ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FISCHER ANTAL DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA 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.

*

120. ÉVFOLYAM

*

18. SZÁM

*

1979. MÁJUS 6.

TARTALOMJEGYZÉK

Prugberger Emil dr., Gautier Barna dr. és Koppány György dr.:
A bronchopulmonalis nyirokcsomók szerepe az időskori tuberculosis pathogenesisében ... 1059

A PREVENTIO KÉRDÉSEI

Czeizel Endre dr., Kerekes Lajos dr., Merétei Katalin dr., Osztovics Magda dr., Sóbel Mátyás dr., Stuber Adrienne dr. és Tarró Sándor dr.:
Országos program az ismételten jelentkező anencephalia-spina bifida esetek megelőzésére 1065

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Török Katalin dr., Gergely Péter dr. és Petrányi Gyula dr.:
Keringő immunkomplexek meghatározása klinikailag aktív és inaktív stádiumban levő autoimmun betegek szérumában 1071

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Csikos Mihály dr. és Gervain Mihály dr.:
A heveny hasi katasztrófát okozó epeútbetegségek sebészi kezeléséről 1075

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Földes János dr., Bános Csaba dr., Borvendég János dr. és Gyertyánfy Géza dr.:
Bèta-receptor blokkolók hatása hyperthyreosisban 1080

KAZUISZTIKA

Jánossy Tibor dr., Intődy Zsolt dr. és Wabrosch Géza dr.:
Terhesség és szülés uretero-sigmoidostomia (Coffey-műtét) után 1083

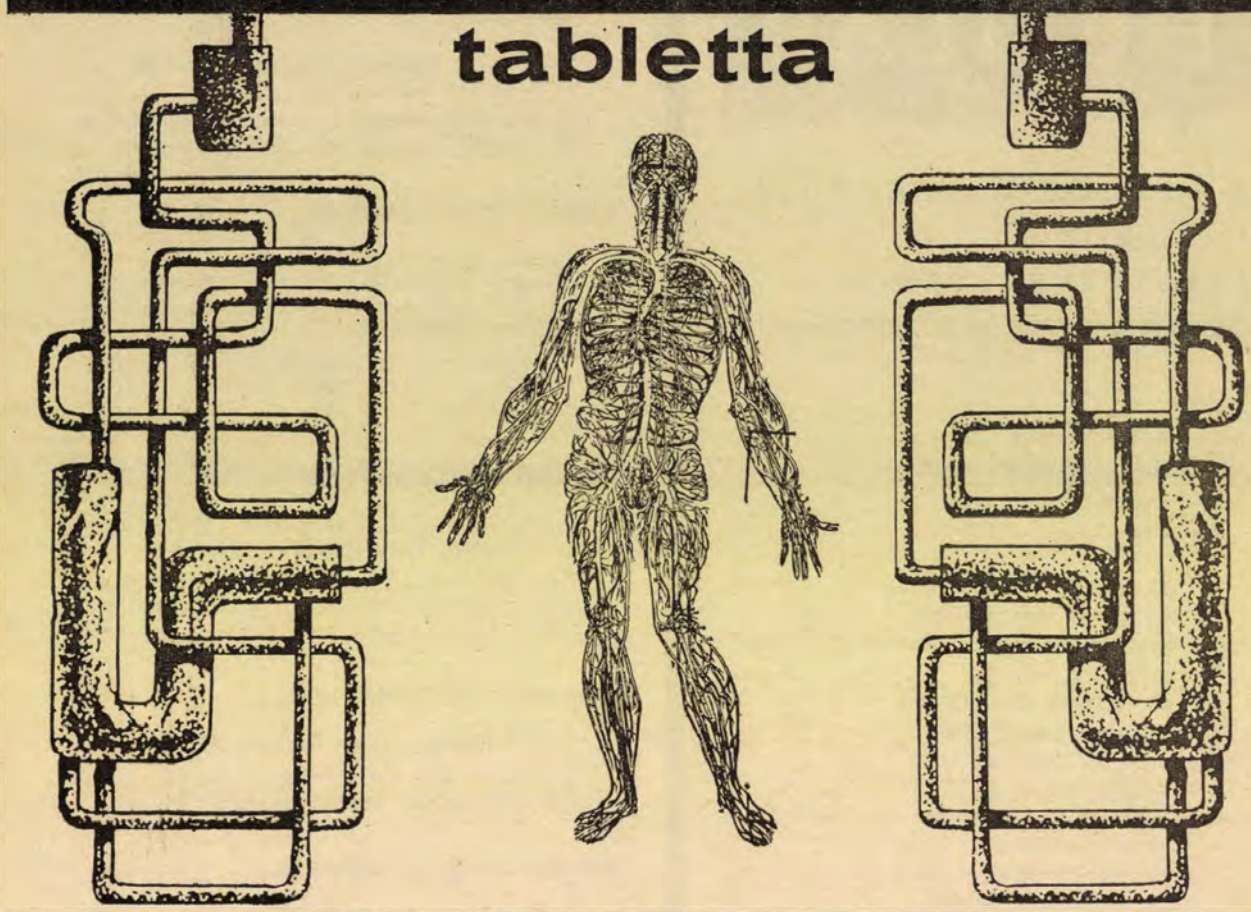
HORUS

Theodor Billroth 1085
Schill Imre, a fizikális vizsgálatok mestere ... 1092
Halottaink 1094

Folyóiratreferátumok 1097
Levelek a szerkesztőhöz 1109
Könyvismertetés 1111
Hírek 1112
Előadások, ülések 1116

STUGERON

tabletta



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnarizinumot tartalmaz.

HATÁS

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

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

JAVALLATOK

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

ELLENJAVALLAT

Ez ideig nem ismeretes.

ADAGOLÁS

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

MELLÉKHATÁS

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

MEGJEGYZÉS

✠ Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

50 tabletta, térítési díj: 4 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Tüdőgondozó Intézet, Sárvár,
Megyei Tüdőgyógyintézet, Hegyfalu

A bronchopulmonalis nyirokcsomók szerepe az időskori tuberculosis pathogenesisében

Prugberger Emil dr., Gautier Barna dr.
és Koppány György dr.

Az utóbbi két évtized döntően átformálta hazánkban a gümőkór epidemiológiáját, kezelési elveit és klinikai arculatát. Csökkent a fertőző rezervoár, ezáltal kisebb az exogen infectiók jelentősége, de az életkor növekedésével mind nagyobb teret kap az endogen reactiválódás. Az időskori fellobbanás szorosan összefügg a szervezet állapotromlásával, csökkent ellenállásával, az immunkészség gyengülésével. Az időskori tuberculosis gyakran jelentkezik szokatlan formában, más betegség tüneteit utánozva.

Jelen munkánkban — bár többen rámutattak klinikai jelentőségére (4, 5, 26, 28, 29, 30, 32, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 49) — egy még mindig kevéssé ismert kórképre — az időskori recidiv bronchotuberculosára kívánjuk a figyelmet fordítani. A kórforma — mely gyakran tumor képében, legtöbbször az idős nőkön jelentkezik — fontos differenciáldiagnosztikai problémát jelent. Mint fertőzőforrás évekig veszélyes lehet a környezetre.

A tüdő és hörgők nyirokcsomóinak megfelelő értékelése a gümőkór pathogenesisében nagyon sokáig váratott magára. A bronchoscop volt a kulcs, melynek megjelenése a diagnosztikában megmutatta, hogy nem az elsődleges primaer góc, hanem a regionalis nyirokcsomók a felelősek a betegség tovaterjedéséért. Ezen nyirokcsomók megduzzadnak, elsajtosodnak, ellágyulnak, majd tartalmukat a környező szervekbe [oesophagus (6, 10), érrendszer (48), mellhártyaűr, szívburok (12, 36), gátor (9, 17)], de elsősorban a hörgőkbe ürítik, s utat nyitnak a postprimaer kórformák tovahaladásának. E folyamatot annak ellenére, hogy a klinikusok és kórboncnokok észlelték, évtizedeken át félreismerték és helytelenül értékelték. A század elején *Harbitz* (23) Oslóban, *Schmidt* (43) Drezdában és *Arnstein* (1, 2, 3) Bécsben végzett kórbonctani megfigyeléseiről számolt be. Hazánkban *Erdélyi* (15), *Pauncz, Winternitz* (3), *Prugberger* (35/a) és *Pauncz* (34, 35) adta közzé munkássága során látott eseteit. *Rössle* (37) 1936-ban azt írta, hogy a gyermekek úgynevezett epituberculosisa, valamint a felnőttek korai beszűrődése nem más mint mechanikus módon keletkező atelectasia, melyet a hörgőknek a megnagyobbodott nyirokcsomók által elszenvedett compressiója hoz létre.

A II. világháború utáni években csaknem egy időben több szerző: *Dufourt* (12), *Görgényi-Göttche* és *Kassay* (19), *Hutchinson* (24) hozta nyilvánosságra azokat a ma is helytálló nézeteket, melyek a gyermekkori tuberculosis középpontjába egyértelműen a mellűri nyirokcsomókat helyezi. Nem sokkal később *Schwartz* (44—47) istambuli kórboncnok több nagy jelentőségű munkájában számolt be a bronchopulmonalis nyirokcsomók fontos szerepéről, a postprimaer kórformák keletkezésében. Addig, amíg a gyermekkori tuberculosisban a nyirokapparátus döntő jelentőségét senki nem vitatja, a felnőtt- és időskori gümőkórban megoszlanak a vélemények. *Schwartz* (44—47) 90%-ban, *Uehlinger* (49, 50) és *Meng* (31) 10—20%-ban, *Styblo, Tomanek* (41), *Fingerland* (16) kb. hasonló arányban tartotta a reactivatióért felelősnek a hílusi nyirokcsomókat.

A nyirokcsomó-tuberculosis hörgi szövődményeit több hazai szerző értékelte (4, 5, 11, 28, 30, 38, 39, 40) mégis úgy véljük, a kérdést *Sashegyi* munkássága vitte előre. Munkatársaival igazolta, hogy az időskori tuberculosis fellobbanásában a bronchopulmonalis nyirokcsomók jelentős szerepet nyerhetnek (30, 38, 39, 40).

Saját beteganyagunk ismertetése

Magunk *Sashegyi* biztatására 1971-től szisztematikusan kerestük egy behatárolt területen, a 33 000 lélekszámú Celldömölki járásban az időskori recidiv bronchoadenitis tuberculosát. Még az évben 6, 1972-ben további 5 beteget találtunk. 1975—1977. évek között az 54 000 lakosú Sárvári járást vizsgáltuk át. Itt 9 időskori nyirokcsomófolyamatot kórisméztünk ez ideig. A gyűjtés 1971—1977. évek között a Celldömölki és Sárvári Tüdőbeteggondozó 60 év feletti recidiv bronchoadenitises anyagát, valamint a Hegyfalui Tüdőgyógyintézetbe ez időszakban felvett hasonló profilú betegeket reprezentálja *(1. táblázat)*.

Valamennyi betegünk idős nő. E furcsa jelenségre magyarázatot nem találtunk. *Styblo* (42) 180 időskori betege között is 13 : 2 a nők és férfiak aránya. *Sashegyi* (38—40) és *Bérdi* (5) munkacsoportja szintén, főleg idős nőbetegeket észlelt. *Sashegyi* (38) több lehetőséget is említett, melyek közül azt fogadhatjuk el, hogy az idős nők hajlamosabbak a gyógyult tbc-s nyirokcsomó-folyamatok fellángolására. Mi kifejezetten az „időskori (60 éven felüli) bronchoadenitis tbc" feldolgozását tűztük ki munkánk céljául. Teljes beteganyagunkat áttekintve azonban több hazai és külföldi szerzővel (5, 28, 30, 32, 38—40, 41, 42, 44—47) egyetértésben megállapíthatjuk, hogy fiatal és középkorú felnőtteken alig észlelhető a tuberculosisnak hasonló formája.

Legidősebb betegünk 84 éves. Az átlagéletkor 74 év.

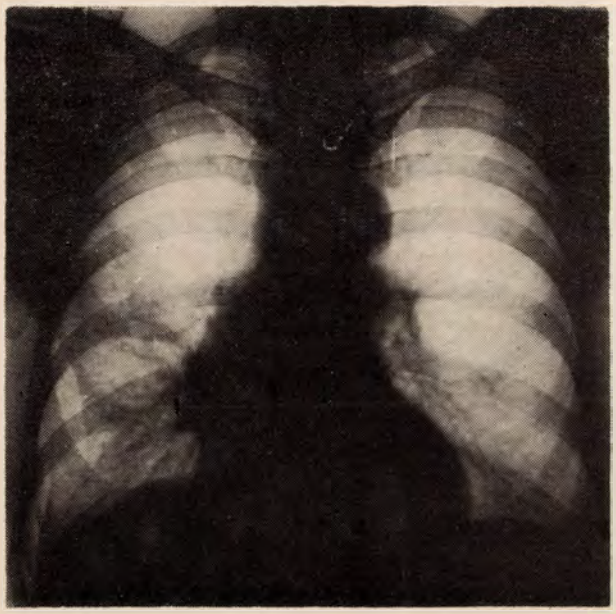
Prugberger József dr. ny. igazgató főorvost a Vas megyei phthisiologia megteremtőjét köszöntik munkájukkal a szerzők, 85. születésnapján.

1. Táblázat. **Beteganyagunk**

Sorsz.	Kor	Felfedezés-mód	Felism. éve	Localisatio	Bact. Direct	Koch Tenyésztés	Bronchoscopia	Mantoux	We mm/ó	Spec. resid.
1.	71	Panasz	1971	Középső leb.	neg	poz		hyperergiás	48	2
2.	66	Panasz	1971	Középső lebeny	neg	poz	Jobb főhörgő kezdeti szakasza vérzékeny, nykh. burjánzás. Lejjebb a carinától 2 cm-re med. 5 fillérnyi *anthraçotikus sarjszövettel* körülvett *kráter.*	hyperergiás	65	∅
3.	75	Panasz	1971	Középső lebeny Jobb alsólebeny	poz	poz	*Anthracosis.* Intermedius hörgő medialis falán *ulceratio, meszes nycs.*	nomergiás	23	2
4.	66	EF	1971	Középső lebeny	neg	poz	Intermedius hörgő *körkörös szűkülete*	hyperergiás	37	∅
5.	74	EF	1971	Jobb felsőlebeny S_3 Bal felsőlebeny S_3	neg	poz		hyperergiás	45	2-3-4-5
6.	76	Panasz	1971	Középső lebeny	neg	neg	Intermedius hörgő medialis falán *anthracosis, sarjszövet, meszes sajtos betörés*	hyperergiás	22	2-3
7.	75	Panasz	1971	Balfelső leb. S_3	neg	poz	Negatív	hyperergiás	38	2
8.	76	EF	1972	Középső leb.	neg	poz		hyperergiás	28	∅
9.	84	EF	1972	Lingula	neg	poz		hyperergiás	94	∅
10.	78	EF	1972	Középső lebeny	poz	poz	Időskori *hörgbetörés jelei* az intermedius hörgőben	hyperergiás	32	2
11.	78	EF	1972	Középső leb.	neg	poz	Középső lebenyhörgő *beszűkült*	hyperergiás	22	∅
12.	69	EF	1972	Középső lebeny	neg	neg	Jobb felsőlebeny, középső lebeny és intermedius *hörgő szűkülete,* heges *anthracosis, Recid* 1975: Friss sajtos betörés az intermedius hörgő falán	hyperergiás	38	2
13.	77	EF	1974	Bal felső lebeny S_2	neg	neg		normergiás	15	∅
14.	69	EF	1975	Középső lebeny	poz	poz	Középső lebeny hörgőszájadék *gombostűfejnyire beszűkült. Excisió: gümős sarjszövet*	hyperergiás	13	2-4
15.	65	EF	1976	Bal felső lebeny S_3 axillaris; Bal alsólebeny S_6	neg	poz	B_6 mélyén fehéres *szövetplusz, anthracosis*	hyperergiás	38	1-2
16.	75	EF	1976	Jobb felsőlebeny S_3 axillaris	neg	neg	Trachea fala jobboldalon oedemos, porcrajzolat elsimult. Jobb felsőlebeny hörgő reakciómentes	normergiás	8	2
17.	77	Panasz	1976	Középső lebeny	neg	poz	Intermediusban és középső lebeny hörgőszájadékban sajtos massza. *Friss betörés.*	hyperergiás	30	∅
18.	83	EF	1976	Jobb felső lebeny	neg	neg	Jobb felsőlebeny hörgő eredésénél kiterjedt, *anthracosis,* gyulladásos *szűkület*	normergiás	32	3
19.	75	EF	1976	Középső lebeny és Bal alsólebeny	neg	poz	Középső lebeny hörgőszájadék *színes gombostűfejnyire beszűkült. Gennycsurgás.*	hyperergiás	51	2
20.	67	Panasz	1977	Középső lebeny	poz	poz	Középső lebeny hörgő *részerűen beszűkült.*	hyperergiás	30	2
21.	76	EF	1977	Középső lebeny	neg	poz	*Anthracosis.* Jobb felsőlebeny, középső lebeny *hörgőszűkület,* gyulladt, oedemas.	hyperergiás	30	∅
22.	64	EF	1977	Jobbalsó leb. S_6	neg	poz		hyperergiás	56	1
23.	68	Panasz		Jobb felsőlebeny S_1	neg	neg	Gyulladt felsőlebenyhörgő, B_1 *beszűkült* oedemas. *Sajtos gennycsurgás.*	hyperergiás	40	2-3
24.	75	EF	1977	Középső lebeny	neg	neg	Intermedius hörgő alsó harmadában *szűkebb,* a középsőlebeny hörgő *résszerű.* B_6 *anthracosis.*	hyperergiás	41	2
25.	77	EF	1977	Középső lebeny	neg	poz	Intermedius hörgő nykh.. gyulladt. Középső lebeny hörgő *teljesen,* a jobb alsólebeny hörgő *1/2-nyire beszűkült.*	hyperergiás	18	∅
26.	75	Panasz	1977	Középső lebeny	poz	poz	*Anthracosis.* Jobb felsőlebeny hörgő, intermedius és középsőlebeny hörgő *stenosis.*	hyperergiás	25	1-2-5
27.	82	EF	1978	Jobb felsőlebeny Középső lebeny	neg	neg	*Szűkült anthracotikus* intermedius és középső lebeny hörgő. *Friss betörés* a jobb felsőlebeny hörgőben. Baloldalon is *anthracosis.*	normergiás	5	3

Spec. resid.: 1. Meszes primaer compl. 2. Meszes hilusi nycs. 3. Heges csúcsi fibrotikus laesio 4. Simon góc 5. Pleurakéreg

18 beteget ernyőfényképpel, és 9-et panasz kapcsán fedeztünk fel. Figyelemre méltó, hogy a betegek fele már ezt megelőzően átesett különböző intézetekben kivizsgáláson és „tu. pulm." vagy „chr. pneumonia" kórisme megállapítása után legtöbbször therapiában nem részesült. Volt 2 beteg, akik irradiatiós, további 3 cytostatikus kezelést kapott a téves diagnosis után, melyet a tüdőkép és a gümős folyamat progressiója követett. Ha figyelembe vesszük, hogy 19 beteg Koch-bacteriumot ürített, ezek közül 5 direct vizsgálattal is pozitív volt, akkor tudjuk igazán megérteni a kórforma epidemiológiai jelentőségét. A kiemelés utáni kontakt vizsgálatok során többször kis családi járványok nyomára bukkantunk. Az öreg „köhögős" és „gyakran megfázó" nagymama családtagokat és unokákat fertőzött. A panaszok jellemzőek, évek óta tartó köhögés, gyakori meghűlések, hőemelkedések, amelyeknek sem a beteg, sem környezete nem tulajdonított különösebb jelentőséget. 4 esetben észleltünk haemoptoet.



1. ábra.

Az alábbiakban egy jellemző esetünket részletesen ismertetjük:

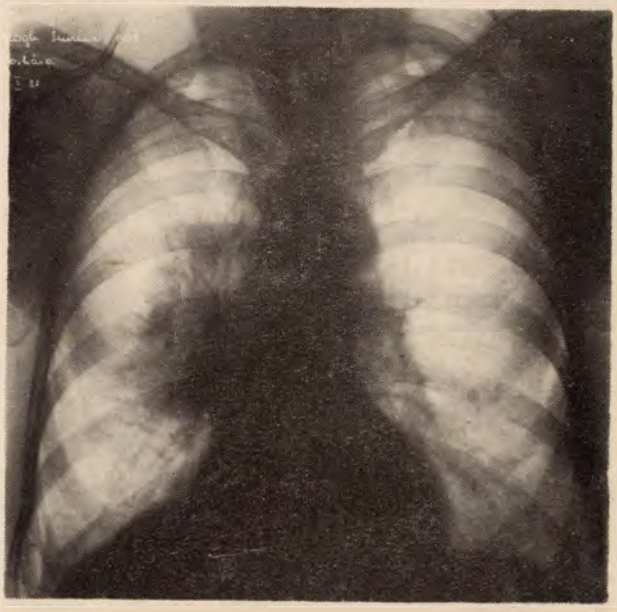
B. J.-né, 66 éves nőbeteg. EF szűrés kapcsán kiemelt, rtg-felvételein a jobb hílus alsó pólusából zölddiónyi köteges, ágazatos árnyék vetül a középső lebenybe *(1. ábra)*. Primaer hörgő-carcinoma gyanúját feltételezve, a szombathelyi tüdősebészeti osztályra utaltuk, ahol bronchoscopos vizsgálattal jobb oldalon az intermedius hörgő körkörös szűkületét észlelték. Bronchus excindatum chr. gyulladásra utaló jeleket mutatott szövettanilag. A controll bronchoscopia során a bronchus aspiratum tumor pozitív eredményt adott cytológiai vizsgálattal. Az elváltozás magas localisatiója és a rossz cardiorespiratorikus állapot miatt műtét nem jöhetett szóba. Degranol kúra után otthonába bocsátották. Az otthoni ellenőrzések során másfél év múlva az elváltozás kifejezett progressióját láttuk a középső lebeny részleges atelectasiájával. A tumor gyanúját megerősítve éreztük *(2. ábra)*. Ezen időszakban azonban a beteg gépkocsivezető fiát és unokáját, akik a beteggel közös háztartásban éltek, friss gümős megbetegedés miatt intézetben kényszerültünk elhelyezni. A fiatalember folyamatát csak resectióval lehetett megoldani. Ekkor merült fel bennünk a hyperergiás Mantoux-reactio és valamennyi kontakt friss tuberculin conversiója alapján, a gümős folyamat lehetősége. Tekintettel arra, hogy a beteg ismételt fekvőbeteg-intézeti beutalást a leghatározottabban elutasította, forszírozott köpetvizsgálatokat kezdtünk, melynek során többször Koch-pozitív eredményt kaptunk. INH—SM combinalt gátlószeres kezelésre először csak mérsékelt regressio mutatkozott *(3. ábra)*. Kétéves gátlószeres kezelés után a jobb hílusban jó tömörülés, elhatárolódás és az atelectasia felszívódása következett be *(4. ábra)*.

2. ábra.

Megbeszélés

Radiológiai kép

Néha lehet negatív. Ilyenkor csak a bronchoscopia és bacteriologia a célravezető. Általában különböző lebeny- és segmentum-beszűrődések, fibrotikus kötegezettségek, nem ritkán atelectasiák láthatók. Az árnyék legtöbbször ék alakú, csúcsával a hílusra mutat és vegyes típusú. Atelectasia infiltratív és fibrotikus elemekkel vegyülhet. Rendkívül hasonlít a centrális tumor megjelenési for-



3. ábra.

4. ábra.

májához. Rtg-felvételekkel sikerülhet a nyirokcsomókat is kimutatni. Ezt mi több ízben is észleltük más szerzőkkel ellentétben (26, 40, 42). Radiológiailag a nyirokcsomók csak a nagyhörgők lateralis falán mutathatók ki, ritka esetben egyes intersegmentalis csomók (medialis falon fekvők) kimutatását különösen a jobb oldali fő-bronchus esetén akadályozza az alsó tüdővéna és a truncus pulmonalis zavaró árnyéka. Gondos retrospectiv analízissel az ernyőfénykép előzményen a gümős maradványelváltozásokat felfedhetjük, leggyakrabban hílusi meszesedés formájában.

Localisatio

Az irodalmi adatokkal egyező elhelyezkedést találtuk, jobb oldalon 4-szer gyakoribb volt az elváltozás *(2. táblázat).*

Úgy észleltük, hogy leggyakrabban a középső lebenyben, majd a jobb és bal felső lebeny pectoralis segmentumaiban egyenlő arányban fordult elő az időskori recidiv epituberculosis. Ez annál is inkább érdekes, mert *Görgényi-Göttche* 1958-ban megjelent könyvében azt írta: „A mi eddigi tapasztalataink szerint 3-as segmentumokban, a középső lebenyben és a lingulában, továbbá a basalis segmentumokban csak gyermektípusú folyamatok fordulnak elő. Ezeken a helyeken felnőtt-típusú gümőkór ... nem kezdődik" (22).

