a protézist. (A vizsgált csoportban valamennyi amputációs ok és magasság — felső végtag is — szerepelt, és nem amputációs centrumok működését tanulmányozta.) Megállapította továbbá, hogy az amputáltak 97%-ának vannak fantom érzései, de közülük 71%-nak fantom fájdalmai is vannak. Ez csak az amputációs technikával függ össze, és nincs kapcsolatban a rokkant személyiségével. Végül hangsúlyozta, hogy rossz az amputáltak pszichológiai és rehabilitációs vezetése is, hiszen jelentős hányaduk azt sem értette, hogy miért amputálták őket!

A kerekasztal-konferencián felhívták a figyelmet arra, hogy a kéznek a motoros és szenoros funk-

ción kívül szociális és emocionális funkciói is vannak, ezek nem pótolhatók protézissel, de utalnak a jó kozmetikus kivétel fontosságára.

A kocsiáll ellátott paraplegiás betegek fő problémája, hogy fel kell nézniük embertársaikra — mondta Rossier — és ezért vállalkoznak sokan inkább a kevesebb mozgást biztosító nehéz gépek viselésére. — Egy amerikai pszichológus megkérdezte a referenst, hogyan szervezi meg a pszichológiai osztály munkáját? A válasz: sehogya, a pszichológus ne szervezzen osztályt, maradjon a team tagja. Elhangzott az is, hogy amennyire helyes, hogy az orvos a team vezetője, annyira nem engedhető meg, hogy a team munkáját teljesen orvosi vonalra terelje, „gyógyítás centrikussá” váljék.

A második téma a rokkantsággal kapcsolatos szociológiai és gazdasági kérdések köre volt. Kenedi referátumában kifejtette, hogy pontos költségkihatásokat nem lehet megállapítani a különböző biztosító társaságok, kórházak, segédeszkögyártó üzemek más-más pénzügyi rendszere miatt. A kérdés kétféle módon közelíthető meg: I., a rehabilitációs költségek viszonya a rokkant megnövekvő kereseti lehetőségeihez, 2. a rehabilitációs költségek viszonya az elérhető társadalmi haszonhoz. Alapvető hibának tartja, hogy sok intézetben reaktiválás (kórházból elküldhetővé tétel) folyik rehabilitáció helyett. Ez magyarázza, hogy rossz a segédeszközök elosztása. A segédeszközt igénylők mintegy 2/3-ad része van ellátva, az ellátottak fele viszont nem használja a segédeszközt. Ez nagyon gazdaságtalan.

Otge és munkatársai és más szerzők is megállapították, hogy egy átlagos érbeteg amputált, amputációt megelőző belgyógyászati és sebészeti, majd rehabilitációs költségei megközelítik a 90 000 FF-t. Az egy betegre jutó kezelési költségek főként 1960 óta hirtelen emelkedő tendenciát mutatnak.

Tichy javasolta, hogy a segédeszközök legyenek mindenhol vámentesek. Ma még szinte sehol sem azok, még a Közös Piacon belül sem. Azt is javasolta, hogy közelítsék a hadirokkantak, üzemi balesetesek és egyéb eredetű rokkantak elbírálását, juttatásait és az elvárásokat.

Arra is felhívták a figyelmet, hogy a rosszul megválasztott segédeszköz másodlagos (mozgási szociális, emocionális és gazdasági) rokkantsághoz vezethet.

Az előadások és kerekasztal-megbeszélések eredményeként az a nézet vált általánossá, hogy a segédeszközökkel sokszor nemcsak a megváltozott fizikai képességét, hanem a sérült és környezete megváltozott viszonyát kell kompenzálni. Ezek ember alkotta helytelen környezeti viszonyok, az egészségesekeknek, főként időseknek sem előnyösek, helyes megoldásuk nem kerülne többbe, mint a jelen-

legi. (Közlekedési eszközök, lépcsős felül-, aluljárók, járdák, magasan elhelyezett ablakok, háztartás számtalan rossz megoldása, stb.). Ha a környezetet sikerülne helyesen megváltoztatni, akkor sok sérült nem kényszerülne drága segédeszközök használatára, nem érezné magát ezek által megbélyegezettnek, utóbbi ok miatt nem mondana le rehabilitációjáról.

A társadalmi szemlélete a környezeti határokhoz hasonló elkülönülést eredményez. Ez csak hosszasan neveléssel befolyásolható. A nevelőmunkában a körzeti orvosok segíthetnének sokat, ezért rehabilitációs képzésük, továbbképzésük kívánatos volna.

A segédeszközök technológiája és pszichoszociológiai vonatkozásaik témában többen segédeszköz-showt mutattak be. Legnagyobb számban orthopaediai segédeszközök szerepeltek. Bemutattak különböző háztartási segédeszközöket, alarm rendszereket, munkaeszközök módosításokat, közlekedési eszközöket is.

Alapvetően új eszközök ismertetését reprezentálja a következő két, egymástól lényegesen eltérő példa. Az OMAMI (Orthèse modulaire active des membres inférieurs) paraplegiás betegek részére szerkesztett pneumatikus járógép, amelyet elektronikus vezérlésű villanymotorok hajtanak az ízületeknek megfelelően, a normális járást utánozva, lépcsőn is. Az előadók szükségesnek érezték bizonygatni, hogy hasonló kutatások képezik a jövő útját, mert nem kétséges, hogy ezek a jelenleg még laboratóriumi próbak stádiumában levő készülékek még sokáig elérhetetlenek lesznek a paraplegiások nagy többsége részére, és csak családottságukat fogják fokozni. — A másik eszköz néhány deszkából és rúdból házilag is elkészíthető, igen praktikus fürdőkád ülőke, amelynek segítségével a rokkant egyedül be tud mászni a kádba, kerekesszékből, vagy protézisét levéve is, és még a legkisebb, házygári méretű fürdőszobákban is használható.

A kerekasztal-konferencián hangsúlyozták, hogy a rokkantak akkor fogják valóban használni a segédeszközeiket, ha bizonyos fokig saját maguk választják ki azokat. Ehhez megfelelő tájékoztatás szükséges.

Nagy szükség lenne a nemzetközi együttműködésre, ez egyben a költségeket is csökkentené. Az együttműködéshez elengedhetetlen a közös nomenclatura megteremtése, hasonló, ill. azonos szempontok szerinti értékelés és főképpen nemzetközi szabványmeretek bevezetése. Mindezek a felismerések nem ezen a kongresszuson, jóval régebben megszülettek, mégis előrelépés eddig alig történt. A fejlődéshez nélkülözhetetlen a nemzetközi szervezetek és nemzeti kormányzati aktív közreműködése.

A negyedik téma különböző rokkantsági formák funkcionális rehabilitációs problémái és ezek pszicho-

szociális vonatkozásai voltak. Simpson hangsúlyozta a testséma (a proprioceptív észleléseket foglalja magába, ebbe térd és könyök alatti protézisek is beépíthetők) és a testkép (a rokkant saját testéről kialakult, külső és belső tényezők hatására továbbra is változó elképzelése) közötti különbségtétel fontosságát. Utóbbi miatt szükséges, hogy a művégtagok kozmetikusak legyenek. Vizsgálatai szerint a férfiak 23%-ban, a nők 48%-ban inkább kozmetikus kézprotézist választottak, mint mechanikus, vagy elektromos működtetésűt.

Érdekesekek voltak azok a fejtegetések, amelyek a paraplegiások vagy kocsival, vagy ortézissel történő ellátásának előnyeit-hátrányait vizsgálták. A kerekesszék mellett foglaltak állást. A kerekesszékkel történő közlekedés igen magas színvonalát lehet elsajátítani, és kerekesszékben a rokkant kezei szabadok, ortézis viselés esetén rendszerint még álló helyzetben is mankót tart, a felállás olykor csak segítséggel sikerül, a járás közlekedésre nem alkalmas.

Az utolsó napon összefoglalók

hangzottak el a négy főtéma elnökei és a kongresszus tudományos elnöke, Rabischong részéről, és különböző rokkantszövetségek képviselői kaptak szót. Ezen a napon a francia egészségügyi miniszter, az angol rokkantügyi miniszter, a francia munkaügyi miniszter helyettese, az USA minisztériumi hatáskörű rokkantügyi hivatalának helyettes vezetője is részt vett, bizonyítva, hogy a kérdés fontosságát kormányzervek is felismerték.

A különböző országok rokkantszövetségei képviselőinek felszólalásaiban sok hasonló gondolat szerepelt. Hatékony intézkedéseket sürgettek, hangoztatták a rokkantak egymás közötti információ átadásának fontosságát, egyszerű, biztonságos segédeszközöket igényelnek.

A technikai kiállításokon nagyjából részben francia cégek állították ki termékeiket. Főleg protézisek, járókészkészülékek, sokféle kerekesszék, lélegeztető készülékek, ergometria berendezések képezték anyagát. Általános a törekvés, hogy a kombinált protéziseket térdfejes kivitelben készítsék. Jelenleg a rugós megol-

dás a leggyakoribb. Kísérleti stádiumban levő készülékeket is bemutatottak, mint pl. a már említett OMAMI-t. A kiállításról hiányoztak az otthoni életet és a munkavégzést megkönnyítő segédeszközök.

Az utolsó napon nyilvánosan elhangzott a kongresszusról néhány kritikai megjegyzés. Ezek egyike volt, hogy az egyébként kitűnő szinkron tolmácsolást a tolmácskészülékek hibái miatt nem lehetett mindig kellően hasznosítani. A számos mozgássérült résztvevő nevében jogosan kifogásolták, hogy állófogadásokat adtak a kongresszus keretében, és előfordult, hogy leülésre egyáltalán nem volt lehetőség. Azt, hogy sikeres volt a munka, a legjobban az bizonyítja, hogy a szokatlanul hosszú télből a csodálatos riviérai tavaszba csöppent hallgatóság mégis az előadások meghallgatását választotta.

Ezúton is megköszönöm munkahelyemnek és az egészségügyi kormányzatnak, hogy részvételemet a kongresszuson lehetővé tette.

Kullmann Lajos dr.

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

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

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

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

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

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján 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)





Onkológia

A melanoma malignum kezelése. Szerkesztőségi közlemény. *Lancet* 1974, II. N. 7889, 1119—1120.

Lokalizált malignus melanómák sebészi kimetszése az esetek 60—70%-ában klinikailag tünetmentes 5 éves túlélést biztosít. Az esetek jelentős részében azonban nyirokcsomó és visceralis metastasisok lépnek fel, és a sugár vagy chemoterapia eredményei általában csak időlegesen és palliatív jellegűek.

A melanoma sejtek specifikus tumorantigénnel rendelkeznek és korai megbetegedésekben a melanoma sejtek tumorantigénjeivel szemben humoralis és celluláris immunitás mutatható ki. A klinikai lefolyás is sokszor nagy változatosságot mutat, és ez is a tumorelles immunitás jelentőségére hívja fel a figyelmet. A nem specifikus immunválasz fokozása BCG adásával történik. Specifikusabb kezelésnek látszik besugárzott vagy enzimatikusan kezelt tumorsejtek és BCG együttes adása. Allergizálás történhet a felszínen fekvő, hozzáférhető tumorba vagy közvetlen környezetébe történő BCG vagy dinitrochlorobenzen (D. N. C. B.) oltásával. A felsorolt immuntherapiás eljárások azonban csak kissé növelték a túlélést. Sebészi beavatkozás előtt adott D. N. C. B. biztató eredményekkel kecsegtet. Két új cystostatikum, a DTIC és BCNU disseminált melanómások 30%-ában hatásos. Új megközelítésnek látszik cystostatikumok és immunstimulánsok egyidejű adása.

Az immuntherapia sikeres alkalmazását a gyakori szövödmények: láz, rigor, bágadtság, hányinger és étvágytalanság sokszor megnehezíti. Tumorsejtek és BCG keveréke a beadás helyén fekélyt okoz, melyből *Mycobacterium*okat lehet kitenyészteni. A véráram útján elsodródó BCG bacteriumok a májban és a tüdőben granulomákat hoznak létre. Az immuntherapia általában csak kisszámú tumorsejt ellen hatásos, ezért fontos a tumor nagy tömegének vagy sebészi eltávolítása, vagy sugárral, illetőleg chemoterapiával történő elpusztítása.

Kedvező hatás várható az immuntherapiától, ha D. N. C. B. adása után pozitív a bőrreakció, vagy ha *in vitro* lymphocytá blasztogenesis és fehérvérsejt vándorlás gátlása kimutatható.

Az immunkezeléseket csak speciális intézetekben lehet elvégezni a gyakori szövödmények miatt.

Fontos jövőbeli feladatot a leghatásosabb BCG-készítmények ki-

próbálása, az immuntherapia hatásmechanizmusának tisztázása és pontosabb kezelési tervek kidolgozása.

Füzy Márton dr.

Melanoma malignumban szenvedő betegek BCG-kezelése. R. M. Grant és mtsai. University of Glasgow. *Lancet*, 1974, No. 7889, II., 1096—1100.

A melanoma malignum humoralis és celluláris típusú tumorelles immunitást vált ki, mely a betegség előrehaladtával fokozatosan csökken. A tumorelles immunitás fokozása alapvető célkitűzése az onkológiai kezelésnek. A szerzők 10 sebészileg kezelt, recidivált és metastatizált beteget kezeltek immuntherapiával. A celluláris védekezést specifikusan besugárzott melanoma sejtek és BCG keverékének adásával, vagy a melanoma sejtek bevitelével mellett a BCG-nek direkt a tumorba történő oltásával fokozták. A nem specifikus immunizálás BCG-vel történt. A passzív immunizálást heterolog antitestekkel végezték, és az esetek egy részében — négy betegnél — az antitestekhez chlorambucilt kötöttek.

Hat betegen kifejezett klinikai javulás volt észlelhető, mely négy héttől 10 hónapig tartott. Az immuntherapia hatására hét negatív Mantoux próba pozitívvá vált, az immunoglobulin szint öt betegben emelkedett, és a vizsgált hat beteg közül öt lymphocytái a melanoma sejteket elpusztították *in vitro*. Az immuntherapia szövödményei: láz, rigor, fáradtság, granulomatosus hepatitis és tüdőgyulladás általánosak voltak, főleg ha a BCG-oltás magába a tumorba történt.

Boncolást öt betegen is végeztek. Három esetben multiplex granulomatosist, és ezek közül pedig kettőben savfestődő bacillusokat találtak.

Füzy Márton dr.

Van-e hasonlóság a kísérletes melanómák és az emberi melanómák között? Safi, N., Blanquet, P. (*Hóp. St. André, Bordeaux*).; *Rev. Inst. Pasteur Lyon*, 1974, 6, 389—394.

A szerzők emberi melanómákat hasonlítottak össze hőresög melanómával (szíriai hőresög, Moore és DMBA törzsek) radioaktív jód bevitelével, amelyet scintillációs módszerrel határoztak meg. Annak ellenére, hogy a mesterséges melanómák elég sok radioaktív anyagot halmoznak fel, az összehasonlítás mégsem lehetséges megfelelően, mert:

1. A kísérletes tumorok rendkívül gyorsan fejlődnek, fokozott sejttanyagcserével s ezért a maximális koncentráció (¹³¹I) jóval előbb bekövetkezik, mint az az emberi melanómák esetében.

2. Emberben az egyszerű melanómák túlnyomó többsége felületes elhelyezkedésű, kivéve a szem melanómáit, a melanotrop molekulák száma bennük alacsony. Szövettanilag a kísérletes melanómák nem mutatják — gyors növekedés ellenére — a malignitás jeleit és biológiailag jóval kevesebb enzimet tartalmaznak, mint az emberi daganatok.

Modellként ennek ellenére a kísérletes melanómák alkalmazhatók, de az eredmények alkalmazására vigyázni kell.

Nikodemusz István dr.

A Drosophilák (légyfaj) melanoma jellegű daganatai, vagy lehet-e az entomologia a rákkutatás szolgálatára? Lucotte, H. (*Ol. Bourg, Franciaország*).; *Rev. Inst. Pasteur Lyon*, 1974, 6, 395—408.

A melanizáció viszonylag gyakori reakció a rovaroknál. Ez a *Drosophilák* sötét daganatai esetében daganatképzéshez csatlakozik. A sötét daganatok a gerinctelen állatok messze leggyakoribb neoplasiái.

A *Drosophilák* e daganatai, örökösödő jellegűek, bár van közöttük némi különbség, mégis nagyjából két részre különíthetők el szövettanilag: a belső rész kimondottan neoplasiás jellegű, a külső kötőszöveti jellegű, amelyet a szervezet védekezésképpen a belső rész elhatárolására, betokolására fejleszt ki. E daganatokra jellemző s egyben a legértékesebb momentum, hogy a metamorphosis folyamán teljesen visszafejlődnek. E jelenség a periferián kezdődik s fokozatosan halad a közép felé. Csak melanin depók maradnak meg, a daganatmassza hegsvölvetté alakul át, tehát teljes gyógyulás.

E jelenség nem magyarázható a metamorphosis-sal járó szövetszűrésrel, sem lokális phagocytá tevékenységgel. Valószínűleg a metamorphosisal kapcsolatos neuroendokrin jellegű physiologiás folyamatok zajlanak le. (Nehéz állást foglalni a „neuro” kifejezéssel az embergyógyászat szemszögéből, elhangzott már az a túlzás is, hogy a baktériumok „stressbe” kerülnek, mindenképpen óvatossá kell lennünk. — Ref.)

Bármi lehet is a tumor-visszafejlődés magyarázata, kétségtelen a didaktikus értéke. Feltehetőleg kiterjedt kutatómunkát indít meg azon gátló vagy preventív anyagokkal kapcsolatban, amelyek a rovarok metamorphosisa során keletkeznek.

Nikodemusz István dr.

Specifikus antigének kimutatása melanómás betegek savóiban. Viza, D., Phillips, J., Bourgoin, J. J.

(Centre Léon Bérard, Lyon): Rev. Inst. Pasteur Lyon, 1974, 6, 321—324.

A szerzők általuk régebben leírt módszerrel human melanoma daganatokból kivonással és oldással felületantigént állítottak elő, a módszer hasonló a „Human-Lymphocyte-Antigen” előállításához. Az oldott kivonatot Sephadex G 75-ös oszlopon szűrték át és beadták nyulaknak. Az immunizálást 5 alkalommal végezték, majd a kapott savókat kimerítették emberi normál fehérjével (vérsavó), majd összehozták „cross-over electrophoresis” reakcióban melanomás betegek savóival; e betegek között voltak javulóban lévők (16), visszaesők (9) és olyanok (29) akikről nem voltak adatok elérhetőek. Ezenkívül 86 egyéb savót használtak, ezek részben leukémiás, kanyarós és normális egyénekétől származtak, közös tényező volt, hogy nem volt melanomájuk. A betegek savóit, amelyben a feltehetően antigen volt, 1/1, 1/3 és 1/10 hígításokban alkalmazták.

Az 54 melanomás beteg savói közül 12 adott reakciót a nyúl immunosavókkal, jelezve, hogy ezekben antigen van jelen. A 86 egyéb savó közül egy sem reagált az antitesttel.

A melanomás betegek vérében cirkuláló antigen feltehetőleg gátolja a sejt közvetített immunitást. Feltehetőleg a melanoma antigen jelenlétének a vérben diagnosztikus vagy prognosztikus értéke lesz. Carrel és Theilkaes írták le a közelmúltban, hogy melanomás betegek vizeletében tumor-antigen van jelen.

Nikodemusz István dr.

Daganat által irányított, sejtekkel átvihető immunitás és daganat szövetten összehasonlítása melanomás betegeken. Mackie, R. M. Spilg, W. G. S., Thomas, C. E. (Univ. Dept. Dermatol. Pathol. Glasgow.): Rev. Inst. Pasteur Lyon, 1974, 6, 281—290.

A szerzők 15 féle melanoma kivonat hatását vizsgálták 55 melanomás beteg és 99 egészséges véréadó perifériás vérleukocytáinak migrációjára a módosított fehérsejtvándorlási próbával. Azon betegeken, ahol tumor excíziót is végeztek, összehasonlították a leukocytá migrációs gátlást az excídatumok szövetten képeivel, úgy is, mint a prognózist jelző sajátosságával. A leukocytá migrációs gátlás a leggyakrabban olyan betegek esetében fordult elő, akiknek daganatai lapos kiterjedésűek voltak s csak a felületen terjedtek tova s az epidermisük teljesen ép volt. A felületen terjedő melanomás elváltozásban szenvedő betegek sokkal reaktívabban voltak, mint azok, akiknek lencseformájú vagy nodularis melanomáik voltak. Megállapítható tehát, hogy bizonyos fokú pozitív korreláció megfigyelhető a daganatok osztódási arányának és a daganatokat

körülvevő lymphoid sejtek aggregációjának foka között.

A kézirat lezárása óta végzett vizsgálatok is megerősítik az előző észleléseket, hogy a magas osztódási aránnyal rendelkező és ér-csatornákat képző daganatok esetében erősebb az immunreaktivitás, mint egyébként.

Nikodemusz István dr.

**A bőr depigmentációs képessége, mint az autolog malignus melanomához társult immunválasz embe-
reken.** Ikonopisov, R. L. (Center Onkol. Haematol. Szófia.): Rev. Inst. Pasteur Lyon, 1974, 6, 291—301.

A szerző tanulmányozta a bőr vitiligo-szerű depigmentációját, amelyet a betegség kezdete után lehetett tapasztalni hat melanomás betegen. A betegek közül négy férfi volt (67, 36, 58 és 51 évesek), és kettő nő (64, ill. 67 évesek). A négy férfi a Lewis szerinti II. klinikai stádiumban volt, a két nő a III-as (disseminált, de még nem generalisált) stádiumban. Valamennyinek kimutatható ellenanyag titer volt s négy cytotoxicitást mutatott a saját lymphocytákkal szemben. BCG-vakcina bevitelére a késői túlérzékenység kifejezett jeleit mutatták a bőrpróbával. Az immunválasz azt mutatja, hogy a bőr körülírt depigmentációja, amelyet több helyen lehetett tapasztalni, felléphet a melanoma fennállása idején, de utána is; ha már kezelték, ez jó jelként könyvelhető el, mert azt mutatja, hogy a megtámadott szervezet a daganat, mégpedig a saját sejtek elleni immunválaszra kész.

Valamennyi esetben sebészi beavatkozással távolították el a melanomákat; a műtétet sikerrel jártak és a betegeknél a műtétet követő 6—24 hónap alatt nem volt újabb megbetegedésük.

A szerző hangoztatja a további megfigyelések, valamint újabb esetek gyűjtésének szükségességét.

Nikodemusz István dr.

Emberi melanoma antigen tulajdonsága. Csimpánz transfer faktor hatása emberen. Hornung, M. O., Kremetz, E. T. (Cancer Assoc. New Orleans.): Rev. Inst. Pasteur Lyon, 1974, 6, 303—305.

Különböző immunizálási kísérletek eredményei alapján kiderült, hogy az emberi melanoma sejtek csak akkor jó antigen hatásúak, ha azokat élő állapotban viszik be az állati szervezetbe a Freund-féle adjuváns kísérletében. Azonban tudott dolog, hogy egyik sem alkalmazható emberen végzett kísérletes vizsgálatokban, az élő sejtek bevitelére érthetően tilos, az adjuváns viszont daganatkeltő hatású. Mindkét tényező felhasználható azonban majmokon, ponto-

sabban csimpánzokon végzett kísérletek során. Megállapítást nyert, hogy az immunizált csimpánzok specifikusan reagálnak az emberi melanoma sejtekkel szemben, az immunválasz cellularis jellegű. A csimpánzok lymphocytái 72 órán belül megtámadják és elpusztítják az emberi melanoma sejteket, de érintetlenül hagyják az ugyanattól a donortól származó bőrhámsejteket, amelyek együtt tenyészték a melanoma sejtekkel.

A szerzők megállapítják végül, hogy az egyik sejt immunválasz — a tuberkulin érzékenységgel — átvihető csimpánzról emberre. A jövőben célszerű lesz a melanoma elleni sejthez kötött immunitás átvitelének megkísérlését csimpánzról emberre.

Nikodemusz István dr.

Rosszindulatú melanoma sejtekkel reagáló ellenanyagok keresése bórdaganatos betegek savóiban. Dore J. F. és mtsai (Inst. Cancerol. Immunogénét. Villejuif, Franciaország): Rev. Inst. Pasteur Lyon, 1974, 6, 307—313.

A szerzők a rosszindulatú melanomákban jelenlevő, specifikus cytoplasma antigennel reagáló antitestek kimutatását kísérelték meg immunfluoreszcens módszerrel 68 vérsavómintából. E 68 savó közül 23 melanomában szenvedő betegből származott, 27 epitheliomás, ill. bőrrákos betegből, 8 különböző bőrelváltozásban szenvedő egyéntől és végül 10 savó kontroll volt, ezeket normális véradóktól vették. A kísérlet kétszeres vakpróbával történt, friss és tenyésztett melanoma sejtekkel, ezeket hidegen (–160 °C) vagy acetonnal rögzítették. A friss sejtekkel és a tenyésztett sejtekkel elvégzett vizsgálatok eredményei között összefüggést lehetett tapasztalni. Az adatok alapján arra lehetett következtetni, hogy az acetonnal rögzített sejtek bizonyultak antigen hatás szempontjából a legjobbnak. Mind a jóindulatú bőrelváltozásokkal rendelkező, mind a rosszindulatú melanomában szenvedő betegek savói, továbbá részben az egészséges véradókból származó kontrollsavók tartalmaztak antitesteket a friss és a tenyésztett melanoma sejtekkel szemben, pl. a 10 normál savóból 3 adott pozitív eredményt, ezért e reakció fajlagossága, illetve az antigen megbízhatósága vitatható.

Nikodemusz István dr.

A Paget-kóros csontszövet sarcomáinak szövettana. Rubens-Duval, A. (Párizs, Hôpital Bichat.): Rev. du Rhumatisme 1975, 42, 663.

Paget-kóros betegek csontszövetében mintegy harmincszor gyakrabban fordul elő sarcomás átalakulás (1%), mint általában. A szerző az irodalomban közzölt 70 esetet ismerteti röviden. Leggyakoribb az

osteogen osteoblast-sarcoma, de előfordul chondroblastos is, és az eseteknek egyharmada fibrosarcoma, valamint vegyes formák. Ritkaság a reticulosarcoma, továbbá óriássejtes sarcoma malignus formája. Nem könnyű a sarcomás metaplasia korai fölismerése, mert teljesen „ép” Pagetes csontszövet szomszédságában keletkeznek rosszindulatú góccok több helyen egyidőben. A Pagetes csontszövet bő vérellátottsága folytán a multiplex áttétképződésre való hajlam, valamint rossz prognózisuk érthető. Egyébként a Paget-kóros csontban előforduló neoplasmák nem különböznek az ép csontszövet rosszindulatú daganataitól.

Châtel Andor dr.

A Paget-kóros sarcomák. Morlock, G., Sany, J., Serre H. (Montpellier, Clinique de Rhumatologie): Rev. du Rhumatisme 1975, 42, 669.

A szerzők 311 Paget-kóros betegük között előfordult 12 sarcoma esetüket ismertetik, az irodalomban közölt ilyen betegeken tett megfigyelésekkel egybevetve. Eszerint Paget-kórban 1%-ban következik be a csontszövet sarcomás átalakulása 50 év fölött és elsősorban a felkar- és combcsontot éri, ritkán a gerincet. Kétszer gyakrabban fordul elő férfiakon, mint nőknél, a diffus Paget-kóros esetekben. Fő tünete a heves, körülírt, állandó fájdalom a gyakran dagadt helyen. Az esetek harmadában a sarcomás hosszú csontok kóros törése következik be. A gerinc vagy sacrum sarcomájánál radiculo-medullaris compressió tünetek lépnek fel. Röntgenfelvételen a corticalis rupturája és a lágyrészekbe törése látszik periostealis reactio nélkül. Biopsiás szövettani vizsgálat leggyakrabban az osteogen sarcoma három alakjának egyikét mutatja, ritkábban óriássejtes, vagy reticulosarcomát. A betegség amputatio és radiotherápia ellenére 5 éven belül halálos a legtöbb esetben.

Châtel Andor dr.

Kétoldali nephroblastomatosis. J. Bar-Ziv, M. Hirsch, M. Perlman Pediat. Radiol. 1975, 3, 85—88.

A szerzők előző közleményükben (J. Pediat. 1973, 83, 414.) öt testvér esetét ismertették, akiken gigantismus, visceromegalia, izom hypotonia, hypoglycaemia és jellegzetes arcfelépítés kapcsolódott egymáshoz. Négy betegük került boncolásra, mind a négy esetben nephromegáliát találtak, amelynek oka két esetben kétoldali nephroblastomatosis (diffus Wilms-tumor), míg multiplex metanephrikus renalis hamartoma mind a négy esetben megtalálható volt.