2. Táblázat. **Saját anyagunk tüdő-localisatiója**

Jobb oldal	Bal oldal
Felső lebeny S_1:2	Felső lebeny S_1: —
S_2:2	S_2:1
S_3:4	S_3:3
Középső lebeny: 18!	Lingula:1
Alsó lebeny S_6:1	Alsó lebeny S_6:1
Basalis:1	Basalis:1
Összesen: 28	Összesen: 7

Úgy tűnik, hogy az időskori recidiv bronchoadenitis tbc kísértetiesen hasonlít a típusos gyermekkori epituberculosishoz. Ezt támasztotta alá *Sashegyi,* hisz 140 felnőtt betegének lebeny-, illetve segmentum-érintettsége csaknem egyezik *Görgényi-Göttche* 1000 gyermekbetegének tüdő-localisatiójával. Mi okozhatja ezt a feltűnő hasonlóságot, mikor tudjuk, hogy a tuberculosis felnőttkorban egész másként folyik le, mint gyermekkorban? Az is köztudomású, hogy a gyermektípusú tüdőgümőkór pathogenesisében és klinikumában rendkívül gyakoriak a bronchopulmonalis nyirokcsomók okozta hörgbetörések és azok következményei. Fel kell tételeznünk, hogy az idős korban az ellenállóképesség oly mértékben csökkenhet, hogy a tuberculosissal szemben éppoly védtelenné válik a szervezet, mint régen a fiatal gyermekekben. Ebben az állapotban a nyirokcsomókban ártalmatlan gyulladás képében meghúzódó latens gümős gócok, melyek évtizedeken át panaszt nem okoztak, felszabadulva a hosszú éveken át uralkodó immunitás nyomása alól, ismét fellobbannak. Ily módon a nyirokcsomók éppúgy döntő fontosságot nyernek mint azt a gyermekkori tuberculosisnál tapasztalhattuk. A gyulladt nyirokcsomók megnagyobbodnak, friss beszűrődés lép fel az érintett tüdőfelületen, ezáltal a betegségnek új, klinikailag felismerhető folyamata indul meg.

A nyirokcsomók közül a lymphoglandulae bronchi intermedii (51) és a lymphoglandulae lobi medii lat. dextri (7, 8) érintettségét tapasztaltuk nagy gyakorisággal. Foglalkoznunk kell tehát részletesebben a középső lebennyel. *Brock* (7) könyvében, melyben a hörgők anatómiáját ismertette, külön fejezetet szentelt a jobb középső lebeny hörgőjének és az azt körülvevő nyirokcsomóknak. Azóta valamennyien megtanultuk, mert a gyakorlatban állandóan látjuk, hogy a tüdő egyik legsebezhetőbb pontja a középső lebeny hörgője. Lumene akkora, mint egy segmentum-hörgőé, közvetlen környéke tele van nyirokcsomókkal, melyek hamar megduzzadnak és az amúgy is szűk középlebeny-hörgő űrterét még jobban szűkítik. *Zdansky* (52) a jobb középső lebeny hörgőjét „locus minoris resistentiae", *Vojtek* (51) a bronchus intermediust „locus minimae resistentiae"-nek nevezte el. *Gottsegen* (18) „esendő"-nek, *Görgényi-Göttche* (22) „hadak útjá"-nak nevezte ugyanezt a hörgőrészletet az itt lezajló sokféle hörgőbetörés miatt. Magunk a fentiek figyelembevétele mellett magyarázatot érzünk 18 középsőlebeny-elváltozásunkra.

Hörgőtükri kép

Alig akad a bronchus tbc-vel foglalkozó nagyobb közlemény, valamilyen formai beosztás nélkül. Bár ezek a beosztások nem teljesek, néhány felsorolást megemlítünk, melyeket a gyakorlatban legjobbnak találtunk.

Lemoine (29):

A: proximalis bronchus tbc

1. egyszerű gyulladásos
2. ulcerosus
3. heges stenosis
4. bronchialis tuberculoma

B: distalis bronchusok tbc-je (nem biztos: rtg-tomographia és bronchoscopos dg. biztos: anatómiai dg.)

Huzly és *Böhm* (25):

A: florid bronchus tbc

1. exsudativ forma:
   a) oedema — infiltrativ
   b) infiltrativ ulcerosus
   c) sajtos (caseosus)
2. productiv forma:
   a) granulatio (nodosus)
   b) burjánzó (pseudotumorosus)

B: heges bronchus tbc (helyesebben bronchus tbc utáni hegek)

1. nyálkahártya-hegesedés
2. heges stenosis

Jones és *Alley* (cit. Huzly):

A: nagyhörgők (segmentbronchusokkal bezárólag)

1. fali elváltozás: submucosus tuberculum (fali tuberculoma, ulceratio, elsajtosodó nyirokcsomó-arrosio)
2. lumen-elváltozások
   stenosis (endobronchialis megbetegedés, peribronchialis fibrosis)
   torsio külső factorok miatt
   destructio fali collapsussal

B: kis hörgők és bronchiolusok:

1. dilatatio
2. obstructio — exsudatio
   fali oedema
   submucosus tuberculum
   fibrosis
   distorsio
3. obturatio — sajtos destructio
   fibrosis
4. lithiasis

Legjobbnak érezzük a *Jones* és *Alley*-beosztást, mely a pathomechanizmusra is utal.

Az aggkori nyirokcsomó-folyamatok bronchologiai képe meglehetősen jellegzetes. A leggyakoribb tünetek saját anyagunkban való előfordulását táblázaton mutatjuk be *(3. táblázat).*

Az anthracosis vezető tünet, csaknem mindig felleltük. Az idős emberekben anthracotikus foltok a nagyobb hörgőkben csak akkor tekinthetők perforatio következményének, ha megfelelő jelek vannak. Ha anthracotikus hegeket találunk, mivel submucosus szín-pigment lerakódások, tisztán lymphogen úton is keletkezhetnek és ezek a tüdő általános anthracosisára is visszavezethetők.

3. Táblázat. **Leggyakrabban észlelt bronchologiai tünetek 22 endoscopos vizsgálat kapcsán:**

1. Anthracotikus folt és heg	11
2. Compressio	9
3. Friss hörgbetörés	8
4. Heges szűkület	7
5. Nyálkahártya gyulladás	6
6. Sarjszövet	3
7. Heges régi fistula	2
8. Broncholith	2

Gyakorta találkoztunk a compressióval és heges szűkülettel. Érdekes, hogy míg más vizsgálók friss hörgőbetörést ritkábban észleltek, mi többször találtunk anyagunkban. Az endoscopos kép alapján a kórfolyamat pathomechanizmusát is tisztában látjuk. Tulajdonképpen kettős történés játszódik le, egy specifikus és egy nem specifikus. *Rössle* (37) gyermekeken végzett boncolásai során elkülönített

1. tiszta atelectasiát, mely jóindulatú, az elsajtosodott nyirokcsomók nyomása folytán keletkezik;

2. nem tiszta atelectasiát. Ilyen esetekben az elsajtosodott nyirokcsomók már betörnek a hörgő lumenébe és azokat belülről elzárják. Itt már a maradék nélküli gyógyulás nehezebben várható.

Styblo és *Sashegyi* nagyszámú esetei között csak ritkán észlelt friss hörgőbetörést, és „node compression syndroma", ill. „compressiós nyirokcsomó syndroma" elnevezést ajánlotta a kórformának. Mi többször találkoztunk friss hörgbetöréssel, de egyetértünk azzal, hogy a nyirokcsomóduzzanat folytán bekövetkező compressio révén jelentős aspecifikus componensekkel is számolni kell. Erre látszik utalni, hogy az előzőkkel egyezően eseteinkben is csaknem mindig erősen fokozott Westergreen-értéket találtunk. A compressiós syndroma másik bizonyítéka, hogy többször találtunk tiszta atelectasiás árnyékokat jó felszívódási tendenciával.

Tuberculinallergia

Foglalkoznunk kell még mint kórjelző tünettel a tuberculo-allergia alakulásával. 27 betegünk közül erősen fokozott (hyperergiás) reactiót kaptunk 22 esetben. Csak 5 mutatott normergiát. Az átlag-populatióban idős kor esetén erősen fokozott tuberculin-recatiót csak ritkán észleltünk.

Összefoglalás. A gümőkór hazai epidemiológiai helyzete kedvező. Az időskori hörgő-tuberculosisról a gyakorlatban és az irodalomban már ritkán esik szó. A klinikopathologiai esetek, a tüdőbeteggondozói gyakorlatban jelentkező kisebb járványgócok azonban felhívják a figyelmet e kórkép létezésére és fontos szerepére. Szerzők dolgozatukban 27 eset kapcsán az időskori gümőkóros bronchopulmonalis nyirokcsomó-folyamatok radiológiai, bronchológiai és klinikai diagnosztikájával foglalkoznak, értékelik az eredményeket. A hazai, ezen belül a Vas megyei lakosság gümőkóros átfer-

tőzöttsége miatt még hosszabb ideig számolni kell ezzel az alattomosan jelentkező, tünetszegény, de rendkívül fertőző tüdő-hörgő megbetegedéssel.

IRODALOM: 1. *Arnstein, A.:* Beitr. Klin. Tuberk. 1934, *85*, 197. — 2. *Arnstein, A.:* Beitr. Klin. Tuberk. 1934, *85*, 343. — 3. *Arnstein, A.:* Wien. Klin. Wschr. 1934, *47*, 1345. — 4. *Barzó P., Gondkiewitz, M.:* Tuberk. és tüdőbetegségek. 1964, *17*, 283. — 5. *Bérdi J. és mtsai:* Tuberk. és tüdőbetegségek. 1971, *24*, 113. — 6. *Brecklinghaus, A.:* Beitr. Klin. 1955, *114*, 24. — 7. *Brock, R. C.:* The Anatomy of the Bronchial Tree. Oxford, 1947. — 8. *Brock, R. C.:* Thorax. 1950, *5*, 5. — 9. *Brügger, H.:* Beitr. Klin. Tuberk. 1950, *103*, 155. — 10. *Coleman, F. B., Bunch, G. H. jun.:* Dis. of the Chest. 1950, *18*, 31. — 11. *Csóka I., Papp A.:* Tuberkulózis kérdései. 1954, *7*, 85. — 12. *Dufourt, A.:* Presse med. 1946, *54*, 558. — 13. *Dufourt, A., Mounier-Kuhn, P.:* Rev. Tuberc. 1947, *11*, 155. — 14. *Dufourt, A., Depiere, A.:* Erg. des Ges. Tuberk.-Forschung. 1954, *12*, 47. — 15. *Erdélyi J.:* Orv. Hetil. 1906, *50*, 1062. — 16. *Fingerland, A., Jindrak, K.:* Zschr. Tuberk. 1968, *128*, 19. — 17. *Frischknecht, W.:* Helv. Paediatr. Acta. 1950, *5*, 472. — 18. *Gottsegen Gy.:* A légzés betegségei. Medicina, Bp. 1966. — 19. *Görgényi-Göttche O., Kassay D.:* Amer. J. Dis. Child. 1947, *74*, 166. — 20. *Görgényi-Göttche O.:* Ann. Paediatrici. 1949, *173*, 356. — 21. *Görgényi-Göttche O., Kassay D.:* Schweiz. Med. Wschr. 1950, *80*, 1213. — 22. *Görgényi-Göttche O.:* A belső mellkasi nyirokcsomók gümőkórja. Medicina, Bp. 1958. — 23. *Harbitz, Fr.:* Zbl. Tuberk. 1917, *11*, 132. — 24. *Hutchinson, J. H.:* Acta Paediatr. 1947, *36*, 544. — 25. *Huzly, A., Böhm, F.:* Bronchus und tuberk. Thieme, Stuttgart, 1955. — 26. *Huzly, A.:* Handbuch des Tuberk. Bd. III. Thieme, Stuttgart, 1975. — 27. *Jones, Alley:* cit. Huzly. — 28. *Kertes I., Balogh P.-né:* Tuberk. és tüdőbetegségek. 1968, *21*, 345. — 29. *Lemoine, J. M.:* Schweiz. Z. Tuberk. 1956, *13*, 278. — 30. *Malatinszky I., Sashegyi B. és mtsai:* Tubercle. 1970, *51*, 412. — 31. *Meng, G.:* Schweiz. Z. Tuberk. 1955, *12*, 446. — 32. *Paetz, M., Mucke, H.:* Zschr. Erkr. Atm. 1969, *130*, 89. — 33. *Pauncz, M., Winternitz, A.:* Arch. Laryng. Rhinol. 1908, *21*, 290. — 34. *Pauncz, M.:* Zschr. Hals-Nasen-Ohrenheilk. 1933, *32*, 599. — 35. *Pauncz, M.:* Zschr. Hals-Nasen-Ohrenheilk. 1933, *32*, 950. — 35/a. *Prugberger, J.:* Therapia. 1929. 3. sz. 1. — 36. *Rich, A.:* The Pathogenesis of Tuberculosis. II. kiadás, Thomas Springfield, III. 1951. — 37. *Rössle, R.:* Die path. anatomischen Grundlagen der Epituberk. Virch. Arch. path. Anat. 1936, *1*, 296. — 38. *Sashegyi B., Malatinszky I.:* Tuberk. és tüdőbetegségek. 1967, *20*, 52. — 39. *Sashegyi B., Malatinszky I.:* Amer. Rev. Resp. Dis. 1968, *97*, 880. — 40. *Sashegyi B. és mtsai:* Orvosi Hetil. 1969, *110*, 465. — 41. *Styblo, K., Tomanek, A.:* Rev. Chechoslov. Med. 1956, *2*, 116. — 42. *Styblo, K.:* Bronches. 1960, *10*, 508. — 43. *Schmidt, A.:* Dtsch. Arch. Klin. Med. 1907, *90*, 142. — 44. *Schwartz, Ph.:* Folia Path. I. Istambul. 1948. — 45. *Schwartz, Ph.:* Folia Path. II. Springer, Wien, 1952. — 46. *Schwartz, Ph.:* Beitr. Klin. Tuberk. 1953/54, *110*, 106. — 47. *Schwartz, Ph.:* Tuberk. és tüdőbetegségek. 1964, *17*, 321. — 48. *Tamáska L., Budavári R.:* Acta morph. hung. 1956, 7, Suppl. 32. — 49. *Uehlinger, E.:* Beitr. Klin. Tuberk. 1954, *110*, 128. — 50. *Uehlinger, E.:* Wien. med. Wschr. 1961, *11*, 893. — 51. *Vojtek, V.:* Resorpcny Atelectasy. Praha. 1954. — 52. *Zdansky, E.:* Wien. Klin. Wschr. 1946, *58*, 187.

Arthrofluor

kenöcs

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 myalgiák esetében therapiás kiegészítésként.

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

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: ✠✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRITÉSI DIJ: 25 gr 2,– Ft
50 gr 3,– Ft

QH
1064

Biogal

Országos Közegészségügyi Intézet
(főigazgató: Tóth Béla dr.),
Humángenetikai Laboratórium,
BM Korvin Ottó Kórház,
Országos Reuma és Fizikoterápiás Intézet
(igazgató: Bozsoky Sándor dr.),
Fővárosi Anya- és Nővédelmi Központ,
Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Zoltán Imre dr.)

Országos program az ismételten jelentkező anencephalia-spina bifida esetek megelőzésére

Czeizel Endre dr., Kerekes Lajos dr.,
Merétei Katalin dr., Osztovics Magda dr.,
Sóbel Mátyás dr., Stuber Adrienne dr.
és Tarró Sándor dr.

Hazánkban a velőcsőzáródási rendellenességek, tehát az anencephaliák-encephalocelék-spina bifidák (a továbbiakban a nemzetközi jelölésnek megfelelően: ASB-k) születéskori pont-prevalenciája az elmúlt 15 évben 2,2—3,0‰ között ingadozott (6, 8). A Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása (VRONY) adatai szerint 1970—1976 között évente 145—205 ($\bar{x} = 161$) anencephal és — az encephaloceleket is beleértve — 212—291 ($\bar{x} = 246$) spina bifidás jött világra. Az anencephalok 65—85 százaléka, a spina bifidások 5—10%-a halvaszülött. Az élveszülött anencephaliák kivétel nélkül, a spina bifidák 50—60%-ban letálisak 1 éves korig. (Az utóbbiak mintegy 3—7%-a ezt követően hal meg.) Az egy-egy spina bifidás életben tartására és gondozására fordított teljes összeget a szakemberek 1 millió Ft-ra becsülik (10). Ez még a jelenleg elfogadott selectiós therapiás elvek figyelembevételével is mintegy 150 milliós költséget jelent évente.

Az ASB-k közegészségügyi jelentőségét a fenti adatok kellőképpen tükrözik. Ezek ismeretében értékelhetőek csak kellően a megelőzésükre tett erőfeszítések és főleg ezek sikere. *Brock* és *Sutcliffe* 1972-ben (2) számolt be arról, hogy az ASB-s magzatok esetén az amnion-folyadék alfa-fetoprotein (továbbiakban AFP) tartalma szignifikánsan, mintegy 20-szor magasabb a szokásosnál. A terhesség 14—16. hetében elvégzett vizsgálat pozitív eredménye után a 20. hétig még mód van selectiv abortusra. [Az AFP-vel kapcsolatos tudnivalókat másutt foglaltuk össze (8).]

Az ASB-k hatékony megelőzését két probléma nehezíti. Az egyik: minden terhesen az *amnion*-folyadék AFP-vizsgálata nem végezhető el. Az ASB-s testvér, vagy spina bifidás szülő esetén az ismételt előfordulás kockázata 3—5% körül van (6). Két ASB-s testvér után, vagy ha mindkét szülő spina bifidás, a kockázat 10—15% (5). Ilyen anamnézis esetén feltétlen ajánlatos a magzatvíz AFP vizsgálata. A másik problémát ez utóbbi vizsgálat *széles körű* elvégzésének biztosítása jelenti. Rosszul értelmezett kíméletből az anencephal és encephalocelés gyermeket világra hozó szülőket sokszor nem is informálják e rendellenességről (6). Így a szülők eleve nem élhetnek az ismételt előfordulás megelőzésének lehetőségével. Emellett az új tudományos felismerések orvosi tudatosulása nem elég gyors és ezért a szülést követően, ill. a terhesgondozókban még nem mindenütt hívják fel a figyelmet az ASB preventio lehetőségére. Ez utóbbi probléma megoldását segíti elő a VRONY, amelyben 1970-től a hazánkban született ASB-s esetek mintegy 90—98%-a megtalálható.

Így 1974. I. 1-től *országos* ASB-s preventiós programot indítottunk. Ennek keretében minden 1970 óta ASB-s gyermeket világra hozott szülőt visszamenőleg, ill. fél évvel a szülést követően folyamatosan nyomtatványon értesítünk az ismételt előfordulás fokozott kockázatáról, az AFP-vizsgálat lehetőségéről és értelméről, valamint a területileg illetékes vizsgálati centrumok (Budapest: OKI, OTKI, Debrecen és Pécs, Női Klinika) helyéről.

Munkánkban ezen országos program keretében az OKI Humángenetikai laboratóriuma által szervezett vizsgálatokról számolunk be.

Vizsgálati anyag és módszer

1977. szeptember 30-ig 175 terhesnek javasoltuk a magzatvíz AFP vizsgálatát. (Megoszlásuk 1974-, 1975-, 1976- és 1977-ben; 18, 62, 65 és 30.) Közülük 109-ben az országos ASB program, 27-ben a genetikai tanácsadás és 18-ban más kollégák beutalása révén állítottuk fel e javallatot. 21 esetben egyéb (a szülő kiegyensúlyozott vagy mozaik kromoszómaaberrációja, a testvér X-hez kötött recessiv rendellenessége vagy Down-kórja, 40 év feletti terhesség) indikáció alapján történt az AFP-meghatározás. (Ezt ugyanis minden más célból történt amniocentesis után is elvégezzük.)

Az indikációt mindig a genetikai tanácsadás keretében állítottuk fel. A gestatiós időt az utolsó menses első napjától számítottuk. Az asszonyokat felvilágosítottuk a vizsgálat céljáról, az anyai (elhanyagolható) és a magzati (minimális) kockázatról és aláíratuk mindkét szülővel a „Hozzájárulás terhesség alatti magzati vizsgálathoz" című nyomtatványt. Ezt követően lehetőleg a terhesség 14—16. hetében beutaltuk a terheseket amniocentesisre, amely legnagyobb számban a BM Korvin Ottó Kórház nőgyógyászatán, kisebb számban a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Női Klinikáján és a Fővárosi Anya- és Nővédelmi Központban történt. Néhány esetben a jelentkezés, ill. beutalás késedelme, ill. korai volta miatt nem volt mód az amniocentesis optimális időpontjának biztosítására.

A transabdominalis amniocentesist a placenta előzetes ultrahangos lokalizációja után végezték egyna-

pos kórházi bentfekvés mellett. A magzatvizet ezt követően az ORFI immunológiai osztályára, ill. 1976-tól 20 esetben a Fővárosi Anya- és Nővédelmi Központ laboratóriumába szállították. Mindkét laboratóriumban „rakéta electrophoresis módszer"-rel (12) történt az AFP-meghatározás. A mennyiségi értékelést a WHO AFP standardja alapján végezték.

A vizsgálat időigényessége lényegében 2—10 nap. Az eredményről és a teendőkről express ajánlott levélben értesítettük a terhest. (Kezdetben, ha beutalásról volt szó, a kezelő orvosnak küldtük a leleteket, de ez sok esetben oly mértékben késleltette az információközlést, hogy ettől el kellett tekintenünk.)

A vizsgálat megtörténte után 7—10 hónappal kérdőívet postáztunk a vizsgált asszonynak a terhesség kimenetelének tisztázására.

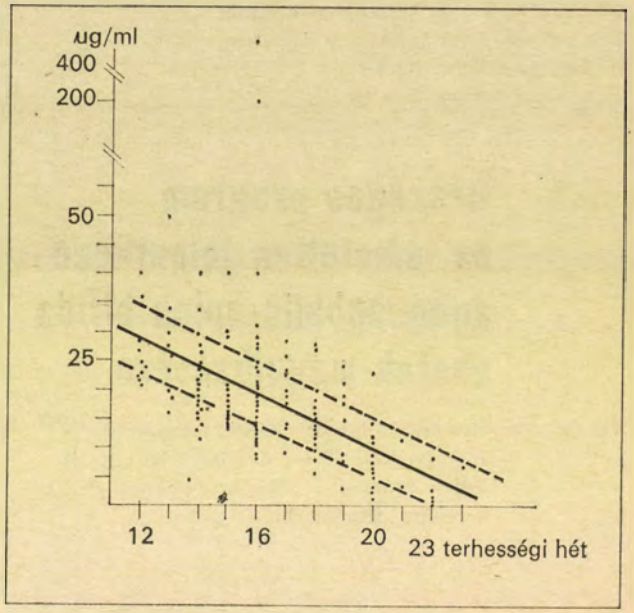
Eredmények és megbeszélés

Vizsgálatunk e periódusát (az értékelhető első 101 esetet) elsősorban tapasztalatszerési időszaknak tekintettük. Az eddigi 175 vizsgálat-javallat felállítása után 158 esetben került sor az amniocentesisre. [17 asszony (9,7%) tehát a felvilágosítás és a kockázat említése stb. után nem élt a vizsgálat lehetőségével.] 1 esetben — ismétlés ellenére — az amnionfolyadék-levétel nem sikerült. A 157 ismert AFP-értékű terhes közül eddig 131 szült, ill. szülhetett meg. Jelenleg azonban csak *111* asszony esetében ismert a terhesség kimenetele: 104 esetben élveszületés (közülük 8 csecsemőkorban meghalt), 1 halvaszületés, 5 spontán vetélés és 1 művi vetélés (anencephalia miatt) fordult elő. Ez a 7,6%-os csecsemőhalandóság jóval magasabb az országos átlagnál (3% körül). 4 kis súlyú iker-újszülöttből, továbbá 3 éretlen újszülöttből (530 g!,1100 g, 1150 g) és 1 súlyos congenitalis vitiumosból adódik a 8 eset. A spontán vetélés 4,5%-os gyakorisága is magasabbnak tűnik a 12—28. hét közötti szokásos gyakoriságnál. (Az 5 spontán vetélés a 20. és 24. hét között zajlott le.) A pontos értékeléshez azonban megfelelően illesztett kontroll esetekre lenne szükség. Emellett jól ismert, hogy ASB-s újszülöttet szült asszonyok megelőző, ill. későbbi terhességeiben gyakoribb a spontán vetélés (8). A külföldi tapasztalatok alapján remélni merjük, hogy maga az amniocentesis nem játszott szerepet e terhességek megszakadásában. A halvaszületés 1550 g-os fiúnál fordult elő, rendellenességet nem észleltek. A hiányzó 20 esetet részint a kérdőív visszaküldésének elmaradása, részint a címváltozás, ill. a rossz cím magyarázza. Sajnos a vizsgálat kezdetén — a mások által beutalt esetekben — nem helyeztünk elég nagy súlyt a szükséges személyi adatnyilvántartásra. Jelenleg a védőnők bevonásával „nyomozunk" ezen esetek után.