A hatodik testvér esetét ismertetik, aki a születés után négy nappal meghalt. A kórboncolás során a bal vesében típusos nodularis

Wilms-tumort és mindkét oldalt pedig renalis metanephrikus hamartomát és nephroblastomatosis együttesen észlelték. Az előző testvéreken leírt jellegzetes tünetek a klinikai megfigyelés során feltűnőek voltak.

Részletesen elemzik azokat a differenciál diagnosztikai jeleket, amelyek nephromegáliával járó más kórképektől — nevezetesen a familiaris cysticus dysplasia, a Beckwith-syndroma, a leukaemiás infiltratio, glycogen raktározási betegségek és a kétoldali congenitalis mesoblastikus nephroma) —, elkülönítik.

A vesében található pathologiai elváltozások (persistáló nephrogenesis, hamartoma, nephroblastomatosis és nodularis Wilms-tumor) egyidejű fennállása és családi halmozódása igazolja azt a feltételezést, hogy a Wilms-tumor residualis embryonalis nephrogen szövetből alakul ki.

Szabó László dr.

A kezdődő Wilms-tumor. J. R. Woodard, B. B. Gay, C. R. Rutherford Pediat. Radiol. 1975, 3, 81—84.

A Wilms-tumor a gyermekkor leggyakoribb malignus tumora, amelynek gyógyulása az utóbbi 30 évben 20%-ról több mint 80%-ra emelkedett. A besugárzás, a chemoterápia és a sebészeti beavatkozás eredményei a tumor klinikai állapotától nagymértékben függenek. A tumor klinikai formája függ az életkortól, tehát a korai állapotban felállított kórisme növeli a gyógyulás lehetőségét.

A Wilms-tumorok 90%-a a hasi tumor tapintásakor kerül felismerésre. Ez mutatja, hogy kicsi tumor ritkán ismerhető fel. Hemihypertrophia és congenitalis aniridia esetében mindig gondolni kell Wilms-tumor lehetőségére és az ilyen beteg állandó ellenőrzése szükséges.

A szerzők három beteg esetét ismertetik. Két congenitalis aniridiás csecsemő rendszeres vizsgálatával (urographia) és folyamatos ellenőrzésével 19 hónapos korban kórismézték a daganatot. Sebészeti, radiológiai és chemoterapiás kezelés után 7, ill. 3 év után tünetmentesek.

Harmadik betegüket azért kísérték figyelemmel, mert fiútestvérenél 3 évvel korábban Wilms-tumort találtak. A folyamatos ellenőrzés ellenére esetükben egyéves korban fellépő haematuria hívta fel a figyelmet a daganatra. Megfelelő therapia után 3 hónappal később a has másik oldalában tapintották tumort, amely miatt a sugár és Vincristin kezelésben részesült.

A kiválasztásos urographiát betegeikben félevenként végezték. Ennek ellenére a diagnosis felállítására minden esetben a hasi tumor tapintásakor került sor. A csecsemőkori pyelogram értékelése nehéz, kis daganatok kimutatására nem alkalmas. Wilms-tumorra „gyanús” csecsemőknél az első két életévben

három havonta szükséges intravénás urographia elvégzése. Nephrotomographia, a vese izotóp-vizsgálata vagy vese ultrasonographia igénybeveendő, s ha itt a legkisebb gyanú is felmerül, vese arteriographiát és/vagy exploratív laparotomiát kell végezni.

Szabó László dr.

Újszülöttkori kétoldali Wilms-tumor B—C chromosomal translocatióval. J. Giangiacomo, és mtsai: J. Pediat. 1975, 86, 98—102.

Az újszülöttkorban felismert és bizonyított Wilms-tumor ritka, különösen a kétoldali. Az elkülönítő kórisménél a Bolande és mtsai által leírt jóindulatú, sporadikus előfordulású mesoblastikus nephroma sok nehézséget és bizonytalanságot okoz.

Wilms-tumoros betegekből viszonylag gyakrabban találkozunk vele született rendellenességekkel. Miller és mtsai 440 Wilms-tumoros betegük közül 66-ban (15%) találtak congenitalis anomáliát. A chromosoma rendellenességek közül 18 trisomiában és XX/XY mosaicismushoz társulva fordult eddig elő.

A Potter-syndroma congenitalis vese fejlődési rendellenesség (egy vagy kétoldali vese agenesia, hypovagy dysplasia, polycystás vese) és extrarenalis rendellenességek (jellegzetes arcfelépítés, tüdő-hypoplasia, végtag fejlődési zavarok) egymással való kapcsolódása, amelyhez rendszerint oligohydramnion társul.

Esetük érdekessége, hogy a Potter-syndroma jellegzetes tünetcsoportja kétoldali nephroblastomával járt együtt anélkül, hogy oligohydramnion és tüdő-hypoplasia kísérte volna. Potter-syndromában eddig két/Y—21 translocatio és XX férfias külső nemiszervekkel) chromosoma aberratio ismert, míg ebben az esetben B—C translocatio volt kórismézhető. A Potter-syndromában észlelhető chromosoma-rendellenességek felderítése közelebb vihet a tünetegyüttes kialakulásának jobb megértéséhez.

(Ref.: A Potter-syndroma aetiopathogenesisében a vese fejlődési vára és a következményes oligohydramnion okozta mechanikai tényezők szerepe eddig a legelfogadottabb, különösen a Potter-arc és a tüdő-hypoplasia kialakulását tekintve. Az egyéb extrarenalis fejlődési hibák jelentkezése, chromosoma-rendellenességek kimutatása, az oligohydramnion hiánya más oki tényező(k) szerepét is felveti.)

Szabó László dr.

A bronchuscarcinoma veszélyeztető tényezői. Schmähl, D. (Institut für Toxikologie und Chemotherapie am Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg): Deutsche medizinische Wochenschrift, 1975, 100, 965—966.

A bronchuscarcinoma a szerzők szerint inhalált kémiai carcinogének eredménye. A carcinogenesis követelménye: a légutakon át a carcinogen anyag és a légúti nyálkahártya direkt kontaktusa. Az aetiológiában „kétségtől a legjelentősebb” a dohányfüst. Az inhalatio a döntő. Ennek során ugyanis a dohányfüst összetevőinek 90%-a reszorbeálódik. Jelentősebb kártevő a cigarettafüst, mint a pipa vagy a szivar füstje. Az inhalált cigarettafüst carcinogen hatását világszerte elismerik, epidemiológiai, klinikai és experimentalis adatok is bizonyítják. Mindezek ellenére nem szabad figyelmen kívül hagyni más carcinogen tényezőket sem. Aromás szénhidrogének említendők elsősorban. Bizonyos fémekkel való munka is veszélyt jelent a bronchuscarcinoma keletkezését illetően (króm, nikkel, berillium, azbeszt). Újabban derült ki több vegyületről carcinogen hatása (klórmetil-metiléter, diklór-dimetiléter). További tényező az „individualis genetikai constitutio”, amelynek alapján a szervezet egyedileg reagál bizonyos kémiai anyagokra, pl. a 3,4-benzpirénekre. Bizonyos kémiai carcinogének a dohányfüsttel synergizmusban hatnak.

Az utóbbi időben érdekes összefüggésekre bukkantak. Pl. úgy látszik, hogy az aryl-szénhidrát-hydroxylase enzim aktivitása és a dohányzók bronchuscarcinomája között összefüggés van. Ezek a vizsgálatok olyan szempontból is jelentősek — és a jövő szempontjából különösen figyelemre méltóak —, hogy megmagyarázzák egyes dohányzók rákmorbilitását, szemben másokkal.

Az előbbi adatok a megelőzés több szempontjára is rámutatnak. Elsősorban a dohányfüst inhalálása ellen kell szót emelni. Tudatosítani kell mindenkinben, hogy a levegő „tápanyag”, amelynek tisztaságára feltétlenül jobban kellene ügyelni. A dohányipar törődjön többet kevésbé veszélyes termékek előállításával. Az iparban foglalkozzanak többet a veszélyeztető tényezők csökkentésével. *Vértes László dr.*

Az intrathoracalis lymphogranulomatosis terapiája és prognosisa. R. Jungblut, H. J. Menne (Institut und Klinik für Med. Strahlenkunde, Düsseldorf): Dtsch. Med. Wschr. 1975, 100, 1219—1224.

A szerzők 117 lymphogranulomatosisos beteget figyeltek meg, illetve gyógykezelték hosszú időn át, akiknél a mediastinalis és hilaris nyirokcsomók megbetegedése állott fenn. Az intrathoracalis folyamatok kórismézése csak 13 betegen jelentett problémát, akiknek a mediastinalis vagy hilaris nyirokcsomó megnagyobbodás volt az első és egyetlen tünete. A Rye-féle beosztás szerint a betegek közül 39-et St. I.-be, 34-et St. II.-be 14-et St. III.-ba és 30-at St. IV.-be soroltak. A ke-

zelés vagy sugárterápiából, vagy sugár- és chemoterápiából állott. Három betegnél először a mediastinalis tumort eltávolították, majd chemoterápiát végeztek.

Sugárkezelés során az intrathoracalis tumorra 4000 R-et adtak le gócban. 16 betegen átlagban két éven belül recidiva lépett fel. A recidivák gyakorisága és időtartama nem mutatott összefüggést a besugárzás technikájával. A recidivák okát részben azzal magyarázzák, hogy a nagy intrathoracalis tumrok széli része nem kapott elég besugárzást, és innen indult ki a recidiva.

Sebézi beavatkozásnak diagnosztikus célzaton túl nem látják jelentőségét. Chemoterápiának, főleg polychemoterápiának a IIIB és IV. stádiumban látják abszolút javallatát. Hangsúlyozzák azonban, hogy a chemoterapia indikációjában nem szabad merevnek lenni. A St. I. és IIA kivételével minden esetben lehetőség nyílik és szükséges chemoterápiás kezelés. Polychemoterápiaként vincristin, cyclophosphamid, procarbazin és prednison kombinációját hat ciklusban 14 napos szünetekkel hat hónapon át, fenntartó kezelésre pedig chlorambucilt javasolnak.

Betegeik statisztikailag korrigált öt éves túlélése 45%, 10 éves pedig 27%. A halálozási arány az első években igen magas, majd csökken, és a túlélési görbe lefutása az alkalmazott terapiától függetlenül látszik.

Füzy Márton dr.

Okozhat-e rákot progesteron elégtelenség? P. Mauvais-Jarvis, F. Kuttann (Paris): La nouvelle Presse Médicale, 1975, 4, 323—326.

Az oestrogen — progesteron hormonpár hatását váltakozás és synergizmus jellemzi. Az oestrogen stimulálja a célszervek (uterus, emlő stb.) sejtproliferációját, a progesteron elősegíti a szervek mirigyműködését. A két hatóanyag mennyiségi és időbeli összjátéka eredményezi a normális szervműködést. Minden kiegyensúlyozatlanság szöveti displasiára, dysmorfhiára vezet (különösen a méh és az emlő vonatkozásában). A valóságban ez az egyensúly zavar a progesteron elégtelenség következménye — legyen ez akár fiziológias (pubertas, praemenopausa), akár pathológias. A kísérleti vizsgálatok megengedik azt a feltételezést, hogy ez a hormonzavar a praemenopausában praedispozíciós talajt teremt a genitális rák megjelenéséhez (endometrium és esetleg emlő). A szerzők vizsgálati rámutattak a női nemi szervek szöveti displasiájának megelőzésében a praemenopausa progesteron kezelés jelentőségére.

A szerzők részletesen foglalkoznak az oestrogen és progesteron hatásával mind a méh, mind az emlő vonatkozásában, majd taglalják a női nemi szervek rákja és a

szexuális hormonok közötti összefüggéseket. Az emberi pathológiában tett megfigyelések, valamint az állatkísérletek eredményei arra utalnak, hogy az oestrogenektív egyensúlyzavar elősegíti a genitális rák fejlődését, tehát hormonbetegségnek tekintendő, amely beavatkozást tesz szükségessé.

A szerzők a kezelés mikéntjére nem térnek ki, ehelyett utalnak korábban megjelent közleményeikre.

Patat Pál dr.

Oestrogen receptorok emlőrákban. Leclercq, G. és mtsai. (Dept. of Med. Surg. and Laboratory of Clin. Invest. Inst. Jules Bordet, Centre des Tumeurs de L'Univ. Libre de Bruxelles): Brit. Med. Journ. 1975, 1, 185—189.

A szerzők emlőrákokban vizsgálták az oestrogen receptorok előfordulását. Vizsgálataik anyagát 214 primer daganat és 168 metastasis képezte. A metastasisok nyirokmirigyekből, májból, csontból, bőrből származtak. Az oestrogen receptorok kimutatására 1973-ban közölt eljárásukat alkalmazták. A 214 primer tumor 73%-ban, a metastasisoknak pedig 58%-ában tudtak oestrogen receptorokat kimutatni. Vizsgálataik második szakaszában primer tumorok 82%-ában és a metastasisok 70%-ában találtak oestrogen receptorokat. A szerzők véleménye szerint az emlőrákok legjobban oestrogen receptoraik mennyisége szerint osztályozhatók, s e rákok közti különbségek is az oestrogen receptoraik mennyiségével állnak összefüggésben. A primer daganat és a hónalji nyirokcsomóban levő metastasis oestrogen receptor szempontjából mindig azonos. Szerzők szerint vizsgálataik alapján ma már nem lehet kérdés az emlőrák hormondependenciája, s szerintük ezután már csak a hormon dependencia különböző fokáról lehet szó.

Váczy László dr.

Komplex angiographiás vizsgálatok teljesítőképessége nőgyógyászati tumorrecidivák kimutatásában. K. Köhler, H. Platzbecker, H. Fritz (Radiologische Klinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus” Dresden): Der Radiologie 1975, 15, 27—36.

A röntgendiagnosztika jelentősége a nőgyógyászati tumor-kimutatásban az angiographiás eljárások bevezetése óta megnőtt. Számos szerző foglalkozott a kismencei arteriographia, phlebographia és lymphographia ezirányú alkalmazásának lehetőségeivel. A biztató eredmények ellenére ezek a vizsgálmódszerek rutinszerűen nem terjedtek el, különösképpen pedig kihasználatlanok a recidiv tumorok diagnosztikájában. A hagyományos inspectio és palpatio kiválasztásos urographiával kiegészítve nagyon sok tévedési lehető-

séggel jár. A szerzők 8 év alatt 250 esetben végeztek angiographiát nőgyógyászati tumorrecidiva irányában. Ezek között 200 komplex vizsgálat volt. A komplex angiographiás vizsgálat globalis kismendecei arteriographiával kezdődik, amit szükség szerint selectiv töltéssel egészítenek ki. Ugyanezen ülésben elvégzik a medencei phlebographiát is. A következő napon történik a lymphographia, és ha ennek lelete szükségessé teszi, a vena lumbalis ascendens selectiv töltésével végzett phlebographia. A recidiv tumor kritériumait az arteriographia, phlebographia és lymphographia felvételein részletesen elemzik és táblázatokban összegezik. Természetesen a lymphographiáé a döntő szerep nyirokúti áttétek kimutatásában, az arteriographia pedig a helyi recidivák felismerésében elsőrendű jelentőségű.

A komplex angiographia fenti formája a szerzők anyagában értékes eljárásnak bizonyult, diagnosztikus biztonsága kerekén 90%. Megfelelően felszerelt intézetben, helyes technikával a vizsgálatoknak komoly szövődménye nincs. Alkalmazási területe elsősorban a portio- és corpusrák, valamint a ritkábban előforduló, de erősen vascularis genitális sarcomák. Az ovarium, hüvely és vulvarák vizsgálatában a komplex angiographia jelentősége kisebb. Álnegatív és álpozitív eredmények előfordulnak, de a klinikai adatokkal együtt értékelt eredmény a legtöbb esetben egyértelmű kórismét biztosít.

Lacszay András dr.

Percutan pancreas aspirációs biopsia ultrahang vezetés mellett. Smith, E. H. és mtsai: New Engl. Jour. Med., 1975, 292, 825.

Az USA-ban a pancreas carcinoma a daganatos halálok között a negyedik helyen áll, s a nagyon rossz prognózis a diagnosztikai munka javítására ösztönöz. A speciális ultrahang transducer lehetővé teszi a biopsiás tű pontos lokalizációját, s a pancreas aspirációs biopsia elvégzését.

A szerzők részletesen ismertetik a biopsia technikáját. 7 betegten végeztek ultrahang vezetés mellett aspirációs biopsiát. 6 bizonyított pancreas carcinomából 5 esetben igazolta a vizsgálat a carcinomát, 1 esetben P III. volt a cytológiai lelet.

A vizsgálatnál vékony (23-as) tűt használtak. Egy esetükben a biopsia után 2 nappal kevés vér távozott a széklettel, a haematocrit érték azonban nem csökkent. 3 betegükön néhány órával a biopsia utáni explorációnál a punctio helyét nem találták, 1 betegükön laparoscopiát végeztek, ahol szintén nem látták a punctio helyét. Bár mások sem számolnak be komplikációról, ez a kérdés még további vizsgálatot igényel.

A máj és bél sérülések inkább elméletiek, mivel a biopsiás tű vékonyabb, mint a sebészeti varrótűk. Ugyancsak nem jelent gyakorlatilag veszélyt a biopsia kapcsán elméletileg feltételezhető disseminatio.

A negatív lelet nem zárja ki a pancreas carcinoma lehetőségét, pozitív eset eldönti a diagnózist.

A szerzők által ismertetett eljárás komoly segítséget nyújthat a pancreas carcinoma diagnosztikájában.

Figus I. Albert dr.

A pancreas szigetsejtes carcinomája. — Cubilla, A. L., S. I. Hajdú (Dept. of Pathol., Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY 10021, USA): Arch. Pathol., 1975, 99, 204—207.

A századforduló óta ismert a szigetsejtes pancreas carcinoma létezése, de még ma is számos probléma merül fel ezzel a nem túlzottan gyakori (a szerzők intézetében a pancreas carcinomák 1/10-a) daganattal kapcsolatban, elsősorban functionáló vagy nem functionáló jellegüket illetően.

A New York-i szerzők 25 év alatt 32 szigetsejt-tumort észleltek, s ebből 30-at tudtak részletesen feldolgozni. 14 beteg boncolásra is került. A betegek átlagos életkora 44 év volt (8—76 év között), 17 volt a férfi és 13 a nőbeteg. A tumor többségében a pancreas testi és farki részében helyezkedett el, s 25 esetben nagysága meghaladta a 6 cm-t.

A klinikai tünetek közül az epigastriális fájdalom, az icterus, a hypoglycaemia dominált, diabetes klinikai jeleit 1 esetben észlelték, másik 4 betegnek többször volt hyperglycaemiás roszulléte, valamennyien nők voltak. A hyperglycaemia 144—210 mg¹⁰⁰-os vércukorszinttel manifesztálódott. Zollinger—Ellison syndromát is találtak 3 esetben, a betegek közül 2 él a diagnosis megállapításától számítva 3 és 5 év múlva. A terápiát illetően 20 beteg adatai állnak rendelkezésre. 12 betegten műtét történt, később irradiációt és chemoterápiát is alkalmaztak, átlagos túlélés 4,5 év. Irradiációs és chemoterápiás kezelést együttesen 6 betegten végeztek, átlagos élettartamuk 2,7 év volt. A csak stereotaxotocinnal kezelt 2 beteg 5 és 8 hónap múlva halt meg.

A vitatott kérdést (morphológiai és functionális activitas) a szerzők saját anyaguk alapján nem tudták eldönteni, s más szerzőktől eltérően a saját anyagban a nem functionáló tumorok voltak többségben. A vascularis és perineuralis invasio értékes segítség a malignitas eldöntésében, úgyszintén az encapsulatio és pseudoencapsulatio is, de ezek nem abszolút biztos kritériumok, végső fokon a metastasis jelenléte dönt. 28 betegből 21-ben, tehát döntő többségben a májban találtak metastasist, 19 esetben a nyirokcsomókban (regionálisan 13

esetben), kisebb számban a csonokban, peritoneumon és a tüdőben. Annak ellenére, hogy a tumor a legtöbb esetben elég korán vezet metastasis-képződéshez, a szerzők betegeinek átlagos túlélése 3,9 év volt, ezért a correct diagnosisra való törekedésen kívüli optimális terápiára is kell törekedni. 8 betegük túlélése feltűnően hosszú, 4 beteg 5 éve, 3 beteg 7 éve él, 1 beteg pedig biztosan májmetastasisal már 12 éve.

Iványi János dr.

Szemészet

Functionalisan gyógyítható-e a vele született strabismus convergens? Taylor, D. M.: Journal of Pediatric Ophthalmology 1974, 11, 3—35.

Ha macskáknak és majmoknak életük első heteiben hónapokig le-takarjuk az egyik szemét, akkor a látókéregben és a corpus geniculatum lateraleban anatómiai elváltozásokat, sejttrophiát és degenerációt találunk. Az élet 4—6. hetében már a 6 napig tartó oclusio is elegendő ahhoz, hogy ez az elváltozás létrejöhön. Hasonló mechanizmust sejt-hetünk azon csecsemőkön is, akiknek vele született strabismus vagy egyoldali szürkehályogja van.

A vele született kancsalság kezelését illetőleg jelenleg két különböző nézet uralkodik. Az egyik szerint nem sok sikert ígérő a korai operáció, mivel az ismeretlen aetiologiájú strabismusnak a komplex neurológiai problémája egyszerű mechanikus correctióval nem szüntethető meg és operálni csak akkor szabad, ha pontos diagnózist állíthatunk fel. A másik elgondolás előnyben részesíti a korai műtétet, mert a központi idegrendszerben a visualis élnyomás súlyos irreversibilis elváltozásokat idézhet elő.

A szerző a második theoria mellett foglal állást. A második életév után 102 gyermekben talált vele született strabismus convergens és megoperálta. 16 évvel később a megvizsgáltakon nem tudott megfigyelni tropiát vagy phoriát. Az egyes eseteket nagyon pontosan analysálta. Ezekkel a késői esetekkel szemben áll a 3—23 hónap között elvégzett azon 50 korai operáció, amelyeket a 25 és 80 prismadioptria miatti convergens kancsalsági szög nagysága miatt csinált. 20 esetben maradék kancsalsági szög maradt vissza, 30 esetben phoria volt látható részben jó stereolátással. 77—93%-ban végeredményként Parks-szerinti „monofixatiós syndroma” jött létre. A stereofunctio centralis scotoma nagyságától függött.

A vele született kancsalságnak aetiologiaiailag két különböző típusa létezik, egyik a paretikus vagy paralytikus, és a másik a tonikus convergens-típus. Kérdéses, hogy a congenitalis strabismus a születéskor fennáll-e vagy csak az élet első napjaiban, hónapjaiban fejlődik ki.

Molnár Lajos dr.

A penalisatio indiciója a kisgyermekkori kancsalság kezelésében. W. Haase.: *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1974, 165, 714—724.

A kancsalság gyógyításában a Pfandl — alkalmazta arteficiális anisometropiás terapia használata mind nagyobb teret hódít. A szerző 1000-nél több esetet figyelt meg és főleg a közeli penalisatióval ért el eredményeket.

Francia szerzők a következő indiciók alapján javasolják a penalisatiót: 1. Az anomalis retinalis correspondencia kezelése és prophylaxisa. 2. Az amblyopia kezelése és prophylaxisa. 3. A convergens kancsalság accomodatíója komponensének a megszüntetése és a refractiós anomalia manifestációjának a correctiója.

A szerző tapasztalata alapján 3 éves korban vagy később a közeli penalisatio egyedül nem vezet normális retinalis correspondentiához, ezért a módszer hatásosságának megismerése végett 10 fő jó monocularis és binocularis látással rendelkező fiatal felnőttön vizsgálta a visust, accomodatíót, convergentiát, simultan-perceptíót, fusiót és a stereolátást. Megállapította, hogy az egyik szembe atropin-adásával az accomodatíó kikapcsolható, a másik oldal pedig a túlcorrectio miatt nem kényszerül az accomodatíóra. Ezáltal lehetővé válik az anomalis sensoros kapcsolatok megszüntetése.

A refractiós anomáliák kapcsán 12 hónapi penalisatio után 9 éves korig 58%-ban ért el eredményt, 9 év felett csak 39%-ban. A myopia kezelése nem contraindikált. Jó eredményt látott az anisometropia esetében. A kancsalsági szög 40%-ban szűnt meg, több esetben csökkent, viszont a prismával való egyidejű terapia kapcsán néha nagyobb lett. A távoli accomodatíó — convergentia reflex nem — harmónikus működése esetében 15 hónapos közeli penalisatio után kb. 80%-ban találta, hogy a közeli és a távoli fixálás alkalmával a kancsalsági szögben differencia nem állt fent. Amblyopia esetében az eredmény 75%-os. Ha excentrikus fixatio kapcsán más terapia nem volt végezhető, akkor a közeli penalisatiót kezdte el. Anomalis correspondencia esetében a penalisatio egyedül ritkán vezet eredményre. Prismát is kell alkalmazni és így kb. 75%-ban lehet eredményt elérni. Ez függ a kortól. Alkalmazható a microstrabismus esetében is.

Tehát e módszer általában jól alkalmazható excentrikus fixatio alkalmával, bár ilyenkor előzőleg meg kell próbálni a teljes oclusiós terapiát.

E methodusnak nagy előnye más módszerrel szemben az, hogy az „occlusiós-kezelés” kapcsán keletkező iatrogen ártalom nem lép fel, sőt közepes és kismértékű amblyopiánál a legjobb és a legcélravezetőbb terapia.

Molnár Lajos dr.

Rheumatológia

Osteoclast inclusions Paget-kóros betegekben. Rebel, A. és mtsai (Laboratoire de histologie, Centre Hospital. Universitaire, Angers.): *Rev. du Rhumatisme* 1975, 42, 637.

35 Paget-kóros beteg csontszövetének elektronmikroszkópos vizsgálata intranuclearis és intra-cytoplasmicus inclusions jelenlétét mutatta, ami az osteoclastok legspecifikusabb anomáliája. Ezen inclusions analógok más betegségekben megfigyelttel, melyeknek vírus-aetiológiája jelenleg sok vita tárgyát képezi:

Châtel Andor dr.

Paget-kóros betegek csontjainak vérkeringése. Albert, J., Mazieres, B. (Toulouse, Service de medicine et de Rheumatologie.): *Revue du Rhumat.* 1975, 42, 643.

Más szerzők és saját vizsgálataik alapján megállapítják, hogy a Paget-kóros betegek vérkeringése mérőben különbözik a normálistól. Míg a periostalis és corticalis keringés a nagyerekben és hajszálerekben egyaránt fokozott, addig a csontvelő vérellátása fibrosis és stasis folytán akadályozott. Ez a megfigyelés a betegség vascularis eredetének elméletére utal.

Châtel Andor dr.

Az agy vérellátásának ultrahang vizsgálata Paget-kóros betegekben. Blotman, F. és mtsai (Montpellier, Service de Consultation de Rheumatologie.): *Rev. du Rhumatisme*, 1975, 42, 647.

A szerzők 12 beteg agyi vérkeringését vizsgálták a Doppler-effektus felhasználásával. Megállapították, hogy a carotis externa és ágainak hypervascularisatiója áll fenn. Bár kevés beteget vizsgáltak, úgy látszik, hogy az ultrahang Doppler-effektusa alapján megfigyelhető vérkeringés változások és a hydroxyprolinuria, valamint az alkalisus phosphatasaemia között correlatio áll fenn. Ennek alapján objektíve megítélhető a beteg mindenkori állapota és valamely terapia hatásossága. Az eljárás az angiographiához hasonlítva egyszerű és a beteget semmiképp sem veszi igénybe.

Châtel Andor dr.

Klinikai egység-e a varus deformitással járó térdarthrosis? J. Stepan és mtsai (Rheumatológiai Intézet, Prága): *Zeitschrift für Rheumatologie* 1975, 34, 123—134.

Az alsó végtagok varoid állása gyermekeken 2 éves korig fiziologian is előfordul. A varus állású térd mint primer congenitalis syndroma, túlnyomórészt genetikus eredetű. A genu varum gyermekkori másodlagos formája különböző okok (rachitis, obesitas) következtében lép fel, míg adolescens típusú

traumák, Paget-kór, gyulladások, tumorok, benuások és késői rachitis következtében jöhet létre.

Felnötteken ismeretes a térdarthrosissal együttjáró genu varum. A szerzők abból a feltételezésből indultak ki, hogy a varus deformitással járó térdarthrosis (a továbbiakban VTA) egy önálló klinikai egység. Ennek bizonyítása céljából komplex (klinikai, epidemiológiai, anyagcsere és radiológiai) vizsgálatokat végeztek. Kontroll csoportokként varusos térdízület nélküli „egyszerű” térdarthrosisos betegek, piknikus habitusú térdarthrosisos nöbetegek, steroidokkal nem kezelt rheumatoid arthritises betegek és egészséges egyének szerepeltek.

Az anyagcserevizsgálatokat összesen 633 egyénen végezték. Ezek során megfigyelték a vizeletben a calcium, foszfor, nitrogén és oxyprolin kiválasztását és ezen anyagoknak az egymáshoz való viszonyait. Vizsgálták ezenkívül a calcium terhelést, a szérum calcium és foszfor szintjét, valamint a szérum calcium és foszfor viszonyát. Histológiai vizsgálatként 4 betegen csontszövet vizsgálat történt. A radiológiai vizsgálatok során több mint 50 különböző röntgen jelet figyeltek és értékelték.