Az ASB korábbi előfordulása miatt 154 esetben felállított javallatot 151 esetben követte vizsgálat és ezek közül jelenleg 101 esetben ismert a terhesség kimenetele.

Az amniocentesist 12 esetben meg kellett ismételni. Erre akkor került sor, ha egyrészt nem sikerült megfelelő mennyiségű és minőségű (pl. vértelen) magzatvizet kapni. Másrészt, ha a kapott AFP érték 30 μg/ml felett volt és az ultrahangos vizsgálat az ASB-t nem igazolta. Ilyenkor a biztonság okáért javasoltuk az ismétlést.

1. ábra: Az anencephaliás magzat ultrahangos diagnosztikai képe. 1 = anyai hasfal, 2 = méhfal, 3 = lepény, 4 = „torpedó" alakú magzati törzs, 5 = méhüreg (hydramnion)



2. ábra: Az amnion-folyadék alfa-foetoprotein értékei a terhesség idejének függvényében

A 111 ismert sorsú terhességben *1 anencephal* esetet *(1. ábra)* észleltünk, ezt a terhességet művi úton megszakítottuk. Az élveszülöttek között *2 spina bifidás* fordult elő. Ebből 1 nyílt súlyos, 1 pedig fedett spina bifida volt. A 3—5%-os ismétlődési lembe véve 3—5 ASB eset volt várható. A talált 3 ennek megfelelt.

A kapott AFP eredményeket a terhesség idejének függvényében a *2. ábrán* mutatjuk be. Az

1. táblázat. Az aminonfolyadék AFP szintje normál terhességek 12—22. hetében

Terhesség időtartama hetekben	Eset-szám	Átlag (x)	±SE	95 % confidentia intervallum
12.	9	27,1	2,2	22,9—31,4
13.	7	28,6	4,2	20,3—36,9
14.	21	21,5	1,5	18,5—24,4
15.	20	19,4	1,2	17,0—21,8
16.	30	19,1	1,2	16,8—21,5
17.	6	20,2	2,8	14,7—25,6
18.	13	13,2	1,1	11,1—15,3
19.	4	10,0	3,8	2,6—17,5
20.	10	8,0	1,3	5,6—10,4
21—23.	5	4,8	1,4	2,1— 7,5

2. Táblázat **A 30 μg/ml-nél magasabb magzatvíz AFP-értékű terhesek fontosabb adatai**

Sor-szám	Név	Indicatio	Terhességi hét az AFP-vizsgálatkor	AFP értéke (μg/ml)	Kimenetel	Emelkedett AFP-érték magyarázata
1.	Sz. J.-né	ASB-s gyermek	13—14.	50	Ikerterhesség. [26. héten született A-iker (1200g) 2. nap B-iker (1300 g) a 3. napon meghalt)	Ikerterhesség
2.	D.S-né	Down-kóros gyermek	16.	37	Ikerterhesség. [28. héten született A-iker (1300 g) 3. nap, B-iker (1800 g) a 4. napon meghalt	Ikerterhesség
3.	K.L.-né	Férj 21-es trisomiás mozaik	15.	38	Egészséges gyermek (2700 g leány)	?
4.	M.J.-né	ASB-s gyermek	16.	35	Nem ismert	—
5.	B.E.	Az index spina bifidás	16.	*140*	Spontán vetélés (a grav. 20. hetében)	Magzati halálozás
6.	S.L.-né	ASB-s gyermek	12.	40	Egészséges gyermek (3050 g leány)	12. hét
7.	H.J.-né	ASB-s gyermek	14.	36	Spontán vetélés (a grav. 23. hetében)	Magzati halálozás
8.	H.L.-né	ASB-s gyermek	16.	*400*	ASB-s magzat miatt terhesség megszakítás	Anencephal magzat
9.	V.P.-né	ASB-s gyermek	14.	34	Spina bifidás gyermek (2750 g leány)	Fedett spina bifida
10.	B. M.	ASB-s gyermek	14.	40	Egészséges gyermek (3700 g leány)	?
11.	T.Z.-né	Az index spina bifidás	16. (19)	50 *(200)*	Spina bifidás gyermek (2860 g fiú)	Nyitott súlyos spina bifida
12.	V.K.-né	ASB-s gyermek	16.	35	Egészséges gyermek (2300 g leány)	?

értékek a 12—20. hét között csökkenő tendenciát mutatnak. Az ORFI immunológiai osztálya által — a pontosan ismert terhességi héten és a nem nyitott ASB-s magzatot viselő gravidákban — végzett 125 AFP-meghatározás alapadatait az *1. táblázatban* közöljük. Az optimális vizsgálati időpont — az AFP értékek alakulását (átlag és szórás) és az esetleg szükségessé váló selectiv abortus minél korábbi időpontját figyelembe véve — a terhesség 14—16. hete. Ekkor az átlagérték 20 μg/ml körül van. A 95%-os confidencia limitet figyelembe véve a terhesség *14—16.* hetében a normál érték 30 μg/ml alatt van. A 14. hét előtt végzett amniocentesisnél normál terhesség esetén is lehet 30 μg/ml vagy azt meghaladó AFP érték az amnion-folyadékban. Így az értékeléskor a terhességi hetek pontos ismerete nélkülözhetetlen.

A 157 ismert AFP-értékű eset közül 12-ben találtunk 30 μg/ml-nél magasabb értéket. Ezeket a *2. táblázatban* foglaljuk össze. A 11-es (T. Z.-né) és 9-es (V. P.-né) eset részletesebb értékelésre szorul.

T. Z.-nének magának volt fedett spina bifidája *(3. ábra)*. Testvére ASB-ben halt meg. A 16. héten elvégzett AFP vizsgálat értéke 50 μg/ml volt. A 3 héttel később megismételt AFP-vizsgálat a véres magzatvízre vonatkozóan 200 μg/ml (140 IE/ml) értéket adott. Az ultrahangos vizsgálat magzati rendellenességet nem mutatott. Hosszas tanakodás és a szülőkkel való többszöri konzultálás után a 21—22 hetes terhességet megtartották. T. Z.-né a 38. hétre 2860 g súlyú fiúgyermeket szült nyitott, nagy kiterjedésű lumbalis spina bifidával, kyphosissal. A gyermek 3 hetes korában került felvételre az Apáthy Kórház sebészeti osztályára, ahol a szülők meglehetős ellenkezése ellenére megtörtént a myelomeningocele zárása. (A műtét mellett azért döntöttek, mert a csecsemőn meningitisre utaló tünetet nem észleltek és a gyermek — állapota ellenére — jól fejlődött.) A műtét utáni hetekben fejkörfogata fokozatosan nőtt, ezért atrio-ventricularis shunt műtétet végeztek Pudenz—Heyer-ventillel. A műtét után zavartalanul gyógyult, a fejkörfogat növekedése megállt, a ventil azóta is jól működik. A rendszeres orthopaediai ellenőrzés eredményeként a mellkasdeformitás is lényegesen javult. A csecsemő fejlődése töretlen. Az utolsó, 1977. októberi végi ellenőrzés szerint a csecsemő végtagjait jól mozgatja, a fejkörfogata nem nőtt és az incontinentia urinae is csak enyhe fokú, ami különösebb kezelés nélkül néhány éves korára rendeződni fog.

V. P.-né a terhesség 38. hetében szülte meg 2750 g súlyú leánygyermekét, akinek fedett sacralis spina bifidája volt *(4. ábra)*. A csecsemőt fél éves korában műtötték. A gerinccsatorna csak egy gombos szondával volt elérhető, nagyobb nyílást nem lehetett találni. A műtét és a sebgyógyulás zavartalan volt, Sem a műtét előtt, sem utána mozgászavara nem alakult ki, fejlődése azóta is zavartalan, nem incontinens.

A 12 emelkedett AFP értékű eset közül a 3 kiemelkedően magas közül kettőben tehát az ASB-s magzat volt a magyarázat. Esetükben az átlagosnál 20-, ill.10-szer magasabb AFP értéket találtunk. 2—2 esetben ikerterhesség, ill. magzati elhalás (amit a későbbi spontán vetélés igazolt), 1—1 esetben fedett spina bifida, ill. túl korán (12. hét) végzett vizsgálat indokolta a némileg magasabb AFP értéket. 1 esetben a kimenetel egyelőre ismeretlen. 3 esetben nincs magyarázat a *némileg magasabb* AFP értékre, bár a véletlen hibára érdemes utalni.

A magzatvíz AFP meghatározásakor az ASB-preventio szempontjából a specifikusságot, a pontosságot-érzékenységet és a validitást kell értékelnünk.

3. ábra: T. E.-né fedett spina bifidájának jellemző klinikai képe

4. ábra: V. P.-né leánycsecsemőjének fedett spina bifidája

A magzatvíz AFP emelkedése nem tekinthető *specifikusnak* az ASB-ben. Emelkedett AFP érték található exomphalos, sacrococcygealis teratoma, nephrosis és magzati elhalás esetén. Beszámoltak magasabb amnion AFP értékről Turner-kórban, duodenalis atresiában, oesophagealis atresiában, polycystás vesében, hydrocephaliában, Fallot-tetralogiában, pilonidalis sinusban, anularis pancreasban, congenitalis bőr-defectusban, és ikerterhességben. Viszont komolyabb differenciáldiagnosztikai problémát csak a többes (iker-) terhesség jelent. A többi esetben a selective művi abortus csaknem mindig indokolt.

A magzatvíz AFP-meghatározás *érzékenysége* 0,5—1 μg/ml között van. A módszer hibahatára $\pm 10\%$.

A *validitás* értékelésekor a hibás pozitív és hibás negatív eredmények arányát kell figyelembe venni. Más szerzők vizsgálatai közül a minimum és maximum értéket emeljük ki: egészséges magzatok 0,2—1,2%-ában találtak szignifikánsan magasabb AFP értéket (3, 11). Saját vizsgálatunkban is e nagyságrendbe sorolhatók a hibás pozitív értékek. Viszont ezek messze elmaradnak a nyílt ASB-kben talált 10—20-szoros AFP-emelkedéstől. A hibás pozitivitás hátterében elsősorban az amniocentesis soráni szövődmény, nevezetesen a magzati vérnek a magzatvízhez való keveredése állhat. (A magzat vérében az AFP a serum fehérjék 90 százalékát képezi, így igen magas a koncentrációja: 2—4 mg/ml.) Véres magzatvíz ezért kritikusan értékelendő. A hibás pozitivitás lehetőségének kizárása az amniocentesis megismétlésétől, a magzati vvs.-ek jelenlétének bizonyításától és ezek számának figyelembevételével történő korrekciótól várható. 1×10^6, 5×10^6, 1×10^7, 2×10^7 magzati vvs.-szám/amnion ml olyan mennyiségű magzati vér keveredést jelent, ami 1,3; 6,0; 12,9; 25,0 μg/ml értékkel emeli meg az AFP valóságos szintjét (4). Ennek megfelelően tehát korrigálni kell a talált értéket. Állítólag nagymértékben növelhető az AFP-diagnosztika megbízhatósága az amnion macrophag (ún. RA = rapidly adhering) sejtek párhuzamos vizsgálatával (4). A hibás negativitással tulajdonképpen csak *zárt* spina bifida esetekben kell számolni. A spina bifidások 10—14%-a ilyen. Anyagunkban 1 ilyen eset fordult elő.

Hazánkban előzetes közlésünk óta (7) *Balogh és mtsai* (1) számoltak be 4 korábban ASB gyermeket világra hozó terhes amnion-folyadék AFP értékéről. Ilyen kis esetszám mellett (pedig csak 0,2 volt ennek a valószínűsége) is előfordult egy magas (82,5 μg/ml) AFP érték után született súlyos spina bifidás, aki a 12. napon halt meg. *Papp és mtsai* (13) anyai serumban végzett AFP meghatározásokról számoltak be.

Elővizsgálatunk lényegében megerősítette a külföldi tapasztalatokat. Egy ASB gyanús esetben nem mertük a selectiv művi abortust túlzott rábeszéléssel elérni és ez sajnos súlyos ASB-s eset világra jöttéhez vezetett. Egy másik esetben a fedett spina bifidát nem tudtuk kimutatni. (Ez azonban megfelel a nemzetközi tapasztalatoknak.)

Mindezek alapján feltétlenül szükségesnek látszik az ismételten jelentkező ASB-k országos pre-

ventiós programjának töretlen és még szélesebb körű, hatékonyabb folytatása. Jelenleg a 99%-os confidencia limit és eddigi tapasztalataink alapján az 50 μg/ml feletti AFP érték esetén vetjük fel a terhességmegszakítás szükségességét. Az amnion AFP-meghatározással az ASB esetek mintegy 8%-a, évente tehát 28—35 súlyosan rendellenes utód világra jötte előzhető meg. S meg kell kezdenünk a teljes körű *terhes serum* AFP-meghatározásra alapozott *totális* ASB preventiós (9) program előkészítését, amely révén évente mintegy 400 súlyosan rendellenes újszülött világra jötte előzhető meg és amely egymagában 3%-kal csökkentené csecsemőhalandóságunk.

Ezúton is köszönetet mondunk *Dénes János dr.* főorvosnak és *Léb József dr.* adjunktusnak a két operált spina bifidás eset adatainak rendelkezésünkre bocsátásáért.

Összefoglalás. 1974 óta Magyarországon az anencephalia, ill. spina bifidás esetet szült anyákat 1970-ig visszamenőleg, ill. folyamatosan értesítik az ismétlődés kockázati értékéről, az amnion-folyadék alfa-fetoprotein vizsgálat lehetőségéről és helyéről. Az OKI Humángenetikai laboratóriuma által indikált 175 eset közül 158-ban történt ilyen vizsgálat, akik közül 131-nek a terhessége fejeződött be a felmérés idejéig. Az anencephalia—spina bifida korábbi előfordulása miatt végzett vizsgálatok közül 101 olyan esetről tudnak, ahol a terhesség kimenetele ismert. Közöttük 3 magas értéket (400, 200, 140 μg/ml) adott. A magyarázat — az értékek sorrendjében — anencephalia (selectiv abortus), súlyos spina bifida (megszületett), macerált magzati halálozás volt. További 9 esetben észleltek némileg emelkedett (a terhesség 14—16. hetében az átlagérték 20 μg/ml körüli, 30 μg/ml, ill. feletti érték haladta meg a 95%-os percentil határt) értéket. Ezt 2 esetben ikerterhesség, 1—1 esetben fedett spina bifida, magzati halálozás, ill. 12 hetes terhesség magyarázta.

Megjegyzés a korrektúránál:

1977. október 1. és 1979. március 1. között további 112 magzatvíz AFP vizsgálatot végeztünk a közleményben ismertetett javallatok alapján. 2 esetben történt terhességmegszakítás emelkedett AFP érték miatt. Mindkét magzatban spina bifida fordult elő. 1 esetben emelkedett AFP érték ellenére a terhességet nem szakították meg, spina bifidás gyermek született. 1 esetben 50 μg/ml alatti AFP érték mellett született spina bifidás újszülött. 4 további esetben spontán vetélés történt (3,6%).

IRODALOM: 1. *Balogh T. és mtsai:* Orv. Hetil. 1975, *116*, 2887. — 2. *Brock, D. J. H., Sutcliffe, R. G.:* Lancet. 1972, *II*, 197. — 3. *Brock, D. J. H., Scrimgeour, J. B.:* Lancet. 1974, *I*, 569. — 4. *Brock, D. J. H.:* Alpha fetoprotein and the prenatal diagnosis of neural tube defects. 5th International Conference on Birth Defects. Montreal, 1977. — 5. *Carter, C. O., Roberts, F. J. A.:* Lancet. 1967, *I*, 306. — 6. *Czeizel A, Révész C.:* Brit. J. prev. soc. Med. 1970, *24*, 205. — 7. *Czeizel E. és mtsai:* Orv. Hetil. 1975, *116*, 1191. — 8. *Czeizel E.:* A veleszületett rendellenességek aktuális problémái az anencephalia-spina bifida tükrében. (A biológia aktuális problémái. Szerk.: Csaba György. Medicina Kiadó, 1976. 155.) — 9. *Czeizel E., Klujber L.:* Transfusio. 1978, *11*, 41. — 10. *Dénes J.:* 1977. Személyes közlés. — 11 *Milunsky, A., Alpert, E.:* Lancet. 1976, *I*, 1015. — 12. *Nørgard-Pederson, B.:* Clin. chim. Acta. 1972, *38*, 163. — 13. *Papp Z.:* Magy. Nőorv. Lapja. 1975, *38*, Suppl.

Nemcsak terápiásan, hanem a gyermek- és serdülőkorban, valamint a terhesgondozási munkában is nélkülözhetetlen a vasellátás biztosítása. A BIOGAL készítménye, a

FERROPLEX
drazsé

ÖSSZETÉTEL

1 drazsé 0,03 g acid. ascorb., 0,05 g ferr. sulfur.-ot tartalmaz (= 10 mg Fe^{II}).

JAVALLATOK

Vasszegény anaemia, reconvalescentia, anaemia perniciosában a máj terápia kiegészítésére.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek naponta 3 × 2 drazsé. Főleg an- és hypacid egyéneknek nikotinsav egyidejű alkalmazása ajánlható.

Gyermekadagok:

2–12 hónapos korig	3 × 1 drazsé/die
1–6 éves korig	4 × 1 drazsé/die
7–14 éves korig	3 × 2 drazsé/die

MEGJEGYZÉS

Vény nélkül is kiadható.

TÉRÍTÉSI DÍJ

100 db 2,– Ft.

BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN

QH 1069

NAPROSYN

tabletta mV 200 Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tabletta gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis–mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlóékhoz – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgiák, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, periarthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.).

ELLENJAVALLATOK: Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalkorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2 × 250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tabletta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalmak napszakos jellege szerint: 2 tabletta reggel, 1 tabletta este, illetve 1 tabletta reggel és 2 tabletta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határokon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyancsak naponta kétszer kell beadni.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullét, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkiütés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Kerülendő az együttadás

- magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulansokkal (anticoagulans hatás fokozódik;
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicilérzékeny egyénekben urtikáriát, aszthmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tabletta 22,– Ft.

FORGALOMBA HOZZA: Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Petrányi Gyula dr.)

Keringő immunkomplexek meghatározása klinikailag aktív és inaktív stádiumban levő autoimmun betegek szérumában

Török Katalin dr., Gergely Péter dr.
és Petrányi Gyula dr.

A systemás lupus erythematosus (SLE) kialakulásában fontos szerepe van az immunkomplex (IC) képződésének és lerakódásának. A megbetegedés lényeges eleme, hogy keringő maganyagok ellen nagy mennyiségben képződnek antitestek, majd a keletkező kötődött antigén-antitest IC-ek a kiserek basalmembránján lerakódva a különböző szervekben, szövetekben gyulladást váltanak ki. Kettőslláncú nativ DNS, egyláncú denaturált DNS és RNS, valamint magfehérjék (hisztonok) ellen képződött antitestek jelenhetnek meg SLE-ben (1, 2, 5, 14, 24, 26). DNS-bontó enzimet adva SLE-s betegek savójához, az anti-DNS titer (azaz a DNS-kötő aktivitás) megnő — ami arra utal, hogy ennek az antitestnek egy része már IC formájában kering a vérben (4, 5, 26). A keringő IC-ek pathogen szerepét valószínűsíti egyes klinikailag aktív, magas keringő IC szintű, szteroidrezisztens SLE-s betegekben végzett plasmapheresis jó eredménye (11). A különböző szervekben, szövetekben, így a vesében, bőrben elhelyezkedő IC-eknek megfelelő antigén, a DNS, az antitest, IgG, IgA, IgM és az IC-hez kötődő komplement immunofluoreszcenciával és elektronmikroszkópos vizsgálattal mutatható ki (18, 20, 21).

Az SLE immunodiagnosztikáját, az LE-sejt jelenség vizsgálatát, az antinukleáris antitest (ANA) kimutatását és az anti-DNS aktivitás meghatározását néhány lényegesen kevésbé specifikus módszer hasznosan egészíti ki: a szérum komplement (ill. frakciók) aktivitásának mérése és a keringő IC-ek meghatározása.

Az IC-ek igen különböző módszerek segítségével mutathatók ki általában, így az SLE-s betegek savójában is (3, 5, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 27). A módszerek részben közvetlenül, részben közvetve mutatnak ki keringő IC-eket. A különféle módszereknek nemcsak az érzékenysége tér el egymástól, hanem kvalitatív különbségek is vannak közöttük, azaz bizonyos betegségekben más és más IC-ek fordulnak elő, amelyek kimutatására nem minden módszer egyaránt alkalmas.

Vizsgálataink célja SLE-ben és egyéb autoimmun betegségekben szenvedő betegek szérumában IC és ANA párhuzamos meghatározásával a klinikai aktivitás és a savó ANA, ill. IC tartalma közötti összefüggés, továbbá az ANA és IC pozitivitás közötti kapcsolat vizsgálata volt.

Anyag és módszer. Betegek

Az első betegcsoportot 46 SLE-ben szenvedő beteg alkotta. Közülük 42 nő, 4 férfi volt, koruk 16 és 65 év között volt. A diagnózist az ARA kritériumok (6), az aktivitást a klinikai kép alapján állapítottuk meg. A betegek közül a vizsgálat időpontjában 27 (58,7%) aktív, 19 (41,3%) inaktív stádiumban volt.

A második betegcsoportban 66 egyéb autoimmun betegségben szenvedő 59 nő- és 7 férfibeteget vizsgáltunk, koruk 21 és 59 év között volt; 39 beteg (59,1%) a vizsgálat idején aktív, 27 beteg (40,9%) inaktív stádiumban volt. A betegek diagnózis szerinti megoszlása: rheumatoid arthritis 28, nem differenciált autoimmun syndroma 20, polymyositis 5, Sjögren-syndroma 6, scleroderma 1, discoid lupus erythematosus 1, polyarteriitis (PAN) 2, uveitis 2, Hashimoto-thyreoiditis 1.

A kontroll csoportot 33, kor és nem szerinti megoszlásban hasonló, immunpathológiai, ill. daganatos betegségben, krónikus fertőzésben nem szenvedő egyén alkotta.

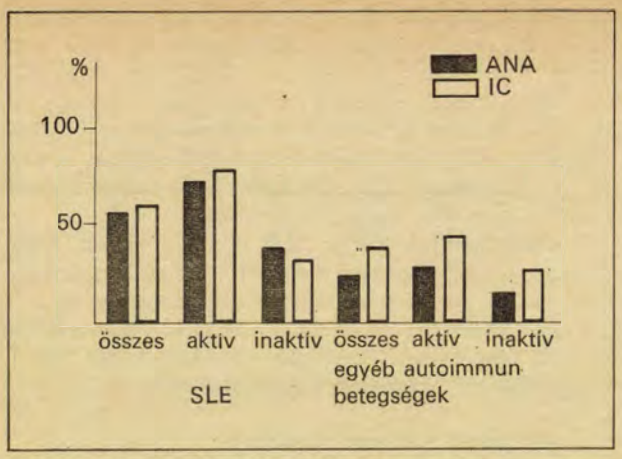
A nativ éhomi vér savóját legkésőbb 3 órával a vérvétel után lefagyasztottuk és a meghatározás időpontjáig (max. 6 napig) —20 °C-on tároltuk.

ANA meghatározás

8 μm vastagságú, cryostattal metszett, metanol—aceton 1 : 1-es elegyében 4 °C-on 10 percig rögzített patkánymájszeletet a savóminta 1 : 10-es hígításával (hígító szer foszfátpuffer, pH 7,4) nedveskamrában, szobahőmérsékleten 15 percig inkubáltuk, majd 20 percig 37 °C-os foszfátpufferrel mostuk. 1 : 50-es hígítású fluoreszcein-izotiocianáttal jelzett polivalens antihumán immunglobulin (Hyland) oldattal 15 percig ismét nedveskamrában, szobahőmérsékleten inkubáltuk, majd 20 percig 37 °C-os foszfátpufferrel mostuk. Az értékelést epiilluminációval ellátott Leitz Orthoplan mikroszkóppal, 400-szoros nagyítással végeztük.