A szerzők feldolgozták 30 VTA-s betegük különféle klinikai adatait is. Feltűnő volt, hogy az anamnézisben 90%-uknál statikai terheléssel járó munka, 83,3%-uknál megnövekedett testsúly szerepelt. A térdízületi fájdalmak az 50. életév fölött — a varusos elváltozás fellépte után 2—31 évvel később — jelentkeztek. Az esetek 2/3-ában az alsó végtagokon súlyos varix syndromát és recidiváló phlebitist találtak.

A laboratóriumi vizsgálatok során feltűnő volt, hogy a VTA csoportban volt a legkisebb a naponta kiválasztott vizeletmennyiség. Ezen betegeknek relative alacsony calcium mutatók és ők retineálták legjobban az iv. beadott calciumot. A VTA-ban szenvedő betegeknek a calcium iv. beadása után csökkent az oxyprolinnak a nitrogénnek a vizeletből való kiválasztása. Ez a betegcsoport választotta ki aránylag a legkevesebb foszfort az iv. calcium beadását követő napon (az egészséges kontrollokhoz és a varus nélküli gonarthrosisos csoporthoz viszonyítva). A histológiai vizsgálatok osteomalacia jelenlétét nem támasztották alá.

A radiológiai vizsgálatok során jellegzetes röntgen jelek mutatkoztak, amik elkülöníthetőek voltak az „egyszerű” térdarthrosis tüneteitől. A szerzők munkájukban 3 radiológiai lefolyási típust különítenek el. Az első a tisztán degeneratív forma, a másodikban a medialis condylus osteonecrosis, esetleg lysis is kialakulhat, míg a harmadiknál a térdízület varus állásán kívül az ízületben a tibianak a medialis irányba történő jelentős subluxatiója is fellép.

A szerzők szerint a VTA önálló

klinikai egység, ami még további tanulmányozásra szorul. Az elváltóság létrejöttében a csontszövet elsőrendű szerepet játszik. Kifejlődésében az anyagcserezavaroknak van jelentőségük: az elváltozás kezdete a betegek vízháztartásában levő zavar lenne, a calcium a folyamatban domináns szereppel rendelkezik.

Szirtes László dr.

Toxicomania

A kábítószerélvezők hepatitisze. H. W. Aenishänslin és mtsal: Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 857.

A szerzők 44 eset eredményeit közlik, a betegeket tartósan ellenőrizték klinikai és biokémiai szempontból. Valamennyi esetükben a májpunctatum histológiai vizsgálata is támogatta a diagnózist, az esetek többségében kontroll-biopsia is történt, egy vagy két ízben.

Az ellenőrzés időtartama 3 év volt, az első májbiopsia a kábítószer-használat kezdetétől számítva átlagosan 28,8 hónappal később történt.

A betegek egy része p. os, más része i. v. használt különböző kábítószereket: hasist, LSD-t, mescalint, amphetamint, ópiátokat, heroint. A fertőzés módja feltételezhetően részben orális, részben inculatiós, sexualis, rovarok által közvetített, illetve egy esetben a tetoválás volt. 30 beteg anamnesisében szerepelt a kábítószer-használat kezdete óta lezajlott sárgaság.

Klinikai felosztást és histológiai felosztást is közölnek eseteikről. Klinikai felosztásuk a következő: acut virushepatitis (2 eset), virushepatitis késői stádiumban (3 eset), virushepatitis maradványállapota (3 eset), hippí-hepatitis: a virushepatitis bizonyos formája, amelyet piecemeal-nekrosizosok, így a chr. hepatitisbe való átmenet szövettani tünetei jellemeznek (12 eset), chr. persistáló hepatitis (20 eset), chr. aggresszív hepatitis különböző szöveti aktivitási jelekkel (3 eset), nem specifikus reaktív hepatitis (1 eset). Ehhez a klinikai felosztáshoz jellegzetes szövettani kritériumok tartoznak. Feltűnő az egész csoportban a viszonylag nagy arányban előforduló panaszmentesség és normális fizikális lelet. A májfunkciók közül a transaminázék emelkedése nevezhető általánosnak, bár nem súlyos mértékben. Au antigén pozitív eset a 44-ből 14 volt, ebből 6 a hippí-hepatitis eseteivel, 2 a chr. aggresszív hepatitis eseteivel esik egybe.

Az intravénás kábítószer-élvezők 30–80%-a betegszik meg virushepatitisben irodalmi adatok szerint. Hogy elsőrendű szerepet ebben a megbetegedésben a hepatitisvírus játsza, bizonyított, ugyanis az Au. ag. pozitív esetek aránya viszonylag magas. Ma is vitatják a használt drogok hepatotoxicitását. A chronikussá váló hepatitisek ará-

nya szerzők és az irodalom anyagában is igen magas, jelen esetben 23:44, amely messze meghaladja a normál populációban megfigyelt chronikussá válás arányát (10–15%). Nem szervspecifikus antitestek viszonylag magas titerét a chr. persistáló hepatitisben észlelték, jelentősége azonban még nem ismert.

A szerzők betegcsoportjukban súlyos, vagy rosszindulatú lefolyású esetet nem észleltek. Míg a populációra általában jellemző az aggresszív típusú chronikus hepatitis viszonylag gyors progressziója kezelés nélkül, ilyen megfigyelésről betegcsoportjukban nem tudnak beszámolni. Kétségtelen, hogy a kábítószer-megvonás után is eseteik többségében változatlanul maradtak a szöveti jelek. Anyaguk alapján az is egyértelműnek látszik, hogy a hepatitis chronikus formái kábítószer-élvezőkön jóval gyakoribbak, mint a megfelelő kontrollcsoportokban. A szerzők véleménye szerint mindezen tények azonban nem elegendőek ahhoz, hogy végleges véleményt lehessen nyilvánítani a kábítószer-élvezők hepatitisének prognózisáról.

Horváth Tünde dr.

Wuppertali tanulók tapasztalatai kábítószerrel. Malhotra, M. K. (Gesamthochsch. Wuppertal.) Öff. Gesundh. Wes. 1974, 36, 256–271.

1972–1973 telén 705 diákot, wuppertali reál-, polgári iskola (hasonló a régi polgári iskolához nálunk) gimnázium és szakiskola növendékét (13–22 év között) kérdőív segítségével megkérdezték kábítószerrel kapcsolatos ismereteik és saját tapasztalataik iránt. A tanulók 10,4%-ának (lányok 7,5, fiúk 13,9%) voltak személyes tapasztalatai a kábítószerrel, leginkább a gimnazistáknak (17,9%). A polgári iskolákban a lányok fogyasztottak inkább kábítószer, a többi típusú iskolákban a fiúk. Leginkább 14–16 éves korban izlelték meg a kábítószerrel először. A legismertebb (elterjedtebb) drog a Cannabis volt (indiai kender, alkaloidja a hasis), erről a fogyasztók 90%-a tudott. A leggyakrabban kisebb baráti körökben éltek a drogok szenvedélyének. A legtöbbször a kábítószerrel felkínálták, csak kevesen voltak rá eredetileg kíváncsiak. A drogokról a vélemények megoszlottak, de a legtöbben tudták káros voltukat. A kábítószerfogyasztás okai voltak: menekülés a problémáktól, rendezetlen családi körülmények, kíváncsiság, kábítószer-kereskedők által végzett félrevezetés, jellemhiány, szellemi gyengeség.

A középrétegekből, dolgozó anyával rendelkező családokból, vagy hiányos családokból (válás) származó gyermekek viszonylag többen voltak kábítószer-élvezők, mint más rétegekből, csoportokból származók. Akik csak ismerték a drogokat, azok között is több olyan

akadt, akik családi körülményei rendezetlenek voltak, ahol ellentétek voltak a nemzedékek között. A kábítószer fogyasztók inkább barátaikkal beszéltek meg problémáikat, mint családjukkal. Ezek inkább hajlottak a liberális, baloldali pártok felé, míg a nem fogyasztók között több volt a vallásos egyén.

A szerző hangsúlyozza, hogy minden statisztikai adat szignifikáns volt. Nikodemusz István dr.

Heveny subarachnoidális vérzés. K. York Chynn (Department of Radiology, Columbia University, New York): JAMA, 1975, 233, 55–56.

A szerző különös korokú acut subarachnoidális haemorrhagia kialakulását írja le egy 19 éves leánynál, aki marihuana-cigaretét szívott, amphetamint és cocaint szedett orálsan. Stuporosus állapotban jobboldali hemiparesissal került felvételre az intenzív részlegre. Fájdalmas, ingerekre elhárító mozgásokkal reagált. A fej és a szemek balra conjugáltan deviáltak. J. o. kif. Babinski jel. Mko. a funduson congestio haemorrhagica és exsudatum nélkül. Vérnyomás, pulsus normális, illetve 160/100 Hgmm, 92/min. volt. Vérkép, Ekg, EEG, Echo-EG, kponya Rtg eltérés nélkül. A lumbalis liquor masszívan véres. A b. o. carotis angiogrammon sajtószerű rózsaformájú képet látott; felváltva vasoconstrictiókkal, vasodilatációkkal az a. cerebri media insularis és opercularis ágrendszerén. Az a. cerebri media keringési ideje megnyúlt. 5 nappal később végzett b. o.-i vertebralis és j. o.-i carotis angiogrammon hasonló, de enyhébb fokú elváltozások voltak észlelhetők. A beszéltől számított 16 nap múlva végzett carotis angiographia normális viszonyokat ábrázolt. A beteg állapota fokozatosan javult (dexametazon terápiaiban és fizioterápiás kezelésben részesült). Minimális jo-i hemiparesis és aphasia maradt vissza.

A szerző az irodalmi adatok és saját esetük elemzése során arra a valószínű következtetésre jut, hogy feltételezhetően antigen-antitest reakción alapuló hypersensitiv vasculitis kialakulása jelenti a fő pathogen mechanizmust. Az irodalomban fatális kimenetelű eseteket is leírnak diffus petechialis vérzésekkel, subduralis, subarachnoidális vérzésekkel, acut hydrocephalussal, kamratágulattal. A vérzések kialakulásában jelentős szerephez juthat az amphetamin és derivatumai sympathomimetikus hatása következtében kialakuló átmeneti vérnyomásemelkedés is! Az irodalmi adatok és saját esetük kapcsán is hangsúlyozzák a szerzők a korán elvégzett angiographia jelentőségét és differenciáldiagnosztikus szerepét.

(Ref.: az amphetaminnal és származékaival történő visszaélés külö-

nősen fiatal élvezőkön kiválthat súlyos neurológiai tünete csoportot, ennek diagnosizálásában, valamint a szóbajöhető kórképek differenciálásában nyújthat hasznos útmutatót a fenti tények ismerete!)

Kovács Miklós dr.

Véralvadás

Halálos postoperatív tüdőembolia megelőzése heparin kis adagjaival. — Internacionális multicentrikus kísérlet. — Összeállította: Kakkar, V. V. (Dept. Surg., King's College Hospital Med. School, Denmark Hill, London SE5 8RX, England): Lancet, 1975, II, 45—51.

A sebészek hosszabb időn át idegenkedtek a kisadagú heparin alkalmazásától preventív céllal. Részben a hatékonyságról nem voltak meggyőződve, részben a heparin okozta vérzésektől félték. Kakkar, az úttörő, a világ minden részéből 28 sebészeti intézetet vont be egy terápiás kísérletbe, s az értékelhető 4121 beteg adatait tartalmazza ez a beszámoló.

Egységes szempontok (randomizált beteganyag, 40 évnél idősebb betegek, azonos rizikófaktorok, műtét előtt 2 órával, majd 8 óránként 7 napig subcutan adott calcium heparin — „Calciparine, Laboratoire Choay, Paris — szerint összeállított beteganyagban nagyjából és megközelítően azonos számú és típusú műtétek (gyomor, cholecystectomy, nőgyógyászati műtétek) szerepeltek.

A 4121 betegből 100 kontroll csoportba tartozó és 80 heparinozott beteg halt meg, sectio azonos százalékból. *Fatális tüdőembolia a kontrollok között 16 esetben, a heparinozottak között 2 esetben fordult elő.* A halálos esetekben a nem szerinti megoszlás teljesen azonos volt a két csoportban, az átlagos életkor is nagyjában azonos volt (69, illetve 71 év). *A műtét és a halál közötti idő a kontroll csoportban 14 nap, a heparinozottak között 2 nap volt, ez utóbbi felveti azt a lehetőséget, hogy már a terápia indulásakor megvolt klinikai tünetek nélkül az emboliáért felelős thrombosis.* *Mélyvénás thrombosis klinikailag a kontroll csoportban 81 esetben, a heparinos betegek között 39 esetben volt kimutatható, izotópos módszerrel 164 esetben a heparinos csoport 48 esetével szemben. 52 betegnek kétoldali thrombosisa volt, 47 esett a kontrollokra és csak 5 a heparinosokra. 30 betegben sectio igazolta a mélyvénás thrombosisot, közülük 24 esett a kontroll csoport betegeire, 6 a heparinozottakra, de utóbbiak között egyben sem találtak iliacalis thrombosisot.*

2045 heparinozott betegből 70 betegben (3,4%) kellett a heparin adását leállítani, többségben az első 3 napon. 25 esetben postope-

ratív sebhaematoma, 20 esetben postoperatív vérvesztés volt a terapia leállításának oka. A vérzést összesítő adatok szerint (operatív és postoperatív vérzés) 1475 betegnek volt valamilyen vérzése, de ez szám szerint azonos volt mindkét csoportban, s a transfúzióra került 202 beteg is azonos számban került ki a két csoportból. A rendkívüli gondnal összeállított és megtervezett terápiás kísérlet eredményeit Londonban computerrel értékelték, s az eredmények alapján Kakkar joggal úgy vélheti, megnyerte a csatát a sebészek között, s a kisadagú subcutan adott 7 napos heparin kezelés polgárjogot nyer a gyógyításban.

Iványi János dr.

A mélyvénás thrombosis kezelése streptokinaseval. F. Duckert és mtsai (Department of Internal Medicine, Kantonospital, Basel): Brit. Med. Jour. 1975, I, 479—481.

A mélyvénás elzáródások hatásos terápiájával, a vénás rendszer mielőbbi recanalizációjával megelőzhetők a billentyűdestrukciók és a chronikus vénás insufficienciák. A szerzők 10 év alatt 145 beteg acut és subacut mélyvénás thrombosisát kezelték. A diagnózis a klinikai tüneteken kívül phlebographiával is igazolták. Ugyanezen periódusban 42 beteget kezelték heparinnal és per os anticoagulanssal. Ebben a csoportban a streptokinase kezelés contraindicált volt. A betegeket életkor, nem, az elzáródás localisatiója, s a kórkép súlyossága alapján hasonlították össze.

A thrombolytikus kezelés ellenjavallatát képezte az apoplexia cerebri, vagy 2 hónapon belül lezajlott cerebrovascularis insultus, manifest gastrointestinalis vagy egyéb vérzés, 200/100 Hgmm felett persistáló hypertonia, hypertensív retinopathia, subacut bacterialis endocarditis, metastatisáló tumor. Nem alkalmazták a streptokinaset trauma vagy műtét után, a terápia idején kerültek az intramuscularis injectiót.

A streptokinaset naponta kétszer 50%-os glucose oldatban intravénás infúzióban alkalmazták. A kezelés közben rendszeresen ellenőrizték a thrombin időt, plasma fibrinogen koncentrációt, euglobulin lysis időt. Esetleges allergiás reakciók elkerülésére a kezdő sterptokinase adag előtt prednisolont adagoltak, ugyancsak prednisolont kapott a beteg a kezelés folyamán fellépett allergiás tünetek ellensúlyozására. A streptokinase terápiára alkalmatlan csoportban a kezdő heparin dosis 5000 E, a napi összmenyiség 25 000 E volt.

A kezelés eredményességét alábbiakban értékelték: a) sikeres volt a kezelés, ha a véna teljes hosszában, vagy legalább a felületes és mélyvénás rendszer communicációjának helyein, ill. a vena saphe-

na magna területén recanalizálódott, b) részleges volt az eredmény incomplet recanalizációban, c) sikertelen esetben a phlebogram a kezelés után nem változott, d) ellentétes hatású volt a kezelés, ha az occlusio tovább terjedt.

A tapasztalatok szerint a thrombolytikus terápia a proximalis vénák elzáródásában volt a leghatásosabb. Kevésbé volt sikeres a kezelés a véna poplitea vagy alszár vénák elzáródásában. 15 napon túli vagy szervült thrombus nem alkalmas a thrombolytisre. A heparinnal kezelt 42 betegből 37 esetben a phlebogram a kezelés végén nem változott, 1 esetben a thrombus propagálódott. A megfigyelések szerint a pulmonalis embolisatio nem volt gyakoribb a thrombolytikus terápiában, mint a heparinnal kezelt esetekben. A terápia hatásossága és sikere nagymértékben függött a beteg életkorától, általános állapotától, a szervezet reakciókészségétől, a thrombus localisatiójától és nagyságától.

(*Ref.: Mint a közleményből is kitűnik, természetesen nem vonhatunk éles határt a thrombolytikus vagy anticoagulans kezelés indiciójára között. Általában propagatióra hajlamos thrombosisban, valamint a proximalis vénák elzáródásaiban, tehát a nagyobb veszélyeztetettségű járó esetekben célszerű a thrombolytikus terápia alkalmazása. Az indicatio mérlegelésében kétségtelenül gyakran szerepet játszik a szigorú, rendszeres laboratóriumi kontroll szükségessége, melynek főleg kórházban sok esetben komoly technikai akadály van.*)

Mesko Éva dr.

A mélyvénás thrombosisok és a pulmonalis emboliák kezeléséről sebészeti betegekben. LeQesne, L. P. (Dept. of Surgery, Middlesex Hospital, London): New Engl. J. Med. 1974, 291, 1294—1296.

Boncolási adatok szerint az alsóvégtagi thrombosisok aránya műtéten átesett és elhalt betegekben 30—50%. A ¹²⁵J-dal jelzett fibrinogénnel végzett vizsgálatok adatai e magas arányt megerősítették, sőt azt is igazolták, hogy a m. triceps surae alatt keletkező thrombosisos folyamat 48 órán belül megindul. Az esetek 10%-ában a thrombus a femoralis vénák felé növekedni kezd, de e felső vénaszakaszokban separált thrombotikus folyamat is lehetséges.

A Sharnoff és mtsai által először alkalmazott és propagált subcutan kisdosisú heparin-therapia elterjedése óta a postoperatív thrombosisok gyakorisága kimutathatóan csökkent. A subcutan heparinizálási eljárás előnye egyszerűsége és az, hogy a műtét előtt elkezdhető az anticoagulálás, miáltal már a műtét alatti vénás stasis idején is kelendő védelem biztosítható. A conven-

tionalis alvadási vizsgálattal nem mutatható ki a vérzési idő megnyúlása, azonban igazolták, hogy a kisdosisú heparin is meggátolja az aktivált X. factor hatását a thrombingerenációra.

Amennyire jól megítélhető ma már a subcutan heparinizálással biztosítható thrombosis-védelem, annyira lehetetlen még felmérni, mennyiben csökkenthető a pulmonalis embolisatiók száma is. E nehézség magyarázata, hogy a pulmonalis embolusok radioactiv technikaival is nehezebben detektálhatók, mindenekelőtt amiatt, hogy ezek a betegek rendszerint igen nehezen vizsgálhatók. Az eddigi felmérések úgy jelzik, hogy a pulmonalis emboliák gyakorisága és a következők súlyossága is csökkenthető.

(Ref.: *Ma már eldöntött kérdések tekinthető, hogy a s. c. heparinizálás csökkenti a pulmonalis emboliák gyakoriságát.*)

Berkessy Sándor dr.

Ez ideig ismeretlen, új véralvadási tényező: a Fitzgerald-factor. Waldman, R. és mtsai (Henry Ford Hospital, Divis. of Hematology, Detroit): Lancet, 1975, I, 949—950.

A Hageman-factor (XII. f.) és a Fletcher-factor (plasma pre-kalikalikrein) szerepe jól ismert és tisztázott az intrinsic coagulációs rendszerben, a fibrinolysisben, a kinin-képzésben, ill. az érpermeabilitás szabályozásában. Ennek ellenére feltételezik, hogy e folyamatok elindításában egyéb komponenseknek is szerepük lehet, mivel tisztított és aktivált Hageman-factor és Fletcher-factor tartalmazó rendszerben nem indul meg az aktivált XI-factor képzése.

A szerzők egy olyan aszimptomás vérzékenységben szenvedő beteg esetét ismertetik, akiben az intrinsic coagulációs rendszer korai fázisának elégtelensége volt kimutatható, de sem Hageman-factor, sem Fletcher-factor deficientiában nem szenvedett, s akin egyben leukocytamobilisatiós zavart is észleltek. A 71 éves néger beteget lövés sérüléssel szállították kórházba. Anamnesisében véralvadási zavar nem szerepelt. A rutin Lee-White alvadási időt 48 percre megnyúlnak találták és aktivált partialis thromboplastin ideje is a normális 29 mp helyett 300 mp volt. Normálisnak találták viszont prothrombin idejét, fibrinogén szintjét, prothrombin consumptiós idejét és thrombocytaszámát. A súlyos alvadási-ideő zavart a normális plasma korrigálta, ami arra utalt, hogy a zavarért nem keringő anticoagulansok felelősek. A partialis thromboplastin időt olyan plasma is normális értékre korrigálta, amely sem Hageman-factor, sem Fletcher-factor nem tartalmazott. A beteg plasmájában minden eddig ismert véralvadási tényezőt ki le-

hetett mutatni, egyedül a Fletcher-factor szint volt a normális 10—15%-a, azonban még 1,5—2,0%-os jelenléte sem okoz semmiféle zavart.

Az aktivált partialis thromboplastin vizsgálatok azt mutatták, hogy a beteg coagulatiós defectusa az intrinsic haemostasis legkezdő helyére lokalizálható. Hageman-factor, ill. Fletcher-factor hozzáadása nem korrigálta a part. thromboplast. időt, de az korrigálható volt aktivált XI. factorral. E tény arra utalt, hogy a hiányzó factor a Hageman-factor után hathat, de megelőzi a XI. factor aktiválódását. Azt is kimutatták, hogy e factor szerepet játszik a fibrinolysis, a kiningeneratio, ill. a leukocyták kiáramlás generálásában, a gyulladási reactio, ill. sebgógyulás létrejöttében is. Az új factor — a beteg hozzájárulásával — Fitzgerald-factornak nevezték el.

Berkessy Sándor dr.

A ¹²⁵J-fibrinogen-teszt és phlebographia összehasonlítása a csípőizületpótló műtét utáni vénás thrombosis kimutatására. W. H. Harris és mtsai (266 Beacon St., Boston, Mass. 02116): New Engl. J. Med. 1975, 292, 665—667.

Totalis arthroplastica után 83 beteg 142 végtagján végezték vizsgálatukat, a két módszerrel párhuzamosan, a mélyvenés thrombosis korai kimutatására (az izotópos vizsgálat minden betegen mindkét alsó végtagon megtörtént, a phlebographia viszont esetenként csak egyik oldalon, ebből adódik a 142 értékelhető vizsgálat a lehetséges 176 helyett). A betegek egyébként azon beteganyagból kerültek ki, amelyen a különböző gyógyszerek, pl. aspirin, warfarin, alacsony molekulású dextran, heparin preventív hatását tanulmányozták (Harris és mtsai: J. Bone & Joint Surg. 1974, 56, 1552).

A radioaktív fibrinogént a műtét előtt néhány nappal adták, az első scant ezután 24 órával készítették. A továbbiakban a műtét utáni első naptól fogva naponta, majd a 2. héttől kezdve különböző időpontokban, általában 3 naponta detectáltak. A scaneken észlelt összes forró areát összevetették a phlebogrammmal megfelelő helyével. A műtét területben észlelt aktivitást kizárták az értékelésből, mivel a fibrinogen a sebben, abrasiókban, vérömlenyekben ismeretlenül accumulálódik.

A phlebographiát a 7—10. postoperatív napon végezték. 5 beteg később megismételték az eredetileg negatív phlebographiát, mivel a klinikai tünetek és a fibrinogen-vizsgálat újabb keletű thrombosis jelezték. Négyben a megismételt vizsgálat kimutatta a thrombust. Friss thrombust csak az intraluminalis árnyékkéteséseket értékelték, egyes vena-

szakaszok telődési hiányát vagy a telődés megszakadását „bizonytalan korú thrombustként” regisztrálták.

A phlebographia 26 betegen összesen 51 friss thrombust mutatott ki. A radioizotópos vizsgálat csak ezen betegek 76%-ában jelezte a thrombust, sőt ha a kimutatott thrombusok számát (26) vesszük, 50%-ra romlik a módszer megbízhatósága, elsősorban a műtét terület közelében romlik effektivitása. A fibrinogen-tesztet 15%-os hibás pozitívítás is terheli.

Adataik ellentétben állnak az irodalomban a ¹²⁵J-fibrinogen-módszerrel kapcsolatos optimista véleményekkel. Ezt az általuk alkalmazott sensitivebb phlebographiás technikára vezetik vissza. Másik, az irodalmi adatokkal ellentétes megállapításuk, hogy a postoperatív thrombosis — legalábbis a prophylaktikumokkal kezelt betegeken — zömmel nem az első 48 órán belül, hanem a további napokban lép fel.

Than Zoltán dr.

Ismétlődő, az agyi erekre localizálódó paradox embolisatio. Hauke, P. Zeumer, H. (Klinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Abt. Neurologie): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1975, 100, 1393—1395.

Cohnheim írta le elsőként, 1877-ben, az általa „keresztzett vagy paradox” emboliának elnevezett jelenséget. Meister és mtsai 1972-ből származó monographiája szerint addig 128 igazolt eset közölték. Csak 12 azonban az intravitális diagnosztizáltak száma.

Johnson definitiója szerint paradox embolia diagnosa akkor állítható föl, ha pulmonalis hypertonia és peripheriás trombosis egyidejű fönnállta igazolható, vagy masszív tüdőembolisatio és pulmonalis hypertonia észlelhető; a diagnosis második feltétele pitvari septumdefectus fönnállta jobbról-balra shunt-viszonyok mellett; egy további kritérium, hogy arteriás embolisatio észlelhető legyen anélkül, hogy a nagyvérkörben az embolia arteriás forrása kimutatható lenne.

A szerzők a betegség kialakulását egy 53 éves nőbetegen észlelték, aki 3 nappal az embolisatio föllépte előtt, uterus myomatosus miatt hysterectomián esett át. A beteg, aki a műtét óta már többször fölkelt, hirtelen collabált, s 5 percig eszméletlenül vált. Magához tért, kontaktus-képessé vált, de baloldali centralis hemiparesise maradt vissza. Rövid idő múlva újabb rosszullét jelentkezett, fejfájással, cyanosis nélküli dyspnoéval, majd grand mal típusú epilepsziás rohammal. Eszméletét ismét elvesztette, s többé, 3 és fél nap múlva bekövetkező haláláig már nem is nyerte vissza.

Cardiorespiratorikus eltéréseket nem találtak, peripheriás vénás thrombosis jeleit nem találták meg. Az elvégzett angiographiás vizsgálat sem vitt közelebb a diagnózishoz: szűkebb és relative tágabb szakaszok váltották egymást. Csak a sectio adott magyarázatot. Az alsó végtag mélyvénás rendszerében több kis thrombuszt találtak, számos peripheriás-, egy baloldali tüdőembolussal. Foramen ovale jelenlétét igazolták. A basalis agyi erekben, túlnyomó részben az a. cerebri media területén több vérrögöt mutattak ki.

A paradox embolisatio *conditio sine qua non*-ja az emelkedett pulmonalis-arteriális nyomás — hogy ti. a jobbról balra shunt kialakulhasson —, s ennek leggyakoribb oka a massiv pulmonalis embolisatio. Ennek tünetei típusos esetben nem okoznak gondot: nagy mellkasi fájdalom, dyspnoé, shock-tünetek. Ritka esetben azonban kevésbé figyelemkeltőek is lehetnek, s ez foramen ovale főnnálltakor gyakran előfordulhat. A közölt esetben sem jelentkeztek a típusos tünetek.

Winkler Gábor dr.

Máj- és epeútbetegségek

Antitrypsin és a máj. Brunt, P. W. (Dept. of Medicine, University of Aberdeen, Aberdeen): Gut, 1974, 15, 573—580.

Bár a májbetegségre való fogékonyság determinálásában a genetikai tényezőknek nagy fontossága lehet, ritka, hogy közvetlen genetikai ok kimutatható lenne. A cirrhosisos betegek kb. 2—3%-a szenved genetikai betegségben (*single gene disease*), pl. Wilson kórban vagy haemochromatosisban. Az újszülöttkori gyorsan progrediáló májbetegség előfordulási gyakorisága azonban ennél sokkal nagyobb. Újabban tisztázódott, hogy az örökklődő *alfa₁-antitrypsin-hiány* fontos oka a neonatalis hepatitisnek és — cirrhosisnak. Ezen kívül a részleges antitrypsin-hiány is fokozhatja a cirrhosisra való hajlamot — különösen más okkal társulva.