Keringő immunkomplex szint meghatározás

Johnson és mtsai által ismertetett módszert (12) használtuk, módosítva. 300 μl-nyi savómintát 56 °C-on 30 percig dekomplementáltunk, majd komplementként tengerimalac savó (Human) ismert komplementaktivitású hígításának 300 μl-ét adtuk a savókhoz. Hígításra Ca^{++}-ot és Mg^{++}-ot tartalmazó 7—7,4 pH-jú veronálpuffert használtunk. 1 órán át 0 °C-on inkubáltuk a savómintákat, majd nyúl-haemolysin (Amboceptor, Flow Laboratories) 1 : 125-ös hígításával érzékenyített 12%-os birka-vörösvérsejt szuszpenzióból 50—50 μl-t tettünk a rendszerhez. 30 perces 37 °C-on történő inkubálás után a reakciót 0 °C-on leállítottuk, a csöveket 10 percig 1500 g-vel centrifugáltuk és a felülúszó 0,5 ml-ét 2 ml KH_2PO_4 és Na-laurilszulfát hozzáadásával módosított Drabkin-oldatba mérve, a haemoglobintartalmat fotometriásan meghatároztuk. A rendszer által elfogyasztott össz-komplement aktivitása — mely a keringő IC mennyiségével arányos — a reziduális komplement mennyiségével fordítva változik. A rezi-

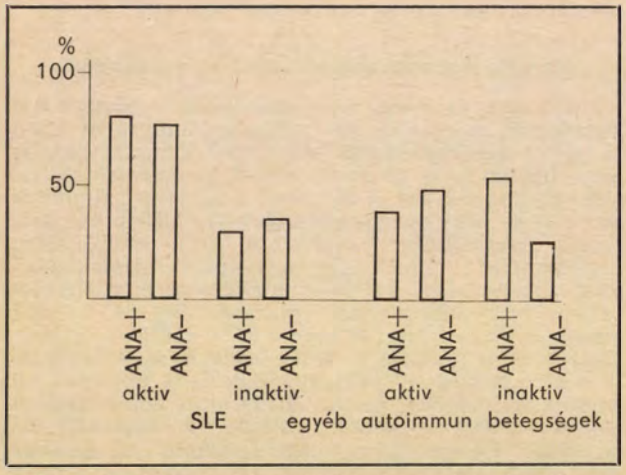


1. ábra: ANA és IC SLE-s és egyéb autoimmun betegek savójában. Kapcsolat a klinikai aktivitással (a pozitív esetek százalékban vannak feltüntetve)

duális komplement aktivitását CH_{50} egységekben adhatjuk meg. A határérték 1,1 CH_{50} E, a magasabb értékek normálisnak tekintendők.

Eredmények

A két betegcsoport azonos arányban tartalmazott aktív és inaktív stádiumban levő betegeket. Mindkét csoportban a kontrollhoz képest (= 6,7%) szignifikánsan nagyobb arányban észleltünk IC pozitív eseteket, azonban a SLE-s és egyéb autoimmun betegeket magában foglaló csoport között mind az IC pozitivitás, mind az ANA kimutathatósága között jelentős különbség volt. ANA pozitivitás a kontrollok között nem fordult elő. Az *1. ábrán* tüntettük fel a két betegcsoport ANA és IC pozitivitásának gyakoriságát az aktív és inaktív klinikai stádium szerint csoportosítva. SLE-ben gyakrabban lehetett ANA, ill. IC pozitivitást észlelni (56,5, ill. 58,7%), mint a többi vizsgált autoimmun betegségben (32,7, ill. 36,3%) a különbség statisztikailag azonban nem bizonyult szignifikánsnak. Aktív SLE-ben gyakrabban lehet mindkét pozitivitást észlelni, mint inaktív stádiumban (70,4, ill. 77,8% aktív és 36,8, ill. 31,5% inaktív esetekben), az észlelt különbségek statisztikailag szignifikánsak ($p<0,01$). Egyéb autoimmun betegségekben



2. ábra: Az ANA és IC pozitivitás kapcsolata (az IC pozitív esetek százalékban vannak feltüntetve)

— bár különbségek észlelhetők — nem szignifikánsak *(1. ábra)*.

Mivel aktív SLE-ben az ANA és az IC pozitivitás meglehetősen párhuzamosan halad, megvizsgáltuk; hogy az ANA pozitív és negatív csoportokban milyen gyakorisággal lehet IC-eket kimutatni *(2. ábra)*; azaz milyen összefüggés van az IC-ek és az ANA között. Láthatjuk, hogy az IC pozitivitás gyakorlatilag független az ANA-tól és csak a klinikai aktivitástól függ. Nem SLE-s autoimmun betegségekben sem az ANA és az IC-ek, sem a klinikai aktivitás között nem lehetett összefüggést kimutatni *(2. ábra)*.

Megbeszélés

Az irodalmi adatok az SLE-s betegek keringő IC-szintje és a betegség aktivitása közötti összefüggést vizsgálva eltérő eredményeket mutatnak. *Hughes* (9) a betegség aktivitása és a keringő IC-szint között nem talált kapcsolatot, míg megfigyelései szerint az anti-DNS aktivitás nagyságának változása jól követi a klinikai képet. *Davis és mtsai* (7); *Levinsky és mtsai* (14) adatai szerint a betegség lefolyását mind a keringő IC-szint, mind az anti-DNS aktivitás jól jellemzi. *Steinmann és mtsai* (24) vizsgálatai szerint az anti-DNS aktivitás az SLE-s nephritis klinikai aktivitásával, ill. a vesében levő IC-depositióval, annak nagyságával arányosan változik. *Tron* és *Bach* (27) a keringő IC-szint és a betegség lefolyása közötti kapcsolatot nem találta egyértelműnek. *Bach* (3) az immunkomplex betegségek, így az SLE diagnosztikájában is jelentősnek tartja a keringő IC-meghatározást.

Kézenfekvőnek látszik, hogy az IC-k egy része SLE-ben kapcsolatban van az antinukleáris antitestekkel, az IC-ek többi része egyéb autoantitestek és autoantigének kapcsolódásából keletkezik, ill. az autoimmun betegségekben általában felfokozott humorális immunreaktivitással függhet össze.

Saját megfigyeléseink szerint SLE-ben a klinikai aktivitás és az IC-ek jelenléte között kapcsolat van, egyéb autoimmun betegségekben ez a kapcsolat valószínű, de nem bizonyított. Az SLE-s betegcsoport emelkedett keringő IC-szintje a betegség aktivitására jellemző. A klinikailag aktív stádiumban levő ANA-negatív betegek keringő IC-szintje is magas; ami azzal magyarázható, hogy az általunk meghatározott IC-k nagy része feltehetően nem maganyag-ANA komplex. Ehhez kapcsolódik az a megfigyelésünk, hogy az SLE-s betegek veseérintettsége és az IC-, ill. ANA-pozitivitás között nincs összefüggés (nem közölt adatok). Az IC-lerakódás és a keringő IC-ek kapcsolatát hosszú időn át végzett ismételt vizsgálatok világíthatják meg.

A keringő IC-meghatározás klinikai jelentőségét az antigén ismeretlen volta, a használatos módszerek sokszor nem megfelelő érzékenysége korlátozza. IC-lerakódás okozta betegségekben a keringő IC-meghatározás az aktivitás felmérésének egyik immunológiai paramétere lehet. Az SLE aktivitásának immunológiai követésére egyéb vizsgálatok mellett alkalmas módszernek tartjuk.

Összefoglalás. Szerzők klinikailag aktív systemás lupus erythematosusos (SLE-s), ill. egyéb autoimmun betegségben szenvedő betegek szérumában immunkomplex (IC)-szint emelkedést mutattak ki. Az IC-meghatározás IC-depositio okozta betegségek aktivitásában az immunológiai háttér kiegészítő felmérésére ajánlható.

IRODALOM: 1. *Alarcon-Segovia, D. és mtsai:* Immunology. 1976, *30*, 413. — 2. *Andrews, B. S., Penny, R.:* Aust. N. Z. J. Med. 1976, *6*, 591. — 3. *Bach, J.-F.:* Nouv. Presse Med. 1977, *6*, 4027. — 4. *Bruneau, D. D. és mtsai:* Clin. Exp. Immunol. 1977, *28*, 433. — 5. *Cano, P. O. és mtsai:* Clin. Exp. Immunol. 1977, *29*, 197. — 6. *Cohen, A. S., Canoso, J. J.:* Arthritis Rheum. 1972, *15*, 540. — 7. *Davis, P. és mtsai:* Clin. Exp. Immunol. 1977, *28*, 226. — 8. *Digeon, M., Bach, J.-F.:* Nouv. Presse Med. 1977, *6*, 4031. — 9. *Hughes, G. R. V.:* Ann. Rheum. Dis. 1974, *33/4*, 402. — 10. *Hüttenroth, T. H. és mtsai:* Klin. Wschr. 1977, *55*, 899. — 11. *Verrier, J. és mtsai:* Lancet. 1976, *I*, 709. — 12. *Johnson, A. H. és mtsai:* Lancet. 1975, *I*, 762. — 13. *Kávai M. és mtsai:* Orv. Hetil. 1977, *118/40*, 2387. — 14. *Levinsky, R. J. és mtsai:* Lancet. 1977, *I*, 564. — 15. *Nydegger, U. és mtsai:* Schweiz. Med. Wschr. 1974, *104*, 126. — 16. *Nydegger, U. és mtsai:* Verh. Dtsch. Ges. Inn. 1974, *80*, 1575. — 17. *Nydegger, U. és mtsai:* J. Clin. Invest. 1974, *54*, 297. — 18. *Nydegger, U. és mtsai:* J. Clin. Invest. 1977, *59*, 862. — 19. *Onyewotu, I. I. és mtsai:* Nature. 1974, *248*, 156. — 20. *Ooi, Y. M. és mtsai:* Kidney Int. 1977, *11*, 275. — 21. *Puritz, E. M.:* Clin. Immunol. Immunopathol. 1973, *2*, 98. — 22. *Roberts-Thomson, P. J. és mtsai:* Ann. Rheum. Dis. 1976, *35*, 314. — 23. *Rosenthal, M. és mtsai:* Dtsch. Med. Wschr. 1977, *102*, 415. — 24. *Steinmann, Ch. R. és mtsai:* Am. J. Med. 1977, *62/3*, 319. — 25. *Stingl, G. és mtsai:* Clin. Immunol. Immunopathol. 1976, *6*, 131. — 26. *Tan, E. M. és mtsai:* J. Clin. Invest. 1971, *45*, 1732. — 27. *Tron, F., Bach, J.-F.:* Nouv. Presse Med. 1977, *6/29*, 2573.

Carl Zeiss, MLW, Packard, Olympus, PZO, Boetius, Helena, Hycel, Vickers Instruments, Winter & IBE, Instrumentation Laboratory, Joyce-Loebl

gyártmányú kórházi laboratóriumi műszerek esetenkénti és garancián túli javítása.

Rendszeres féléves karbantartásra szerződés köthető.

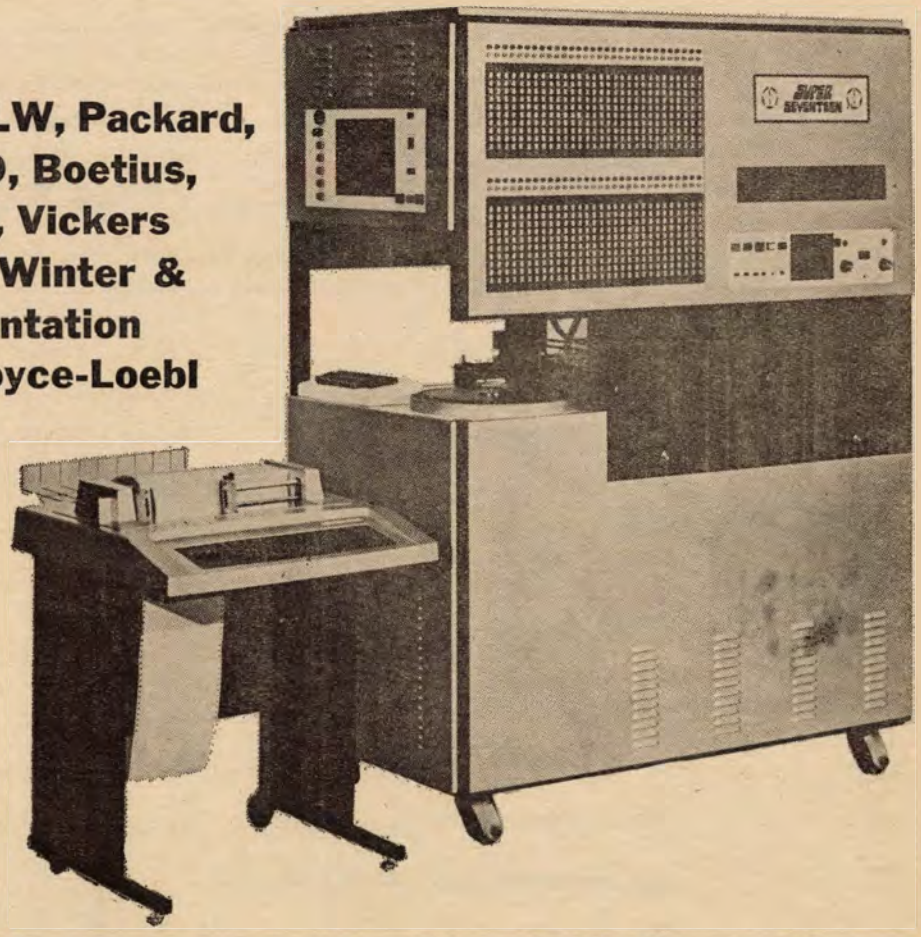


FOTO OPTIKA I SZ

Megrendeléssel forduljon központunkhoz:

Budapest V., Kossuth Lajos u. 17. 1053

Telefon: 173-022

QH 1073

ORVOSI KÖNYVEKET AJÁNLUNK RÉSZLETRE!

..... pld. Babics Antal: **Megtévesztő kóresetek intraoperatív diagnózisa az urológiában** ..... 45,– Ft

..... pld. **Climacterium femininum.** Szerk. Takács István ..... 74,– Ft

..... pld. Csaba György–Madarász Bálint: **A sejt szerkezete** ..... 75,– Ft

..... pld. Huba Judit: **Gyógytorna az ideg- és elmegyógyászatban** ..... 50,– Ft

..... pld. Komáromy László: **Az agyvelő boncolása** ..... 33,– Ft

..... pld. Lakatos Mária–Levendel László: **Légzésrehabilitáció** ..... 69,– Ft

..... pld. Lomniczi Béla: **Vírusok.** Fertőző gének ..... 44,– Ft

..... pld. Béládi–Kétyi–Nász–Váczi: **Orvosi mikrobiológia, immunitástan, parazitológia** ..... 117,– Ft

..... pld. Rényi-Vámos Ferenc–Balogh Ferenc: **Pyelonephritis** ..... 52,– Ft

Előjegyezhető:

..... pld. Böszörményi Zoltán–Brunecker Györgyi: **A gyermek- és ifjúkor pszichiátriája** ..... kb. 83,– Ft

..... pld. Issekutz Béla–Issekutz Lívia: **Gyógyszerrendelés.** 5., átd. kiad. ..... kb. 92,– Ft

..... pld. Verzárné, Petri Gizella: **Drogatlasz** ..... kb. 141,– Ft

A könyvek megrendelhetők az alábbiak szerint postai levelezőlapon.

Egyéni vásárlóink részére készpénzfizetés esetén 200,– Ft felett a szállítás költségmentes.

Részletfizetésnél a postaköltséget, valamint a 3% kezelési költséget felszámítjuk.

Részletfizetési kedvezményeink: 400,– Ft felett 4 havi, 600,– Ft felett 6 havi törlesztés.

Címünk: MŰVELT NÉP KÖNYVTERJESZTŐ VÁLLALAT
179. sz. Műszaki és idegen nyelvű könyvesbolt
Miskolc
Széchenyi u. 54.
3530

A postai levelezőlap tartalmazza:

MEGRENDELÉS

Alulírott megrendelem postai szállításra a fenti műveket:

* részletfizetéssel
** készpénzfizetéssel
(A nem kívánt feltétel törlendő)

Kelt .....

.....
a megrendelő aláírása

A megrendelő neve: .....

Címe (irányítószámmal): .....

Csak részletfizetés esetén töltendő ki!

Szül. hely, év: .....

Anyja neve: .....

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
I. Sebészeti Klinika
(igazgató: Petri Gábor dr.)

A heveny hasi katasztrófát okozó epeútbetegségek sebészi kezeléséről

Csíkos Mihály dr. és Gervain Mihály dr.

Az utóbbi évtizedekben az epekőbetegség miatt végzett műtétek kockázata jelentősen csökkent olyan esetekben, amikor a beavatkozást a betegség szövődménymentes szakaszában végzik el.

Heveny epehólyag-gyulladás kialakulása után az acut sebészi beavatkozás indicatiója vitatott, de világszerte növekedni látszik a korai műtét híveinek a száma (3, 5, 11, 13, 15, 17, 21, 23, 26, 30, 34, 37, 39, 41).

Az acut hasi katasztrófát okozó epehólyag-, illletve epeút-megbetegedések eseteiben a műtét legtöbbször feltétlenül indikált és életmentő. Az ilyen beavatkozásokra többnyire ügyeleti időben kerül sor, amikor a műtétet végző sebész nem a legtapasztaltabbak közül kerül ki általában. A diagnózis a műtét előtt rendszerint bizonytalan — részben ezért az exploratio céljából készült műtéti behatolás helye nem mindig optimális az epehólyag, illetve az epeutak megközelítésére. A feltárás helyének helyes megválasztása, a talált elváltozásnak és a beteg általános állapotának a helyes megítélése, a leginkább célravezető műtéti eljárás kiválasztása és a műtét jó technikai kivitele a beteg gyógyulása szempontjából döntő. Az ilyen műtétek során nemegyszer a tapasztalt sebész sem tudja könnyen eldönteni, hogy az adott helyzetben a választható lehetőségek közül melyik a legjobb megoldás.

Mivel a betegek jelentős hányada időskorú, az alapbetegség mellett gyakran kialakuló cardiorespiratoricus szövődmények és anyagcserezavarok, valamint a gyakori társbetegségek (diabetes, arteriosclerosis stb.) rendszerint tovább nehezítik a beteg kezelését.

A szegedi I. Sebészeti Klinika legutóbbi 5 éves beteganyagának utánvizsgálatával és az így nyert adatok feldolgozásával kívánunk választ kapni, hogy az epebetegségek okozta acut hasi katasztrófák kezelésében milyen eredményeket értünk el.

Beteganyag

A vizsgált 5 év folyamán összesen 33 olyan beteget észleltünk, akit acut hasi katasztrófa kórismézével szállítottak intézetünkbe és a sürgős műtét, illetve egy alkalommal csak a sectio során derült fény arra, hogy a heveny állapotot epehólyag-, illetve epeút-megbetegedés okozta. A 33 eset közül 32-ben végeztünk acut beavatkozást, egy esetben a rossz állapotban levő beteg intézetbe szállítása után néhány órával meghalt. Az operált 32 beteg közül szövődménymentesen gyógyult 14; a 18 szövődményt elszenvedett beteg közül meghalt 12 beteg.

A beteganyag értékelésére vonatkozó különböző adatokat (nem, életkor, műtét előtti panaszok időtartama, műtéti behatolás) az *1., 2., 3. táblázatban* foglaltuk össze.

Az észlelt 33 beteg közül 26-nak volt epekőbetegsége, közülük 3-nak choledocholithiasisa, 7 esetben követ nem találtunk. Mindhárom choledocholithiasisos beteg icterusos volt, 23 nem choledocholithiasisos beteg közül 3-nak volt sárgasága.

1. táblázat. **A betegek neme életkora**

nem	szám	átlag életkor (év)	60 év felett	meghalt
♂	18	67,6 (38—87)	13	7
♀	15	66,6 (27—83)		

2. táblázat. **A műtét előtti panaszok időtartama, ápolási idő**

		Az anamnesis időtartama átlag (nap)	Ápolási idő átlag (nap)
gyógyult	21	8,9 (1—45)	13,2 (5—31)
meghalt	12	3,2 (0,5—24)	6,8 (8 óra–17 nap)
összesen	33	5,9	9,9

3. táblázat. **Műtéti feltárás**

műtéti feltárás	eset
jobb oldali subcostalis	13
felső median laparotomia	6
alsó median laparotomia	1
haránt laparotomia	2
jobb oldali pararectalis	4
jobb oldali transmuscularis	2
jobb oldali transmuscularis-hossz.	2
jobb oldali transmuscularis +subcost.	1
alsó med. lapar,+ j. o. subcost.	1
nem történt műtét	1

4. táblázat. **Perforalt esetek, mortalitás**

az epehólyag	perforált	meghalt	nem perforált	meghalt
köves	11	5	15	4
nem köves	3	2	4	1
összesen	14	7	19	5

5. táblázat. **Műtéti típusok**

műtéti típusok	eset
cholecystostomia	10
cholecystectomia+T drain	3
cholecystectomia	16
retroperitoneum drainage	1
enterotomia	2
appendectomia	3
műtét nem történt	1

A 32 operált esetből 14-nek perforált az epehólyagja, 3 esetben kőmentes betegen *(4. táblázat)*.

A műtéti beavatkozás során 19 alkalommal került sor epehólyag eltávolítására, 3 betegen egyidejűleg choledochus drainage (Kehr-drainage) történt.

Tizennégy esetben a cholecystát az első beavatkozás során nem távolítottuk el: 10 esetben cholecystostomiát végeztünk, egy esetben subhepaicus abscessus drainage történt; a további 3 esetben a cholecysta eltávolítása, illetve a drainage indokolatlan volt (epekő ileus, *5. táblázat)*.

6. táblázat. **Postoperatív szövődmények**

postoperatív szövődmények	eset
peritonitis	9
ileus paralyticus	5
bronchopneumonia	5
colitis pseudomembranacea	1
uraemia	3
oedema cerebri	2
cystitis	1
dysruptio par. abd.	2
sepsis	2
haemorrhagia gastrointest.	1
oedema pulm.	1
neurol. szövődmény	1
szövődménymentes	14

A 19 szövődményes eset részletes adatait a *6. táblázatban* foglaltuk össze, a társbetegségekét a *7. táblázatban*.

Említésre méltónak tartjuk, hogy a cholecysta gyulladásos elváltozásaival egyidejűleg 3 esetben a szövettani vizsgálat cholecysta carcinomát talált, egyben pedig carcinoid daganatot. A carcinoid tumoros és az egyik carcinomás betegünknek epekő-ileusa volt *(8. táblázat)*.

7. táblázat. **Társbetegségek**

társbetegségek	eset
arterioscler. gener.	12
diabetes mellitus	5
pancreatitis	1
cirrhosis hepatis	1
ictérus	12
cardialis decompensatio	3
hypertonia	1
emphysema pulm.	7
bronchiectasia	1
pyelonephritis chr.	2
M. Parkinson	1
carcionid tu. a vékonybélben	1
st. p, res. sigmae pp. tu.	1
nephrosclerosis	1
társbetegség nélkül	8

8. táblázat. **Cholecysta carcinomás, carcinoid tumoros és cholecystitis emphysematozás eseteinek**

kor	nem	műtét előtti dg.	műtét	műtét utáni dg.
81 é.	♂	acut. abd. peritonitis	cholecysto-stomia	sectio:cc. exulceratum cholecystate cholecystitis chr. calc.
66 é.	♀	icterus mech.	cholecys-tectomia	adenocarcinoma abscessus
67 é.	♀	ileus mech.	enterotomia biopsia	epekő ileus carcinoid tu. epekő ileus
78 é.	♀	acut. abd. peritonitis	enterotomia	fistula sp.cholecysto-duod adeno cc. cholecystae partim anaplasticum
66 é.	♂	cholecystitis emphysemat.	cholecys-ectomia	perf. cholecystae cholelith. empyema cholecystitis emphyse-mat

A műtét előtt egy esetben sikerült radiológiailag diagnosztizálni a rendkívül súlyos gyulladást, amikor is a cholecystában levegő volt kimutatható (cholecystitis emphysematosa). Ez utóbbi betegünk meggyógyult.

Tíz cholecystostomizált betegünk közül 5 meghalt (valószínűleg ezek voltak a legsúlyosabb esetek). A 16 cholecystectomizált közül 2 beteget vesztettünk el. A 14 cholecysta-perforált (köves és nem köves) beteg közül 7 halt meg (50%); a nem perforált csoportban 26% volt a halálozás.