A szerző a továbbképző jellegű, összefoglaló cikkben áttekintést ad az *alfa₁-antitrypsin-genetikájáról*, továbbá az enzimhiány és a májbetegség kapcsolatáról.

Jacobsson 1955-ben mutatta ki, hogy a serum trypsin-inhibitor kapacitása nagyrészt az *alfa₁-globulin*hoz kötött. Tisztázódott, hogy olyan glycoprotein adja ezt az aktivitást, amelynek molekulásúlya kb. 54 000, a plasmaprotein kb. 30%-át alkotja és a májban termelődik. A serum trypsin-inhibitor kapacitásának 90%-át az *alfa₁-antitrypsin (AT)* okozza. E protease-gátló enzim serum szintjét ma leginkább radialimmundiffúziós módszerrel állapítják meg. Gyulladásos állapotokban, terhességben,

fogamzásgátló szedés alatt megnő a serum AT koncentrációja, és mint feltételezték, eltűnik hepatectomia után. Sok májbetegségben normális vagy emelkedett a serum AT szintje.

Laurell 1963-ban talált két *emphysemás* beteget, akiknek a serum elektroforesise kapcsán hiányzott az *alfa₁-globulin* ivük. Ezt követően hamarosan megállapították az összefüggést az AT-hiány és a korai emphysema között. Arra utaló adatokat kaptak, hogy az AT-hiány olyan *genetikai betegség*, amely autosom recessiv módon örökklődik. Számos testvérpár esetét ismertették. Kimutatták, hogy amíg a normál serum 1 ml-ének átlagos trypsin-gátló kapacitása 1,1 mg trypsin, addig a homozygotákban ez az érték átlag 0,25 mg, a heterozygoták 0,67 mg értékével szemben.

Az AT-hiánnyal kapcsolatos genetikai elméletek jelentősen megváltoznak azután, hogy Fagerhol és Braend 1965-ben felfedte a praealbumin zónában elkülöníthető 8 ívet. Ezeket definiálták, mennyiségileg is mérték és megkülönböztettek több olyan mintát, amelyek különböző genek productumait képviselték. Ezt a rendszert Protease inhibitor, röviden *Pi system*ának nevezték. Az egyes fehérjék elektrophoretikus mobilitásának megfelelően subtypusokat különböztettek meg, eszerint adták a megfelelő géneknek a jelölést: PiM (medium), PiF (fast=gyors), PiS (slow=lassú), PiZ (ultra slow) stb. Mivel minden egyes teljesen penetrans gen determinálja a proteín fizikémiai sajátosságait, arra következtettek, hogy a genetikai viselkedés valójában codominans és nem recessiv. A PiZ gen a normál mennyiségű AT-nek mindössze 70%-át kódolja. A homozygota PiZZ genotypus megfelel az eredetileg leírt homozygota hiányállapotnak. Az egészségesek többsége (kb. 86%-a) PiMM, ez a genotypus felel meg a normálisnak. Kb. 3%-ra tehető a PiMZ heterozygoták gyakorisága. Eddig 19 gent fedeztek fel a Pi rendszerrel kapcsolatban, és ezek 171 lehetséges kombinációjából eddig kb. 35-öt észleltek. A vizsgálatok azt is jelezték, hogy ezek a genek allelek, vagyis a chromosoma ugyanazon locusán helyezkednek el.

Egyedül a PiZ gen társul tüdő- és májbetegséggel. Előfordulása gyakoribb az észak-európai populációban, angolokban, németekben, és sokkal alacsonyabb bizonyos etnikai csoportokban, pl. zsidókban, olaszokban és négerekben. Az AT-hiány és májbetegség kapcsolatára Sharp és mtsai 1968-ban hívták fel a figyelmet. Azóta megállapították, hogy az újszülöttkori hepatitis esetek kb. 13%-ában AT-hiány fordult elő, másutt az intrahepatikus cholestasisos újszülöttek 40%-át PiZZ phenotypusának találták. Az AT-hiányos neonatalis hepatitisések általában alacsony testsúllyal születtek, dominált a

cholostasis, hepato-splenomegalia, portalis hypertensio, majd egy részükben cirrhosis alakult ki. A felnőttkori AT-hiányos májbetegségnek kevésbé jellemző a klinikai képe. Májfibrosis, cirrhosis, krónikus aktív hepatitis, vagy cholangiocellularis carcinoma előfordulását észlelték ilyen esetekben. Lund hepatomások 10%-ában talált AT-hiányt.

Az AT-hiányos májbetegség *pathogenesis*e nem tisztázott, de biztos, hogy additionalis tényezők, vagy egyéb „trigger” mechanizmusok is szerepelhetnek. Pl. a neonatalis hepatitisben a B vírus infectio is hozzájárulhat a májbetegség kialakulásához.

A PiZ gen hordozók májszövetében kimutatható fénymikroszkópos elváltozást 1971-ben fedezték fel. Azóta ismert, hogy heterozygotákban és homozygotákban — májbetegség nélkül is — PAS-pozitív képletek láthatók a májszövetben. Ezeket a zárványtesteket magának az AT-nek a szöveti felhalmozódása hozza létre. A kb. max. 30 mikron átmérőjű testekből gyakran több található egy májsejtben, többször a dilatált endoplasmikus reticulumon belül helyezkednek el. Ilyen zárványokat tartalmazó májsejtek főleg a periportalis terek közelében találhatóak.

A PAS-pozitív cytoplasmikus testek *létrejöttének* oka nem ismert. Újabban felvetik, hogy a glycoprotein sialav gyöke kóros vagy hiányzik, ez viszont befolyással van a membrán transzportra és ily módon károsodik az AT-release. Lehet, hogy a PiZ gen olyan structur gen, amely a sialav-componens kódolja. Az is igaz, hogy az AT-release károsodása önmagában nem magyarázza meg a májbetegséget. Adatok vannak arra, hogy az AT nemcsak a trypsin, hanem a collagenaset, elastaset és a leukocyt proteaset is gátolja. AT-hiányban csökkenhet a serum gátló hatása a pulmonalis infectiókban keletkező destructiv proteasekkal szemben. A májat illetően: a májsejtekben felgyülemelő AT meggátolhatja a felszívódott toxinok normális proteolysisét? Vagy a keringő AT hiányában a detoxicációs folyamat alatt felszabaduló lysosomal enzyemek gátlása károsodik, és ezek májszövetre pusztító hatást is kifejthetnek? Mindezek feltételezések.

Az AT-hiány *therapiája* nem megoldott. A bevitt AT féléletideje 6 nap.

Conclusio: az AT-hiány májbetegségre *predisponáló tényező*. Számolni kell vele minden újszülöttkori hepatitisben vagy cirrhosisban. Bizonyos esetekben más faktorokkal együtthatásban okozhat betegséget, pl. vírus hepatitis-szel, vagy alkoholizmussal együtt. (Lehet, hogy a sok közül az egyik olyan tényező, amely megmagyarázza, hogy az alkoholistáknak miért csak egy kis részében fejlődik ki májcirrhosis.)

[Ref.: A közlemény továbbképző

jelleggel ad áttekintést az aktuális kérdésekről, a szokásosnál részletesebb ismertetést ezért tartottam indokoltnak. Egyébként a kérdés igen alapos magyar nyelvű áttekintése időközben az Orvosokéletről (1975, 50, 30–316.) is megjelent Endre László dr. tollából. Az értékes hazai közleményt — bőseges irodalmi hivatkozásaival együtt az érdeklődők figyelmébe ajánlom.]

Pár Alajos dr.

Human megbetegedés modell-álaton: aktív chronikus hepatitis. Stanley, N. F., Joske, R. A. (Departments of Microbiology and Medicine, University of Western Australia, Nedland, 6009, Western Australia): Am. J. Pathol., 1975, 80, 181–184.

Az aktív chronikus hepatitis (ACH) chronikus májbetegség, amelyet tartós immunopathiás folyamat jellemez, ami progresszív májartalomhoz, végül pedig makronodularis cirrhosishoz vezet. Gyakrabban fordul elő nőkben, mint férfiakban, és a gyakoriságban csúcsok a serdülőkorban és az 5. évtizedben fordulnak elő. Klinikai jellemzők: máj és lép megnagyobbodás, májartalommal és májelégtelenséggel, továbbá extrahepatikus manifesztációk, így: arthropathia, serositis és colitis ulcerosa. Májbiopsiával májsejtkárosodást és regenerációt figyeltek meg, a portalis területek immunocytás infiltrációjával és a májlebenszövetekben necrosisokkal. Biokémiai jellemzők: fokozott gamma-globulin termelés polyclonalis hyperglobulinaemiával, különösen az IgG emelkedett, kisebb mértékben pedig az IgM és IgA. A gamma-globulin antitestet tartalmaz a szöveti komponensek ellen, simaizom ellen (az esetek 70%-ában), mitochondrium ellen (az esetek 10%-ában) és a sejtmag összetevők ellen (az esetek 60%-ában). A cellularis immunitás is hiányos lehet.

Chronikus egér fertőzést reovírus 3 típusal a szerzők írtak le 1953–54-ben. Azóta több mint 20 év telt el, és több mint 100 000 egéren vizsgálták. Újszülött egérben oronasalis fertőzést reovírus tip. 3 kis adagjával hozták létre. A legtöbb állat akut stádiumban elpusztul, de a túlélőkben progresszív megbetegedés fejlődik ki, ami a vírus megvonásakor is folytatódik, amíg az állat elpusztul. Chronikus hepatitis mindig kifejlődik, és az állatok beszágnak. A májban a kórbonctani és elektronmikroszkópos elváltozások ugyanolyanok, mint emberben ACH-ben. Hasonló elváltozásokat figyeltek meg PH, BALB/c és C57Bl egértörzsekben.

Ha human betegséggel hasonlítjuk össze az elváltozásokat, megállapíthatjuk, hogy az ACH és a chronikus murin (egér) reovírus tip. 3 fertőzés is progresszív májbetegség, valószínűleg immunopathiás természetűek, amelyeket vírus fertőzés indít meg, és a kórkép folytatódik a

specifikus beindító tényező hiányában is. Mindkettőben simaizom elleni antitest mutatható ki. A két betegség klinikopathológiai hasonlóságát mások már említették és megállapították, hogy a kezdeti vírus fertőzés egy megzavart immunválaszt idézett elő, szoros kapcsolatban a májbetegséggel. Újabb tanulmányok alátámasztották ezt a nézetet.

Az ismertetett modell értéke abban van, hogy klinikailag és laboratóriumiilag is nagy hasonlóság van a human és egér megbetegedés között, a fertőzés természetes útja tekintetében és a chronikus állapot fejlődésének a ritaritásában egyaránt. Értékesebbnek tartják a modellt, mint azokat, amelyekben a vírus nagy dózisait adták természetellenes úton. Ezen modell segítségével a genetikai endocrin és immunfaktorok egymásra ható szerepét tudják vizsgálni a betegség pathogenesisében és a gyógykezelés potenciális módszereinek a felbecsülése végett is hasznos. Honti József dr.

A járványos májgyulladás nyomairól. Zuckerman, A. J. Nature, 1974, 252, 193.

A fertőző, vagy másnéven járványos májgyulladás (hepatitis epidemica, vagy újabban A-hepatitis) nagy közegészségügyi probléma. A világ minden részén járványszerűen fordul elő — rendszerint contact úton személyről-személyre terjed, a nagyobb epidemiákat viszont az ivóvíz vagy étel széklettel való fertőződése okozza. Gyakoriak a szubklinikai esetek. A mortalitás kicsi, de a betegek időnként hónapokig keresőképtelenek lehetnek.

Az A-hepatitis serológiai detektálására irányuló törekvések eredményeképp a betegek széklet-kivonatának immundiffúziós majd immunelektronmikroszkópos vizsgálata hozott érdekes adatokat. A-hepatitises betegek kb 50%-ának széklet-kivonatában olyan specifikus antigen-aktivitást találtak, amelyről kimutatható volt, hogy kétféle — egy 15–25 nm és egy 40–45 nm átmérőjű — részecske jelenlétéhez kötött. Később az A-hepatitis vírus (MS 1 törzs) szűrletével fertőzött 4 önkéntes közül 2 széklet-kivonatában kimutattak olyan 27 nm átmérőjű részecskéket, amelyek reconvalescens serum hatására összecsapzódtak, s amelyek a fertőzés előtti székletminták kivonatában nem voltak jelen. A vírus-részecskéket tartalmazó kivonatokat mint „antigen” alkalmazták A-hepatitisen átesett betegek serumának vizsgálatára, „antitestek” kimutatására. Mind a 6, előzőben A-hepatitissel fertőzött önkéntes serum a antigen-részecskék összecsapódását okozta, amiből a serumban levő antitest jelenlétére következtettek. Más megfigyelések arra utaltak, hogy a széklet-kivonatban levő és az A-hepatitissel kapcsolatos részecske parvovirusnak felel meg.

Almeida és mtsai (Lancet, 1974. II. 748.) immunelektronmikroszkópos vizsgálatai a széklet-kivonatokkal reagáló serumokban immun-complexekre jellemző aggregatumokat is felfedtek. Ugyanezen szerzők egyébként a Feinstone és mtsai által leírt 27 nm átmérőjű részecskén kívül még legalább két kis vírus-szerű részecskét is találtak. Elkülönítették teli („full”) és üres („empty”) részecskéket, amelyeknek 22, 27 és 30 nm volt az átmérőjük. A reconvalescens serum mindegyik részecske összecsapódását okozta. Az antigen-preparatum 6 selyem-majom közül kettőben hepatitist idézett elő, ily módon feltételezték az A-vírus jelenlétét a készítményben.

Az immunelektronmikroszkópia nagy előrelépést hozott a B-vírus sajátosságainak megismerésében, mindez serkentőleg hathat az A-vírus hepatitises betegek székletében — és talán a serumában is — jelenlevő rejtélyes részecskék felfedezésére.

Pár Alajos dr.

Hepatitis és cirrhosis. H. Thaler (4. Medizinische Abteilung des Wilhelmsenspitals der Stadt Wien): Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 1018–1025.

A hepatitis cirrhosis gyakoriságáról igen eltérő eredményeket kapunk aszerint, hogy az adatokat anamnesztikusan vagy katamnesztikusan vesszük fel. Így az NSZK-ban a cirrhosisos betegek anamnézisében az alkohol után a hepatitis 25%-os aránnyal következik. Ezzel szemben 1045 hepatitisen átesett angol hadviselt átvizsgálása során egyetlen cirrhosis sem fordult elő. E nyilvánvaló diszcrepanciára az utóbbi évek virológiai és immunológiai vizsgálatai, valamint az Australia-Antigen (=hepatitis-B-szűrés-antigen=HBs-antigen) felfedezése adtak magyarázatot.

A HBs-antigen felfedezése lehetővé tette a serum-hepatitis és a hepatitis epidemica elkülönítését. Kiderült, hogy a HBs-antigen pozitívak közt több a súlyos, fulminans, halálos kimenetelű és az idült alakba átmenő eset. A cirrhosisos betegek 29–45%-ában pozitív antigen-leletet találtak.

Kimutatták, hogy a szervezetnek a HBs-antigenre adott immun-válasza egyenesen arányos a betegség súlyosságával ugyanakkor a HBs-antigentiter fordított arányban változik. Így az antigen-hordozóknál a legmagasabb az antigen-titer, de nincs antitest. Chronikus hepatitisben HBs-antigen és antitest immun-complexumokat találunk úgy, hogy a chronikus persistáló hepatitisben az antigen-túlsúly jelentős, míg a chronikus agresszív hepatitisben ez csekély. Acut hepatitis B-ben a kezdeti antigenaemia az erőteljes immun-reactio folytán eltűnik. A fulminans hepatitis B-ben nagyfokú az antitest-túlsúly, HBs-antigen csak az immun-complexu-

mokban található, de szabad anti- gen nem mutatható ki.

Az elektromikroszkópos és immunfluorescens vizsgálatokból megtudtuk, hogy teljes immun-toleranciánál az összes májsejt vírus-részecskéivel lehet tele anélkül, hogy a személy valamilyen klinikai kórjelet mutatna. Hiányoznak vagy csekélyek a gyulladásoz máj-elváltozások. Ezzel szemben akut vírus-hepatitisben alig látható vírus-részecskéket tartalmazó májsejt, mert a megbetegedett sejteket az immun-reactio eliminálja. Chronikus agresszív hepatitisben a vírus-részecskéket tartalmazó májsejtek mellett parenchyma-hiányokat is találunk az inficiált májsejtek eliminációját követően. E kórkép chronikus voltának és progressiójának a magyarázata: Az immunvédekezés nem elegendő ahhoz, hogy minden megtámadott sejtet kiiktasson.

Látható, hogy a szervezet védekező reakciója kevésbé a vírus-részecskéék, mint a májsejtek ellen irányul. A végkövetkeztetés: Alapvetően meg kell változtatnunk felfogásunkat a vírus-betegségeket illetően. „Nem a vírus, hanem a megtámadott szervezet immun-reactiója váltja ki a betegséget.” Ezek után érthető, miért nem célravezető a katamnesztikus módszer a cirrhosis gyakoriságának a megállapítására.

Acut hepatitis B-ben a megbetegedett májsejtek eliminálásával az infectio is megszűnik. Acut hepatitisből csak akkor alakul ki chronikus agresszív hepatitis és később cirrhosis, ha idő előtti corticoid-medicatióval a szervezet védekező-reakcióját megzavarjuk. A chronikus hepatitis kifejlődésének a sub-klinikus, azaz a fel nem ismert hepatitis B kedvez, amelynek gyakorisága többszöröse az icterussal járó esetekének. Ez olyanokon fordul elő, akik kis vírus-adaggal fertőzöttek, amely nem eredményezett kielégítő immun-választ és így manifest betegséggel sem járt, amint ez orális hepatitis B-infectiókban szokott lenni. A subklinikus chronikus hepatitis gyakorisága látszólag egészséges populációban 0,1%

az USA-ban és 2–5% a trópusokon. A szerző 58 HBs-antigen-pozitív chronikus agresszív hepatitises betege közül 34-nek sosem volt sárgasága.

A hepatitises cirrhosis formális pathogenesis:

Cirrhosis acut nekrotizáló vírus-hepatitis után (I. typus): Ha a confluáló nekrozisok a centrális vénák környékére korlátozódnak, akkor a májlebenszövet perifériás, gyűrű alakban intakt maradt része képes ellenállni a gyulladásoz duzzadt és tokjában beszűkült szerv nyomásának, és megakadályozza a nekrotikus rész kollabálását. Ezek a centrolobularis parenchyma-nekrozisok általában restitutio ad integrum gyógyulnak.

Ha a nekrozis áttöri a májlebenszövet perifériás parenchyma-gyűrűjét („híd-nekrozisok”), a nekrotikus rész kollabál és pseudolobulusok képződnek, mert a gyógyulási szakban a parenchyma már nem tudja elfoglalni eredeti helyét.

Cirrhosis enyhe chronikus agresszív hepatitis után (II. typus): Itt a károsodást a perifériás lebenszövetek „molyrágás-nekrozis” képében látjuk. A hónapokig-évekig progressiózó folyamat az egyes lebenszövetek teljes, gyulladásoz-kötőszövetes pusztulásához vezet a vena centralis megtartottságával.

Cirrhosis súlyos chronikus agresszív hepatitis után (III. typus): Az I. és II. typus kombinációja periportalis pusztulással és híd-nekrozissal. A lebenszövet egy időben pusztul kívülről és belülről. Lefolyása gyorsabb és micronodularis ill. pseudolobularis cirrhosis lesz a következménye.

A hepatitises cirrhosis tipizálásának prognosztikai és therapiás következményei vannak.

Az I. typusú cirrhosisnak heges-csomós defekt lesz a következménye. A beteget csak az oesophagus-varix-vérzés fenyegeti, ha elegendő parenchyma maradt vagy új képződött. Corticoid és immun-suppressiv kezelés contraindikált. Műtét (shunt) esetleg szóba jöhet.

A II. typusú cirrhosisban a gyógyszeres kezelés a folyamat aktivitásához igazodik. Ha a trans-

aminase-aktivitás állandóan 50 mE/ml alatt van, úgy a folyamatos therapia nem célszerű, mert a gyógyszerek mellékhatásai általában károsabbak (corticoid, immun-suppressiva, D-penicillamin).

A III. typusú cirrhosis általában infaust, ezért intenzív kezelést igényel: corticoid és azathioprin. HBs-antigen-pozitív esetben az immun-suppressiv kezelés a máj-parenchymában erős vírus-szaporodást okoz, de ez a legtöbb, amit ma tehetünk.

Kollár Lajos dr.

Felnőttkori acut vírus-hepatitis.

Wenzel, R. P. és mtsai (Dept. of Internal Medicine, University of Virginia School of Medicine, PO Box 370, Charlottesville, VA 22901): JAMA, 1975, 232, 366–368.

Felnőtt korú acut vírus-hepatitises betegek serumain a hepatitis B antigen (HBAG) meghatározásának ellen-immunoelectrophoretikus (CIE) és radioimmunoassay (RIA) módszereit hasonlították össze. 407 acut és 336 reconvalescens beteg serumát vizsgálták. A betegek Észak-Karolina egy körzetéből származtak, az 1970–72 években.

A CIE módszerrel 41% acut és 28% reconvalescens beteg, a RIA módszerrel 60% acut és 56% reconvalescens beteg volt HBAG seropozitív. A RIA módszerrel talált pozitív minták 84%-a d, vagy y subtypusba tartozott, a HBA-negatív kontrollok 92%-ban negatívok voltak. A RIA teszt az összehasonlítás alkalmával a CIE teszténél sokkal érzékenyebbnek és pontosabbnak bizonyult.

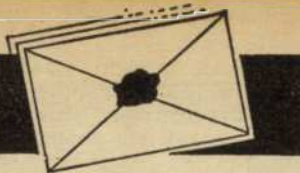
A CIE teszt jobban hozzáférhető értékes szűrővizsgálati módszer. A CIE tesztrel pozitívnek talált serumot szükségtelen RIA módszerrel is vizsgálni, de a CIE negatív mintákat a pontosabb eredmény érdekében lehet.

A RIA módszer nagyobb érzékenysége nagyon hasznos lehet a klinikus és epidemiológus számára a HBAG pozitív esetek azonosításában és a véradók szűrővizsgálatánál.

Ruzsonyi Zoltán dr.

„Sok olyan dolog van, amelynek elméleti tagadásához nagyobb bátorság kell, mint gyakorlati megsemmisítéséhez.”

Paul Valéry



A gyomorcsomoláson átesett betegek alkoholizmusáról.

T. Szerkesztőség! 1967-ben az *Orvosi Hetilap* 11. számában megjelent közleményünkben (3) felhívtuk a figyelmet arra, hogy a gyomorresección átesett betegeknek a savanyú bor savpótlásként történő ajánlása az addictio kialakulásának veszélyét jelenti. Ez a javaslat tehát iatrogen ártalmat okoz. Hivatkoztunk Széll (4) vizsgálatára is: 402, Billroth I. típusú műtéten átesett beteg későbbi ellenőrzése szerint 110 rendszeresen fogyasztott szeszes italt, 174 pedig rendszeresen. Hangsúlyoztuk, hogy a szeszes ital fogyasztását a gyomorresección átesetteknek határozottan elnevezjük. Később Lázár (2) közölte, hogy Billroth I. és II. műtéten átesett 100–100 utánvizsgált beteg közül 78, illetve 76 rendszeresen fogyasztott alkoholt.

A Fővárosi Tanács V. B. Visegrádi Kórházában sokszor utalnak be olyan betegeket, akin a gyomorresecció után mind fokozódó intenzitású alkohol abusus alakult ki. 250 fekélybeteg adatait dolgoztuk fel (1). A 178, konzervatíván kezelt beteg közül 28 betegen (15,7%) addictiv aethyl abusus és 6 betegen (3,4%) chronikus alkoholizmus állt fenn. A 72, resekált betegen gyakrabban észleltük az alkohol betegséget. 18 betegen (25%) addictiv aethyl abusus, 6 betegen (8,3%) chronikus alkoholizmus alakult ki. Az átlag népességben a gyomorresecciók aránya kb. 1%, a Budapesti XI. ker. Alkoholelvonó Szakrendelés gondozott betegeinek 5%-ában az anamnesisben gyomorcsomolás is szerepel.

A továbbiakban kiemelünk 3 demonstratív példát.

1. I. L.-né 1976-ban utalták be, duodenalis ulcus miatt 1 évvel azelőtt resectio történt. A magával hozott egyik orvosi iraton a következő szöveget találtuk: „Napi 1 dl tokaji aszút kérem beszerezni étvágytalanságára.”

2. Dr. V. F. 1955-ben duodenalis ulcus miatt Billroth II. szerinti resectiót esett át. Ezután orvosi javaslatra minden étkezés után 1–2 dl savanyú bort fogyasztott. 1958 óta a naponkénti adag emelkedett és 1970-ben már napi 4 liter (!) volt. 1971-ben az addictio annyira fokozódott, hogy esténként ágyához készített 1 liter savanyú bort és reggel csak ennek megivása után kelt fel. 1972-ben delirium tremens alakult ki. Gondozás alatt áll, abstinens

időszakában is dysphoriás, hangulata depressio felé hajló.

3. T. S.-né gyomorresecciója duodenalis ulcus miatt 1950-ben volt. Orvosa savanyú bor fogyasztását javasolta. A beteg családja édes szőlő birtokkal rendelkezett, a szomszédjuk azonban savanyú bort termelt. „Cserefüzetet” kötöttek, hogy a beteg számára folyamatosan biztosítsák az „orvosi előírás” végrehajtását. A beteg később titokban is mind nagyobb mennyiségű szeszes italt vásárolt. Jelentős fokú addictio jött létre, praedeliriumban került kórházba.

A fekélybetegség psychosomatikus betegség. A fekélybetegek között — alapszemélyiségükből adódóan — gyakrabban észlelhető alkohol és nikotin abusus. Sokan a gyomorműtét eredményességét azon mérik le, hogy mennyi alkoholt képesek fogyasztani. Pedig az ilyen betegek alkoholtoleranciája az esetek nagy részében csökken. Kimutatták, hogy a gyomorresecció utáni szeszfogyasztáskor a véralkohol görbe hamarabb éri el a maximumot, és ez a csúcs mindig magasabb, mint egészségeseken. A műtét után levő beteg alkohol hatására gyorsabban kerül mániás stádiumba, már kisebb mennyiségű alkohol fogyasztása is okozhat heveny mérgezést.

Az iatrogen ártalmak elkerülése érdekében álláspontunk: a gyomorműtéten átesett betegeknek még kis mennyiségű savanyú bor fogyasztását se javasolják és ne is engedélyezzék. A savpótlás gyógyszeresen is megoldható. Javasoljuk az Országos Sebészeti Intézet és a Magyar Sebész Társaság csatlakozását is a fentiekhez, illetve kérjük hivatalos állásfoglalásukat.

Gáldi Zoltán dr.
Hun Nándor dr.
Kocsis Ferenc dr.
Vértés László dr.

IRODALOM: 1. Gáldi Z., Lőrincz Zs., Vértés L.: *Alkoholologia*. 1976, 7, 16. — 2. Lázár, D.: *Chirurg* 1968, 39, 517. — 3. Lázár, D.: *Chirurg* 1968, 39, 517. — 3. Péntek, L., Gáldi Z.: *Orv. Hetil.* 1967, 108, 503. — 4. Széll, K.: *Orv. Hetil.* 1965, 106, 1928.

„Ismerjük meg a hazai irodalmat”: P. S. Hench és Barsi Imre.

T. Szerkesztőség! Nem vagyok barátja ennek a szemrehányó rovatnak. Igaz, hogy a kutató egyetlen honoráriuma a prioritásának, vagy legalábbis az igazának az elismerése. Ezt legjobban azon mérheti le,

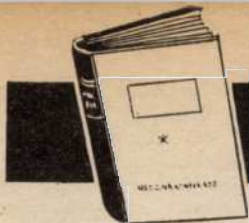
ha idézik a cikkét. Ha nem idézik, az annyit jelent, hogy munkája nem keltett feltűnést és nem érdemes idézni, még akkor sem, ha honfitárs. Külföldi relációban hozzájárul ehhez, hogy senkitől sem várható, hogy nem kongresszusnyelven közölt munkát elolvasson. Vessen tehát magára a magyar szerző, ha külföldön nem idézik; miért nem közli máshol is a cikkét, ha az jó és eredeti gondolatot tartalmaz.

De most nem a *Hetilap* e rovatának kritizálása céljából írok, hanem éppen a fordítottjéért: ebben az esetben nem azt akarom kifogásolni, hogy nem idézik a „hazai irodalmat”. Philip Hench ugyanis többször idézte Barsi Imrét, de Kenéz János, aki az *Orv. Hetil.* április 4-i számában Henchről ír, elmulasztotta ezt megemlíteni.

A helyzet ugyanis a következő. 1938-ban egy minneapolis asszonyt Barsi Imre — aki úgy tudom egyik pesti szanatórium főorvosa volt — terhes-vérrel meggyógyított a rheumás arthritiséből. Ezt az asszonyt előzőleg Hench kezelte sikertelenül. Mikor az asszony beszámolt neki gyógyulásáról (mely egyébként átmeneti volt) Hench írt Barsinak, hogy közölje az eredményeit és ennek kapcsán kezdett ismét spekulálni az arthritis és a terhesség összefüggéséről. Bár kétségbevonta a terhesvér hatását, hivatkozott a londoni Heberden társaság meghívására tartott beszámolójában (Hench P. S.: *The potential reversibility of rheumatoid arthritis*, *Proc. Mayo Clin.* 1949, 24, 167.) Barsi két cikkére: Basch Imre: A krónikus polyarthritis gyógyítása terhesek vérével, *Orv. Hetil.* 1941, 42, 85., és Barsi Imre: A new treatment of rheumatic arthritis, *Brit. med. J.* 1947, 2, 252. és ismét idéve Barsit a cortison hatásáról való első beszámolójában (Hench P. S., Kendall E. C., Slocumb C. H., Polley H. F.: *The effect of a hormone of the adrenal cortex and of pituitary adrenocorticotrophic hormone on rheumatoid arthritis*, *Proc. Mayo Clin.* 1949, 24, 181.). Állítólag a Nobel-díjas beszédekben is emlegette ezt: a dolognak ugyanis az a pikantériája, hogy mindezt Henchtől tudom és nem Barsi Imre kért e levél megírására.

Nem tudom, az arthritis gyógyítása valóban a legnagyobb orvosi felfedezése-e a II. világháború utáni korszaknak, mint ahogy Kenéz írja. A magam véleménye szerint a DNS szerkezetének tisztázása, a genetikus kód desiffrálása és az első gen mesterséges előállítását fontosabb mérföldkövek. De akárhogy is van, „ismerjük meg a hazai irodalmat”, pláne ha része — mégoly apró része — volt is egy Nobel-díjra méltó felismerésben.

Véghelyi Péter dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Die Behandlung der sekundär — chronischen Osteomyelitis. Herausgegeben von **R. Plaue**, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1974. (200 oldal, 88 részben színes ábra, 20 táblázat): Ára: DM 58,— Bücherei des Orthopäden, Band 13.

A monográfia tárgya, az osteomyelitis, napjainkban is időszerű kérdés. A csontszéleszt, ezen belül is a csonttörések műtéti kezelése az elmúlt évtizedekben világszerte igen sokat fejlődött. Új kezelési eljárások elterjedését a szövődmények megjelenésén és szaporodásán is le lehet mérni. A csont fertőzéses megbetegedése napjainkban mindenütt szaporodik, ahol az operatív töréskezelést, vagy a modern ízületpótlás módszereit alkalmazzák. Az osteomyelitis tárgyalásakor ma már kevesebb szó esik a régebben gyakran halálos veszedelem rejtő acut haematogen formákról, sokkal inkább elemezzük az ún. chronikus exogen formát, melyről e kötet is szól.

A kötet szerkesztője jól taglalja az anyagot és rangos szerzőket nyert meg azoknak a fejezeteknek a megírására, amelyekre maga nem vállalkozott. A decimális rendszerbe szedett anyag jól áttekinthető, az olvasó már a tartalomjegyzékben megtudja hol találja meg azt, amit keres.

A bevezető után 65 oldalnyi terjedelmű az elméleti rész. Ennek első fejezete az aktuális patológiai ismeretek rövid összefoglalása. Ezután Plaue tárgyalja a kórokozókat és azok resistenciáját, az anaerobokról pedig Lodenkämper és Rühlcke írt. Plaue a heidelbergi Orthopaedial Klinika 1954—68-as anyagára támaszkodva elemzi az aerob kórokozók szerepét és mutatja be a változásokat. Rámutat a Gram-negatívok arányának növekedésére és a kevert fertőzések számának szaporodására, utóbbiban a kezelés során kialakuló resistencia is szerepet játszik. Szép anyagot találunk a különböző antibiotikumokkal szembeni resistencia alakulásáról — ennek ismerete hasznos lehet a kórokozó ismerete előtti antibiotikum kiválasztásakor. Elgondolkodtató az osteomyelitist okozó Pseudomonas aeruginosa és Proteus törzsek polyresistenciája. Ez a megelőzés fontosságára és a hagyományosabb antibiotikumok hatástalanságára hívja fel a figyelmünket.

Az anaerob kórokozók szerepét tárgyaló fejezetben érdekes adatokat találunk az újabb széles körben alkalmazott vizsgálóeljárásokkal kitenyészett kórokozókról. Szerzők osteomyelitis betegekben 11%-ban tudtak kimutatni anaerob kórokozókat, részben kevert fertőzésben, részben monoinfekcióként

(Corynebacterium, Bacteroides-csoport, gázképző Peptococcusok). Szerzők leírják, hogy véleményük szerint a „transitorikus bakteriemia”-nak szerepe van a fertőzések létrejöttében. Mivel az anaerobok antibiotikum-érzékenysége kiszámíthatatlan, ezért a kezelés során a tenyésztés és a resistencia vizsgálata nélkülözhetetlen.

Értekes fejezet szól az antibiotikum farmakokinetikájáról is. Szerzők 4 antibiotikumra vonatkozó vizsgálatokról számolnak be. Megállapítják, hogy a szöveti koncentráció a serumban található értékek függvénye. A Lincomycin és Ampicillin magasabb szöveti koncentrációját (Penicillinhez G-hez és a Dicloxacillinhez képest) az utóbbiak magasabb fehérjekötődésével magyarázzák. Egyes antibiotikumoknak az ún. szöveti affinitását is vizsgálták. A bradytroph szövetekben magas antibiotikumkoncentrációt találtak, mely diffúzió útján jön létre.

A könyv második része 110 oldalnyi terjedelmű. A bochumi J. Rehn diagnosztikáról írott fejezete vezeti be a klinikumot tárgyaló anyagot. A jól megírt összefoglalásban a gyakorlati munkához megkívánandó ajánlások vannak. Felhívja a figyelmet a végtagon levő elváltozások helyes értékeléséhez segítő 3. irányból készített röntgenfelvételekre, melyek különösen akkor kórjelzőek, ha a típusos felvételeken csontra helyezett fémek árnyéka zavarja a röntgenképen láttatott helyes értékelését. A rétegfelvételek, a fistulographia valamint az izotóppal történő vizsgálatok diagnosztikus értékét is méltatja a szerző.

Terjedelmes fejezet szól a chronikus osteomyelitis műtéti kezeléséről. Plaue sok szép ábrával illusztrálva ismerteti a bőr fedésének javallatát és módszereit a góckitakarítás általános szabályait és korszerű technikáját. Az öblítő drainázsról Klemm írt didaktikus fejezetet. A napjainkban egyre népszerűbbé váló spongiosaplasztikát Burri ismerteti, aki a téma ismert kutatója. A fejezetet didaktikus felépítés és szép dokumentáció jellemzi.

Az izomlebenyplasztikáról és a fertőzött állízületek kezelésének nehézségeiről ismét Plaue írt külön fejezeteket. Az állízületkezelés lényege a szerző véleménye szerint fertőzött csonton is az instabilitás megszüntetése, mert ez a csontgyógyuláshoz vezet. A fertőzés leküzdése ezután egyszerűbbé válik. A korszerű kezelési módszerekkel elért eredményeket jó példákkal illusztrálja Walcher és Klemm.

A csontra terjedő fertőzés befo-

lyásolhatatlansága akár az életmentése akár a használhatatlanná vált végtagtól való szabadulás miatt csonkolást tehet indokoltá. Erről Koch és Rügemer külön fejezetet írt. A heidelbergi Orthopaedial Klinika vétagosteomyelitis betegein (1950—1971) 8,75%-ban vált szükségessé csonkolás. Ez megfelel az irodalmi átlagnak és bizonyítja, hogy sem az antibiotikum, sem a helyi kezelési módszerek fejlődése nem garantálhatja minden esetben a használható végtagot.

A kötet végén Friedebold és Heidensohn röviden összefoglalta a konzervatív kezelés javallatait és szabályait. Nemcsak a gyógyászati kezeléshez adnak gyakorlati útmutatást, hanem még a gondozás néhány fontos szempontját is megemlíti, midőn a kórházi kezelés befejezése utáni év tennivalóit vázolják.

A több száz irodalmi adat jelzi, hogy a kötetben az osteomyelitis elméleti és klinikai kutatásában élenjáró szerzők foglalták össze legfontosabb mondanivalójukat. A szerkesztés figyelme még arra is kiterjedt, hogy a kötet végén az irodalmi adatok rendszerezve kerüljenek közlésre, így ez is jól áttekinthetővé vált.

A kötetet orthopaedeknek, sebészeknek és traumatológusoknak írták, de a gyakorló orvos vagy a háttérterületen kutató is sok hasznot meríthet belőle.

Berentei György dr.

Breit, A., P. E. Peters és P. Reindl: Wertigkeiten radiologischer Methoden — Niere-Leber-Pankreas. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1975. 114 oldal, 10 ábra, 62 táblázat. Ára: 39,80 DM.

A könyv 114 oldalnyi anyagából 94 oldalon olvashatunk a vese, a többi 20 oldalon egy fejezetcím alatt a máj és a pancreas radiológiai vizsgálatának teljesítőképeségéről.

A 60 szerző közreműködésével készült munka célja az, hogy az utóbbi évtizedekben oly sokat fejlődött radiológiai vizsgálati módszerek egymáshoz viszonyított diagnosztikai értékét, ésszerű időbeni sorrendjét, az adatok feldolgozásának módját, a vizsgálatok anyagi költségeit, stb. ismertesse és bizonyos módszertani irányelveket nyújtson. Ezek ismeretében a vese, a máj és a pancreas betegségekben a radiológiai diagnosztikus munka pontos tervek szerint végezhető. Ezzel nemcsak az adatterjes leghasznosabb módját választjuk, hanem a legnagyobb teljesítőképeségű, legkisebb sugárterheléssel járó eljárások előtérbe helyezésével a lakosság medicínailis sugárterhelését is (amely teljesen érthető módon nálunk igen kevés intézetben szempont) a feltétlen szükséges mértékre korlátozzuk. A könyv a röntgen vizsgálati módszereken kívül az izotóp-

és ultrahang-diagnosztikával is foglalkozik.

A vesebetegek adathalmazának feldolgozására a lyukkártyás és a számítógépes módszert alkalmazták. A vesevizsgálatok eredményeinek gyűjtésére és rögzítésére egy univerzális adatlapot ismeretnek, melyből mind a két módszer átdolgozás nélkül kapható adatokat. Külön fejezet foglalkozik a hibás pozitív és hibás negatív eredmények előfordulásának valószínűségével vizsgálómódszerekre és betegségekre bontva. Számos izotóp módszer értékelése alapján kiválaszthatjuk az egyes betegségek felismerésére legalkalmasabb vizsgálóeljárást. A módszerértékelés után hasonló szempontok szerint, de az egyes vesebetegségek csoportosításában a diagnosztikai terv felállításáról olvashatunk. A radiológiai módszerek itt már a többi klinikai és laboratóriumi vizsgálatokkal együtt szerepelnek, amely a radiológusok általános orvosi képzése és a többi klinikus radiológiai ismeretének bővítése szempontjából is szerencsés. A veseartéria szűkületek fejezetében magyarázatot találunk arra, hogy mi az oka annak a megrendült bizalomnak és szkepticizmusnak, mely az izotóp renographiával szemben az utóbbi években Európában megnyilvánul. Igen részletes statisztikai feldolgozást találunk a különböző radiológiai módszerek értékéről térfoglaló folyamatokban.

A szerzők kimondják, hogy annak ellenére, hogy egyes módszerek egyedi eredménye lehet téves, az összes rendelkezésünkre álló módszer nyújtotta adatokat együtt értékelve térfoglaló folyamatok esetében csaknem biztosan felállítható a helyes praeoperatív diagnózis.

A vesebetegségek vizsgálómódszereinek értékelésére a szerzők — a máj- és pancreas-betegségek vizsgálóeljárásainak rovására — viszonylag nagy terjedelmet biztosítottak, annak ellenére, hogy a vesebetegségek diagnosztikája ma már minden korszerű radiológiai tankönyvben részletesen megtalálható. A máj és pancreas radiológiai vizsgálatának előnyeit, hiányosságait, helyes javallatát, a várható információkat, a vizsgálatok legésszerűbb sorrendjét, néhány elavult nézet tarthatatlanságát azonban viszonylag kevesen ismerik. A statisztikai feldolgozás szerint a máj vizsgálóeljárásai közül különösen az angiographia rendelkezik kis tévedési aránnyal. Szerencsére a radiológiailag nehezen kimutatható egyéb betegségek más módszerekkel könnyebben felismerhetők. Az egyes vizsgálóeljárások egyedi értékelése sokkal kevésbé részletes, mint azt a vese fejezetben láttuk. A pancreas vizsgálatainak terén a különböző korszerű módszerek teljesítőképessége ennél kisebb, de több módszer, különösen az angiographiák,

együttes alkalmazása megbízható eredményhez vezet.

Végeredményben a könyv igen részletes statisztikai adatokkal illusztrálva ismerteti a vesebetegségek radiológiai vizsgálómódszereinek értékét és azok ésszerű alkalmazását. A máj- és pancreas-betegségek vizsgálatának feldolgozása kevésbé statisztikai jellegű, inkább összefoglaló munka, néhol az egyes radiológiai tünetek ismertetésével és azok értékelésével. A könyvet haszonnal forgathatják radiológusok, urológusok és belgyógyászok, de minden érdeklődő fog benne találni számára eddig ismeretlen adatokat.

Horváth László dr.

Schettler, Gotthard (hrsg.): Taschenbuch der praktischen Medizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975. 1922 oldal, 12 ábra, 38 táblázat. Ára: 79,— DM.

A könyv már a 8. átdolgozott és bővített kiadását érte el, megírásban 64 szerző vett részt. Az előszó szerint elsősorban a *gyakorló és fiatal orvosok*, valamint az *egyetemi hallgatók számára* kívánnak a szerzők gyakorlati ismereteket nyújtani.

Az *egyes fejezetek*: szembetegségek, sebészet, diagnosztikai technika, nőgyógyászat, szülészeti, fül-orr-gégegyógyászat, bőr-, nemigyógyászat, belgyógyászat, gyermekgyógyászat, a „légi utazás orvostana”, idegsebészet, ideggyógyászat, orthopaedia, physiotherapia, psychiatria, psychosomatikus medicina, „hajózási orvostan” és trópusi orvostan, munka- és szociális egészségügy, sportorvostan, röntgenológia, sugárkezelés és nukleáris medicina, urológia, acut mérgezések, fogászat, gyógyszer-tan, chemotherapia, az időskor pharmacológiája. A *belgyógyászati rész alfejezetei*: allergologia, angiologia, a rák chemotherapiája, véralvadás, endocrinologia és osteopathiák, gastroenterologia, haematologia, fertőző betegségek, cardiologia, hypertonia, shock, nephrologia, tüdőgyógyászat, rheumatologia, anyagcsere, tbc, vegetativ idegrendszer.

Az egyes fejezetekben betűrendben sorrendben szerepelnek a témakörök. A szerkesztő nyilván a napi gyakorlat szempontjait vette figyelembe, amikor a kórképek címszavai közé a fontosabb, gyakoribb tüneteket is beiktatta. (Pl. melaena, obstipatio, icterus). A *kórképek ismertetésének menete*: a kórfolyamat lényege, tünetek, aetiologia, kezelés. A teljességre törekvés jegyében a ritka syndromák is helyet kaptak.

A medicina egészének egy kötetbe történő sűrítése nehéz feladat, amelyet lényegében megoldottak. A közölt adatok valóban a legújabbak. Tartalmi vonatkozásban néhány *kritikai megjegyzést* tehetünk csupán: a szülészeti fejezetében aránytalan, hogy a fogóműtetet

2 oldal, míg a vacuum extractiót csak fél oldal tárgyalja; a cukorbetegség 2—3 százalékos frekvenciája kissé optimista adat. Néhány fejezet után irodalomjegyzék található, másutt sajnos, ez hiányzik. A methyldopa mellékhatásai közül kimaradt az autoimmun haemolytikus anaemia. Az appendicitis műtétét cukorbetegség esetén localaesthesia javasolja a sebészeti fejezet szerzője, véleményét túl határozottnak tartjuk. „Az operált gyomor” című alfejezet a műtét utáni panaszokat, tüneteket nem választja szét aszerint, hogy milyen típusú műtét történt.

A szerkesztő helyes állásfoglalása, hogy olyan fejezeteket is beiktatott, amelyek eddig általában hiányoztak a könyvekből. A komplex betegellátást szolgáló psychosomatikus medicina elvi és gyakorlati kérdéseit jól összeállított rész elemzi. A napjainkban mind gyakoribb légi és vízi utazás egészségügyi vonatkozásai ugyancsak helyet kaptak a kötetben. Az utazással és a nyaralással kapcsolatos akklimatizálódás, a helyi ártalmakkal — fertőzésekkel — szembeni védekezés tárgyalása kétségek nélkül aktuális. Ugyancsak elismerést érdemel, hogy a mind több idős betegre való tekintettel gyógyszerelésükről, speciális gyógyszer-interakcióikról, tolerancia-különbségükről külön fejezetben olvashatunk.

A könyv szerkezeti felépítése alkalmas a gyors áttekintésre, alkalmazását a részletes tárgymutató is elősegíti. Minden szakterület orvosa haszonnal olvashatja az öt köztelenül nem érintő részleteket is: aktuális képet kap az orvostudomány minden területéről.

Megemlítjük, hogy a medicina egészét áttekintő kiadvány a magyar orvosi irodalomban is hozzáférhető: A *gyakorló orvos enciklopédiája*. Az ismertett könyvvel szemben azonban 3 kötetes, valójában „kézikönyv”-nek tekinthető. Kitérő tárgymutatója lexikonként való használatát teszi lehetővé.

Vértés László dr.

G. Wildführ és W. Wildführ szerk.: A toxoplasmosis. Tanácsadó orvosok és állatorvosok részére. Veb. G. Fischer Verl., Jéna, 1975. 320 oldal, 76 ábra, 24 táblázat. Ára: 75,— DM.

A két szerkesztő és egyben szerző 320 oldalas, 76 részben színes képpel és 24 táblázattal illusztrált könyve mind orvosok, mind állatorvosok számára rendkívül tanulságos olvasmány. A könyv 9 fejezetre oszlik és minden fejezet után kitérő, a közlemények címeit is pontosan feltüntető irodalmi felsorolás található. A német nyelvű könyv stílusa jó, könnyen érthető, olvasmányos, az ábrák áttekinthetőek, demonstrabilisak.

Az első fejezet W. Wildführ, a leipzig Karl Marx Egyetem Közegészségtan Intézete vezetőjének

tollából származik. A fejezet a Toxoplasma gondii, Nicole és Mancaux, 1908 történetéről, morfológiai sajátosságairól és szaporodásáról szól. A protozoon szaporodási ciklusát kitűnő rajzokkal és számos elektronmikroszkópos felvétellel szemlélteti.

A második fejezetet az előbbi szerző G. Wildfűhrrel, az ugyanazon egyetem Mikrobiológiai Intézetének volt professzorával együtt, a toxoplasmosis specifikus diagnosztikájának kérdéseiről írta. Mindjárt bevezetőben leszögezik, hogy a kórokozó mikroszkópos kimutatása a paraziták csekély száma miatt még immunfluoreszcenciával is nehezen végezhető el. A korszerű diagnosztika ma már a toxoplasma antitest kimutatásán alapszik. Felhívják a figyelmet a titervizsgálat megismétlésének fontosságára.

A harmadik fejezet (G. Wildfűhr) a toxoplasmosis epidemiológiájával foglalkozik. Megállapítja, hogy emberi toxoplasma fertőzés szempontjából elsősorban az állati hús fogyasztása vagy a kéz szennyeződése révén a gyomor-bél csatornába jutott fejlett oocysták felelősek. A fertőzés másik fontos útja a diaplacentaris út.

P. Hengst, a berlini Humboldt Egyetem nőgyógyász főorvosa és W. Raue, a lipcei Karl Marx Egyetem neonatológusa az ötödik fejezetben a terhességi toxoplasmosisról és a világra hozott toxoplasma megbetegedésről írnak igen részletes, kitűnő áttekintést. A toxoplasmosis primaer infectio keletkezési módjainak ismertetése, a latens toxoplasmosis, a megelőzés, a diagnózis kérdéseinek elemzése után rámutatnak arra, hogy az embriopathiák genesisében a toxoplasmosisnak szerepe nincs. A kora terhességben történt fertőzés az esetek túlnyomó többségében abortust okoz. Részletesen tárgyalják viszont a foetopathia toxoplasmaticát (connatalis toxoplasmosis) és a fertőzött terhes, illetőleg újszülött gyógyításának korszerű lehetőségeit.

W. Ganz, a lipcei Karl Marx Egyetem trópusi betegségek tantervének professzora a hatodik fejezetben a postnatalis toxoplasmosis acut, subacut és chronikus megbetegedéseinek megnyilvánulási formáit a nyirokcsomók, a hasi, mellkasi, cerebropinalis, acut disseminált, chronikus recidiváló toxoplasmosis alakjait elemzi a klinikai lefolyás és a therapia gondos ismertetésével. Ebben a fejezetben különösen kiterjedt és hasznos irodalmi összefoglalót találunk.

Külön fejezetet szentel A. Lössner, a lipcei egyetem természeti klinikájának főorvosa a szem congenitalis vagy szerzett toxoplasmosisának, és kitűnő szövegtani ábrák illusztrálják a nyolcadik fejezetet, amelyben a kórképpel járó kórbonctani és kórsvetani el-

változásokat tárgyalja I. Röse, a magdeburgi klinika Patológiai Intézetének főorvosa. A kitűnő ismertetésből is kiemelkedik a központi idegrendszer megbetegedésének részletes és gondos feldolgozása.

A tizedik fejezetben az állatok toxoplasmosisával foglalkozik. M. Hilgenfeld, a DDR Tudományos Akadémiája Molekulárbiológiai Intézetének (Berlin) vezetője, valamint Th. Hiepe, a Humboldt Egyetem (Berlin) parazitológus professzora, mindketten állatorvosok. Ez a 60 oldal, állatok vonatkozásában mindazon szempontokat tárgyalja, amelyekről emberi vonatkozásban az előbbieken szó volt. A fejezet nemcsak állatorvosok, de a kérdéssel foglalkozó kutatók számára rendkívül tanulságos.

Az igen tartalmas könyv átolvasása után megállapítható, hogy toxoplasmosis, mint régebben, ma is kiváló területe a klinikai, epidemiológiai és parazitológiai kutatásoknak. Az utolsó évtizedben megismert újabb eredmények, így a trophozoiták szaporodásának a végső gazda, a macska, bélmásejtjeiben lezajló ivari ciklusnak felismerése, valamint a resistens, szabad természetben túlélő parazita alakok az oocysták felfedezése újabb lendületet adott a kutatásoknak. A serodiagnózis tökéletesedése — ebben jelentős szerepe volt az IgG és IgM ellenanyagok elkülönítésének — különösen a toxoplasmosis és terhesség problematikájának megközelítésében volt fontos adat. A toxoplasmosis kérdésének szerepéről tett megállapításai az abortus pathogenesisében, valamint megelőző és therapiás tanácsai hazai vonatkozásban is megszívlelendők. Revízió alá került a háziállatok szerepével kapcsolatos régi nézet a toxoplasmosis terjesztésében és megállapítást nyert, hogy az ember és számos állat köztigazdaként szerepel, s mint fertőzőforrás csak a macska játszik szerepet. Ezek és számos más megismerés tanulmányozására nyílik mód a könyv elolvasásakor és ez minden, a kérdésben érdekelt szakember számára igen érdekes, korszerű tanulmányt jelent. Különösen ajánlható microbiológusok, kórboncnokok, szülész-nőgyógyászok és gyermekgyógyászok számára.

László János dr.

L. Winkler: Klinische Biochemie. (Lehrbuch für die Berufsbildung I—II.) VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 571 oldal, 119 ábra, 45 táblázat. 1975. 2. átdolgozott kiadás. Ára: 18,70 DM.

A kétkötetes kis alakú könyv a laborasszisztensek hivatalos tankönyve a Német Demokratikus Köztársaságban.

Követi a biokémiai tankönyvek tárgyalásmódját, ismerteti a szén-

hidrát-, zsír-, fehérje- és nukleinsav-anyagcserét. Külön tárgyalja az enzimeket mintegy 33 oldalnyi terjedelemben, valamint a víz- és elektrolitháztartást. Majd a klinikai kémiai igényeknek megfelelően ún. funkcionális biokémiai fejezetben foglalkozik az egyes szervrendszerek: vérképzőszervek, vesefunkció és hormonelválasztás klinikai kémiai vonatkozásaival. Minden fejezet 1—2 oldalas összefoglalóval, ellenőrző kérdésekkel fejeződik be. Az enzim fejezet az egyik legértékesebb része a könyvnek, mely az enzimek szerkezetével, konformáció változásaival foglalkozik, elnevezésekben az új nomenklaturát veszi figyelembe, részletesen kitér az isoenzymekre (LDH, arylamidase isoenzymek), és az egyes sejtorganellumok enzimaktivitására. A szénhidrát fejezet ismerteti a mono- és polysaccharidák szerkezetét, részletezi a szénhidrát mobilizáció, valamint a glycolysis folyamatát. A lactat dehidrogenase tárgyalásánál kitér a szívinfarktushal vizsgált enzimre, így a biokémiai ismertetés az enzimek gyakorlati jelentőségének kihangsúlyozásával nagyobb hangsúlyt kap. A lipid fejezet részletezi a lipoidok szintézisét, a triglyceridek transportját, mobilizációját, metabolizmusát, a vele született (pl. hyperlipaemiák különböző típusa) és szerzett lipidosisokat. A fehérje fejezet az aminosavak, majd a fehérje primaer, secundaer, terciar és quaterner szerkezetével foglalkozik, ismerteti az elválasztástechnikai módszereket. A fehérje metabolizmusnál részletesebben foglalkozik a transaminálással és itt ad helyet a klinikai kémiában is használt enzimek gyakorlati módszereinek ismertetésére (GPT, GOT reakció). A nukleinsav rész részletesen ismerteti a DNS felépítését, sémás és elektronmikroszkópos képét, a chromosomákat, továbbá az aminosavszintézis kódolásának módját. A víz- és elektrolitanyagcsere fejezetben hangsúlyt a sav-bázis egyensúly és a vasanyagcsere ismertetése kap. A funkcionális biokémiai fejezet a vér-plasma összetételét, változásait, a haemoglobin szerkezetét, a haemoglobin-anyagcsere, továbbá a véralvadás zavarait tárgyalja. Külön fejezet foglalkozik a vesefunkció vizsgálatokkal, a különböző clearance technikákkal. A könyvet záró, táplálkozási fejezet a táplálékok kalória értékével, ion- és vitamintartalmával foglalkozik. A könyvben használt rövidítések táblázatból olvashatók. A könyv használatát részletes tárgymutató könnyíti meg.

Modern szemléletű tankönyv, amelyből a laboratóriumi asszisztens teljes képet kap a biokémia megfelelő részeibe, de érdeklődő orvos számára is nyújt újat.

Németh-Csóka Mihály dr.

Richard Klatt: Leitsymptome. (Einführung in die Differentialdiagnostik für Studenten) VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1975. 240 oldal, 47 ábra, 1 táblázat. Ára: 11,60 DM.

A könyv orvostanhallgatók számára készült, de jól felhasználhatják a mindennapos gyakorlatot folytató (elsősorban az önálló munkát kezdő, ügyeleti szolgálatot ellátó) orvosok is. Alcímében hangsúlyozott célkitűzése a medikusok elindítása a differentialdiagnosztika útvesztőjében. Az orvostanhallgatók képzésében, megfelelő előtanulmányok után, az ismeretek jobb és biztosabb rögzítését teszi lehetővé.

Alfabetikus sorrendben olvashatjuk az egyes tüneteket (pl. bradycardia, splenomegalia stb.), ezt követően felsorolásszerűen találhatjuk meg az ezt előidézőni képes kórképeket jelentőségüknek és gyakoriságuknak megfelelő beosztásban. A könnyebb áttekinthetőséget a sorrendiség mellett a megfelelő számozás, illetve szedéstechnika biztosítja. A differentialdiagnosztikus lehetőségek felsorolása után néhány mondatban a kérdéses kórképek néhány jellegzetesége, illetve a kórismézéshez szükséges speciális vizsgálatok szerepelnek.

Több tünet differentialdiagnosztikai értelmezését jól megszerkesztett ábrák, illetve táblázatok teszik lehetővé.