Megbeszélés

Heveny epehólyag-, illetve epeút-megbetegedés esetén a kórisme műtét előtti felállításához fontos a részletes anamnézis és a fizikális vizsgálat. A műtőasztalon — a már elaltatott és relaxált beteg hasának megtapintásával — pontosabb képet kaphatunk az esetleges resistentia nagyságáról és elhelyezkedéséről. A fizikális vizsgálatot a részletes laboratóriumi és radiológiai vizsgálatok egészítik ki. Érdekes, hogy a 33 beteg közül mindössze 9 esetben találtunk jelentősebb mértékű fehérvérsejtszám-emelkedést (fvs.), 15 000 vagy ennél magasabb fvs.-számot. A kisfokú, vagy akár normális leukocyta-számot a súlyos klinikai kép mellett az idős kor, anergiás állapot magyarázhatja. A beteg hőmérséklete általában nem haladta meg a subfebrilitás mértékét. Az acut pancreatitis lehetőségét serum és vizelet diastase (amylase) vizsgálatokkal igyekeztünk kizárni. Differenciáldiagnosztikai szempontból cardialis decompensatóra és ritkán a jobb vese acut megbetegedésére kell még gondolnunk, mivel ezek is jobb bordaív alatti panaszokkal, tapintható resistentiával járhatnak. A következményes paralyticus ileus tovább nehezíti a helyes praeoperativ kórisme gyors tisztázását, és a célravezető műtéti behatolás megválasztását.

Ha az eredeti feltárásból nem ítélhető meg biztonságosan az epehólyag és az epeutak állapota, és ha a hasüregben epés váladékot találunk, helyesebb az eredeti feltárás sebét bezárni és most már az optimálisnak ítélt helyen újból megnyitni a hasüreget.

GRANDAXIN®

tabletta

psychovegetativ regulator

HATÁS: hatástanilag átmenetet képez a minor tranquillansok és az enyhe psychoenergeticumok között. Hatásának, amelyet a limbikus rendszeren keresztül fejt ki, egyrészt jellemzője a feszültségoldás, másrészt a vegetatív panaszok csökkentése. Anxiolytikus hatását a koncentrálóképesség és munkaintenzitás csökkentése nélkül fejti ki; nappali álmosságot nem okoz. Myorelaxans és cardiodepressiv hatása nincs.

JAVALLATOK:

feszültséggel, vegetatív zavarokkal, enyhe anxietasszal járó betegségek, azon kis psychiatriai kórképek, amelyeket az előbbiek mellett indítékhiány, fáradtság, reaktív depresszió, apathiás, inaktív állapotok jellemeznek.
Belgyógyászati terápiában adjuvánsként, pseudoanginás fájdalmak megszüntetésére önmagában is, súlyosabb anginákban pedig tüneti adjuváns kezelésre. Climaxos panaszok befolyásolására — az esetek jellegétől függően — önmagában vagy hormonnal kombinálva. Alkoholelvonási syndroma, valamint praedelirosus, delirosus állapotok vegetatív és izgalmi tünetei. A myorelaxans hatás hiánya következtében olyan kórképek esetén is alkalmazható, amelyekben az izom-relaxatio kontraindikált vagy nemkívánatos (myasthenia gravis, myopathiák, neurogen izom-atrophiák).

ADAGOLÁS:

felnőtteknek általában naponta 1—3-szor 1—2 tabletta (50—300 mg). Alkalomszerű szedés esetén 1—2 tabletta. A megfelelő tolerancia és a vigilitas csökkenésének hiánya miatt az orvos által szükségesnek tartott mennyiségben adható, és nem szükséges az alkalmazandó adagok fokozatos növelése.

MELLÉKHATÁSOK:

a Grandaxin mellékhatásokat csak ritkán és kismértékben okoz. Átmenetileg előfordulhatnak gastrointestinalis panaszok, bőrviszketés, elvétve exanthema; ez utóbbi esetben a kezelés felfüggesztendő.

FIGYELMEZTETÉS:

alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékenységnek megfelelően előírt adagban szedhetik. Túlzott élénkség és aktivitás, esetleg larvált agressio felszínre kerülése is előfordulhat, ami a dosis csökkentésére vagy elhagyására megszűnik.
Bár teratogén hatást nem észleltek, a készítmény alkalmazása — más tranquillosedativumokhoz hasonlóan — a terhesség első harmadában mégsem ajánlatos.

MEGJEGYZÉS: ✠

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

20 tabletta à 50 mg tofizopamum 14,40 Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Canesten®

oldat, kenőcs

Széles spektrumú antimycoticum

ÖSSZETÉTEL:

Clotrimazolum 0,2 g
20 g vízzel lemosható kenőcsben.
Clotrimazolum 0,2 g
20 ml oldatban.

JAVALLATOK:

Minden bőr-mycosis, melynek kórokozói:
— dermatophytonok (pl. Trichophyton- és microsporum-fajták, Epidermophyton floccosum);
— sarjadzógombák (pl. Candida albicans, illetve egyéb Candida-fajták);
— penészgombák és egyéb gombák, amelyeknek szerepük van a bőr-mycosisok kialakulásában.

A Canesten-kezelésre leggyakrabban reagáló kórképek:
— erosio interdigitalis mycotica;
— trichophytia superficialis corporis;
— intertrigo mycotica;
— gombás paronychiák;
— valamint: Candida-vulvitis, -balanitis;
— pityriasis versicolor;
— bár nem gombás eredetű, reagál az erythrasma.

ELLENJAVALLATOK:

— esetleges túlérzékenység;
— terhesség esetén az első 3 hónapban alkalmazása megfontolandó, bár teratogén vagy embriotoxikus hatására semmiféle utalás nincs.

ALKALMAZÁS:

A fertőzött területeket Canesten kenőccsel vagy oldattal naponta 2—3-szor vékonyan bedörzsöljük, illetve beecseteljük.
A bőr physiologiás adottságai és a kórokozók kedvezőtlen lokalizációja miatt, a gombás fertőzéseket a tünetek megszűnése után legalább 14 napig tanácsos utókezelni.
A sikeres kezelés időtartama:
— dermatomycosisok esetén 3—4 hét;
— erythrasma és pityriasis versicolor esetén 3 hét;
— Candida-vulvitis, Candida-balanitis esetén 1—2 hét.

MELLÉKHATÁS:

Ritkán előforduló bőr-irritatio.

FIGYELMEZTETÉS:

A beteg figyelmét fel kell hívni az általános higiéniás szabályok betartásának fontosságára (pl. mosakodás után a bőr szárazra törlésére).

MEGJEGYZÉS: ✠

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

20 g Canesten kenőcs 4,30 Ft.
20 ml Canesten oldat 5,60 Ft.

EGYT

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

BAYER

Amennyiben a beteg állapota és a helyi lelet lehetővé teszi, a végleges megoldást jelentő cholecystectomia elvégzésére törekszünk. Irodalmi adatok (2, 7, 9, 12, 14, 23, 31, 35) és saját tapasztalataink alapján súlyos állapotban, idős, dehydrált betegen, oedemás, törékeny szövetek, kiterjedt adhaesiók, diffus peritonitis esetén a választható műtét még ma is a cholecystostomia. Ez a műtéti eljárás kétségtelenül kompromisszum — de nem ritkán életmentő kompromisszum.

Minden esetben törekednünk kell az epehólyagban levő kövek eltávolítására. Ez a művelet jelentősen nem nyújtja meg a műtét idejét, a melléksérülések veszélye nem nagy, és ritkán a kőeltávolítással egybekötött cholecystectomia idős betegeken még végleges megoldás is lehet. Tapasztalatunk szerint — ha az epehólyag fala gangraenás — érdemes törekedni annak eltávolítására, mivel a fal elhalásának folyamata nem áll meg, tovább rontja a beteg gyógyulási esélyeit.

A ritkán észlelhető cholecystitis emphysematosa miatt műtétre kerülő betegnél irodalmi adatok szerint harmincszor gyakoribb a gangraena és ötször gyakoribb a perforatio mint közönséges acut cholecystitis esetében. A végzetes szövődmény kialakulását itt csak a mielőbbi műtét akadályozhatja meg (4, 10, 24, 33).

Eseteinknek csaknem egynegyedében, a 33 beteg közül 7-ben kőmentes epehólyagon alakult ki a gyulladás és jött létre a súlyos állapot. Ilyen esetekben feltételezik, hogy a gyulladás oka a májból, a véráramból, a nyirokutakból származó baktériuminvázió.

A regurgitalt pancreas-nedv kémiai irritatív hatására is több szerző hívta fel a figyelmet (18, 23, 35, 40).

Anyagunkat látszik bizonyítani, hogy a műtét előtt felismert és így időben kezelt elektrolyt-, sav-bázis eltolódások a postoperativ szak zavartalanságának a feltételeit teremtik meg *(7. táblázat)*.

Operált eseteink halálozása az irodalomból idézett szerzőkénél magasabb (39). Ennek feltételezhető oka, hogy életmentő beavatkozásról lévén szó — a legsúlyosabb esetekben sem kontraindikáltuk a műtétet. A heveny szakban végzett műtétek általánosan magas mortalitása óhatatlanul felveti azt a kérdést, hogy kimutatott epekövesség esetén érdemes-e vagy szabad-e várakozó álláspontra helyezkedni és a műtétet halasztani? Vitathatatlan, hogy a választott időpontban elvégzett cholecystectomia kockázata azért nem nagy, mivel módunkban van a beteget műtét előtt részletesen kivizsgálni, a műtétre előkészíteni, és minden egyéb vonatkozásban a legkedvezőbb körülményeket biztosítani.

Mindezek alapján úgy gondoljuk, hogy a kimutatott epekövesség esetén a felesleges várakozás csak a lehetséges szövődmények számát növelheti. Az epeköves beteg helyes kezelésének a választott időpontban végzett beavatkozást tartjuk. Acut cholecystitis eseteiben, különösen ha az epekőbetegség már korábban igazolódott, hamarabb kell a műtéti kezelés lehetőségére gondolnunk.

Mindezen tapasztalatokat figyelembe véve úgy gondoljuk, hogy az acut hasi katasztrófával és súlyos szövődményekkel járó epeútbetegségek száma, illetve az ebből eredő halálozás, az idejekorán végzett műtétekkel csökkenthető lenne.

Összefoglalás. A szerzők 33 acut hasi katasztrófa miatt kezelt beteg esetét ismertetik, akiken a sürgős műtét, illetve egy alkalommal a sectio során derült fény arra, hogy a heveny állapotot epehólyag-, illetve epeút-megbetegedés okozta. Tárgyalják az acut műtétet igénylő epekőbetegségek tüneteit, szövődményeit, a sebészeti kezelés lehetőségeit. Az irodalmi áttekintés és tapasztalataik alapján úgy vélik, hogy heveny szakaszban, már hasi katasztrófát okozó esetek miatt végzett műtétek magas mortalitása az idejekorán, választott időpontban, elvégzett beavatkozásokkal csökkenthető lenne.

IRODALOM: 1. *Adams, T. W., Foxley, E. G.:* Surg. Gynec. Obstet. 1976, *142*, 168. — 2. *Antonenkov, G. M.:* Chirurgija. 1967, *3*, 109. — 3. *Becker, W. F., Powel, J. L., Turner, R. J.:* Surg. Gynec. Obstet. 1957, *104*, 491. — 4. *Bonnabeau, R. C. Jr. és mtsai:* Amer. Surg. 1976, *42*, 352. — 5. *Braasch, J. W., Wheeler, W. M., Colcock, B. P.:* Surg. Clin. North Amer. 1964, *44*, 707. — 6. *Bradham, R. R., Nettles, G. S.:* Am. J. Surg. 1962, *104*, 821. — 7. *Bugyi I.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 2846. — 8. *Chaitin, H.:* Geriatrics. 1971, *26*, 57. — 9. *Gondon, R. E., Nyhus, L. M.:* Am. J. Surg. 1960, *100*, 544. — 10. *Detki B., Gönci L., Krasznai A.:* Magy. Seb. 1969, *22*, 102. — 11. *Essenhigh, D. M.:* Br. J. Surg. 1966, *53*, 1032. — 12. *Ganic, N., Frey, C. F.:* Surg. Gynec. Obstet. 1975, *140*, 255. — 13. *Gardner, B., Masur, R., Fujimoto, J.:* Am. J. Surg. 1973, *125*, 730. — 14. *Gingrich, R. A. és mtsai:* Am. J. Surg. 1968, *116*, 310. — 15. *Glenn, F.:* Geriatrics. 1965, *20*, 728. — 16. *Glenn, F., Johnson, F.:* Surg. Gynec. Obstet. 1957, *104*, 190. — 17. *Glenn, F., Thorbjarnarson, B.:* Surg. Gynec. Obstet. 1963, *116*, 61. — 18. *Hangos Gy., Thurzó R.:* Magy. Seb. 1966, *19*, 24. — 19. *Hilton, H. D.:* Surgery. 1968, *64*, 1047. — 20. *Hilton, H. D., Griffin, W. T.:* Surgery. 1969, *65*, 269. — 21. *Hinchey, E. J., Couper, C. E.:* Am. J. Surg. 1969, *117*, 62. — 22. *Hinchey, E. J., Hampson, L. G.:* Surg. Gynec. Obstet. 1965, *120*, 475. — 23. *Hinshaw, D. B., Carter, R.:* Am. J. Surg. 1962, *104*, 216. — 24. *Howell, H. D. és mtsai:* J. Natl. Med. Assoc. 1975, *67*, 287. — 25. *Jones, C. S. és mtsai:* Ann. Surg. 1960, *151*, 768. — 26. *Kesseler, H. J., Reinus, F. Z.:* Am. J. Surg. 1962, *104*, 61. — 27. *Kiss J., Huszka E.:* Magy. Seb. 1967, *20*, 153. — 28. *Van der Linden, W., Sunzel, H.:* Acta Chir. Scand. 1976, *142*, 62. — 29. *Lund, J.:* Ann. Surg. 1960, *151*, 153. — 30. *Mahorner, H., Becker, W. F.:* Am. Surg. 1961, *27*, 347. — 31. *Malmström, P., Olsson, A. M.:* Am. J. Surg. 1973, *126*, 397. — 32. *McCulbrey, D., Thieme, T.:* Surgery. 1959, *45*, 930. — 33. *Mentzer, R. M. és mtsai:* Rev. Surg. 1974, *31*, 454. — 34. *Meyer, K. A., Capos, N. J., Mittelpunkt, A. I.:* Surgery. 1967, *61*, 661. — 35. *Morfin, E., Ponka, J. L., Brush, B. E.:* Arch. Surg. 1968, *96*, 567. — 36. *Payne, R. A.:* Br. J. Surg. 1969, *56*, 200. — 37. *Rosoff, L., Robbins, F. G.:* Surg. Clin. North Amer. 1973, *53*, 1097. — 38. *Saik, R. P., Greenburg, A. G., Peskin, G. W.:* JAMA. 1976, *235*, 2412. — 39. *Vuori, E. E.:* Am. J. Surg. 1962, *104*, 597. — 40. *Wagner, D. E. és mtsai:* Surgery. 1962, *52*, 259. — 41. *Wall, C. A., Weiss, R. M.:* Arch. Surg. 1958, *77*, 433. — 42. *Welch, J. P., Malt, R. A.:* Surg. Gynec. Obstet. 1972, *135*, 717. — 43. *Wenckert, A., Hallgren, T.:* Acta Chir. Scand. 1969, *135*, 701.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Magyar Imre dr.),
Fővárosi János Kórház,
Izotóp Laboratórium
(főorvos: Salamon Ferenc dr.),
Gyógyszeripari Kutató Intézet
(igazgató: Láng Tibor dr.)

Beta-receptor blokkolók hatása hyperthyreosisban

Földes János dr., Bános Csaba dr.,
Borvendég János dr. és Gyertyánfy Géza dr.

Ismeretes, hogy a hyperthyreosis klinikai tünetei és a serum pajzsmirigyhormon-tartalma között nincsen szoros összefüggés. A thyroxinnak (T_4) és a trijódthyroninnak (T_3) a perifériás hatását ugyanis számos extrathyreoideális tényező befolyásolja.

A hyperthyreosisra jellemző tünetek egy része mint a tachycardia, megnövekedett myocardialis contractilitás, tremor, megnövekedett glykogenolysis és lipolysis, az adrenerg stimulációt követő válaszhoz hasonlatos és ezeket beta-receptor blokkolók adásával csökkenteni lehet (1, 8, 10). Kiderült azonban, hogy hyperthyreosisban a katecholaminok nem képződnek a normálisnál nagyobb mennyiségben (2), viszont megnövekszik néhány szerv katecholamin iránti érzékenysége (4). Így pl. kimutatták, hogy a T_3 növeli a szíven a beta-adrenerg stimuláció chronotrop hatását, és hyperthyreosisban a szíven katecholaminokra fokozott mértékben képződik aktív phosphorylase. Mindezt újabban a pajzsmirigyhormonoknak a beta-adrenerg receptorok számát növelő hatásával magyarázzák (17).

Ismeretes, hogy a beta-adrenerg receptort blokkoló propranolol jótékonyan hat a hyperthyreosis egyes tüneteire, s egyúttal csökkenti a plasma cyclikus AMP tartalmát (3). Újabban azonban kimutatták, hogy a propranolol megváltoztatja a T_4 perifériás metabolismusát is, csökkentve a T_4 dejodálódását T_3-má (5, 9, 12, 16), és növelve az inaktív reverz-trijódthyroninná (rT_3) történő átalakulást (6, 14). Jogosan vetődik fel ezért a kérdés, hogy hyperthyreosisban a beta-blokkolók jótékony hatásukat a T_4 metabolismusára hatva, vagy a cAMP képződés csökkentése révén fejtik-e ki? Vizsgálatainkkal e kérdésre akartunk választ kapni és ezért hyperthyreosisosokon összehasonlítottuk a T_4 perifériás metabolismusát megváltoztató, valamint azt változatlanul hagyó beta-receptor blokkolók hatását.

Módszerek

A vizsgálatokat 20—50 év közötti hyperthyreosisos, Basedow-kóros nőbetegeken végeztük el. A diagnózist a klinikai képen kívül minden esetben a serum egész T_4 és T_3 tartalma is alátámasztotta.

A beta-receptor blokkolóval végzett kezelés előtt a betegek klinikai képét regisztráltuk és reggel éhomra a serum T_4, T_3, rT_3 illetve a plasma cAMP tartalmának a meghatározásához vért vettünk. Ezt követően a betegek 7 napig vagy napi 4×1 tabl. (160 mg/die) propranololt (Stobetin, Polfa) vagy ugyancsak napi 4×1 tabl. (40 mg/die) hazai gyártmányú D,L—1/2,5, diklór-fenoxi-tercier-butil-amino-2-propranol HCl-ot (GYKI 41099 védjegy, Gyógyszeripari Kutató Intézet, Budapest) kaptak. A nyolcadik nap reggelén 8 órakor a betegeknek éhomra 2 tabl. Stobetint vagy 2 tabl. GYKI 41099-et adtunk, majd ezt követően fél óra múlva ismét vért vettünk, a klinikai képet regisztráltuk. A betegek a Stobetin vagy GYKI 41099 kezelés ideje alatt más gyógyszert nem kaptak. A Stobetinnel, ill. GYKI 41099-cel az összehasonlító vizsgálatokat 22—22 hyperthyreosisos betegen végeztük el.

A serum T_4 tartalmát T_4-Ria Peg (Amersham; norm. érték: 4—12 μg/dl), a serum T_3 tartalmát Riamat T_3 (Byk-Mallinkrodt, norm. érték: 80—200 ng/dl), a reverz T_3 tartalmat reverz T_3-Peg (Biodata, norm. érték: 15—35 ng/dl) kitek segítségével határoztuk meg. A plasma cAMP tartalmának vizsgálata előzően leírt módszerünk szerint (3), a *Tovey és mtsai* alapján (13) kidolgozott „cyclic AMP assay kit" (Amersham; norm. érték: 4—16 pmol/ml) segítségével történt. Az említett módszereket alkalmazva az intraassay variatiós coefficiens minden esetben 10%-nál kisebbnek bizonyult. Ötven euthyreosisos, 20—50 év közötti nő reggel éhomi vizsgálati értékének átlaga és átlag szórása a következő volt: serum T_4: $8{,}35 \pm 0{,}91$ μg/dl, serum T_3: $128{,}6 \pm 8{,}25$ ng/dl, serum rT_3: $25{,}2 \pm 4{,}10$ ng/dl és plasma cAMP: $11{,}3 \pm 1{,}20$ pmol/ml.

A vizsgálat elvégzéséig a serumokat, ill. plasmákat —20 °C-on tároltuk, és a beta-blokkolók adása előtti, ill. ezt követő hormonmeghatározásokat egyidejűleg végeztük el.

Kísérleti eredmények

Az *1. táblázaton* láthatjuk a propranolol és a GYKI 41099 hatását a pulzus-frequentiára hyperthyreosisos nőbetegeken. Propranolol szedésére a 22-ből 16 esetben (72,7%) javult lényegesen a pulzus-frequentia, míg GYKI 41099 therapia után ugyancsak 22 betegből 20-ban javult, vagy vált normálissá (90,9%).

1. Táblázat. **Pulzus frequentia változása hyperthyreosisban egyhetes propranolol (160 mg/die) és GYKI 41099 (40 mg/die) kezelésre. Zárójelben az esetszámok szerepelnek.**

Therápia	Pulzus			
	Normális lett	Javult	Változatlan	Romlott
Propranolol (22)	4	12	5	1
GYKI 41099 (22)	7	13	2	—

2. Táblázat. **Serum thyroxin, trijodthyronin, reverz-trijodthyronin és a plasma cyclikus AMP tartalma, valamint a T_3/T_4 és rT_3/T_4 arány propranolol kezelés előtt és ezt követően. Huszonkét hyperthyreosisos betegen nyert vizsgálat eredménye. A táblázaton az átlagok és átlag szórások szerepelnek.**

	Propranolol előtt	után
T_4 µg/dl	20,84± 2,08	20,50±2,05
T_3 ng/dl	393,75±39,73	287,50±30,25
rT_3 ng/dl	81,31± 9,23	114,75±13,65
T_3/T_4 ng/µg	18,92± 2,31	14,02± 1,86
rT_3/T_4 ng/µg	3,96± 0,47	5,56± 0,62
c-AMP pmol/ml	21,20± 2,27	12,96± 1,21

A serum T_4 tartalma mind propranolol, mind GYKI 41099 kezelésre változatlan maradt. A kiindulási értékhez viszonyítva propranolol therapia hatására a serum T_3 tartalma szignifikánsan csökkent ($p < 0,05$), míg a rT_3 tartalom szignifikánsan megnövekedett ($p < 0,05$). Ennek eredményeként a serumban a T_3/T_4 hányados értéke csökkent, a rT_3/T_4 viszony értéke viszont megnövekedett. Ilyen változást a GYKI 41099 kezelést követően nem láttunk, a serumban a T_3 és rT_3 tartalom változatlan maradt. A plasma cAMP tartalma viszont mind a propranolol, mind a GYKI 41099 therapia után jelentősen csökkent; a kezelések előtti és utáni értékek közti különbségek valamennyi esetben igen erősen szignifikánsak ($p < 0,001$) *(2., 3. táblázat).*

Megbeszélés

Állatokon végzett kísérletekkel kimutatták, hogy a beta-adrenerg agonisták fokozzák a pajzsmirigy működését. Az utóbbi időben pedig bebizonyították az interfollicularis sympathikus idegvégződések jelenlétét emberi pajzsmirigyen is (11, 11/a). Így fennáll annak a lehetősége, hogy idegi behatás lényegesen megváltoztatja a pajzsmirigy működését. Beta-receptor blokkolókkal azonban a pajzsmirigyhormon-secretiót nem sikerült csökkenteni (15), és ennek felelnek meg vizsgálati eredményeink is. Sem propranolol, sem GYKI 41099 adására nem változott meg hyperthyreosisosokon a serum T_4 tartalma.

3. Táblázat. **Serum thyroxin, trijodthyronin, reverz-trijodthyronin és a plasma cyclikus AMP tartalma, valamint a T_3/T_4 és rT_3/T_4 arány GYKI 41099 kezelés előtt és ezt követően. Huszonkét hyperthyreosisos betegen nyert vizsgálat eredménye. A táblázaton az átlagok és átlag szórások szerepelnek**

	GYKI 41099 előtt	után
T_4 ug/dl	17,25± 2,80	17,09± 2,72
T_3 ng/dl	348,05±44,50	352,56±40,16
rT_3 ng/dl	78,93±10,80	77,71±13,41
T_3/T_4 ng/ug	20,22± 2,98	20,73± 3,10
rT_3/T_4 ng/ug	4,55± 0,56	4,57± 0,60
c-AMP pmol/ml	22,85± 4,54	13,35± 2,07

Újabban kimutatták, hogy a propranolol megváltoztatja a T_4 perifériás metabolismusát: csökkenti a T_4 dejodálódását az aktívabb T_3-má, ugyanakkor elősegíti inaktív rT_3-má történő átalakulását (6, 14). Adataink ezt a megfigyelést alátámasztják. Propranolol szedésekor csökken a serum T_3 tartalma, míg a rT_3 koncentráció megnövekszik. Nem mindegyik beta-receptor blokkoló hat azonban így. Az új hazai beta-receptor blokkoló — a GYKI 41099 védjegyű készítmény — nem változtatja meg a T_4 perifériás monodejodálódását. Ennek megfelelően szedésekor változatlan marad a serumban a T_3 és rT_3 tartalom. Ugyanakkor hyperthyreosisban bradykardizáló hatása meghaladja a propranololét.