A jól felépített könyv értékét néhány hiányosság rontja. Egy 1975-ben megjelent műtől joggal várható az angina pectoris klinikai tüneteinek (effort és éjszakai megjelenés) részletes tárgyalása, a trifascicularis szemlélet megemlézése, a pacemaker kezeléssel kapcsolatos differentialdiagnosztikus problémák ismertetése. Tankönyvben nem engedhető meg olyan sajtóhiba, melynek következtében az egyébként igen jó sémák közül az aorta stenosis hallgatóvizsági leletét feltüntető ábra a typosos zörejt a diastolában mutatja (137. o.).

E hiányosságok ellenére (megfelelő correctio után) a könyv jól szolgálhatja az orvostanhallgatók ismereteinek elmélyítését, de megkönnyíti a mindennapos gyakorlatot folytató orvosok differentialdiagnosztikus munkáját is.

Pálóssy Béla dr.

M. W. Steward: Immunchemie. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1975. 86 old., DM 9,80. (Az 1974. évi eredeti angol kiadás szövegét németre fordította Klaus Esser.)

A neves angol biokémikus-immunológus rövid terjedelmű könyve elsősorban a felsőbb éves egyetemi hallgatók, valamint az immunkémiával ismerkedő szakemberek részére készült. Összefoglalja az immunkémia területén elért eredményeket és részletekbe menő elem-

zés nélkül jó áttekintést ad az aktuális problémákról is.

Rövid bevezető után az első fejezet a különböző kémiai természetű antigénekről foglalkozik, röviden ismertetve többek között az immunogenitást és az antigénspecificitást molekuláris alapjait, az antigének összetételét, optikai konfigurációjukat, fizikai jellemzőket, az antigén-determinánsok paramétereit, az antigének celluláris aspektusát.

A következő fejezet az immunoglobulinokkal és antitestekkel foglalkozik. Ismerteti ezek izolálását és tisztítását, kimutatásukat, mérésüket, típusaikat stb.

Az immunoglobulinok bioszintézisével foglalkozó fejezetben elemzi a folyamat celluláris alapjait és genetikai kontrollját.

A negyedik rész az antigén-antitest reakciókkal foglalkozva ismerteti a folyamat kinetikáját, a reakciós intermolekuláris paramétereit, az antitest-affinitás biológiai szignifikanciáját.

Az utolsó fejezet az antitest biológiai aktivitásával, a komplementfixációval és az antitest más biológiai tulajdonságaival foglalkozik.

A szöveget számtalan táblázat és sémás rajz egészíti ki. Nagy segítséget jelent a legújabb irodalmi adatok (összesen 129) felsorolása az egyes fejezetek végén. Befejezésül 37 nagy, összefoglaló munkát citál.

A munka megértéséhez bizonyos alapvető ismeretek szükségesek, így tulajdonképpen hézagpótló mű a régi kézikönyvek, illetve a legújabb részletes, nagy monográfiák között. Nem tankönyv, csupán vezérfonal az „egész” megértéséhez.

Daróczy Pál dr.

Schennetten F. P. N.: EKG-Taschenbuch (EKG zsebkönyv). Urban und Schwarzenberg, München—Berlin—Wien, 1975. 214 l., 137 ábra, 15 táblázat, 1 Ekameter. Ára: DM 15,80.

A kisméretű könyvecske 199 oldal szövegrészt és 14 oldal tartalomjegyzéket foglal magában. A klinikai elektrokardiographia alapjai fejezetben többek között a Nehb-, a Frank-féle orthogonális elvezetésekéről és a vektorkardiographia elemeiről ír. Igen hasznos táblázatok, rajzok teszik szemléletessé a mondanivalót (pl. a szívfrekvencia és az életkor összefüggései; a PQ tartam és a QT életkori sajátosságai stb.). Viszonylag részletesen tesz említést az oesophagus EKG-ról. A kamrai EKG című részben sorra veszi a különböző hullámok rendellenességeit, a concordans és discordans T-hullám eltérések patológiai jelentőségét. Részletesen taglalja az infarctus EKG jellegzetességeit, a szarblock EKG-t. A pitvari EKG fejezetben nem beszél az LGL syndromáról csak a WPW-ről; az A-V blockot is a régi osztályozásban tárgyalja, a LAH-t és a LPH-t, a trifascicularis blockot csak éppen megemlíti. Nem ismerteti a His köteg EKG-t és annak jelentőségét az

A-V blockok differencial diagnosisa szempontjából. Jól sikerült a ritmuszavarokról szóló fejezet. A sick sinus syndromára azonban csak két sor jutott. A terheléses EKG-ról írt részben felsorolást ad a fizikai terhelések különböző formáiról, a vegetatív idegrendszerre ható beavatkozásokról, légzésviszartartási próbáról stb. Az ergometres terhelésen kívüli ismerteti a Master-féle kétlépcsős próbát, ehhez táblázatot is közöl.

Az elektrolyt zavarokról szóló részben az általa megadott serum kalium szint norm. 3,1—5,5 aequ/l) nem felel meg a nemzetközileg elfogadottnak (3,5—5,0). Ugyanígy a serum natrium szintet tévesen írja 133—155 m. aequ/l-nek az elfogadott 136—145 m. aequ/l helyett. Jó táblázatot közöl viszont a szívbillentyű hibákban található különböző EKG eltérésekről a ritmusus, P-hullám és kamrai hypertrophia vonatkozásában. A pacemaker therapia, az EKG felvétel közben jelentkező különböző technikai zavarok tárgyalása képezik az utolsó témakört.

Összefoglalva: Schennetten zseb-EKG-ja a mai EKG ismeretek tömör összefoglalását adja; táblázataival, ábráival a mindennapi gyakorlat számára hasznos segítséget nyújt; belgyógyászoknak, cardiológusoknak, körzeti orvosoknak érdemes könyvespolcuk állandó kötetéi között szerepeltetni.

Böszörményi Ernő dr.

Issekutz Béla és Issekutz Livia: Gyógyszerrendelés. Medicina 1975.

A „Gyógyszerrendelés” 3. kiadása az életének 10. évtizedébe lépő Issekutz akadémikus imponáló munkakedvénél újabb bizonyítéka. Ez a könyv a „Gyógyszertan és Gyógyítás” sok kiadást megélt munka első kötetének, az oly sokáig tankönyvként használt, 1959-ben 6. kiadásban megjelent, „Gyógyszertan, Méregtan, Gyógyszerrendelés” utódja.

Ha felidézük a szerző alapgonolatát, mely a hol három, hol két kötetben megjelent „Gyógyszertan és Gyógyítás” első kötetének megírására, a többinek szerkesztésére inspirálta: „a farmakológusnak a klinikusok együttműködésére és tapasztalataira kell támaszkodnia”, és a régi mű egyik utolsó kiadása előszavának első mondatát, mely szerint könyvének célja „az elmélet és gyakorlat lehető tökéletes egyesítése”, Issekutz pedagógiai tevékenysége lényegének mozgató rugóhoz jutunk. A „kis” Issekutz-könyvből orvosok ezrei medikusként farmakológiát tanultak, gyógyító orvosként gyógyszerrendelési útmutatást és az új gyógyszerekről praktikus és gyorsan áttekinthető információkat nyertek. Évtizedek alatt különösen a gyakorló orvosok igényeinek kielégítése szempontjából forrott ki a munka.

A most 3. kiadásban közkézen forgó „Gyógyszerrendelés” mintapéldája egy jól körülírt gyakorlati feladat tökéletes megvalósításának. Szerkezet, hatás, hatásmód, klinikai hatékonyság, mellékhatások, sallangmentes, a gyakorló orvos szükségleteinek megfelelő, gördülékeny összefoglalás jellemzi ezt a művet, mely ideálisan betölti a célt, amelynek érdekében íródott. Ha valaki gyorsan akar tájékozódni, az oly sebesen válto-

zó gyógyszerrengetegben, lexikon tömörségű információt kap pillanatok alatt a jól kézbe vehető, könnyen lapozható, nyomdatechnikailag kitűnően szedett könyvből.

Ha vannak is apróbb problémák egyes vegyületek helyét illetően, példának említem, hogy a clonidin, egyik legjelentősebb antihipertenzív szerünk, a 114. oldalra, a reumaellenes vegyületek közé került, ez nem jellemzi a művet.

Gondoljunk a nehézségekre! A jól kézreeső formája, finom papírja, puha borítója miatt nem is vesszük észre, hogy 1000 oldalas könyvet tartunk a kezünkben, melyben a szedésekből fakadóan elképesztő mennyiségű információ zsúfolódik, így ezek pontossága, megbízhatósága külön elismerést érdemel.

A könyv továbbra is a gyakorló orvosok és gyógyszerészek elengedhetetlen segítőtársa marad.

Knoll József dr.

Figyelem! Új csomagolás!

Arthrofluor

kenőcs



Antirheumaticum

OSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alapanyagban. Az 50 g tubus 0,05 g hatóanyag-mennyiséget tartalmaz.


JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek – gyulladásos ízületi kórfarmák, posttraumás arthritisek –, valamint myalgiaák esetében therapiás kiegészítésként.

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

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlani nem szabad!

MEGJEGYZÉS: ❖❖ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft.
1 tubus (50 g) 13,40 Ft.

Biogal 
2149



CLINIUM

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 60 mg lidoflazinumot tartalmaz.

HATÁS: A Clinium tartós orális adagolása – a coronaria resistencia csökkentésével javítja a collateralis keringést és a myocardium revascularisatióját is elősegíti.

JAVALLATOK: Coronariasclerosis következtében fellépő angina pectoris. Myocardialis infarctus, illetve recidiva profilaxisa.

ELLENJAVALLATOK: A szív ingerképzési és ingerületvezetési zavarai. Myocardialis infarctus acut szakasza. Terhesség.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: A Clinium optimális terápiás hatásának kialakulásához általában 6 hónapos kezelés 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: Az állami egészségügyi ellátás keretében, állampolgári jog alapján fekvőbeteg-gyógyintézet belgyógyászati osztályának vezetője egy cardiológiai szaktanácsadással 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.

**Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója
a május havi járványügyi helyzetről**

Májusban a szezonnak megfelelően elsősorban enterális járványok alakultak ki.

Salmonellosis. A bejelentések száma több volt, mint áprilisban, és meghaladta a mediánt is. Egy pécsi 180 adagos főzőkonyhán készített ételek fogyasztói között csoportos gastroenteritises megbetegedések jelentkeztek. A kórokozó *S. typhi* murium volt.

Dysenteria. A jelentett megbetegedések száma lényegesen több volt, mint áprilisban, és magasabb volt a mediánál is. A Nógrád megyei Nagyoroszi óvodájának udvarán ásott kút vizét fogyasztók, valamint — kontakt fertőzések következtében — a velük érintkezők között járvány zajlott le. A kórokozó, amelyet mind a betegek székletéből, mind a kút vizéből kitenyésztettek, 85-ös fagtípusú *Sh. flexneri* 6 volt. A járvány kialakulását az idézte elő, hogy a kút közvetlen közelében kialakított szennyvízgyűjtő akna vize dugulás miatt felduzzadt és ezzel egyidőben a kutat tisztítás céljából kiszivattyúzták. Ennek következtében a kútba szennyvíz jutott, amit igazolt az is, hogy a kút vize makroszkóposan is szennyezett volt.

A zalaszentgróti kisegítő foglalkoztató iskola és nevelőotthon gondozottjai között *Sh. flexneri* 3a által okozott kontakt járvány zajlott le.

Sh. sonnei okozott járványt a következő helyeken: a Pest megyei Vácduka fiúnevelő otthonában (áprilistól áthúzódva májusra is), feltehetően étel közvetítésével; a Tolna megyei Decs hétközi kollégiumában lakó gyermekek között; a Baranya megyei Nagyharsány és a Békés megyei Orosháza óvodájában (Orosházán a bölcsődét is érintve); a Szolnok megyei Kenderes óvodásai és családtagjaik között; a Pest megyei Kemence község egy ásott közkútjának vizét fogyasztók között; és a Békés megyei Kunágota olyan lakosai között, akik a tejcsernek által magánszemélyektől felvásárolt és árusított pasztörizálatlan tejet forralás nélkül fogyasztottak.

Enteritis. A Veszprém megyei Alsóörs óvodájában és a Pest megyei Pilisszentiván különböző lakosai között ismeretlen aetiológiájú hasmenéses megbetegedések jelentkeztek járványosan. — A Pest megyei Törökbalinti tüdőszanatóriumban staphylococcus által okozott enteritis járvány zajlott le.

Dyspepsia coli. A bejelentések száma lényegében nem változott, halmozódásról a hónap folyamán nem érkezett jelentés.

Hepatitis infectiosa. A jelentett megbetegedések száma csökkent, és alacsonyabb volt a mediánál is. Halmozódás vagy járvány nem alakult ki.

A *scarlatina* bejelentések száma kissé csökkent, Tolna és Pest megyéből érkezett a legtöbb bejelentés. — A *rubeola* bejelentések száma is kevesebb volt, mint áprilisban, és változatlanul csak ötödrészt adta az előző évinek. A legtöbb megbetegedést Szolnok és Komárom megyéből jelentették. — A *parotitis epidemica* megbetegedések száma csökkent, változatlanul Békés megyéből érkezett a legtöbb bejelentés.

Ornithosis. A debreceni Baromfifeldolgozó Vállalat dolgozói között klinikailag ornithiosisnak megfelelő esetek jelentkeztek járványosan. A serológiai vizsgálatok folyamatban vannak. A járvány kialakulását az üzem több szempontból korszerűtlen helyiségei, illetőleg technológiája, valamint a munkavédelmi rendszabályok hiányos betartása segítette elő.

Staphylococcus. A soproni kórház újszülött osztályán, ahol január óta ismételtlen halmozottan jelentkeztek esetek, újabb pemphigoid neonatorum megbetegedéseket észleltek. A fertőzések az anyákat is érintették, akik között több sebészileg is ellátásra szoruló mastitis alakult ki. — A szombathelyi kórház szülészeti osztályán ugyancsak pemphigoid halmozódás alakult ki.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1976. május

Betegség	Május ⁺			Január 1.—május 31. ⁺		
	1976	1975	Medián 1970-74	1976	1975	Medián 1970-74
Typhus abdominalis	3	6	8	11	17	37
Paratyphus	2	1	1	5	4	6
Salmonellosis	507	659	420	1496	1684	1168
Dysenteria	734	588	706	2704	2486	2803
Dyspepsia coli	110	209	125	470	801	531
Hepatitis inf.	504	559	595	2935	2890	3397
Poliomyelitis	—	—	—	3	2	1
Diphtheria	—	—	—	—	4	—
Scarlatina	642	1059	1010	4469	5598	4961
Morbilla	27	85	1103	160	488	4457
Rubeola	624	3113	—	2682	13 555	—
Parotitis epid.	4375	4569	—	26 164	20 085	—
Pertussis	4	9	7	22	19	32
Meningitis epid.	9	6	5	33	24	31
Meningitis ser.	30	58	31	125	175	104
Encephalitis inf.	4	15	8	40	42	30
Mononuc. inf.	61	66	—	228	224	—
Keratoconj. epid.	—	1	4	17	10	21
Malaria	—	1*	—	—	1*	2*
Typhus exant.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcus	51	30	25	237	145	145
Tetanus	6	5	5	18	24	18
Anthrax	—	—	—	1	—	—
Bruceellosis	5	20	12	29	65	52
Leptospirosis	2	4	4	7	18	13
Ornithosis	24	1	—	24	2	—
Tularemia	8	7	7	40	76	11
Lyssa fertőzésre *gyanús sérülés	138	183	—	791	836	—

⁺ Előzetes, részben tisztított adatok.

* Importált esetek.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1975. december—1976. május*

Betegség	1975	1976				
	Dec.	Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.
Typhus abdominalis	3	2	2	2	2	3
Paratyphus	—	1	2	—	—	2
Salmonellosis	364	254	180	207	348	507
Dysenteria	682	530	500	509	431	734
Dyspepsia coli	118	100	64	87	109	110
Hepatitis inf.	650	716	604	584	527	504
Poliomyelitis	—	—	3	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Scarlatina	1109	1108	1011	1051	657	642
Morbilla	28	35	33	40	25	27
Rubeola	325	409	477	530	642	624
Parotitis*epid.	4808	5076	5479	6161	5073	4375
Pertussis	7	5	7	4	2	4
Meningitis epid.	6	6	6	8	4	9
Meningitis ser.	42	24	25	19	27	30
Encephalitis inf.	6	7	8	9	12	4
Keratoconj. epid.	1	4	3	4	6	—
Malaria	—	—	—	—	—	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcus	30	47	47	47	45	51
Tetanus	—	3	3	2	4	6
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Bruceellosis	13	10	7	2	5	5
Leptospirosis	4	1	1	1	2	2
Ornithosis	—	—	—	—	—	24
Tularemia	6	15	6	2	9	8
Lyssa fertőzésre *gyanús sérülés	138	209	170	182	101	138
Mononuc. inf.	41	33	46	45	43	61

*E lözetes, részben tisztított adatok.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(214)
Az Országos Közegészségügyi Intézet főigazgatója (1966 Budapest IX., Gyáli út 2—6.) pályázatot hirdet a Járványügyi Osztályon 913 kulcsszámú tudományos munkatársi állás betöltésére.

Pályázni közegészségügyi-járványtani képesítéssel lehet. Előnyben részesülnek azok, akik területi járványügyi gyakorlattal rendelkeznek, idegen nyelvet beszélnek, járványügyi tudományos munkában már részt vettek.

Az illetmény megállapítása a 2/1974. (II. 17.) MűM számú rendelet szerint történik.

Tóth Béla dr.
főigazgató

(215)
Szigetújfalu Községi Tanács V. B. pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett körzeti orvosi állás elnyerésére. A pályázatot a Községi Tanács Végrehajtó Bizottságához kell benyújtani. Szigetújfalu községhez csatolt község nem tartozik, az ellátandó lakosság száma 2100 fő.

Bérezés a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás alapján.

Körzeti orvos részére a rendelő közepében egy 3 szobás összkomfortos lakást, garázzsal biztosítunk.

Szente Lipót
tanácselnök

(216)
A Budapest VIII. Tanács V. B. Balassa János Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a II. sebészeti osztályon tartós külföldi távollét miatt megüresedett segédoorvosi állásra. Alkalmazás helyettesként történik.

Illetmény kulcsszám szerint.

Policzter Miklós dr.
igazgató-főorvos,
az orvostudományok kandidátusa

(217)
A Budapest VIII. Tanács V. B. Balassa János Kórházának igazgató-főorvosa (Budapest VIII., Vas u. 17.) pályázatot hirdet a következő megüresedett állásokra:

egy segédoorvosi állás az I. sebészeti osztályon,

egy segédoorvosi állás a szülészeti-nőgyógyászati osztályon,

egy segédoorvosi állás a prosecturán.

Illetmény a 18/1971. sz. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint.

Policzter Miklós dr.
igazgató-főorvos,
az orvostudományok kandidátusa

(218)
Fővárosi X. kerületi Tanács V. B. pályázatot hirdet az Egészségügyi Osztályon belül kerületi orvosi munkakör betöltésére.

Fizetés: szolgálati időtől függően a 15/1973. MÜM számú rendelet szerint.

Jelentkezni lehet: X., Tanács V. B. személyzeti vezetőjénél. Budapest X., Pataky István tér 29., I. 38.

(219)
Az Orosházi Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az alábbi fogorvosi állásokra: Csorvás községben 1 fő, Békéscsán községben 1 fő, Pusztaföldvár községben 1 fő.

Javadalmazás a gyakorlati időnek és kulcsszámnak megfelelően a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás alapján. Lakás biztosítva.

Gazdag István dr.
igazgató-főorvos

(220)
A Budapesti Rendőr-főkapitányság Egészségügyi Osztálya pályázatot hirdet igazságügyi orvosi állásra.

Az állást 30 évnél fiatalabb férfi orvosok pályázhatják. Illetmény személyes megbeszélés alapján a Budapesti Rendőr-főkapitányság Egészségügyi Osztályán.

Budapesti Rendőr-főkapitányság egészségügyi Osztálya Budapest VIII., Mosonyi u. 5—7 Telefon: 189—596.

Rosta László dr.
osztályvezető főorvos

(221)
Pályázatot hirdet a Péterfy Sándor utcai Rendelőintézet fogászati osztályán megüresedett E 106 kulcsszámú fogszakorvosi állásra. Hosszabb gyakorlattal rendelkező szakorvosok pályázhatnak. Illetmény a kulcsszámnak megfelelően.

Forgács József dr.
főigazgató-főorvos

(222)
A Pest megyei Tanács Tüdőgyógyintézet és Tüdőgondozó Intézete (2045 Törökbalint, Munkácsy Mihály u. 70.) pályázatot hirdet a Tüdőgyógyintézetben áthelyezés miatt 1976. augusztus 1-én megüresedett másodorvosi állás betöltésére. Az állás elnyerésére nem szakképzett orvos is pályázhat.

Az állás Budapestre is ellátható. Bérezés a 18/1971. EÜM—MÜM együttes utasítás alapján szolgálati időtől függően.

Harsányi Gyula dr.
igazgató-főorvos

(223)
A Gödöllő Városi Tanács Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Gödöllő, Petőfi u. 1.) pályázatot hirdet a Gödöllő Városi Tanács Rendelőintézetben 1 fő E/104 kulcsszámú 8 órás csoportvezető belgyógyász, 1 fő E/107 kulcsszámú 8 órás sebész szakorvosi, és 1 fő E/110 kulcsszámú 8 órás üzemorvosi állásokra.

Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint.

A pályázati kérelmeket a megjelenéstől számított 30 napon belül kérjük megküldeni.

Keresztes Miklós dr.
igazgató-főorvos

(224)
A VIII. Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezető főorvosa pályázatot hirdet a ker. V. B. egyetértésével a kerületben szervezés alatt álló felnőtt integrált egészségügyi intézmény főigazgató-főorvosi állásra.

Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint.

Pályázatok a szolgálati út betartásával kérjük beküldeni. Budapest VIII., Baross u. 65—67. I. em. 110. egészségügyi osztályhoz.

Vidéki István dr.
ker. vez. főorvos

A VIII. Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezető főorvosa pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett ifjúsági orvosi állásra. Elsősorban gyermekgyógyász-szakkepesítéssel rendelkezők jelentkezését várjuk.

Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM együttes utasításban foglaltak szerint.

Pályázatok a szolgálati út betartásával kérjük beküldeni Budapest VIII., Baross u. 65—67. I. em. 110. egészségügyi osztályhoz.

Vidéki István dr.
ker. vez. főorvos

(226)
Heves megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (Eger, Kossuth Lajos u. 9.) pályázatot hirdet a Heves megyei kórház szemészeti osztályán — nyugdíjazás folytán megüresedő — osztályvezető főorvosi állás betöltésére.

Az állás 1977. január 1-én betölthető. Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM utasítás szerint.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Szabó Ferenc dr.
megyei főorvos h.

(227)
Heves megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Eger, Kossuth Lajos u. 9.) pályázatot hirdet a Heves megyei Kórház gyermekgyógyászati osztályán — nyugdíjazás folytán megüresedő — osztályvezető főorvosi állás betöltésére.

Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM utasítás szerint.

Az állás 1977. január 1-én betölthető. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Szabó Ferenc dr.
megyei főorvos h.

(228)
Heves megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (Eger, Kossuth Lajos u. 9.) pályázatot hirdet a Heves megyei kórház intenzív osztályán — újonnan szervezett — osztályvezetői főorvosi állás betöltésére.

Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM utasítás szerint.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.
Szabó Ferenc dr.
megyei főorvos h.

(229)
A Veszprém Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (8200 Veszprém, Szabadság tér 1.) pályázatot hirdet az 1976. szeptember 1-vel újonnan szervezendő 15. számú körzeti orvosi állásra. Besorolás kulcsszám szerint, lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Bertalan Gyula dr.
városi főorvos

(230)
A Veszprém Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (8200 Veszprém, Szabadság tér 1.) pályázatot hirdet az 1976. augusztus 16. napjával áthelyezés folytán megüresedett 14. számú körzeti orvosi állásra.

Besorolás kulcsszám szerint.
Bertalan Gyula dr.
városi főorvos

(231)
Pályázatot hirdet a Fővárosi Tanács Péterfy Sándor utcai Kórház—Rendelőintézet B (baleteti) sebészeti osztályán megüresedett E 106 kulcsszámú poliklinikus állásra.

Az állást elnyerőnek munkaideje felét a baleseti sebészeti osztályon, másik felét a sebészeti szakrendelésen kell eltöltenie.

Pályázhatnak sebész szakorvosok. Előnyben részesülnek, akik emellett traumatológiai, idegsebészeti vagy radiológiai jártassággal rendelkeznek.

Illetmény a kulcsszámnak megfelelően.
Forgács József dr.
főigazgató-főorvos

(232)
Pályázatot hirdet a Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház—Rendelőintézet Központi Laboratóriumában megüresedett E 108 kulcsszámú szakorvosi állásra. Szakképesítéssel nem rendelkező orvosok is pályázhatnak.

Illetmény a kulcsszámnak megfelelően, valamint munkahelyi és 30% vesztélyességi pótlék.
Forgács József dr.
főigazgató-főorvos

(233)
Fővárosi IV. kerületi Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa (1041 Budapest, Dózsa György út 30.) pályázatot hirdet az alábbi orvosi állásokra:

1 fő reuma felülvizsgáló főorvosi,
1 fő csoportvezető belgyógyász főorvosi,

1 fő rtg szakorvosi,
1 fő reuma szakorvosi,
1 fő nőgyógyász szakorvosi,
1 fő ideggyógyász szakorvosi,
1 fő üzemorvosi,

1 fő sebész szakorvosi állásokra.

A nőgyógyász, sebész és ideggyógyász szakorvos a szervezés alatt álló integrációs szervezetben fog dolgozni.

Az állások egy része azonnali (nőgyógyász, rtg, reuma szak- és felülvizsgáló), a többi 1976. október 1-vel betölthető. Az illetményeket a 18/1971. EÜM—MÜM sz. utasítás szerint fogjuk meghatározni.

Marton Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(234)
Budapest Fővárosi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (1840 Budapest, Városház u. 9—11.) pályázatot hirdet a Bajcsy-Zsilinszky Kórház fül-orr-gégészeti osztályán nyugdíjazás folytán megüresedő E 104 ksz. osztályvezető főorvosi állásra.

Képesítés és bérezés a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendelethez foglaltak szerint. A pályázati kérelmeket a 6/1970. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magán-gyakorlatot nem folytatathat.

Bartha Ferenc dr.
fővárosi vezető főorvosa

ORVOSKÉPZÉS

1976. 3. szám

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1976. 3. szám

Gáti István dr., Hadnagy János dr., Doszpod József dr., Rákóczi István dr., Preisz József dr., Cseh Imre dr., Egyed Jenő dr.: Az anyai szérum HPL (Human Placental Lactogen)-szint vizsgálata Rh-Inkompatibilitásban.

Bánóczy Jolán dr., Orosz Mihály dr., Rigó Orsolya dr.: Vizsgálatok a terhesség, fogszavasodás és nygyulladás összefüggéséről.

Szemesi Imre dr., Matányi Sándor dr., Csömör Sándor dr.: A mélyhűtés (kryocoagulatio) alkalmazása a nőgyógyászatban.

Köbor József dr., Horváth Mihály dr.: Adatok a centrális terhességondozás előzményeihez, veszélyeztetett népcsoportok vonatkozásában.

Kovács Lajos dr., Besenyő Tibor dr., Seregély György dr.: A vérképzés és a vasanyagcsere endokrin szabályozása.

Pulay Tamás dr., Csömör Sándor dr., Esztergályos János dr., Hunka Rezső dr., Németh Ferenc dr., Fedák László dr.: A carcinoembryonális antigén (CEA)-szint vizsgálatának jelentősége a petefészkek kórelőfordulásának monitorizálásában.

Rex-Kiss Béla dr., Szabó László dr.: Adatok a vércsoportok és a sex ratio közötti összefüggéshez II.

Doszpod József dr., Kerestzi József dr., Egyed Jenő dr., Szabó Tibor dr., Cseh Imre dr., Gáti István dr.: A HCS (Human Chronic Somatomotropin)-meghatározás diagnosztikus értéke, mola hydatidosa choriocarcinoma eseteiben.

Farkas Márton dr.: A fiatalkorúak és a 19-20 évesek terhességmegszakításának klinikai megfigyelésével és társadalmi vonatkozásai.

Jakobovits Antal dr., Herczeg János dr.: A túlhordás terhességéből származó placenták hisztomorfológiái elváltozásai.

Harkányi István dr., Zubeck László dr.: Intravénás, öntudatlansággal kombinált anaesthesia rövid ideig tartó műtétek érzéstelenítésére.

Tóth Zoltán dr.: Hypoxiás és fizikális terheléses vizsgálatok a leányi gázcsere prepatológiás állapotának felismerésére.

Jakobovits Antal dr.: Toxaemiás terhesek plazma oestradiol vizsgálata.

Tallian Ferenc dr.: Nem-morphin típusú analgetikum klinikai értékelése.

Krasznai Attila, Bárdosi Zoltán, Gergely Zoltán: Uterus-prolapsus tömlőjében keletkezett vékonybél-ruptura.

Nyerges László dr., Bene Zoltán dr.: Késői terhességi toxicosis ritka szövdménye.

Tóth Emil dr., Piszter István dr., Onódi Mária dr.: Újabb adatok a terhességmegszakítások kérdéséhez.

Szabó Elek dr., Bártfai György dr., Tekulics András dr.: Terhességmegszakítás intramuscularis 15-(S)-methyl-prostaglandin F_{2α}-val.

Preisz József dr., Hadnagy János dr., Jarái István dr., Kerestzi József dr., Cseh Imre dr., Rákóczi István dr., Szigetvári Iván dr., Gáti István dr.: A terhességi anamnézis, a neonatális mortalitás közötti összefüggés vizsgálata.

Harkányi István dr.: A zárt rendszerű nitrogén-oxidul-oxigénnel végzett érzéstelenítés módszeréről és hatásmechanizmusáról.

Dömötöri Jenő dr., Csömör Sándor dr., Berbik István dr., Horváth Attila dr., Polgár Mária dr.: Koraszülések demográfiai vonatkozásai klinikánk 5 éves anyagában.

Keresztes László dr., Biró Zoltán dr.: Cervicális terhesség (2 eset ismertetése).

Böszé Péter dr., Oó Mária dr.: Hüvelysejt-tani vizsgálatok anorexia nervosa-ban szenvedő betegeken.

Nádor Ervin dr.: Az osteogenesis imperfecta congenitáról (Typ. Vrolik) eseteink kapcsán.

Rodé Iván dr.: A sugár-therápia kuratív eredményei és lehetőségei.

Forgács József dr.: A méhnyakrák műtéti kezelésének egyes kérdései.

Zoltán Imre dr.: Hozzászólás dr. Forgács József: A méhnyakrák műtéti kezelésének egyes kérdései c. tanulmányához.

Lehoczky Győző dr.: Gondolatok dr. Forgács József: „Méhnyakrák kezeléseinek egyes kérdései” c. közleményéhez.

Kádár Tibor dr., Soltné Simon Éva: A többváltozós analízis alkalmazásának lehetőségeiről a társadalom-orvostudományban.

Varró Vince dr.: Az anaemia perniciosa immunológiai vonatkozásai.

Véghelyi Péter dr., Czeisel Endre dr.: Intrauterin fertőzések III.

Kisfalvi István dr.: A gyomorsav-secreciós vizsgálatokról. I. rész. Kvalitatív és kvantitatív gyomorsav-secreciós analysis, szonda nélküli vizsgálmódszerek.

Fejes András dr.: Súlyos habituskárosodottak traumát követő depressiójának néhány pszichológiai kérdése.

Szüle Péter dr., Vass Kornélia dr.: Mellkasi folyadékgyülemek differenciáldiagnosztikája.

MAGYAR RADIOLOGIA

1976. 3. szám

Ratkóczy professzor köszöntése.

Hernády Tibor dr. és Gottwald Gizella dr.: Radiológiai vizsgáló módszerek Goodpasture-szindróma diagnosztikájában és nyomkövetésében.

Tóth Erzsébet dr., Gyarmati János dr. és Juhász Mária dr.: Hypotoniás nyelcső-vizsgálatok visszértágulatok kimutatására.

Papp János dr., Korányi László dr. és Bielawski János dr.: Inzulint termelő tumor retrograd pancreatographiás kórismézése.

Miller H. M. A. Ph. D. F. Inst P.: A csont kalciumtartalmának meghatározása in vivo módszerekkel.

Dr. G. Böck: A röntgenvizsgálat mint primér és szekundér információs forrás.

Gottwald Gizella dr. és Szokolczai István dr.: Az emlőrák áttételek kombinált cytotatikus kezelése (Cyclophosphamide, Methotrexate, Fluorouracil).

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE

1976. 3. szám

Fülöp Éva dr. és Vajda Tiborné: A bőr eecrin spiradenomájának klinikuma és szövettana.

Mészáros Csilla dr., Tóth Annamária dr. és Debreczeni Margit dr.: Rosetta-teszt alkalmazása a gyógyszerallergia diagnosztikájában.

Lakos Tibor dr.: A preventív kezelések eredményei a nemibetegségek elleni küzdelemben. II. rész: Gonorrhoea.

Farkasdy József dr., Horváth Anikó dr. és Meszléri Éva dr.: A Satecid 65 WP szelektív herbicid okozta foglalkozási dermatosissról.

Török Ibolya dr. és Berecz Margit dr.: Microsporium gypesum okozta mycosis superficialis az arcon.

Valenta Mária dr., Komáromy Rózsa dr. és Weiter Magdolna dr.: Sztár Tonik által kiváltott chinin toxicoderma.

Désaknai Márton dr. és Fülöp János dr.: A naevus flammeus sugárkezelése.

Halmi Klára dr.: Terápiás tapasztalatok Candida vaccinával.

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT

1976. 2. szám

Bauer Miklós dr.: Intrameatalis acusticus neurinomák.

Czigner Jenő dr., Deutsch Ottó dr. és Kuhn Endre dr.: Supraglottikus künuldulások gégerák terápiajában elért eredmények.

Deutsch Ottó dr., Czigner Jenő dr. és Kuhn Endre dr.: Glottikus gégerákok kezelésének gyógyeredményei.

Spellenberg Sándor dr. és Egri Tamás: A Matzker-féle laterometriás eljárás klinikai audiológiai értéke.

Lampé István dr., Pap Uzonka dr. és

Demény Péter dr.: Tisztahang audiometriás vizsgálatok hypertoniás betegeken.

Bodó Miklós dr., Vámosi Zoltán dr., Döbrössy Lajos dr., Sugár János dr., Bánhidy Ferenc és Pólus Károly dr.: Az aspirációs cytodiagnosztika szerepe a fej-nyak daganatok differenciáldiagnosztikájában.

Balázs Boglárka dr. és ifj. Götze Árpád dr.: Összehasonlító vizsgálatok hagyományos és elektromos erősítésű hangszereken játszó zenészek hallása között.

Spellenberg Sándor dr.: Adatok az orális bióhormonális anticonciptensek otoneurologia vonatkozásában.

Balázs Boglárka dr.: Szövetragasztók alkalmazása a fül-orr-gégészetben.

MAGYAR SEBÉSZET

1976. 3. szám

H. Pothe: Adatok a colonicarcinoma epidemiológiájához.

Faller József, Ungváry György, Kokas Péter, Kupcsulik Péter, Krause Izabella: Extracorporalis mál-perfusio patkányon a mál funkcióképességének megítélésére.

Kósa Csaba, Bodrogi Tivadar, Kaposi Tibor: Cervicális lymphovenosus anastomosis a portalis hypertensio sebészeti kezelésében.

Sári Bálint, Mész Mária, Bánfi János, Siró Béla: Enzym-vizsgálatok splenectomián átesett egyének plasmájában.

Halmági Győző, Róth Erzsébet, Lantos János, Szeleney Mihály, Fodor Ernő, Török Béla: Autogen és allogen bőrttransplantatumok ⁹⁰K-felvételének alakulása.

Varga Edit, Jarabán Ildikó, Kocsis Béla, Kiss Tibor: Az új, elhúzódo hatású, Bayrena nevű sulfonamid-készítménnyel szerzett klinikai tapasztalatok, különös tekintettel az adagolási formákra.

Farkas Gyula, Baradnay Gyula, Kapros Károly: Vastagbél-actinomycosis.

Karsza Attila, Simon Zsolt: Az egyik ágba vakon végződő ureter bifidus klinikumához három eset kapcsán.

Tóth József, Balogh Ferenc: Sav-bázis egyensúly és serumenzym-változások a prostataadenoma transurethralis resectiója kapcsán.

Corradi Gyula, Romics Imre: Köves urethra-diverticulum ritka esete.

Megyeri József, Varga József: Az úgynevezett „prostatainfarktuskőről”.

Szöllösi János, Kanyó Ádám, Sas Mihály: Pathospermias férjek Methyl-testosteron-kezelése.

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1976. 3. szám

Flautner Lajos, Szilágyi László, Szutrély Ferenc, Bock György: Transplantációra izolált és áttételtelt pancreatoduodenalis segment angiografiás vizsgálata.

Tarján Éva, Szócs Éva, Juszkó Júlianna, Bálint Péter: Ureter-elzárás hatása az intrarenalis sorbakapcsolt ellenállásokra, normohidrál és mannittal terhelte kutyákban.

Halmági Győző, Lantos János, Török Béla, Kárpáti Egon, H. Biró Katalin, Szpornyi László: Keringés-szűnet és azt követő reperfusio hatása az agysejtek elektromos tevékenységére.

Jakab Ferenc, Szabó György, Mihály Katalin, Szentirmai Attila: Epealkotóelemek retentiója, regurgitációja obstruktív icterusban.

Czakó László, Nagy Éva, Szilágyi István, László Ferenc: Clofibrat antiiduretikus hatásának vizsgálata patkányban.

Csukás Zsuzsanna: Haemophilus influenzae iziológia egerek felső légutából.

Pogácsa Gábor, Dubecz Erzsébet: Glibenclamid, gliclazid és carbutamid hatása a szívizomösszehúzóásra és az artériás vérnyomásra.

Cserhádi István, Krizsa Ferenc, Lóza Albert: Vézretett egerek prep-disc. elektroforézissel szétválasztott szérumanak thrombocytopoetikus aktivitás vizsgálata.

Krizsa Ferenc, Cserhádi István: Az erythropein-szint változások hatása a thrombocytoképzésre egereken.

Tarján Éva, Szöcs Éva, Juszko Júlianna, Bálint Péter: A kutya vesekeringésének autoregulatója „free-flow” és „stop flow” körülmények között.
 Bartha Jenő: Az indomethacin hatása a veseműködésre altatót kutyaiban.
 Orbán Imre, Cseh György, Regős János: Heveny végtag-ischemiát követő prostaglandinszint változások a vérben.
 Várkonyi Tibor, Varga László, Náfrádi József, Kozma Márta, Kása Péter, Varró Vince: C¹⁴-gyel jelzett pentagastrin autoradiográfiai vizsgálata patkányban.
 Jobbágy Aladár: Fluoreszceinizotiocianát mennyiségének meghatározása direkt fotometriás módszerrel.
 Gergely Judit, Kulcsár András: Adatok az experimentálisan hyperthyreosis modellkísérletekhez.

FOGORVOSI SZEMLE

1976. 6. szám

Orsós Sándor dr.: A Központi Stomatológiai Intézet fogorvos-továbbképző feladatai.
 Ember Erika dr.: A parafunkció káros következményei.
 Horváth László dr.: A gyökértöméssel kapcsolatos sebészeti beavatkozásokról.
 Komári József dr.: A Medident rögzített fogpótlásokkal szerzett klinikai tapasztalatok.
 Lovász András dr.: Tapasztalatok kompozíciós tömőanyagokkal.
 Pázmányi György dr., Szerémi Katalin dr., Lovász András dr.: A perhagyasav alkalmazásának lehetőségei a fogászatban.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1976. 6. szám

Molnár Gy. dr., Karczag I. dr., Marosfi S. dr., Halász P. dr.: A serum difenilhidantoin és fenobarbital szintjének napszaki változásai epilepsziás betegeknél.
 Csécséi György dr., Velok Gyula dr., Borus Ferenc dr.: Aneurysma és agytályog.
 Benson Katalin dr.: Schizophrének szóasszociációs vizsgálati eredményei a válaszok tartalmi, gyakorisági megoszlása és a válaszolási reakcióidők alapján.
 Brasch András dr., Döme László dr., Hasznos Tivadar dr., Oláh Imre dr.: Szemmozgások intravenás barbiturát narkózisban.
 Sorszegi Pál dr., Gödény Sára dr., Módos Katalin dr.: Adatok a centrális pontin myelinolysis patho- és morphogenesiséhez.

Pethő B. dr., Tariska P. dr., Pintér K. dr., Sommer E. dr.: A hemisphaerialis dominancia a schizophreniában játszott szerepének vizsgálata neurolepticumok extrapyramidális kiserőjelenéseinek felmérésével.
 Pálffy György dr., Guseo András dr., Hegedűs Katalin dr., Kerényi László dr.: A sclerosis multiplex első tünete.

MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM

1976. 3. szám

Holló István dr., Szücs János dr.: Új ismeretek a D-vitaminról és hormontermesztől aktív származékairól.
 Kovács Elemér dr., Nagy Ibolya dr., Major Ferenc dr., Wagner Gyula dr.: Repetitiv multifocalis (chaoticus) pitvari tachycardia.
 Tényi István dr., Németh Magdolna dr., Jávor Tibor dr., Nemes János dr., Czimer Józsefné: Visken kezelés hatása hypertoniás betegek plazma renin aktivitására (PRA).
 Kiss Béla dr., Harsányi Ádám dr., Tóth Károly dr., Kárpáti Pál dr.: Shock myocardialis infarctusban.
 Krasznai István dr., Földes János dr.: Nagy érzékenységű detektor alkalmazása a pajzsmirigy jódfeletvétel görbe méréséhez szükséges ¹³¹I mennyiségének csökkentésére.
 Somogyi György dr., Káldor Antal dr., Gachályi Béla dr., Ibrányi Endre dr.: A plazma Lanitop-szintjének alakulása májcirrhosisos betegekben orális adagolás után.
 Burger Tibor dr., Pár Alajos dr., Gógl Árpád dr., Schmelzer Matild dr.: Vastorgalom krónikus hepatitisben.

MORPHOLOGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE

1976. 3. szám

Beregi Edit dr., Kelemen Judit, Szabó Dezső dr.: Fialat és öreg patkányok poplitealis nyirokcsomóinak secundaer reakciójában fellépő változások immunfluorescens- és immunelektronmikroszkópos vizsgálata.
 Karscsú Sarolta dr., Tóth Lajos dr., Ágoston Dénes, Bogdányi Anikó: Acetylcholinesterase-pozitív struktúrák fény- és elektronvizuális analízise patkány- és area postrema-jában és subpostrema-jában.
 Schneider Ferenc dr., Hesz Árpád dr., Lusztig Gábor dr.: 250 000 molekulasúlyú dextran hatása nyulak kísérletes cholesterinsclerosisára.
 Balogh István dr., Székely Miklós dr.: Koszorús verőér elzáródást okozó ideggest.
 Hudák Aranka dr., Bors Zsuzsa dr., Folly Gábor, Ungváry György dr.: A

toluol májkárosító hatásának kísérletes vizsgálata. III. Kvantitatív morfológiai vizsgálatok.

Krajcsócsics Pál dr., Mogyoros László dr.: Megtévésző önkezdő lövészi sérülés.
 Ifj. Surján László dr., Juhász Jenő dr.: Blokk-impregnációs eljárás klórionok hisztológiai kimutatására.
 Szentirmay Zoltán dr., Pokorny Éva, Sugár János dr.: Specifikus festékabsorptió vizsgálata alkálalis Fast green és Heparin-alciankek kvantitatív citokémiai reakciókban.
 Krutsay Miklós dr.: A Romeis-féle porcfestés módosítása.
 Kiss Anikó dr., Kuntár Lajos dr.: Basikus fehérjék és hízósejtek szemésében. A maszkrozott fehérjék kimutatásáról, ill. a szemések acidophil festődéséről.
 Kramer Imre dr.: Flataalkori öngyilkosságok ritkább esetei.
 Jobba György dr., Szöllösi Géza dr., Benze György dr.: Lupus pancreatitis (?) esete systemás lupus erythematosusban.
 Ungváry György dr., Hóltzl Pál dr., Bors Zsuzsa dr., Hudák Aranka dr., Timár Miklós dr.: Szilkkotikus patkánytüdők-ből visszanyert és természetes SiO₂ részecskék elektronmikroszkópos vizsgálata.

FOGORVOSI SZEMLE

1976. 7. szám

Ferenzi Ida dr., Nyárádsy Ida dr., Felkai György dr.: A sarjadzógombák szerepe a caries kóroktanában.
 Borbély László dr., Szabó György dr., Mari Albert dr.: Adatok a szelatin-rezorcinalformaldehid szövetragasztó (Kelenen-féle módszer) szájszészeti alkalmazásához.
 Gonda György dr., Füst Molnár Sándor dr.: Hazai és nemzetközi tapasztalatok a fogászati egészségnevelésben.
 Konec József dr., Jakab Klára dr.: Előben diagnosztizált Wegener-granulomatosis esete.
 Bajusz Lajos dr.: A súlyos szabadságvesztésre ítélt stomatológiai vizsgálata.
 Dr. Dr. G. H. Schumacher, Ivánkievics Dénes dr.: A craniofacialis dysplasiák keletkezésének és megelőzésének időszervi kérdései.
 Skokijev Antonij dr., Merkaš Zlatko dr., Fábán Imre dr., Ristić Jovan dr., Trbojević Petar dr.: Maxilla malignomák gyógyításában szerzett tapasztalataink.
 Szüle László dr.: Ajak- és állcsontthasadék intrauterin gyógyulása.

FENTANYL

injekció

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (10 ml) 0,5 mg fentanylumot tartalmaz 10 ml vizes oldatban.

JAVALLATOK: Műtét előkészítés, valamint különböző típusú narcosisok praemedicációjaként Droperidol injekcióval kombinálva. A neuroleptanalgesziában műtét fájdalomcsillapításra: a hasi és mellkasi, az ideg- és érsebészetben, nőgyógyászati, orthopaedial stb. műtétknél. A neuroleptanalgesziában Droperidol inj.-val együtt alkalmazható.

ELLENJAVALLAT: Sectio caesarea a magzati légzőközpont nagyfokú depressiója miatt.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek: Műtét 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 műtét beavatkozás megkezdése előtt. Műtét érzéstelenítésre: 0,4–0,6 mg (8–12 ml) Fentanyl adagolandó intravenásan. Műtét érzéstelenítés fenntartására:

0,05–0,2 mg (1–4 ml) intravenásan. Ez az adag szükség esetén általában 20–30 percenként ismételtethető.

Gyermekeknek: Műtét előkészítésre: testsúlykilogrammonként 0,002 mg Fentanyl testsúlykilogrammonként 0,1 mg Droperidollal együtt adagolandó, a műtét beavatkozás megkezdése előtt, intramuscularisan. Műtét érzéstelenítésre: testsúlykilogrammonként 0,010–0,015 mg Fentanyl adagolandó intravenásan vagy 0,015–0,025 mg intramuscularisan. Műtét 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 vagustonust fokozó hatásának következtében bradycardia jelentkezhet. Ritkán bronchospasmus, izom-rigiditás 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.

Felhívás a szerzőinkhez

Kérjük valamennyi szerzőnket — a tanulmányok, beszámolók, könyvismertetések és referátumok íróit —, hogy a korrektúrák javításakor szíveskedjenek a nyomtatott szöveget összehasonlítani a kézirattal, és a korrektúrában csak azokat a javításokat jelölik be, amelyek a kézirattól eltérő nyomtatott szövegrészek helyesbitésére hivatottak. Más szóval: *csak a nyomda által elkövetett hibákat javítsák*. Ha ugyanis a korrektúrában a szerző a kézirat szövegét megváltoztatja — ún. szerzői javítást végez —, a nyomda a kiadónak különköltséget számít fel. Az utóbbi időben az Orvosi Hetilap ilyen költségei jelentősen megemelkedtek, és egészségünkben igen magas összegeket tesznek ki. Szerzőnket tehát fokozott figyelemre és együttműködésre kell kérnünk.

Megemlítjük, hogy a szerkesztőség a nyomdára való előkészítés során a kéziratokban gyakran eszközöl változtatást; főleg stiláris jellegű javítások ezek. E változtatásokat szerzőink lehetőleg ne javítsák, ugyanis ezeknek javítása már szerzői javításnak számít (nem beszélve arról, hogy a szerkesztőség a szerzői szövegen megfelelő mérlegelés után, nem ok nélkül változtatott!).

Természetesen továbbra is lehet mód arra, hogy a szerző a korrektúrában kisebb változtatásokat hajt-

son végre, kérjük azonban, hogy ezt ne a korrektúrába írja bele, hanem kérését írja meg kísérőlevelében a szerkesztőségnek, amely mérlegelés után dönt és erről a szerzőt értesíti.

Apró hibákat, pl. ékezetek hibáit — különösen, ha azokat nem a nyomda követte el, hanem az eredeti kéziratban a szerző írta le — semmiképpen se javítsunk, nemcsak azért, mert ennek költségkihatásai aránytalanok, hanem azért is, mert a nyomda javításai ilyenkor újabb hibák keletkezésének lehetőségét rejtik magukban, hiszen ilyenkor a nyomdában a javítást tartalmazó sort rendszerint teljesen újra kell szedni. Az utóbbi néhány évben az Orvosi Hetilap szerkesztőségébe növekvő számban érkeznek olyan kéziratok, amelyekben a **MEGBESZÉLÉS** fejezet tartalma nem felel meg annak, amit a fejezetcím ígér, vagyis nem a saját vizsgálati eredmények, megfigyelések vagy esetek diszkussziójáról, az irodalmi megállapításokkal való összevetéséről van benne szó. Leggyakrabban a megbeszélésben olyan adatközlések, irodalmi áttekintések olvashatók, amelyeknek a dolgozat bevezető részében lenne a helyük. Az ilyen kéziratokkal a szerkesztőségnek sok munkája van, és ezeket minden esetben kénytelenek vagyunk visszaküldeni a szerzőnek átdolgozás céljából. Arra kérjük ezért szerzőnket, szíveskedjenek a kéziratok elkészítésekor nagyobb figyelemmel lenni arra, hogy a dolgozatok megszokott szerkezeti rendje, és különösen megbeszélés része ne formális legyen csupán, hanem tartalomában is kifejeződjön.

PHLOGOSAM

kenőcs

ÖSSZETÉTEL

1 tubus (20 g) 0,6 g natr. disulfosalicylato samar. anhydr.-ot tartalmaz, lemosható alapanyagban.

JAVALLATOK

Akut dermatitis, akut ekzema, dermatitis solaris, dermatitis artificialis (vegyszerektől, benzintől stb.).

ADAGOLÁS

A bőrfelületet a kenőccsel a pontja 2–3-szor vékonyan bekenjük.

MEGJEGYZÉS

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

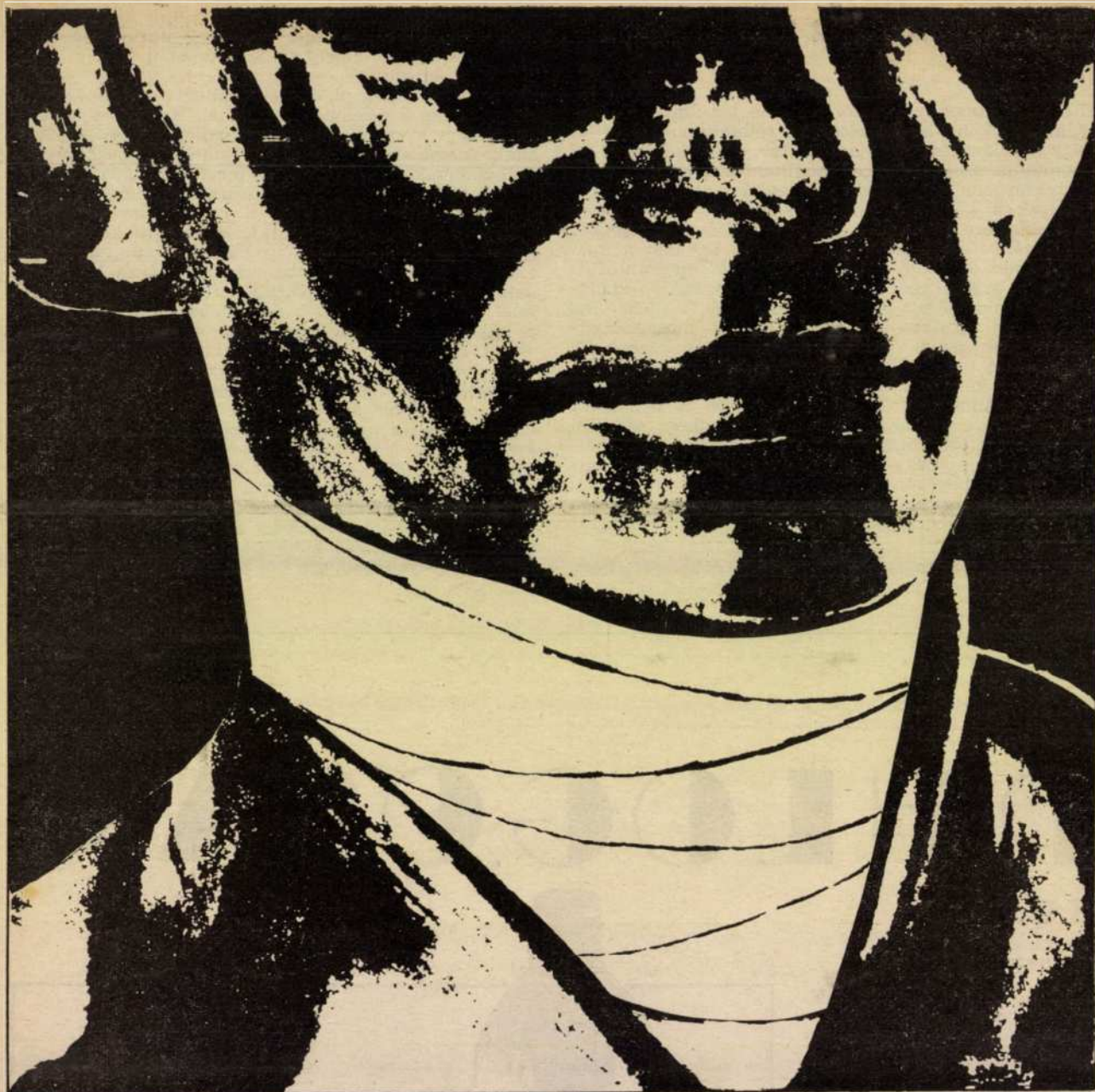
CSOMAGOLÁS

1 tubus (20 g) 16,70 Ft

FORGALOMBA HOZZA:



Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.



PHLOGOSOL

oldat

Osszetétel

Nátrium disulfosalicylato-samarium (III.)
anhydricum
hexachlorophenum
propylum paraoxybenzoicum
30 ml propilenglykolos oldatban.

0,9 g
0,03 g
0,045 g

Javallatok

Banális hűlésekkel együttjáró torokfájás. Grippe, angina-járványban a járvány cseppfertőzés útján történő terjedés

veszélyének csökkentése. A szájnyálkahártya forró étel, vegyszer okozta ártalmait.

Alkalmazás és adagolás

1 dl vízhez vagy kamillateához 1–2 kávéskanál Phlogosol oldatot adunk, majd ezzel az oldattal naponta 3–5 alkalommal száj-, illetve toroköblögetést végzünk.

Megjegyzés

Az állami egészségügyi ellátás keretében, állampolgári jog alapján csak abban az esetben rendelhető, ha egyéb, szabadon rendelhető toroköblítő alkalmazása nem vezet megfelelő eredményre.

Csomagolás

30 ml-es üvegben

22,60 Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Az Orvostovábbképző Intézet 1976. szeptember 3-án, 14 órakor az Intézet Kultúrtermében (XIII., Szabolcs u. 35.) **tudományos ülést** tart. **Sugár János dr.:** Az ultrastrukturális vizsgálatok jelentősége a daganat kutatásában.

A Heim Pál Gyermekkórház 1976. szeptember 9-én, reggel 8 órakor, az Orsz. Közegészségügyi Intézet nagyelőadótermében (IX., Gyáli u. 2-6.) Dél-Pest terület gyermekorvosai részére **továbbképző előadást** tart. **Rácz Dániel dr.:** Hasi katasztrófák a gyermekkorban.

Az Orvostovábbképző Intézet Munkaegészségtani Tanszék 1976. nov. 22.—nov. 26. között „**A biokémiai toxikológia legújabb kérdései és eredményei**” címmel tanfolyamat rendez.

A tanfolyam tematikája:

Nov. 22.

Prof. Antoni Ferenc: Xenogén anyagokkal kapcsolatos biokémiai folyamatok egészségügyi vonatkozásai.

Mányai Sándor: A vörösvértest mint in vitro modell a toxikológiai-biokémiai kutatásokban.

Mányai Sándor: A vér toxikológiai-biokémiai elváltozásai in vivo.

Nov. 23.

Hatfaludi Ferenc: A mitochondriumok jelentősége egyes herbicidek biokémiai hatásmechanizmusában.

Prof. Somogyi János: A transzport-ATPáz változásai, mint toxikus események egyik indikátorá.

Mányai Sándor: Szerves fémvegyületek toxikus biokémiai hatásai.

Gaal Ödön: A fehérje- és nukleinsavszintézis mint egyes toxikus hatások támadáspontja.