Beta-adrenerg ingerlésre megnövekszik a szövetekben a cAMP képződése. Hyperthyreosisban a plasmában a normálisnál többnyire nagyobb a cAMP tartalom (7), és ez részben a fokozott beta-adrenerg érzékenységgel magyarázható. Ezt az elképzelést támasztja alá az a megfigyelésünk, mely szerint beta-receptor blokkolók adásakor a betegségben csökken a plasma cAMP tartalma (3). Újabb adataink pedig arra utalnak, hogy hyperthyreosisban a propranolol és a GYKI 41099 egyformán csökkenti a plasmában a cAMP koncentrációt.

Hogyan magyarázhatjuk meg ezek után a beta-receptor blokkolók jó hatását hyperthyreosisban?

A GYKI 41099 nem változtatja meg a T_4 perifériás metabolismusát, míg a propranololnak van ilyen hatása. Valószínűtlen azonban, hogy a beta-receptor blokkolók bradykardizáló hatásukat a T_4 perifériás metabolismusára hatva fejtenék ki. Ezt a következő megfigyelések támogatják: *a)* a GYKI 41099 a propranololnál nagyobb mértékű bradykardiát okoz, noha a T_4 dejodálódását nem változtatja meg; b) propranolol adása után a serumban a T_3 tartalom csökkenése ugyan szignifikáns, de csak kismérvű és a T_3 tartalom a kezelés után még mindig jelentősen meghaladja a normális értéket; ugyanakkor a tachykardia jelentősen csökken.

Megfigyeléseink szerint hyperthyreosisban a megnövekedett plasma cAMP tartalom mind a két beta-receptor blokkoló adása után normális értékre csökken. Elképzelésünk szerint hyperthyreosisban egyes szerveken megnövekszik a beta-receptorok mennyisége. Ezek blokkolásával kevesebb cAMP képződik, és ennek a jelzője a plasma cAMP tartalmának csökkenése. A szíven a beta-receptorok blokkolásának köszönhető a tachykardia csökkenése. A propranolol esetében azonban e szer T_4 metabolismusra kifejtett additív hatása is jelentős lehet. Noha hyperthyreosisban beta-receptor blokkolók adásakor általában csökken a tachykardia, a szív-frequentia többnyire nem lesz normális, hiszen számolni kell a pajzsmirigyhormonoknak a közvetlen szívhatásával is.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük *Juhász Józsefné* és *Jókay Ilona* laboratóriumi asszisztensnőknek szorgalmas és lelkiismeretes munkájukat.

Összefoglalás. A propranolol megváltoztatja a thyroxin perifériás metabolizmusát, míg a GYKI 41099 védjegyű beta receptor blokkolónak ilyen hatása nincsen. Mind a két beta-receptor blokkoló jelentősen csökkenti a hyperthyreosisos betegek plasmájának cAMP tartalmát. Szerzők szerint a beta-receptor blokkolók hyperthyreosisban jótékony hatásukat elsősorban a cAMP képződés csökkentése útján fejtik ki, bár a propranolol esetében a szernek a T_4 metabolizmusára kifejtett additív hatásával is számolni kell.

IRODALOM: 1. *Chakravarty, J. és mtsai:* Acta Endocrinol. 1978, *87*, 507. — 2. *Coulombe, P., Dussault, J. H., Walker, P.:* J. Clin. Endocrin. 1977, *44*, 1185. — 3. *Földes J., Gyertyánfy G., Piroska E.:* Acta Med. Sci. Hung. 1977, *34*, 1. — 4. *Guttler, R. B. és mtsai:* J. Clin. Endocrin. 1975, *41*, 707. — 5. *Harrower, A. D. B. és mtsai:* Clin. Endocrin. 1977, *7*, 41. — 6. *Kallner, G., Ljunggren, J. G., Tryselius, M.:* Acta Med. Scand. 1978, *204*, 35. — 7. *Karlberg, B. E., Henriksson, K. G., Andersson, R. G. G.:* J. Clin. Endocrin. 1974, *39*, 96. — 8. *Levey, G. S.:* Pharmac. Therap. 1976, *1*, 431. — 9. *Lotti, G. és mtsai:* Clin. Endocrin. 1977, *6*, 405. — 10. *Mazzaferri, E. és mtsai:* Arch. Int. Med. 1976, *136*, 50. — 11. *Melander, A.:* Acta Med. Scand. 1978, *201*, 257. — 11/a. *Melander, A. és mtsai:* J. Clin. Endocrinol. 1974, *39*, 713. — 12. *Murchison, L. E. és mtsai:* Brit. J. Clin. Pharmacol. 1976, *3*, 273. — 13. *Tovey, K. C., Oldham, K. G., Whelan, J. A. M.:* Clin. Chim. Acta. 1974, *56*, 221. — 14. *Verhoeven, R. P. és mtsai:* J. Clin. Endocrin. 1977, *44*, 1002. — 15. *Wartofsky, L. és mtsai:* J. Clin. Endocrin. 1975, *41*, 485. — 16. *Wiersinga, W. M., Touber, J. L.:* J. Clin. Endocrin. 1977, *45*, 293. — 17. *Williams, L. T. és mtsai:* J. Biol. Chem. 1977, *252*, 2787.

EUNOCTIN®

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 10 mg nitrazepam-ot tartalmaz.

HATÁS: A limbicus rendszerben, elsősorban a hippocampuson át ható altató, mely ezen központi idegrendszeri functionalis központok ingerküszöbét emelve akadályozza az élettani alvást gátló emotionalis ingerek érvényre jutását, így elősegíti a physiológiai alvást. Elaltató hatása 30–50 perccel az oralis adagolás után fejlődik ki és 6–8 óráig tart. A polysynapticus gerincvelői reflexek gátlása útján izom-relaxans hatást is kifejt. A harántcsíkolt izmok tónusos-clonusos görcsét oldja, anticonvulsiv hatása is van.

JAVALLATOK: Különböző eredetű alvászavarok, álmatlanság. Izomtónus-fokozódással járó organicus neurológiai gással járó psychiatriai kórképek, fekvőbeteg-gyógyintézetben kiegészítő kezelésére.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravis.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek este $^1/_2$–1 tabletta (5–10 mg), idős, legyengült egyéneknek $^1/_4$–$^1/_2$ tabletta (2,5–5 mg), csecsemőknek és gyermekeknek 0,25 mg/kg. Az organicus neurológiai és psychiátriai kórképekben alkalmazandó dosist esetenként kell meghatározni.

FIGYELMEZTETÉS: Az Eunoctin hatását az alkohol potenciálja, ezért az Eunoctin-kúra során az alkoholfogyasztást kerülni kell. Más, központi idegrendszerre ható szerekhez hasonlóan a terhesség első harmadában az Eunoctin tabletta alkalmazása nem ajánlatos. Eunoctin bevétele után 10–12 óráig gépkocsit vezetni, magasban, veszélyes munkahelyen dolgozni nem lehet.

MEGJEGYZÉS: ℞ Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalmmal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS
10 tabletta térítési díj: 2,– Ft.

OH 1082 Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

KAZUISZTIKA

Fővárosi János Kórház,
I. Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Jánossy Tibor dr.),
Urológiai Sebészeti Osztály
(osztályvezető főorvos: Wabrosch Géza dr.)

Terhesség és szülés uretero-sigmoidostomia (Coffey-műtét) után

Jánossy Tibor dr., Intődy Zsolt dr.
és Wabrosch Géza dr.

Fiatal nőkön és leánygyermekeken — szerencsére — csak ritkán szükséges Coffey-műtétet végezni. Az ilyen műtéten átesett betegek ritkábban is esnek teherbe, a terhesség kiviselését számos szövődmény nehezítheti. Mindez magyarázza, hogy az uretero-sigmoidostomia utáni szülés ritka és mint ilyen érdeklődésre tarthat számot.

Farkas és *Baltescu* (2) 1968-ig 43 beteg 58 szülésének adatait gyűjtötték össze a világirodalomból *(táblázat)*, azóta hasonló közlésről nem tudunk. Hazánkban *Zeffer* és *Gyarmathy* (5) közölték esetüket, mely koraszüléssel végződött.

Esetismertetés

Betegünk, a 20 éves P. I.-né, születése óta szenvedett részleges vizeletvisszatartási képtelenségben. Mivel panaszai Marshall—Marchetti-műtét, majd sphincter-plastica után sem csökkentek, 1969. február 20-án, 16 éves korában, Coffey szerint végzett kétoldali uretero-sigmoidostomián esett át. A totalis cystectomiával és appendectomiával kiegészített műtét (op.: *Wabrosch dr.)* sikeres volt. A laboratóriumi eredmények azóta is jó veseműködésről tanúskodnak.

A terhesség lefolyása a következő volt: utolsó rendes menstruatio: 1972. IV. 1., az első magzatmozgást 1972. VIII. 15-én érezte. A szülés várható időpontja a vérzés alapján számolva 1973. I. 8., a mozdulásból számítva 1972. XII. 29. A magzat növekedési üteme nem maradt el a normálistól. Az anya a terhesség alatt vérképzőkön kívül egyéb gyógyszert nem kapott. Vese-functiós paramétereit és a serum electrolit értékeket rendszeresen ellenőriztük, azok a normál értékeken belül maradtak.

Bár a terhesség lefolyása zavartalan volt, és a beteg medenceméretei alapján téraránytalanság kialakulására sem számítottunk, a későbbiekben részletezendő megfontolások alapján elective császármetszést terveztünk a szülés várható idejében. A terhesség 36. hetében subacut jobb oldali pyelonephritis alakult ki, ezért kórházi felvétele vált szükségessé. Az urológiai-

Táblázat. **(Farkas és Baltescu után, módosítva)**

Szerző	Közlés éve	Esetszám	Szülések száma	Szülés módja	Újszülött sorsa	Szülés utáni komplikációk
Turner	1929	1	1	sp.	él	prolapsus
Pierce	1931	1	2	s.c. (st.)	élnek	—
Walters	1931	1	1	sp.	él	—
Randall és Hardwick	1934	4	5	4 sp. 1 s.c.	4 él 1 +	3 prolapsus, 1 pyelonephr
Stoeckel (gyűjtőstatisztika)	1938	20	28	„főleg" s.c.	?	1 vesefertőzés
Movers	1951	1	1	sp.	él	gátrepedés
Hinman	1951	1	2	1 sp. 1 s.c. (st.)	1 él 1+	prolapsus
Lotimer	1954	1	2	sp.	élnek	prolapsus
Weselowsky és Bulska	1956	1	2	sp.	élnek	—
Schräder	1956	1	2	s.c.	élnek	—
Valentin	1958	1	1	s.c.	él	pyelonephr., uraemiás halál
Höhne	1958	1	1	sp.	él	—
Scholz	1958	1	1	Bracht	él	nephrectomia (tbc miatt)
Schnecke	1960	1	1	sp.	él	prolapsus
Pedlow	1961	2	3	1 sp. 2 s.c.	élnek	praeeclampsia hydronephrosis
Battke és Woraschk	1963	1	1	sp.	él	gátrepedés
Nabity	1966	1	4	s.c. (st.)	élnek	—
Benson	1966	1	1	sp.	él	—
Uhlir	1967	1	1	sp.	él	solitaer vese
Kohler	1967	1	1	s.c.	él	—
Killam és mtsai	1967	1	1	sp.	él	nephrect. a gyermekágyban
Zeffer és Gyarmathy	1968	1	1	sp.	él	szülés utáni incontinentia
Farkas és Baltescu	1968	1	1	s.c.	él	hyperchloraemiás acidosis
Jánossy és mtsai	1975	1	1	s.c.	él	—

(sp. = spontán; s.c. = sectio caesarea; st. = sterilisatio)

sebészeti osztályon antibiotikus és alkalizáló kezelésben részesült, melynek eredményeként vesegyulladása meggyógyult.

Miután terhességi rtg-felvételen a magzat az érettség jeleit mutatta és épnek látszott, a pyelonephritis kiújulásának megelőzésére nem vártuk meg a terminust, hanem a 37. héten elvégeztük a császármetszést. Ennek során 1972. december 13-án élő, érett fiút nyertünk. Súlya 2800 g, hossza 51 cm volt. Apgar-értékek: 1 perces: 8, 5 perces: 10. Az újszülöttet megfigyelés céljából kórházunk koraszülöttosztályára helyeztük át, 5 napos korában kaptuk vissza.

Az anyának a műtét napján és az első postoperatív napon a parenteralis folyadékbevitel mellett Mannit infusiót is adtunk, a diuresis fokozására, és ezzel a veseszövődmények kivédése céljából. A Coffey-műtétre való tekintettel sem műtéti előkészítésként, sem a műtét után beöntést nem adhattunk, ennek ellenére a 2. postoperativ napon spontán széklet volt. Az asszony láztalan gyógyulás után, a műtétet követő 10. napon, gyermekével együtt, egészségesen távozott. A műtét után többször (legutóbb 1978 végén) kontrollált vese-functiós paraméterek és serum electrolyt értékek normálisak.

Megbeszélés

A vizeletelvezető rendszer betegségei esetén a terhesség potenciális veszélyt jelent a vesére (4).

A Coffey-műtét utáni állapot állandó veszélye a felszálló fertőzés. Míg egészséges terhesek 10 százalékában mutatható ki tünetmentes bacteriuria, és 1—2%-ukban jön létre pyelonephritis, addig ugyanez érthetően sokkal jobban fenyegeti az uretero-sigmoidostomián átesett terhest.

A terhességi pyelonephritis okaként több tényezőt vetnek fel. A legrégebbi elmélet anatómiai okokat említ: a jobb oldali ureter lefutásában különbözik a baltól, a terhes méh is jobbra dől, ez magyarázná, hogy a terhesség alatti pyelonephritis miért inkább a jobb vesét érinti (1).

Bár egyes szerzők a terhesség alatt „physiologiás ureter atoniáról és dilatatióról" beszélnek, mi inkább *Berbik és mtsai* (1) véleményét fogadjuk el, akik nagyszámú isotop-renographiás vizsgálat alapján a dilatatiót és a pangást kórosnak tartják, de a terhességnek dilatatióra hajlamosító hatását elismerik, és azt komplex (anatómiai, mechanikus, hormonalis és egyéb) hatásra vezetik vissza.

Az uretero-sigmoidostomia utáni állapot másik veszélye az electrolit-háztartás zavara, a hyperchloraemiás acidosis. A klór és nátrium visszaszívódik a vastagbélből, ezért ilyenkor emelkedik a serum Na^+ és Cl^- és csökken az alkali reserv. Irodalmi adatok szerint (3) a Coffey-s betegek 80 százalékában alakul ki a későbbiekben ilyen syndroma. A hyperchloraemiás acidosis korai felismerése és szakszerű kezelése a terhesség zavartalan kiviselésének alapfeltétele.

Fontos és a beteg szülés utáni állapotát lényegesen befolyásoló tényező — véleményünk szerint — *a szülésvezetés módja*. Erre vonatkozó egységes állásfoglalás nem alakult ki, miként azonban az *táblázat*unkból is kitűnik, a szerzők többsége a hüvelyi szülésvezetést választotta. A hüvelyi szülés azonban számos szövődménnyel járhat. Az esetek 50—70%-ában prolapsus alakult ki a szülés után, ennek magyarázata a méh függesztőkészülékének az urológiai alapbetegség (legtöbbször fejlődési rendellenesség) következtében fennálló csökkentértékűsége.

Másik, a szülés utáni állapotot lényegesen befolyásoló szövődmény hüvelyi szülésvezetés után a sphincter ani sérülése, amely vizeletvisszatartási képtelenséghez vezet. Ez jött létre az egyetlen közölt hazai esetben is (5), annak ellenére, hogy kiadós episiotomiát végeztek és a koraszülött csak 1500 g-os volt.

Ezen irodalmi adatokon kívül felmerült bennünk a per vias naturales szülés alatti intraabdominális nyomásfokozódás esetleges káros hatása is, a sigmabélből történő vizeletreflux révén.

Ilyen megfontolások alapján végeztünk császármetszést, mely az előzőekben említett szövődmények elkerülésén túlmenően hasűri revisióra és az esetleges sterilisatio elvégzésére is lehetőséget nyújt.

Összefoglalás. A szerzők a magyar irodalomban elsőként közlik érett gyermek születését előzőleg uretero-sigmoidostomián átesett anyától. A Coffey-műtéten átesett nő terhességének kiviselését — jó vese-functio esetén — megengedhetőnek tartják. Nagy fontosságot tulajdonítanak a terhesség alatti rendszeres ellenőrzésnek, melybe urológust és belgyógyászt is be kell vonni. A szülés utáni anyai szövődmények megelőzésére, a szülés várható idejében az elective császármetszést tartják helyesnek.

IRODALOM: 1. *Berbik I. és mtsai:* Magy. Nőorv. L. 1974, *37*, 126. — 2. *Farkas G., Baltescu, Wl.:* Zbl. Chir. 1968, *46*, 1609. — 3. *Noszkay A.:* Magy. Seb. 1950, *4*, 1. — 4. *Szemesi I., Hajós E.:* Acta Chir. Acad. Sci. Hung. 1973, *14*, 147. — 5. *Zeffer J., Gyarmathy F.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 535.; Z. Urol. 1969, *62*, 597.

Theodor Billroth

(1829 – 1894)

„a sebészet pápája"

születésének 150. évfordulója alkalmából

„Egy élet alkotás és munka nélkül nem élet és nem éri meg, hogy az ember lélegzetet vegyen."
(Billroth levele Brahmshoz, 1887)

„Billroth nagy orvos, nagy sebész, nagy tudós, nagy művész, nagy pedagógus, nagy muzsikus, nagy ember volt" (Grósz Emil). Billroth nemcsak a műtéti technika mestere és a hasi sebészet megalapítója, hanem fanatikus küzdő, igazságkereső, egy ember tele szellemmel, kedélyességgel, ötletességgel, univerzális zseni. Egyik kortársa azt írta róla, hogy olyan, mint a csiszolt gyémánt, bármely oldalról nézzük is őt, egyforma fényességben tündöklik. Egyik késői utódja a bécsi sebészeti klinika professzori székében, Denk, Billrothot Goethéhez hasonlítja.

1944-ben, halálának 50. évfordulóján emlékművet állítottak fel a bécsi Allgemeines Krankenhaus első udvarán, amelyen Billroth áll előttünk egy nagy műtét befejezése után, mint aki legyőzte a betegséget és a halált, aki reményt és vigasztalást nyújt mindazoknak, akik a kórház kapuján belépnek.

Billroth sokszor nyaralt Abbáziában (a mai Opatijában) és ott is halt meg. 1965. október 22-én, 71 évvel halála után, Opatijában egy symposiumot tartottak Billrothról és leleplezték az emléktábláját, mert „téren és időn túl volt nagy ember" (Erna Lesky).

Billroth halhatatlanságát mindezen ünnepléseken túl az mutatja a legjobban, hogy manapság, működése után száz esztendővel, minden civilizált országban a gyomor-resectiót cikkekben és könyvekben csak úgy említik, hogy: B I és B II.

Hogyan indult el és mit tett ez az ember, hogy az orvosi világban ekkora megbecsülést és népszerűséget ért el?

Theodor Billroth Észak-Németországban, Rügen szigetén, Bergenben született. Apja protestáns lelkész volt. A nagyszülőkben svéd és francia vér is folyt. Billroth Greifswaldban járt gimnáziumba, gyenge tanuló volt, állandóan házitanító segítette. Az egyik azt írta róla — Billroth halála után —, hogy „tardum ingenium", lassú felfogású. Beszéde botladozó, nyelvekben és matematikában nehézkes. A gimnáziumot kétszeri osztályismétléssel, két évvel később fejezte be.

A család súlyosan fertőzött volt tuberkulózissal. Apja akkor halt meg, amikor ő ötéves volt, anyja a medikusévek alatt, és később még három testvére és egy lánya, valamennyien tbc-ben.

Az orvosi tanulmányok első szemeszterét Greifswaldban végzi, de nem sokat tanul, inkább zenél. A második szemeszterre Göttingenbe megy, ahol a család régi barátja, Baum sebész professzor, felkarolja őt. Másik pártfogója Rudolf Wagner, az élettan professzora, akivel meglátogatja Giessen, Marburg, Heidelberg, Wien egyetemeit. 1851-ben Berlinben folytatja tanulmányait és itt avatják orvossá 1852-ben. 1853 tavaszán Bécsbe utazik és bejár bőrgyógyászati kurzusra Hebrához, kórbonctanira Heschlhez és belgyógyászatira Oppolzerhez. Néhány hétre Párizsba is elutazik mesterével és pártfogójával, Wilhelm Baummal.

1853 őszén visszatér Berlinbe és mint gyakorló orvos telepszik le, de két hónap alatt egyetlen beteg sem nyitja rá az ajtót. Végül a híres Langenbeck berlini sebészeti klinikájára kerül mint asszisztens. Langenbeck volt akkor a legkiválóbb német sebész és mellette Billroth, közel 7 éven át, nagy technikai ügyességre tett szert, de arra is rájött, hogy elméleti alap nélkül a sebészet mit sem ér. Ezért anatómiai, kórbonctani és kórszövettani munkákat végez, és ezek révén olyan nagy hírre tesz szert, hogy 1856-ban Virchowval rivalizál a berlini kórbonctani professzori állásért. Három év alatt 14 dolgozata jelenik meg, mind patho-histologiai témájú: vizsgálatok a vérerek fejlődéséről, nyálkahártya-polypusok szerkezete, a lép összehasonlító szövettani vizsgálata, here-cysták, nyálmirigydaganatok stb.

1856-ban a sebészet és a kórbonctan magántanára lett és előadásokat kezdett tartani. Ez év őszén tanulmányutat tesz Hollandiában, Angliában, Skóciában. Langenbeck különös kegyet gyakorolt vele, amikor 1858-ban megengedte neki, hogy megnősüljön, a klinikán kívül lakjon és mégis asszisztens maradjon. Ez idő tájt újabb munkái jelentek meg a rosszindulatú daganatok osztályozásáról, diagnosztikájáról és prognosisáról, a lőtt sérülések kezelésének történetéről a XV. század óta stb. Ekkor határozza el magát végleg a sebészet mellett, ezért 1858-ban el is hárítja a meghívást Greifswaldba, a kórbonctani tanszékre: „A betegágy melletti megfigyelés mégis sokkal szebb, mint a mikroszkóp."

1859-ben, amikor Billroth 30 éves volt, a felesége a karácsonyfára akasztotta azt a levelet, amely a zürichi sebészeti klinika professzori állására szóló meghívást tartalmazta. Billroth 1860. április 1-én foglalta el a zürichi katedrát. Itt 7 év alatt egy modern klinikát teremtett. „Klinikáján olyan átalakításokat és újításokat eszközölt, amelyeknek csodájára jártak messzeföldről a sebészek. A mosható falú kórtermek, elkülönítő szobák a septikus sérültek számára, az orvosoknak és ápoló személyzetnek a hullákkal való foglalkozás eltiltása: mind a sebfertőzés és a járulékos sebbántalmak tudományos vizsgálatának szüleménye volt" (Borszéki, 1929). Ezeket az éveket Billroth később élete leg-

boldogabb és legtermékenyebb korszakának tartotta. A 7 év alatt 37 tudományos munkája jelent meg a sebészet régi, alapvető kérdéseiről: égés, sebláz, accidentalis sebbetegségek, az emlő betegségei stb. Még vissza-visszatér a mikroszkóphoz, tudományos közleményeket ír a lép és a nyirokcsomók szövettanáról, a növekedésben levő csont szövettani szerkezetéről.