Nov. 24.

Szeberényi Szabolcs: A mikroszomális detoxikációs mechanizmusok mai állása. A citokróm P-450 mennyiségi és minőségi változásainak értékelése.

Cseh Istvánné: A kevert funkciójú oxigenázok aktivitása és toxikológiai értékelése.

Gögl Árpád: Embereken vizsgálható biotranszformációs mechanizmusok és ezek klinikai toxikológiai értékelése.

Mányai Sándor: A kevert funkciójú oxigenázok szolubilizálása és rekonstrukciója, molekuláris szerzettsége.

Nov. 25.

Gróf József: Alacsony molekulású anyagcsere intermediér- és végtermékek szerepe az endogén toxikózisokban.

Prof. Menyhárt János: Középnagy molekulású anyagcsere intermediér- és végtermékek szerepe az endogén toxikózisokban: A nephrotoxicitás kérdése.

Simon György: A kolinészteráz enzim és a kolinerg receptor molekuláris szerkezete.

Simon György: A kolinészteráz izoenzimek toxikológiai jelentősége.

Mányai Sándor: Membránhoz kötött, ill. oldott kolinészterázok reakciói.

Nov. 26.

Tóth Miklós: Szteroid hormonok anyagcsereje és hatásmechanizmusa toxikológiai szempontból.

Nagy Zsolt: Környezeti szennyező anyagok mint mutagén ágensek kimutatásának lehetőségei.

Kovács József: Színezékek toxikológiai-biokémiai vizsgálatával kapcsolatos követelmények és módszerek.

Kerekasztal-konferencia valamennyi előadó részvételével az előadások során felmerülő legérdekesebb kérdésekről.

A témák iránt érdeklődők (orvosok, gyógyszerészek, biológusok, végzők) jelentkezését várjuk.

Jelentkezés az egyéb tanfolyamokhoz hasonló módon történik.

Az Orvostovábbképző Intézet I. Sebészeti Klinika 1976. okt. 25.—okt. 30. között tanfolyamat rendez „**Operálható szívbetegek**” címmel. Belgyógyász és gyermekgyógyász szakorvosok jelentkezését még elfogadjuk.

Jelentkezés az eddigi gyakorlatnak megfelelően az OTKI Oktatási Osztályán.

A Fővárosi László Kórház 1976. nov. 16-án de. 9 órakor konferenciát rendez „**A fertőző betegségek diagnózisa**” címmel.

Jelentkezés az eddigi gyakorlatnak megfelelően az OTKI Oktatási Osztályán.

A konferencia helye: Főv. László Kórház, IX., Gyáli út 5-7.

Az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet, 25 éves jubileuma alkalmából **tudományos pályázatot** hirdet.

Témakörök:

I. Munkahigiénikusok számára:
1. Egy munkaegészségügyileg fontos üzem 20 éves munkahigiénés helyzetének alakulása.
2. Munkahigiénével kapcsolatos expozíciós tanulmány.

II. Üzemorvosok részére
1. Az üzemi morbiditási vizsgálat foglalkozási vonatkozásai, különös tekintettel a megelőzésre.

III. Az intézet tudományos dolgozóinak számára a tárcaszintű kutatások témaköréi.

Pályázhat:

I. Minden munkahigiénével foglalkozó higiénikus.

II. Minden üzemorvos.

III. Az intézet minden tudományos dolgozója.

A pályázatnál csak eredeti, még nem publikált és máshová be nem nyújtott tanulmányt vesz figyelembe a Bíráló Bizottság.

A pályamunka terjedelme a 10 oldalt nem haladhatja meg.

Beadási határidő: 1976. szeptember 15. A pályázat az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézetbe (1450 Budapest, Pf. 22.) küldendő.

A pályázat eredményének kihirdetése az 1976. október 4-6. között megrendezésre kerülő munkahigiénés kongresszus alkalmával történik.

A **Medicina Könyvkiadó** kiadásában 1976. júliusban megjelent egészségügyi szakkönyvek:

Climacterium feminium. Szerkesztette: Takács István, kötve: 74,— Ft.

Juhász Pál: Az orvos és a beteg kapcsolata, 2., bővített kiadás. A gyakorló orvos könyvtára sorozat, fűzve: 14,50 Ft.

Közegészségtani-járványtani gyakorlatok és bemutatók, 4. bőv. átd. kiad. Szerkeszt.: Fodor Ferenc—Vedres István, kötve: 63,— Ft.

Az orvostudomány aktuális problémái 24. kötet. Szerkeszt.: Fischer Antal, fűzve: 35,— Ft.

Vizkelety Tibor: Gyermek-orthopaedia. A gyakorló orvos könyvtára sorozat, fűzve: 18,50 Ft.

Az Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesülete Elnökségének felhívása

A medicina társadalmi vonatkozásainak kutatása — ebben foglalható össze azoknak az orvosoknak, matematikusoknak, szociológusoknak és más szakembereknek az érdeklődése, munkája, akik az Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesületének tagjai. Az egészségügyi szervezőtudomány és ennek gyakorlata kétségtelenül fiatal tudomány, de mégis mind nagyobb feladatokkal kell megbirkóznia az elméleti és a gyakorlati munkában egyaránt.

Ezért is fordul az Egyesület felhívással, ifjúsági tagozatának megalakításával az érdeklődő fiatalokhoz, egyetemi hallgatókhoz, nemrég végzett diplomásokhoz, mindenkihez, aki jelenlegi munkájától, további terveitől függetlenül érdeklődik a társadalomrostudomány és egészségügyi szervezőtudomány iránt. Az Egyesület mindazok főrumává akar válni, akik társadalomrostani ismereteik gyarapításával, vagy ilyen irányú tudományos munkájukkal szeretnék segíteni egészségügyünk hatékonyabbá válását, ezzel szolgálva végső soron a betegek, de az egészségesek érdekét is.

Részletes felvilágosítást **Balás Életes András**tól (1111 Budapest, XI., Bartók Béla út 18. Telefon: 652-915), valamint az egyetemek és az Egészségügyi Főiskolai Kar társadalomrostani-egészségügyi szervezési intézeteiben kaphatnak az érdeklődők.

A **Magyar Higiénikusok Társasága**, a **Pest megyei Közegészségügyi-Járványügyi Állomás** közreműködésével a Pest megyei Tanács és a Szentendre városi Tanács támoga-

tásával 1976. október 7—8—9-én Szentendrén, a Művelődési Központ és Könyvtárban (Engels u. 2.) XXI. Vándorgyűlést rendez.

Főtémák: Az agglomeráció problémáinak higiénés kérdései. A műanyagok általános közegészségügyi problémái. A gyermek- és ifjúsághigiéné aktuális kérdései. Aktuális járványügyi kérdések a megváltozott járványügyi helyzetben.

1976. október 7., csütörtök,
de. 9 óra

Zsögön Éva dr. egészségügyi miniszteriumi államtitkár: Ünnepi megnyitó.

Üléselnök: Gács Ferenc.

1. **Mondok Pál** (Pest megyei Tanács): A főváros környéki agglomeráció népgazdasági vonatkozásai Pest megyében (30 perc).

2. **Bakács Tibor** (Budapest): Az agglomerációk higiénéje. Nagyvárosok szívóhatása a környezetre (30 perc).

3. **Tengelyi Vilmos** (Pest megyei Tanács): A főváros környéki agglomeráció gyógyító-megelőző ellátásának alakulása (20 perc).

Sz ü n e t

1976. október 7., csütörtök,
de. 11.20 óra

„A” szekció (nagyterem)

Üléselnök: Bakács Tibor.

4. **Takács Sándor** (Miskolc): Miskolc és a város környezete (10 perc).

5. **Medgyesi Péter, Somosi György, Dömötör Lajos, Pázményi Sándorné** (Budapest): A főváros környéki agglomeráció ipari fejlődésének és az ezzel kapcsolatos közegészségügyi viszonyoknak alakulása (10 perc).

6. **Madár János, Straub Ilona, Adamis Éva, Hajnal Anna, Schönig Margit** (Budapest): A főváros környéki agglomeráció sajátos járványviszonyainak alakulása (10 perc).

7. **Deák Zsuzsanna** (Budapest): A fővárosi agglomerációs terület vízellátását, üdülését szolgáló Duna vízének bakteriológiai minősége és higiénés értékelése (10 perc).

8. **Csinády László, Székely Andor** (Komárom): Városhoz csatolt községek higiénés helyzete és fejlődésük lehetőségei (10 perc).

9. **Madár János, Jakab Éva, Tóth Emese, Tarczynski Kázmérné, Jancsó István** (Budapest): Gyál és Budaörs egyedi vizsgálata a főváros környéki agglomerációban (10 perc).

V i t a

1976. október 7., csütörtök,
de. 11.20 óra

„B” szekció (klubszoba)

Üléselnök: Tóth Béla.

10. **Róna Borbála** (Budapest): Psychovegetatív dysregulatio gyakorisága és okai a falusi 13—18 éves serdülők és ifjak között (10 perc).

11. **Czeizel Endre, Métneki Júlia** (Budapest): Az értelmi fogyaté-

kosságok aktuális közegészségügyi kérdései (10 perc).

12. **Leffelholc Eleonóra, Vedres István** (Budapest): Harmadik osztályos tanulók funkcionális állapotának vizsgálata a tanév különböző szakaszaiban (10 perc).

13. **Puskás Zoltán, Sidló László, Losonczy István, Bíró Zsigmond** (Miskolc és Debrecen): Az iskolai tanulóakra gyakorolt pszichés stresszhatások a pedagógiai ritmus tükrében (10 perc).

14. **Sidló László, Losonczy István, Puskás Zoltán, Bíró Zsigmond** (Miskolc és Debrecen): A tanulás élet-tani hatása pszichés stressz alatt (10 perc).

15. **Várnai Éva, Menner Tiborné** (Budapest): A főváros környéki agglomeráció óvodái és iskolai ellátottságának alakulása (10 perc).

V i t a

1976. október 7., csütörtök,
du. 15 óra

„A” szekció (nagyterem)

Üléselnök: Bíró György.

16. **Salaczné Morelli Klára** (Budapest): Az ivóvízellátásban alkalmazott műanyagok és bevonatok higiénés értékelése (10 perc).

17. **Csanády Mihály, Salaczné Morelli Klára, Ullrich Edéné** (Budapest): Dunai parti-szűrőű kutak szennyeződésének értékelése (10 perc).

18. **Schiefner Kálmán** (Budapest): Az akut toxikológiai vizsgálatok szerepe az agglomerációs területek vízellátásában (10 perc).

19. **Csanády Mihály, Schiefner Kálmán, Somló József, Hölter Katalin** (Budapest): Vegyi anyag által okozott talajvíz szennyezés (10 perc).

20. **Kárpáti Zoltán, Pinkola László** (Budapest): Gázkromatográfiás vizsgálatok ismeretlen eredetű vízszennyezések felderítésére (10 perc).

21. **Bozsai Gábor, Köves Lászlóné** (Budapest): Adatok a Duna és a Dunából nyert ivóvíz nehézfém tartalmára (atomabszorpciós vizsgálatok) (10 perc).

22. **Szabó Lászlóné, Remenárné Balogh Irén** (Szombathely és Budapest): Összefüggés az ivóvizek jódtartalma és a golyvaendémiás terület között Vas megyében (10 perc).

23. **Sujbert László** (Budapest): A Duna-víz és a budapesti csapvíz kémiai oxigénfogyasztásának alakulása szintetikus detergensnek jelenlétében (10 perc).

24. **Palicska János, Csépai Ferenc, Hőgye Anna** (Szolnok): Újabb adatok a Tiszából nyert Szolnok városi ivóvíz higiénés értékeléséhez (10 perc).

25. **Pajor Géza, Cholnoky Péter** (Szombathely): Methaemoglobinæmiás megbetegedések megelőzésével kapcsolatos eredményeink Vas megyében (10 perc).

V i t a

1976. október 7., csütörtök,
du. 15 óra

„B” szekció (klubszoba)

Üléselnök: Róna Borbála.

26. **Bágyoni Attila, Eröss László** (Budapest): A családi életre nevelés néhány időszertű problémája (10 perc).

27. **Merétei Klára** (Budapest): Mikroklíma és hőérzeti vizsgálatok oktatási és gyermekintézményekben (10 perc).

28. **Rósa Géza, Bagdy László, Szigetesi László** (Budapest): Gyermek-kori röntgenvizsgálatok sugárvédelmi kérdései (10 perc).

29. **Szöllősi Erzsébet, Makay Anikó** (Debrecen): Debreceni 9—10 éves gyermekek csontrendszerének fejlettsége (10 perc).

30. **Kőhegyi Imre, Somos Etelka Gyöngyi, Kopjár Gábor, Meláth Ferenc** (Pécs): A gyermek- és fiatal-kori intoxikációk vizsgálata Baranya megyében (10 perc).

31. **Jánossy Gyuláné, Kiss Melinda, Kelemen Erzsébet** (Budapest): Pest megyei bölcsődék higiénés és mikrobiológiai vizsgálatának tapasztalatai (10 perc).

32. **Bodnár Gabriella, Ertner Sárolda** (Debrecen): Cigánygyermekek testi fejlettsége és higiénés helyzetük (10 perc).

V i t a

1976. október 8., péntek, 9 óra

„A” szekció (nagyterem)

Üléselnök: Vass Ádám.

33. **Rudnai Ottó** (Budapest): Magyarország járványügyi helyzetének alakulása 1965—1975. években — aktuális kérdések és feladatok a jelenlegi helyzetben (25 perc).

34. **Solt Katalin** (Budapest): A parotitis epidemica hazai járványtani sajátosságairól szerzett tapasztalatok a bejelentési kötelezettség bevezetése óta eltelt időszak adatainak elemzése alapján (10 perc).

35. **Tass Marianne, Rudnai Ottó, Molnár Erzsébet, Mezey Ilona** (Budapest): Epidemiológiai megfigyelések az 1973—1974. évi rubeolajárványban (10 perc).

36. **Pazonyi Ilona, Czeizel Endre** (Budapest): A vele született rendellenességek országos nyilvántartása és a vírus-járványok (10 perc).

37. **Kocsis Sándor, Schulek Elemér, Rochlitz József, Karádi Éva** (Budapest): Az 1976. évi budapesti influenzajárvány kapcsán szerzett tapasztalatok (10 perc).

V i t a

Sz ü n e t

1976. október 8., péntek 9 óra

„B” szekció (klubszoba)

Üléselnök: Tarján Róbert.

38. **Cieleszky Vilmos** (Budapest): A műanyaggyártás és -felhasználás toxiko-higiénés kérdéseiről (20 perc).

39. **Sohár Judit, Simkovits Gabriella** (Budapest): Élelmiszerekkel érintkezésben felhasznált műanyagok élelmézés-egészségügyi problé-

mái, különös tekintettel a monomerekre (10 perc).

40. *Simkovits Gabriella, Sohár Judit* (Budapest): Adatok lágy PVC csomagolású élelmiszerek lágyító szennyezettségére (10 perc).

41. *Molnár Edmea, Tordai Lajosné* (Budapest): A fővárosi élelmiszer-kereskedelmi hálózatban használt műanyag csomagolóanyagok alkalmazásának higiénés problémái (10 perc).

42. *Erdőhelyi Ágota, Szabados Ilona* (Szombathely): Gyermekek játékok műanyag-összetételének közegészségügyi vonatkozásaira irányuló vizsgálataink (10 perc).

43. *Kelemen Erzsébet, Turóczi Júlia, Bouquet Dezső, Botond Gyula, Kiss István* (Budapest és Valkó): Táplálkozási vizsgálat egy agglomerációs jellegű községben (10 perc).

44. *Turóczi Júlia, Kelemen Erzsébet, Bouquet Dezső, Botond Gyula, Kiss István* (Budapest és Valkó): Táplálkozási vizsgálat eredményeinek értékelése egy agglomerációs jellegű községben (10 perc).

Vita

Szünet

1976. október 8., péntek, 11.15 óra

„A” szekció (nagyterem)

Üléselnök: *Vedres István*.

45. *Szentgáli Jánosné, Rudnai Ottó* (Budapest): Salmonella szerotípusok járványügyi jelentősége Magyarországon (10 perc).

46. *G. László Vera* (Budapest): S. typhi törzsek R faktorának járványügyi jelentősége (10 perc).

47. *Papp Gábor, Szeness Ágnes, Pető Ilona* (Győr): Több gócban jelentkező tömeges salmonellosis járvány Győr városban (10 perc).

48. *Milch Hedda, Czirók Éva, Semjén László, Varga János* (Budapest): Humán és állati eredetű patogén E. coli törzsek antibiotikum rezisztenciájának vizsgálata (10 perc).

49. *Nagy Tamás, Csépai Ferenc, Hajdú Imre, Szekeres Ferenc* (Szolnok): Dysenteria járvány uszodavíz közvetítésével (10 perc).

50. *Svidró Anna, Kubinyi Jánosné, Nyomárkay Ildikó, Mihályfi Irén, Szita József* (Budapest): Yersinia enterocolitica fertőzőségi vizsgálata állatoknál és állatgondozóknál (10 perc).

51. *Lakatos Mária, Bíró Zsigmond, Tóth Katalin, Tóth Sára, Széll Mária, Andrassy Katalin, Miskolczy Lászlóné, Amáaszt Margit, Lehel Frigyes, Horváth Irén, Tóth Irén* (Debrecen): Komplex vizsgálatok jelentősége az akut enterocolitisek oki eredetének tisztázásában (15 perc).

Vita

1976. október 8., péntek, 11.15 óra

„B” szekció (klubszoba)

Üléselnök: *Kertai Pál*.

52. *Dési Illés, Dura Gyula, Holló Attila, Farkas Ildikó, Adamis Zol-*

tánné (Budapest): Egészségügyi felhasználású polimerek komplex toxiko-higiénés vizsgálata és minősítéjük rendszere (10 perc).

53. *Fodor Ferenc, Nikodémusz István, Nagylucskay Sándor, Balatoni Mihály, Lendvay János* (Budapest): Kísérletes vizsgálatok a szervezeti rezisztencia egyes mutatóinak alakulására szintetikus anionaktív detergens terhelésnél (10 perc).

54. *Dákay Mária, Fodor Ferenc, Lendvay János* (Budapest): Kísérletes vizsgálatok szintetikus anionaktív detergens terhelés és a máj mikrosomális enzimaktivitása közötti összefüggésekre (10 perc).

55. *Rudnai Péter, Börzsönyi Mátyás, Remenárné, Balogh Irén, Pintér Alán* (Budapest): A Katexpo daganatkeltő hatásának vizsgálata állatkísérletekben (10 perc).

56. *Börzsönyi Mátyás, Pintér Alán, Rudnai Péter* (Budapest): Katexpo-tumorképzés fény- és elektronmikroszkópos vizsgálata (10 perc).

57. *Kneffel Zsuzsanna, Szlobodnyik Judit, Farkas Ildikó, Dési Illés* (Budapest): Egy műanyaglágyító, az Eviplast 80, komplex toxikológiai vizsgálata (10 perc).

58. *Bíró Kornélia, Jerszi László, Fazekas István* (Eger): Poliészter termékek előállításánál sztirol expozíciónak kitett dolgozók vizsgálata (10 perc).

Vita

1976. október 8., péntek, 15 óra

„A” szekció (nagyterem)

Üléselnök: *Kende Éva*.

59. *Losonczy György* (Budapest): A gyermekosztályok higiénés-járványügyi helyzete (10 perc).

60. *Pechó Zoltán, Erdős Gyula* (Budapest): A fertőtlenítés és sterilizálás gyakorlata az újszülött- és csecsemőosztályokon (10 perc).

61. *Kapczy Judit* (Debrecen): A központi sterilizés fejlődése és a kórházi fertőzések alakulása (10 perc).

62. *Szeness Ágnes, Amtmann István* (Győr): Egészségügyi intézményekben elkészített fertőtlenítő oldatok bactericid hatásának vizsgálata (10 perc).

63. *H. Nagy Anna, Safrankó Erzsébet, Rófusz Béláné* (Eger): Tapasztalataink az egri megyei kórházi E. coli 0:111 okozta járvánnyal kapcsolatban (10 perc).

64. *Ádám Mária, Petrás Győző* (Budapest): Acinetobacter calcoaceticus előfordulása respiratóriós osztályon (10 perc).

65. *Dobolyi Csaba, Balló Tibor, Novák Ervin Károly* (Budapest): Újszülött osztályok száj-soor endemiái. II. A béltraktus Candida albicans-kolonizáltsága (10 perc).

66. *Herczeg Tibor, Vámos Gábor, Gaál Ferenc, Salfaj Gáborné* (Budapest): Egészségre káros rovarok elleni védekezés helyzete a fővárosi egészségügyi intézményekben (10 perc).

67. *Kapczy Judit, Taar István* (Debrecen): Kórházhygiénés viszonyok javításának lehetőségei egy régi kórházban (10 perc).

68. *Erdős Gyula, Koncz Ágnes, Polják Katalin, Réffy Ferenc, Kecskeméti István* (Budapest és Veszprém): A scabies terápiájának és megelőzésének aktuális kérdései (10 perc).

Vita

1976. október 8., péntek, du. 15 óra

„B” szekció (klubszoba)

Üléselnök: *Berencsi György*.

69. *Fodrá Zsófia, Sipos Károly, Berencsi György* (Szeged): Adatok a Parquat bőrizgató és allergizáló hatásáról (10 perc).

70. *Nagymajtényi László, Berencsi György* (Szeged): Adatok a Parquat aerogen toxicitásáról (10 perc).

71. *Barabás Katalin, Berencsi György* (Szeged): Adatok a serum fehérje spektrum változásáról Parquat krónikus mikrotoxikus adagolása során (10 perc).

72. *Nehéz Mária, Selypes András, Páldy Anna* (Szeged): Kísérletek a dinitro-kresol tartalmú növényvédőszer mutagenitásának vizsgálatára (10 perc).

73. *Baranyai György* (Bratislava): A nagyipari állattartás higiénés kérdései és megoldásuk jelenlegi helyzete a Szlovák Szocialista Köztársaságban (10 perc).

74. *Zsíros Veronika, Móri Julianna* (Szolnok): Állattenyésztő üzemek összehasonlító munkahigiénés vizsgálata (10 perc).

75. *Barna Anna* (Szolnok): Mezőgazdasági dolgozók munkakörülményeinek elemzése a szolnoki járásban (10 perc).

76. *Somló Lajos, Csanády Mihály* (Budapest): A hazai szennyvíztisztító berendezések működésének értékelése az OKI és KÖJÁL vizsgálatok alapján (1963–1975) (10 perc).

77. *Hölter Katalin, Schiefner Kálmán, Gerencsér Zsuzsa* (Budapest): A Pest megyei bányatavak közegészségügyi helyzete és lehetőségeik az üdültetés vonatkozásában (10 perc).

78. *Estók Bertalan, Lucskay Klára, Andrik Péter, Vukovich Ferenc* (Eger és Miskolc): A Tisza higiénés vizsgálata Cigánd és Kisköre között (10 perc).

79. *Szabó János Barna, Fodor Ferenc* (Budapest): Az élő és élettelen környezeti tényezők komplex összefüggéseinek humáncentrikus értelmezése (10 perc).

80. *Somosi György, Károly Erzsébet, Melles Márta, Héthly István, Gerencsér Zsuzsa, Újhelyi Gyuláné* (Budapest): A hulladékeltávolítás helyzete, higiénés vonatkozásai és perspektívája (10 perc).

Vita

1976. október 9., szombat, de. 9 óra

„A” szekció (nagyterem)

Üléselnök: *Kátay Aladár*.

81. *Várnai Ferenc* (Budapest):

Trópusi betegségek jelentősége hazánkban (10 perc).

82. *Mislóczky Margit, Bánki György* (Budapest): A trópusi parazitózisok járványügyi és diagnosztikus problémái (10 perc).

83. *Jankó Mária* (Budapest): A behurcolt protozoonosok epidemiológiai jelentősége (10 perc).

84. *Lengyel Anna, Honti Tibor* (Budapest és Nagykanizsa): Kiemelt cigányközösség ascariasis aszsanációjának tapasztalatai (10 perc).

85. *Vilimszky Zoltán* (Miskolc): A humán strongyloidosis jelentősége Borsod megyében 20 év vizsgálatainak tükrében (10 perc).

86. *Bánki György, Mislóczky Margit* (Budapest): A helminth zoonosok (10 perc).

87. *Jurányi Róbert, Örley Judit, Bagó S. Mária* (Budapest): A fővárosi gyermekkori trichomoniasis és a felszámolás tennivalói (10 perc).

Vita Szűnet

1976. október 9., szombat,
de. 9 óra

„B” szekció (klubszoba)

Üléselnök: *Kertész Magdolna.*

88. *Cziczó Tibor, Kertész Magdolna, Várkonyi Tibor* (Budapest): A levegőszennyeződés aktuális helyzete városainkban az országos immiszió mérő hálózat adatai alapján (10 perc).

89. *Medve Ferenc, † Mórlik József, Mailáth Fleur* (Debrecen): Levegőszennyeződési vizsgálatok egy önfenntartó ökoszisztéma területén (10 perc).

90. *Berky Lajos, Dobolyi Csaba, Szabó Lajos, Várkonyi Tibor, Molnár Sámuel, Vondra Miklós* (Budapest és Pécs): Lakótelepülések külső és belső (zárt helyi) levegőjének összehasonlító vizsgálata (10 perc).

91. *Tapfer Dezső* (Budapest): A levegő szennyezettségének alakulása Budapest-Józsefváros belterületén 1974—1976. években (10 perc).

92. *Bíró Zsigmond, Csokonay Józsefné, Gábor Lászlóné, Palicska János* (Debrecen, Nyíregyháza és Szolnok): Az alföldi városok levegőszennyezettségi helyzete 1974—1975-ben (10 perc).

93. *Szabó Lajos* (Pécs): Vizsgálatok a levegőszennyeződések terjedéséről (10 perc).

94. *Bíró Zsigmond, Enyedi Tibor* (Debrecen): Egy hajdúváros és egy nagyközség komplex felméréseinek környezetvédelmi tapasztalatai (10 perc).

95. *Göde Gizella* (Pécs): Pécs új lakótelepeinek higiéniés problémái (10 perc).

Vita

1976. október 9., szombat,
de. 11.15 óra

„A” szekció (nagyterem)

Üléselnök: *Rudnai Ottó.*

96. *Erdős László* (Budapest): Oltási szövődmények, oltási balesetek (10 perc).

97. *Bándi Andor*: A 15 éves (1959—1974. évek közötti) járványos gyermekbénulás elleni oltás eredménye (10 perc).

98. *Lehel Frigyes, Harsányi Magdolna, Tóth Irén* (Debrecen): A celluláris immunitás és a herpes simplex vírussal történő fertőzés összefüggésének vizsgálata (10 perc).

99. *Kuti Vilma, Molnár Erzsébet* (Budapest): Kullancsencephalitis szeropozitív esetek epidemiológiai elemzése (10 perc).

100. *Munkácsy Magdolna, Borbély Petronella, Takács Sándor* (Miskolc): *Corynebacterium diphtheriae* ürítők Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (10 perc).

Vita

1976. október 9., szombat,
11.15 óra

„B” szekció (klubszoba)

Üléselnök: *Timár Miklós.*

101. *Sajgóné Vukán Klára, Csalay László* (Budapest): Nehézfémek kombinált hatása a máj mikrosomális enzim-indukciójára (10 perc).

102. *Remenárné Balogh Irén, Csalay László, Rudnai Péter, Sajgóné Vukán Klára* (Budapest): Magas nitrít tartalmú víz itatásának hatása a pajzsmirigy működésére (10 perc).

103. *Csalay László, Sajgóné Vukán Klára, Fáy Kálmánné, Makara Gábor* (Budapest): Vizsgálatok a zaj okozta zsírsav mobilizáció és mikrosomális enzim-indukció mechanizmusára (10 perc).

104. *Fáy Kálmánné, Csalay László, Remenárné Balogh Irén, Sajgóné Vukán Klára, Várkonyi Tibor* (Budapest): Levegőt szennyező anyagok (Co, SO₂, NO₂) izolált és együttes hatásának állatkísérletes vizsgálata (10 perc).

105. *Tatár Albert, Sedlák Mária* (Miskolc): Műanyag háztartási termékeket gyártó vonal kémiai-toxicológiai felmérése (10 perc).

106. *Bohr Sándorné, Koppa Györgyné* (Veszprém): A megyékben végzett műanyagvizsgálatok tapasztalatai (10 perc).

Vita

A Vándorgyűlés részvételi díja a Magyar Higiénikusok Társasága tagjai és általában MOTESZ-tagok részére 150,— Ft, nem tagok részére 300,— Ft. A részvételre (szállás és étkezés kivételével) még lehet jelentkezni, a részvételi díj postautalványon történő befizetésével, a Magyar Higiénikusok Társaságánál (1097 Bp., Gyáli út 2—6.) és esetleg a Vándorgyűlés első napján a helyszínen.

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 hírlapüzletében 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



76.2128 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béta vezérigazgató

INDEX: 25 674