Zürichi munkásságának legnagyobb terméke az „Allgemeine und spezielle chirurgische Pathologie und Therapie in 50 Vorlesungen" című könyve, amely 1863-ban jelent meg, majd Billroth életében még 7 kiadást ért meg. A könyv diadalútja Billroth halála után is folytatódott, összesen 16 kiadást ért meg, az utolsót 1906-ban, 12 évvel Billroth halála után. Ezt a könyvet 10 nyelvre fordították le: francia, angol, olasz, orosz, spanyol, magyar (Gabriely Kálmán fordítása, az Orvosi Könyvkiadótársulat kiadása 1869-ben), lengyel, szerb, horvát, japán, és mindenhol, évtizedeken át, a sebészek bibliája lett. Erről a könyvről írta Sigerist, a 14 nyelven beszélő világhírű európai—amerikai orvostörténész 1932-ben, hogy „egyike az orvosirodalom legszebb műveinek". Ebben a könyvben mutatkozik meg, hogyan fordul Billroth teoretikusból vérbeli klinikussá. Akkor ez a könyv szenzáció volt, mert folyékony stílusban, szemléletesen foglalta egységbe a sebészeti betegségek klinikai tünettanát az élettani és kórbonctani kutatás eredményeivel, és új formában tárgyalta a sebészet régi alapproblémáit, a sebgyógyulást, a regeneratiót, a vérzést, a gyulladást. A könyv bevezető előadásában hangsúlyozza, hogy „a sebész feladata, pontos anatómiai és élettani ismeretekre támaszkodva egyesíteni az egész orvosi tudást; az a sebész, aki erre képes és aki emellett még a sebészet egész művészetét is uralja, méltán dicsekedhet azzal, hogy az egész orvostudomány legmagasabb célját érte el."

Billroth hírneve ekkor már olyan nagy volt, hogy több meghívást kapott sebészeti katedrákra. 1861-ben a Rostockba, 1864-ben a Heidelbergbe szóló meghívást hárítja el.

Billroth életöröme két forrásból fakadt. A sebészet mellett a zene töltötte ki az életét. Már Zürichben sokat muzsikált, kitűnően zongorázott és brácsázott, ő volt az egyetlen dilettáns egy professzionista kvartettben. A Neue Zürcher Zeitungban „B" és „th" jelzéssel zenei kritikákat is írt, sokszor keményen. Az egyik koncertről pl. ezt írta (1861): „A trombitákat és a harsonákat korlátok közé kellett volna szorítani. Az uraknak, bármenynyire elárasztja őket az öröm, meg kell gondolniok, hogy egy meleg terembe trombitálnak bele, amelyben emberek ülnek, akiknek füleik vannak. Az oboák naivan ügyetlenek, a fagott csúnyán morog és minduntalan beleesetlenkedik. A nagykürt saját hangjaiba botlik bele." Billroth lett az „Ober-Brahmane"-ja Zürichben egy Brahms-társaságnak.

1867-ben egy levélben azt írja Billroth barátjának, Esmarchnak, hogy „amit egy sebész elérhet, azt én Zürichben elértem. Ez egy 37 éves ember számára a legnagyobb szerencsétlenség."

A megoldás gyorsan megérkezett. Bécsben, a hatalmas és fényes császárvárosban, Európa közepén, megürült a sebészeti katedra és a bécsi orvosi kar professzori kollégiuma 1867. március 16-i ülésén úgy döntött, hogy Billroth-ot hívja meg, mert: „A sebészetnek azt a professzorát választjuk, akitől a tudomány legnagyobb fejlesztése várható, aki nemcsak a gyakorlati sebészetben szerzett hírnevet, hanem élettani és kórbonctani kutatásaival is, aki mint tanár, sebész és író különös képességeivel tüntette ki magát, aki erejének teljében van és még várható, hogy képes lesz a sebészet legújabb eredményeit az élettani és kórbonctani alapokon továbbfejleszteni, alkalmas arra, hogy itt egy sebészeti iskolát teremtsen, amely az egyetemnek hírnevet, az országnak a legnagyobb hasznot fogja hozni." Különösen Hebra és Rokitansky szorgalmazták Billroth meghívását a bécsi sebészeti katedrára.

1866-ban a porosz—osztrák háborúban Ausztria Königrätznél (Sadova) kikapott a németektől és egy évvel később Bécs mégis a porosz Billrothot hívta meg. Erről mondta Czerny, Billroth egyik tanítványa, hogy „Ausztria nem állhatott volna nemesebb bosszút Sadováért, mint hogy elvette a legjobbat abból, ami csak Poroszországban található volt."

Billroth túlszárnyalta a hozzá fűzött várakozásokat. A fáradhatatlan, fiatal professzor lelkes és tehetséges, minden munkára kész tanítványok egész sorát veszi maga mellé. Velük két évtized alatt megteremti azt a híres „bécsi sebészeti iskolát", amelynek tagjai akkor Európa majd minden németül beszélő egyetemének sebészeti katedráját elfoglalták és ékesítették, és amely iskola tanításai ma is fennen ragyognak a sebészeti tudomány azóta sok csillaggal benépesült égboltján.

Tanítványait „szellemi adoptált gyermekei"-nek nevezte. Minden tanítványának segített, vele dolgozott, de emellett meghagyta neki azt az érzést, hogy ő önálló kutató. Az volt Billroth felfogása, hogy „a művészet és a tudomány területén új gondolatok csak akkor fejlődhetnek szabadon, ha nekik (a tanítványoknak), mint a fiatal hegyi patakoknak átengedik, hogy saját medrüket megkeressék és kifejezési formáikat megtalálják." Mindegyik tanítványa úgy szerette, mint apját. Sokukhoz szoros egyéni kapcsolata volt, Mikulicz négykezest játszott vele, Barbieri el kellett, hogy kísérje a már szívbeteg mestert olaszországi útjára stb. „1870—1894 között Bécsben a 2. Sebészeti Klinikán megszületett az a csoda, hogy tanár és tanítvány újból, az ősi hippokrátészi értelemben, közös iskolába tartoztak" (Erna Lesky). A tanítványok benépesítették Európa keleti és nyugati részét, 9 sebész professzor lett a közvetlen tanítványok közül és 35 a tanítványok tanítványaiból. Ez a híres, terebélyes Billroth-fa, amelynek vastag törzsét Billroth alkotja és mind a 41 ágára egy-egy sebész professzor neve van felaggatva *(ábra)*. Magyar tanítványai közül a legnagyobb hírnévre Dollinger Gyula tett szert.

Billroth és gárdája Bécsben dolgozta ki a sebészet számos új technikáját, itt rakták le az alapját a hasi sebészetnek. Két tanítványa, Czerny és Menzel, előbb kutya nyakán végez nyelőcső-resectiót (1870), majd Billroth 1872-ben ezt emberen is

végrehajtja. Állaton és hullán végzett gyakorlatok után 1873-ban történik az első sikeres műtét előrehaladt nyelvrák miatt. 1873-ban 36 éves férfin gégerák miatt teljes gégekiirtás és műgége behelyezése, a beteg egy év után recidivában halt meg.

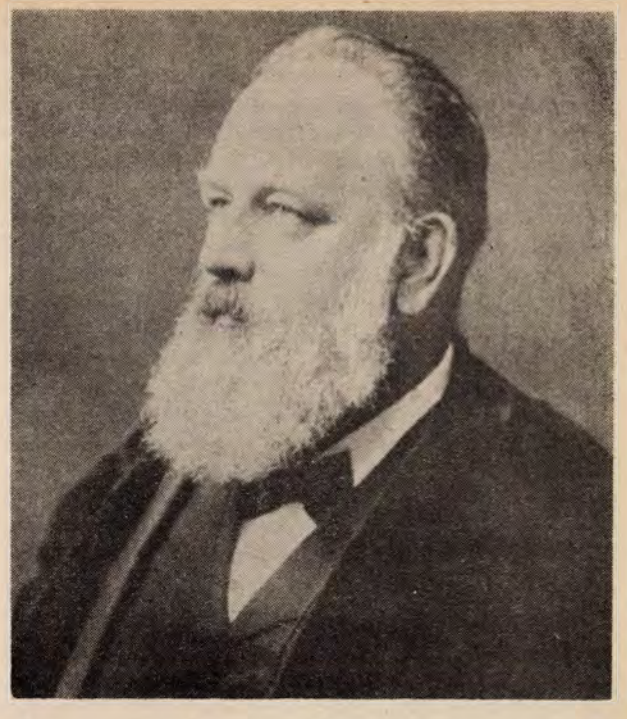
1881-ben kezdődik a korszerű hasi sebészet korszaka az első sikeres gyomor-resectióval, január 29-én. 70 évvel korábban, 1810-ben, Merrem, Giessenben, 3 kutyán gyomor-resectiót végzett és a megmaradt gyomorcsonkot összevarrta a duodenummal. Két kutya túlélte a műtétet, az egyiket 7 hét után ellopták. Merrem ezzel bebizonyította, hogy ez a műtét végrehajtható és összeegyeztethető az élettel. De az ő munkája feledésbe merült. A gyomor a sebész számára *noli me tangere* volt.

Emberen először Sedillot készített gastrostomát 1849-ben. Betege meghalt és utána még 27 beteg, akiken ezt a műtétet végezték, éspedig mind hashártyagyulladásban. Csak a 29. gastrostomizált beteg maradt 40 napig életben, akit 1875-ben Sidney Jones, a londoni St. Thomas-kórház sebésze operált. Billroth, számos sikertelen állatkísérlet alapján, még 1871-ben azt írta, hogy „kevésbé veszélyes nyaki nyelőcsőrákot kiirtani és a nyaki nyelőcsősipolyt a beteg táplálására felhasználni, mint tartós gastrostomát készíteni, mert az összes eddigi próbálkozások halállal végződtek." 1879. április 9-én Péan Párizsban, 1880. november 16-án pedig a lengyel Rydygier Kulmban emberen gyomor-resectiót végez, de mindkét beteg meghal, az egyik 5 nappal, a másik 12 órával a műtét után.

Mindez amellett bizonyít, hogy a gyomor nem hozzáférhető a sebész számára. És mégis! Billroth két tanítványa, Gussenbauer és Winiwarter, ismét megpróbálja kutyán a pylorusresectiót. A kísérletek sikerülnek és ez megerősíti Merrem 6 évtizeddel korábbi eredményeit. Billroth szerint a pylorus kiirtása és a gyomorcsonknak varrattal való egyesítése a duodenummal lehetséges és az élettel összeegyeztethető: „... a gyomor-resectiónak is muszáj sikerülnie és fog is sikerülni."

1881. január 29-én Billroth megoperálja a 43 éves Maria Theresia Hellert, 8 élő gyermek anyját, aki néhány hónappal azelőtt kezdett hányni és akinél a hasfalon át tapintható pylorus stenosis fejlődött ki. Wölfler és Mikulicz voltak az asszisztensek és Barbieri altatott. *Haránt laparotomia* (!) a tumor fölött. Almányi, mozgatható daganat a pyloruson. Skeletizálás, resectio, a gyomorseb szűkítése, a gyomorcsonk és a duodenum összevarrása 15 öltéssel, Czerny-féle karbolsavba áztatott selyemmel. A műtét másfél óráig tartott és már másnap savanyú tejet itattak a beteggel. Frau Heller először *izoláló szobában* feküdt (!), de a harmadik napon, saját kérésére áttették a közösbe.

Billroth a világraszóló eredmény hírét úgy adta a világ tudtára, hogy február 4-én erről szóló levelet írt Wittelshöfernek, a Wiener Medizinische Wochenschrift kiadójának. A levél másnap, február 5-én megjelent az újságban (!). Az eset leírása után Billroth így folytatja a levelet: „Úgy érzem, hogy ismét egy nagy lépést tettünk előre az eddig gyógyíthatatlannak tartott, szerencsétlen betegek gyógyítása terén, vagy, ha a rák kiújulna,



akkor legalább átmenetileg tudjuk enyhíteni a panaszaikat. Ön meg fogja érteni, hogy bizonyos büszkeséget érzek afölött, hogy az én tanítványaim munkássága tette lehetővé ezt a haladást."

Heller asszony ugyanezen év május 23-án, 4 hónappal a műtét után recidivában meghalt, de ez az eset mégis azt bizonyítja, hogy „ez a műtét jogos."

Billroth egyik tanítványa, Wölfler, 1881. szeptember 28-án egy inoperabilis pyloruscarcinomás betegen gastroenteroanastomosist készített az elzárt pylorus megkerülésére. 1885-ben Billroth hasonló műtétet végzett, de amikor az anastomosis a gyomor és a jejunum között elkészült, és látta, hogy a beteg milyen jól tűrte a beavatkozást, eltávolította a gyomor rákos, pylorikus részét és a duodenumot befordító öltésekkel elbuktatta. Ezzel megszületett a Billroth II. műtét. Az elmúlt 100 esztendő alatt Calais-tól Doverig — de nem a La Manche-csatornán át, hanem ellenkező irányban, körös-körül a földgolyón — a sebészeti műtők ezreiben a betegek millióri kapták vissza életüket, egészségüket azáltal, hogy rajtuk a sebészek B I vagy B II szerint gyomor-resectiót végeztek.

Billroth bécsi működése elején kezdte el az uterus- és ovarium-tumorok eltávolítását igen nagy számban, egy év alatt 100 ovariotomiát végzett! Jó eredményei voltak a lépen és a vesén végzett műtéteknél is. Sok strumát is operált. Vékonybél- és vastagbél-resectiókat, orr- és szájpadplasztikákat végzett, az volt a híre, hogy ő a legügyesebb és legmerészebb sebésze a világnak. Billroth konzultálására betegek jöttek Párizsból, Berlinből, Konstantinápolyból, Londonból, New Yorkból, Pétervárról, Chicagóból és még ki tudja honnan, Bécsbe. Billroth operálta Pirogovot is nyelvrák miatt. Elhívták őt konzíliumba Lisszabonba a portugál királyhoz (ez az utazása 12 napig tartott) és számos hasonló főrendű páciense volt.

Billroth szívesen foglalkozott tábori sebészeti problémákkal is. 1870-ben kitört a francia—porosz háború. Az „osztrák" Billrothot a *furor teutonicus* magával ragadta és augusztus 4-én Karlsruheban a Vöröskeresztnél jelentkezett önkéntesnek, tanítványával, Czernyvel együtt. Először Weissenburgba ment, ahol az ő ismert energiájával és határozottságával a zűrzavarból rendet teremtett, igaz, hogy reggel 5-től éjjel 11-ig dolgozott, amint azt feleségének még az első éjjel megírta. Egy dominikánus kolostort, két iskolát és sok privát házat kórháznak rendezett be. Ágyakat, ágyneműt, műszert, kötszert, gyógyszert szerzett be. Augusztus 9-én ezt írja a feleségének: „A sebesültek végre ágyakban feküsznek." Szeptember 1-én Billrothot átvitték Mannheimba, ahová magával vitte a 100 legsúlyosabb sérültet. Itt 12 tábori kórházat állított fel, összesen 1442 ággyal. Számos bravúros műtétet végzett, pl. gyertyafénynél lakásban lekötötte az art. subclaviát (melyikünk merne ma erre vállalkozni?). Art. femoralis lekötést, kiízesítést a vállízületben stb. is végrehajtott.

1872-ben jelent meg a könyve a háborúban szerzett tapasztalatairól: szervezés, munkafeltételek, kórházak telepítése, adminisztráció, felszerelés, munkaerő, sérültek szállítása, különböző lőtt sérülések kezelésének elvei stb. Felhasználta az USA-beli polgárháború sebészeti tapasztalatait, amelyeket 1865-ben közöltek. A legtöbb sérülés muskétából (kanócos puska) kilőtt ólomgolyótól származott. Billroth ujjal (kézmosás nélkül!) benyúlt a sebbe és igyekezett a golyót és a csontszilánkokat eltávolítani. A fő probléma a fertőzés és az utóvérzés volt, amiről akkor még nem tudták, hogy ez is a fertőzés következménye. A sérülteknél nagyon gyakori volt a kórházi üszök, az erysipelas, a gáz-oedema, a seb-diphtheria, a putrid fertőzés, a „Pyohämie" (gennyes metastasisok) és a „Septhämie" (halál). Ezért írja Billroth, hogy: „Egyetlen sebésznek sem lehetne szemrehányást tenni, ha a combcsont minden kiterjedt szilánkos törésénél elvileg primaer amputatiót végezne."

Billrothot már régen foglalkoztatta a sebgyógyulás, amely szerinte „a sebészet alfája és ómegája." Lister első beszámolója az antiseptikus sebkezelésről 1867-ben jelent meg. Billroth ebben az évben kezdett a sebgyógyulást zavaró okokkal foglalkozni. Szerinte a seb elgennyedését nem a mikróbák okozzák, hanem egy titokzatos ferment, a „phlogistikus zymoid" hozza létre, a mikroorganizmusok csak utólag telepszenek meg a gennyben. Billroth a sebekben talált mikróbákat coccobacterium septicumnak nevezte és valamennyit ugyanazon faj különböző vegetatiós formáinak gondolta, nem ismerte fel a baktériumok specificitását. Nem is fogadta el a „Listerei"-t és utálta a karbolsavnak még a szagát is.

Lister nem látta a baktériumokat, csak gyanította őket. Koch 1879-ben tette az emberi szem számára láthatóvá a fertőzések kórokozó csíráit. 1880-tól kezdve egymás után fedezték fel a „homály gyilkosait", a staphylococcust, a streptococcust stb. Billroth azt írja Kochról: „Wieder einmal ein grosser Naturforscher", de azért csak nagy nehezen tudott lemondani „phlogistikus erjesztő" elméletéről.

Billroth 1867-ben egy nő kezelését vette át, akinek kifekélyesedett emlőrákja kibírhatatlan bűzt árasztott, amit sehogy sem sikerült megszüntetni. Az asszony, egy barátnője tanácsára, tejben főzött fügét rakott a mellére. Billroth legnagyobb meglepetésére a bűz 3 nap után eltűnt, a fekélyen lepedék keletkezett, melynek enyhe, egyáltalán nem kellemetlen tejsavszaga volt. A rák ugyan tovább fejlődött, de az asszony társaságba, színházba tudott menni, amíg élt.

Billroth meg akarta fejteni ennek a népi szernek a csodálatos hatását. Felfigyelt arra, hogy a fügén élesztő- és penészgombák tapadtak. Azt vizsgálta, hogy „mi a viszony egyrészt az élesztő- és penészgombák, másrészt a baktériumok és a vibriók között." Eltévedt az akkor még oly kezdetleges bakteriológia bonyolult útvesztőiben, de azért rájött — a maga korának kezdetleges módján — „az antibiotikus elvre" (Jantsch, 1953), hogy ugyanis az egyes mikroorganizmusok között antagonizmus áll fenn: „... fel lehet tételezni, hogy a penészgomba a vizeletben olyan sok tápanyagot von el a baktériumok elől, hogy azokat fejlődésükben gátolja" (erről szóló könyve 77. oldalán).

Billroth azonban nem volt mentes a tévedésektől sem. Éppen e sorok írójának esik nehezére leírni a következő mondatokat, amelyek Billrothtól származnak: „A hydropsos szívburok punkciója olyan műtét, amely véleményem szerint igen közel áll ahhoz, amit egyes sebészek a sebészi művészet prostitúciójának, mások sebészi frivolitásnak neveznek" (1882), és „Az a sebész, aki megpróbálná a szív sebét elvarrni, elvesztené kollégái bizalmát" (1883). De Billroth téves nézete sem tudta megállítani a fejlődést, halála után 2 évvel, 1896-ban Frankfurtban Rehn elvégezte az első sikeres szívvarratot egy szívsérült fiatalemberen. Billroth pedig biztosan boldog lenne, ha láthatná, hogy manapság világszerte, legalább 1000 sebészeti műtőben, nap mint nap bonyolult szívműtétek folynak, szép sikerrel.

Billroth nagyon sokat dolgozott és igen keveset aludt. Délelőtt operált és előadást tartott, délután rendelt és az állatkísérleteket nézte meg, este színház, opera, koncert, társaság, éjszaka tudományos munka és levelek írása. Így írja le egy napját 1890. március 5-én, éjjel $^1/_2$2-kor: „Mozgalmas, nehéz nap volt, mint mindig. Korán ébredtem, mert az ujjamon egy gennyes seb volt, de megszoktam, majd elmúlik. Az örökös csöngetés. Alig hagynak, hogy a feleségemmel és a gyerekekkel elfogyasszam a reggelit. Lohndienerek a hotelekből, akik időpontot kérnek konzíliumokra, a Rudolfiner egyesület titkára, aláírásokért jött stb. Végül a tegnap operáltakhoz mentem el, majd a klinikára. Asszisztensek, sebészek, emberek az igazgatóságtól, mindenki akar valamit. Atyaúristen, már tíz óra húsz van! Előre az előadóterembe. Két óra tanítás és ugyanott bemutatóműtétek. Alig vagyok kint az előadóteremből, nekem esnek az emberek. Végre haza, húsz percem van az ebédhez. Azután egy súlyos műtét, ami több mint két órát tart. Merész óvatosság, győzelem! Minden jól

ment, két pohárka konyak. Indulás haza, 6 beteg vár, részben semmiségekkel, részben gyógyíthatatlanok: hazugság, hazugság vigaszul. 15 percem van a családdal ötórai teára. Ismét 4 beteglátogatás. Haza, van egy félóra pihenőm! Mily szerencse! Widmann könyvét be tudom fejezni. Most a Renaissance-koncertre. Nagy szerencsém volt! Másfél óra nyugalom a zene alatt. Kitűnő volt az előadás! A kórus csodálatosan tiszta volt, Walter valóban nemes és nagy, ritkán hallani őt ily kitűnőnek. Időnként modernül szentimentális, itt-ott egy kicsit sok, de ezt egy modern énekes sem tudja elérni. Válogatott közönség, áhitatos, rokonszenves. Röviden: szép volt. A legjobb hangulatban haza, kis pihenés, kedélyes vacsora a családdal. Hat sürgős hivatalos levél. Végre egyedül!" A Felsőházban, amelynek tagja volt, egy alkalommal azt mondta, hogy a napi nyolcórai munkaidő bevezetése neki szerencsétlenséget jelentene, mert ő ennél sokkal több ideig való munkát is kevésnek tart.

Billroth nagyon sokat dolgozott. A roppant terhet csak úgy tudta elviselni, hogy a zenében talált felüdülést. Billroth anyai nagyanyja ünnepelt énekes volt a Berlini Királyi Operában. Billroth ifjú korában tanulás helyett szívesebben zongorázott és Greifswaldban is többet muzsikált mint egyetemre járt. Zürichben egy zongora kvintettet és egy vonós kvartettet komponált. Később ezeket elégette, mivel borzalmasnak tartotta, és azt írta, hogy „rettenetesen bűzlöttek, amikor égtek."

Brahmsszal még Zürichben ismerkedett meg, később mindketten Bécsbe költöztek. A két ember között közel 30 évig tartó barátság született. Bécs a két barátot nyitott karokkal fogadta és körülölelte melegséggel és kedélyességgel. A két barát hasonlított egymásra őseik tekintetében, mindkettő porosz és protestáns volt. Hasonlítottak életük vitelében, még kinézésükben, karakterükben, filozófiájukban és ízlésükben is. Mindkettő sokat evett, ivott és szivarozott, mindkettő meg volt áldva humorral és jól tudtak nevetni.

Billroth, a sebész, aki az élet és a halál problémáival birkózott, igényelte a zene örömét, amely Brahmstól áramlott felé. Billroth és Brahms, azonkívül, hogy nap mint nap együtt voltak, 331 levelet írtak egymásnak. Brahms az Opus 51, No. 1. és No. 2. kvartettet Billrothnak dedikálta, de a legtöbb művét is először Billrothnak küldte meghallgatásra. Erről írta Hanslick tréfásan: *jus primae noctis.*

Billroth és Brahms belevetették magukat a császárváros zenei forgatagába. Billroth bécsi háza a társadalmi élet központja lett. Tarka, színpompás estélyek, házimuzsika, Brahms, ragyogó tűzijátékok. Billroth komponálta a Todessehnsucht című dalt. Írt egy egyfelvonásos operát is, amit a bécsi házában előadtak. 1885-ben ezt írja Brahmsnak (218. levél): „Kiderült, hogy az alserstrassei házamban valaha Beethoven és Haydn is megfordult. Milyen mennyei trió: Haydn, Beethoven, Brahms", szárnyal Billroth képzelete. Billroth és Brahms gyakran meghívták társaságukba a magyar Goldmarkot, a Sába királynője világhírű szerzőjét.

Billroth és Brahms kitűnően kiegészítették egymást. Billroth rajongó gondolatszárnyalásai Brahms rövid „kontrapunkt" megjegyzéseivel a belső harmónia duettjeivé egyesültek (Böttger). Billroth, Brahms és Hanslick triumvirátusa szerencsés kombináció volt. Brahms egy új, zseniális muzsika komponistája, Billroth műértő, szellemes és eloquens propagálója ennek a zenének Bécs szalonjaiban, és pénzbeli támogatója privátkoncerteknek, Hanslick a kritikus, akinek hegyes tollát egész Európa ismerte, tisztelte és félte. A 3 ember koncert vagy színház után gyakran együtt ült a *Rote Igelben* (vörös sündisznó), vagy Billroth meghívott egy nagyobb társaságot a Sacherba.

Billroth életéhez annyira hozzátartozott a zene, hogy amikor nyaraláskor Karlsbadban vagy máshol kivesz egy lakást, a fő szempont, hogy elég széles-e a lépcsőház, hogy a zongorát fel lehessen vinni! Billroth többször pihent Cannes-ban, Nizzában, Ostendében, Olaszországban is, de a legszívesebben Abbáziában töltötte a nyarat.

Billrothot a muzsika nem vonta el a munkától. Chirurgische Klinik Zürich és Chirurgische Klinik Wien cím alatt 4 kötetben írja le klinikai tapasztalatait 1860-tól 1876-ig. Az egyik kötet rövid tartalomjegyzéke:

A) Accidentelle Wundkrankheiten: Erysipelas, Lymphangoitis, Wunddiphtherie, Septhämie, Pyohämie, Trismus und Tetanus.

B) Chloroformtod, Ausgedehnte Verbrennungen und Erfrierungen, Delirium potatorum, vergiftete Wunden.

C) Verletzungen und Erkrankungen der einzelnen Körperteile. Ezek kazuisztikus leírások a fej, a nyak, a gerinc, a mellkas, a has, a nemi szervek, a végtagok sérüléseiről és betegségeiről. Például leírja, hogy maxilla-resectiót végzett altatásban, suffocatio következett be, a beteget intubálta (!), mellkasát ritmikusan comprimálta (!), tracheostomiát végzett (!), a beteg magához tért és csak 14 nap után halt meg. Ez ma is becsületére válna akármelyik sebésznek.

D) Statistik der Amputationen und Resectionen. Az 1 év alatt kezelt 685 beteg közül 62 (9,05

százalék) halt meg, ebből 27 accidentalis sebbetegség, 7 Septhämie, 18 Pyohämie és 2 tetanus miatt. Erysipelas keletkezett pl. nyaki lymphoma kiirtása, perinealis tályog megnyitása, lábfagyás után. A 7 Sephämie-ben meghalt beteg: végbélrák kiirtása után retroperitonitis 3 esetben, mellrák kiirtása után, szájüregi eves ráknál, nyelvrákos betegen állkapocs-resectio után, mandibula sarcoma kiirtása után.

Ennek a sokkötetes hatalmas munkának az volt a legnagyobb érdeme, hogy leírta az *összes* általa kezelt beteg kórtörténetét, a betegség kezdetétől a közlés idejéig, vagy a beteg haláláig. Azelőtt a sebészek csak a jó eredményeket közölték, a kudarcokat szívesen elhallgatták. Billroth ezt a könyvét elküldte Pirogovnak, aki ezt válaszolta: „Ön volt az első, aki megmondta az igazat."

A Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie című sokkötetes munkát („Monumentalwerk") Pitha-val, a bécsi 1. Sebészeti Klinika professzorával együtt szerkesztette és számos szerzőtárssal együtt írta. Az első kötet 1865-ben, az utolsó 1882-ben jelent meg. 1869-ben Billroth és Pitha mint szerkesztők Korányi Frigyest kérték fel a Handbuch következő fejezeteinek a megírására:

7. Der Milzbrand (lépfene), 8. Rotz- und Wurmkrankheiten, Malleus et Farciminium malliasmus (takonykór és féregbetegségek). Ezzel veszi igazán kezdetét a magyar orvostudománynak a külföld irodalmába való bevonulása.

1882-ben Berlinben Langenbeck meghal és helyére az egyetem Billrothot hívja meg. Mily régen áhította, hogy valamikor volt mestere helyére kerülhessen! És íme, ennek a rendkívül megtisztelő meghívásnak nem tesz eleget. Bécs egyetemi ifjúsága hatalmas fáklyásmenettel üdvözli Billroth elhatározását, hogy nem hagyja el Bécset.

Billroth 1887-ben súlyos tüdőgyulladáson esett át, egész Bécs imádkozott az életéért. Mikor túljut a betegségen, 1887. június 15-én az Államvasutak szalonkocsit bocsát a rendelkezésére, hogy kényelmesen utazhasson vidéki házába. Október 10-én nagy ünnepélyességgel fogadják a visszatérő professzort a klinikáján, virágerdő a szobájában, nemcsak az orvosoktól, hanem az összes ott dolgozótól. A piacon a kofák gratulálnak a feleségének a sikeres felgyógyuláshoz és amikor a bécsi polgárok meghallják, hogy Billroth gyerekkori pomerániai tortát kíván, akkor annyit visznek a lakására, hogy a felesége nem tud velük mit kezdeni. Óriási ünneplésben részesítik, amikor 1887 őszén újból előadást tart az egyetemen, az elsőt volt szeretett főnökéről, Langenbeckről. Ekkor lett igazán az északnémet idegen szeretett és tisztelt bécsi polgárrá. Billroth felgyógyult a tüdőgyulladásból, de soha többé nem lett teljesen egészséges, betegségébe beleöregedett (58 éves volt), dyspnoes és gyenge lett.

Billroth számára az egyetemi oktatás nagyon fontos feladat volt, Akkor a tanulmányi idő 5 év volt. Billroth kívánatosnak tartotta, hogy a hallgató tudjon latinul (Cornelius Nepos, Caesar, Cicero, Ovidius), görögül (Xenophón, Homeros), „mert különben hogyan jegyzi meg egy medikus azt, hogy *musculus sternocleidomastoideus*, ha nem érti, hogy mit jelent?" Elengedhetetlennek tartja az anyanyelv alapos ismeretét, a jó kifejezésmódot, az előadói készséget. Szükségesnek tartja még két nyelv (francia, angol) ismeretét, továbbá jártasságot a természettudományokban és a földrajzban. A medikusoknak kötelező volt 2 szemeszter kórbonctan, 4—4 szemeszter belgyógyászat és sebészet, 1—1 szemeszter szemészet, szülészet, különben szabad választás. Billroth szerint „nem kell félteni a fiatalokat a túlterheléstől, jól meg kell dolgoztatni őket." Érdemes megjegyezni, hogy 1874—1880 között több magyar orvostanhallgató volt a bécsi egyetemen, mint osztrák. Barátjának, akinek fia medikus, egyik levelében azt írja, hogy: „Mi a legfontosabb tulajdonság, hogy valaki jó orvos legyen? Csak jó ember lehet jó orvos." Az oktatókkal szemben is szigorú volt. Betegsége után csökkentenie kellett a napi munkáját, de arra az álláspontra helyezkedett, hogy inkább elpusztul, de az oktató munkáját nem hajlandó korlátozni.

Billroth sokat küzdött az egészségügyet szolgáló épületek létesítéséért is. 1881-ben Bécsben a Ringtheaterben tűz ütött ki és százával voltak sérültek, akik számára semmi szervezett segítség sem állt rendelkezésre. Billroth ekkor, másokkal együtt, megalapította a Wiener Rettungsgesellschaftot, a bécsi mentőegyesületet.

1880-ban említi meg először álmát, hogy egy kórházzal egybekötött nővériskolát szeretne létrehozni. Szerinte 3—4 év alatt ez el is készülhet. Fantasztikusan sokat dolgozik azon, hogy ez a terve valóra váljon. A szükséges 250 000 Guldent (forintot) adakozásból gyűjti össze, ő maga nagyobb összeggel járul hozzá, és volt tanítványai is küldenek pénzt. Billroth egy helyen így ír erről: „Es war keine Kleinigkeit, in einem katholischen Lande contra höchste und allerhöchste Herrschaften, contra öffentlichen Strom und Unverstand 250 000 Gulden zusammenzubetteln und das Ganze fertig zu bringen."

Mikor már a pénz együtt van, Billroth terveket készít, óriási levelezést folytat az építésszel, mindenkit mozgósít. A gyönyörű épület elkészül és Billrothnak sikerül védnökül Rudolf trónörököst megnyernie, innen kapja a nővériskola a nevét: Rudolfinerhaus. Az akkori idők legmodernebb nővériskoláját Billroth boldogan avatja fel 1882-ben. „A Rudolfinerhaus egyike Billroth legszebb emlékműveinek Bécsben" (Eiselsberg, 1929).

A nővéroktatás számára írta a „Die Krankenpflege im Hause und Hospital" című könyvet, amely 4 kiadást ért meg és 9 nyelvre lefordították.

Azt is elérte, hogy újjáépült a Haus der Gesellschaft der Aerzte (Orvosegyesület székháza), amit 1893-ban nyitott meg. Ez az épület is az ő részletes tervei alapján készült. Azt írja erről: „Az ülésterem megtervezésénél arra voltam a legnagyobb figyelemmel, hogy a húsz ajtó közül valamelyiken feltűnés nélkül el lehessen tűnni, ha az előadás unalmas, csak nekem muszáj az elnöki székben kitartani." Később róla nevezték el a házat: Billrothhaus der Gesellschaft der Aerzte.

Billroth saját klinikája a hosszú évek során nagyon elöregedett, elavult, de ezt az épületet sok

éves harc árán ő sem tudta átépíttetni, mert „die unterirdischen Kräfte" (a földalatti erők) túlságosan erősek voltak.

1892-ben ünnepelték Billroth bécsi működése ötvenedik szemeszterének befejezését. Az egyetemen Eduard Albert tartotta az ünnepi beszédet, Ferenc József császártól magas kitüntetést kapott és tanítványai munkájukból készült vastag könyvet adtak át neki.

1893 decemberében szívbetegsége miatt Abbáziába megy pihenni, de onnan nem tér többet vissza, 1894. február 6-án meghal. Három nap múlva fejedelmi pompával és határtalan részvéttel temeti a császárváros a bécsi egyetem büszkeségét, a sebészek királyát. Billroth Bécs központi temetőjében nyugszik, közel Brahmshoz, Beethovenhez és Schuberthez. A pénzügyminiszter egy kétschillingesre Billroth arcképét véseti.

Különös helyet foglal el Billroth életművében a levelezése. Georg Fischer nevű sebész Billroth halála után összegyűjtötte a leveleit és egy vastag kötetben 1895-ben kiadta azokat. Leveleinek gyűjteménye azóta 9 kiadásban jelent meg és „örökbecsű gyöngye a világirodalomnak" (Jáki, 1944). Késő éjszaka és a hajnali órákban, amikor nem tudott aludni, írta a leveleit barátainak, akik két utcányira vagy sok száz mérföldre voltak tőle. Leveleiben leírja lelke gondjait, bosszúságait, tele szívét, mert mindig tele volt vagy örömmel vagy bánattal. „Ki kellett öntenie búját-örömét, különben szétfeszítette volna mellét. Levelei Brahmshoz és más barátaihoz a legszebb emlékek, amelyeket tőle kaptunk" (Roggenkamp, 1969). Georg Fischer a Billroth-levelekhez írt előszavában ezt írja: „Leveleiből egy virágoskert tárul elénk, ahol hála és barátság virít, ahol tudomány és művészet szoros kapcsolatban fejlődik egymás mellett és humort áraszt. Időnként beborul, a szenvedély vihara rázza meg a leveleket, de mindenen szívmelengető fuvallat árad szét."

Végül néhány szót arról a környezetről, amelyben Billroth élt. „A kozmopolita császárvárosban még az ellentétek is kedélyesen simultak egymáshoz. Az udvarnál szigorúan fenntartott spanyol etikett mellett testvériesen megfért a lágyhangzású bécsi zsargon" (Dollinger, 1929). „Billroth mint egy tündöklő csillag, úgy lépett fel Bécs orvosi egén. Saját énjét a régi bécsi iskolával forrasztotta egybe" (Erna Lesky, 1966).

Billroth munkásságának keretbe foglalásához az is hozzátartozik, hogy Edison éppen most 100 éve, 1879-ben találta fel a villanykörtét, tehát Billroth, életének nagyobb részében, nappal csak természetes fény mellett operált, és éjjel — ha nagyon muszáj volt — gáz-, petróleum- és gyertyafénynél végezte a műtéteket és így írta-írta könyveit, cikkeit, leveleit is. Röntgen pedig 1895-ben, egy évvel Billroth halála után fedezte fel az X-sugarakat. Billrothnak csak tapintással volt lehetősége diagnosztizálni a gyomorrákot. Mindenre, amit ő tudott, megtanította a tanítványait is. Egyik levelében, melyet Hishez írt (1893) ez áll: „Az én gazdag életemben számomra a legnagyobb örömöt az jelentette, hogy egy iskolát sikerült alapítanom, amely mind tudományos, mind humanitárius tekintetben folytatni fogja az én törekvéseimet és így azoknak némi tartósságot ad." És máshol: „Egy iskola jövője a tanítványok munkáján nyugszik."

Íme így hangzik Billroth életének és munkásságának rövid története.

Littmann Imre dr.

Billroth fontosabb munkái:

De natura et causa pulmonum affectionis, quae nervo utroque vago dissecto exoritur, 1852. (doktori értekezése) — Ueber den Bau der Schleimpolypen, Berlin 1855. — Untersuchungen über die Entwicklung der Blutgefässe nebst Beobachtungen aus der Königl. chirurg. Universitäts-Klinik zu Berlin, Berlin 1856. — Beiträge zur pathologischen Histologie nach Beobachtungen aus der Königl. chirurg. Universitäts-Klinik zu Berlin, 1858. — Die Eintheilung, Diagnostik und Prognostik der Geschwülste vom chirurgisch-klinischen Standpunkte für praktische Aerzte kurz bearbeitet, Berlin 1859. — Historische Studien über die Beurtheilung und Behandlung der Schusswunden vom 15. Jahrhundert bis auf die neueste Zeit, Berlin 1859. — Beobachtungsstudien über Wundfieber und accidentelle Wundkrankheiten, Arch. klin. Chir. 1861, *2*, 325. — Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in 50 Vorlesungen, 1863. — Sebészeti kór- és gyógytan, Budapest, 1866. — Beiträge zur Geschwulstlehre, Arch. klin. Chir. 1869, *11*, 230. — Chirurgische Klinik Zürich 1860—1867. Erfahrungen auf dem Gebiete der praktischen Chirurgie, Berlin 1869. — Chirurgische Klinik Wien 1868. Erfahrungen auf dem Gebiete der praktischen Chirurgie, Berlin 1870. — Ueber die Verbreitungswege der entzündlichen Processe, Leipzik, 1870. — Ueber die Resection des Oesophagus, Langenbeck's Arch. klin. Chir. 1871, *13*, 65. — Chirurgische Klinik Wien 1869—1870. Erfahrungen auf dem Gebiete der praktischen Chirurgie, Berlin, 1872. — Chirurgische Briefe aus den Kriegslazaretten in Weissenburg und Mannheim 1870, Wien 1872. — Historische und kritische Studien über den Transport der im Felde Verwundeten und Kranken auf Eisenbahnen, Wien, 1874. — Untersuchungen über die Vegetationsformen von Coccobacteria septica und den Antheil, welchen sie an der Entstehung und Verbreitung der accidentellen Wundkrankheiten haben, Berlin 1874. — Ueber das Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation nebst allgemeinen Bemerkungen über Universitäten, Wien 1876. — Ein Beitrag zu den Operationen am Magen. Gastroraphie, Wien. med. Wschr. 1877, *27*, 914. — Lectures on Surgical Pathology and Therapeutics: A handbook for students and practitioners, London 1877. — Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie, Erlangen 1865, 1869, 1869—1874, 1878. — Chirurgische Klinik Wien, 1871—1876, nebst einem Gesamtbericht über die chirurgischen Kliniken in Zürich und in Wien während der Jahre 1860—1876, Berlin 1879. — Offenes Schreiben an Herrn Dr. L. Wittelshöfer, Wien. med. Wschr. 1881, *31*, 161. — Notiz: Zur Resektion des carcinomatösen Magens, Wien med. Wschr. 1881, *31*, 634. — Die Krankenpflege im Hause und Hospitale, ein Handbuch für Familien und Krankenpflegerinnen, Wien 1881. — Aphorismen zum Lehren und Lernen der medizinischen Wissenschaften, Wien 1886. — Diseases of the Female Mammary Glands, New York 1887. — Über die Einwirkungen lebender Pflanzen- und Tierzellen aufeinander, 1890. — *Fischer, G.:* Briefe von Theodor Billroth, Hannover, 1895.

*

Billrothról szóló fontosabb munkák: Theodor Billroth, Wien. Med. Wschr., 1894, *44*, 265. — *Gersuny, R.:* Theodor Billroth, Rikola Verlag, Wien 1922. — *Grósz E.:* Theodor Billroth, 1829—1894, Orvosképzés, 1929, *19*, 1. — *Dollinger Gy.:* A 80 éves tanítvány megemlékezése Billrothról a mester születésének 100. évfordulójára, Orvosképzés, 1929, *19*, 3. — *Borszéki K.:* Bill-

roth Tivadar élete és munkássága. Orv. Hetil. 1929, *73*, 369. — *Manninger, V.:* Billroth és kora. Orv. Hetil. 1929, *73*, 371. — *Hültl H.:* Billroth jelentősége a zsigersebészet fejlődésére. Orv. Hetil. 1929, *73*, 375. — *Eiselsberg, A.:* Theodor Billroth, Wien, klin. Wschr., 1929, *42*, 457. — *Fraenkel, A.:* Verwundung und Infektion. In memoriam Theodor Billroth, Wien. klin. Wschr. 1929, *42*, 467. — *Fischer, J.:* Theodor Billroth und seine Zeitgenossen, Wien 1929. — *Pólya J.:* Az orvostudomány regénye, 1941. — *Denk W.:* Gedenkrede anlässlich der Errichtung des Billroth-Denkmals in Wien am. 6 Februar 1944, Wien. klin. Wschr. 1944, *57*, 131. — *Jáki Gy.:* Billroth Tivadar halálának félszázados évfordulója. Orv. Hetil. 1944, *88*, 94. — *Franzmeyer, H. R.:* Penicillin und Theodor Billroth, Medizinische Klinik. 1949. 23. — *Jantsch, M.:* Billroth und das antibiotische Prinzip, Wien. Med. Wschr. 1953, *103*, 883. — *Kern, E.:* Theodor Billroth als Musiker, Ärztliche Wochenschrift, 1954, *9*, 210. — *Marx, R.:* Billroth und Brahms. Surg. Gyn. Obst. 1955, 121. — *Böttger, H.:* Johannes Brahms und Theodor Billroth, Therapeutische Berichte, 1957, *29*, 296. — *Lesky, E.:* Billroth als Mensch und Arzt, Deutsches Medizinisches Journal. 1966, *17*, 739. — *Lesky, E.:* Theodor Billroth und die Musik, Österreichische Ärztezeitung, 1968, 16. — *Roggenkamp, W.:* Die wissenschaftlichen und standespolitischen Leistungen Theodor Billroths in seinem 75. Todesjahr überdacht, Deutsches Ärzteblatt, 1969, *11*, 1. és 1969, *11*, 8. — *Schmidt, W., Nelle, E.:* Theodor Billroth und Ernst von Bergmann in Mannheim, Ärzteblatt Baden-Württemberg, 1970, 11. — *Csillag, I.:* Theodor Billroth. Orv. Hetil. 1971, *112*, 213. — *Mann, R. J.:* Theodor Billroth, 1829—1894. „Disturber" — „Blaster" — „First To Tell the Truth", Mayo Clinic Proc., 1974, *49*, 132.

Schill Imre, a fizikális vizsgálatok mestere

1888. május 31-én született, Budapesten. Édesapja *Schill Salamon dr.* országos hírű klasszika-filológus. Az Országos Rabbiképző Intézet görög—latin professzora. Az általa szerkesztett görög olvasókönyv és németből fordított görög nyelvtana számos kiadást ért meg. Édesanyja még idős korában is angolról héberre fordította *Shakespeare*-t.

Munkatársai és betegei ezzel az otthoni légkörrel magyarázták *Schill Imre* orvosi tevékenységét áthatő humanista szellemét, mely mind orvostudósi munkájára, mind egyéni megnyilatkozásaira rányomta bélyegét. Középiskoláit a budapesti VII. ker. állami gimnáziumban végezte. Jelesen érettségizett. A budapesti egyetemen 1910-ben diplomált.

Előzőleg 1908—10-ig a *Tangl Ferenc* (1866—1937) vezetése alatt álló Élet és Kórvegytani Intézetben sajátította el a laboratóriumi munka manuális részét. Élete végéig szívesen pepecselt a lombikok között és még szívesebben mikroszkopizált. Egy semiquantitativ eljárást is kidolgozott a Nylander-próba segítségével a vér cukortartalmának meghatározására.

Diplomájának elnyerése után a *Korányi Sándor* vezetése alatt álló klinikára került díjtalan gyakornoknak.

Amikor *Bálint Rezső* (1847—1929) vette át az I. Belgyógyászati Klinika vezetését, *Schill*t magával vitte. Ott dolgozott az első világháború kitöréséig. Bevonulása után 1916-ig csapatorvosi szolgálatot teljesített, amikor a rózsahegyi Országos Hadigondozó Hivatal által fenntartott különleges gyógyintézetbe került, h. ov. főorvosnak (a vezető főorvos ugyancsak *Korányi*-tanítvány: *Tállyai Roth Miklós* volt).

Meg kell jegyeznünk, hogy a tbc elleni harc jelentőségét a k. u. k. hadvezetőség elég hamar felismerte, rájött ugyanis arra, hogy a legyöngült szervezetű katonákban a tbc-s fertőzés foudroyans lefolyású gümőkórt válthat ki. Ezért a Monarchia területén számos tüdőszanatóriumot létesített, illetve Besztercebányán 2400 ágyas és Rózsahegyen 1050 ágyas ún. tbc-s utókezelő intézeteket rendeztek be. Nagyon komolyan vették többek között a katonákon fellépett gümőkór kötelező bejelentését. Volt egy rendelet arra vonatkozóan is, hogy fertőző beteg házi ápolásba csak akkor kerülhet, ha igazolni tudja, hogy lakásviszonyai a család megfertőzését elkerülhetővé teszik.

1917-ben a Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesületének (MOTE) harmadik nagygyűlésén *Schill Imre* is előadást tartott *A pleura szabad voltának diagnosisa, különös tekintettel a mesterséges pneumothoraxra* címen. Ez a háború után németül is megjelent. Egy másik munkában arról számolt be, hogy milyen hatást gyakorol az intézeti betegek egészségi állapotára a szabadság. (Ugyanis azokat a beteg katonákat, akiknek állapota akkori szóhasználattal stabilizáltnak mutatkozott, vagyis hosszabb-rövidebb ideig lázmentesek voltak — a Földművelésügyi Minisztérium kérésére — a nyári főmunkaidőben igyekeztek szabadságolni.)

A kórházban egyébként a therapia általában óvatos tuberkulin kezelésből állott, bár foglalkoztak ptx kezeléssel is. A Beranek-féle tuberkulint (az eredeti *Koch*-eljárás némi módosítása) használták.

1918-ban, a háború befejeztekor díjas gyakornoknak került vissza a *Bálint*-klinikára. 1919. szeptemberben fizetéstelen tanársegéd, gyakornoki díjazással. 1922-ben II. tanársegéd. 1925. szeptembertől a klinika I. tanársegédje.

1928-ban adta be magántanári disszertációját; a tüdőgyógyászat tárgyköréből. Bírálói: *Korányi Sándor* és *Bálint Rezső!*

Bálint bírálói véleményében kiemeli, hogy *Schill* „habilitációjának témája egyike a legfontosabb belgyógyászati tárgyköröknek. Előadási tervezete amellett bizonyít, hogy e fejezeteket hallgatóinak gyümölcsözőleg adná elő.

Török Sophie (Babits Mihály felesége) (1895—1955) róla írta *Hintz tanársegéd úr* c. művét (1934), még *Bálint* klinikai működése idejéből. E könyv egyik mondata: „Hol van a tanársegéd úr? — valahol a III. és IV. bordaköz között".

1928-ban a Kaszab-poliklinikára főorvosnak választották. 1932-ben osztályos főorvosnak nevezték ki.

Ezután kezdődött *Schill* orvosi működésének legeredményesebb 2 évtizede. Munkatársai így jellemzik: „Hihetetlen alaposság és óriási diagnosztikai készség voltak gyógyító tevékenységének legfontosabb pillérei".

A kórelőzmény felvételében munkatársai megcsodálhatták szívósságát, türelmét és a célra törekvő kérdések eredményességét. A fizikális vizsgálatnak mestere volt. A tapintás és auszkultáció terén is a legjobbak közé számított. Csak sztetoszkópot használt, fonendoszkópot nem tűrt meg az osztályon. Munkatársait gyakran csodálatba ejtette, hogy kikopogtatott később röntgennel igazolható egészen kis, fillérnyi pneumonia-gócokat és minimális pleuralis folyadékgyülemeket kórismézett kopogtatással, amelyek gondos röntgenátvilágítással még nem voltak a képernyőn láthatók és a próbapunkció *Schillt* igazolta.

Egy másik vizsgálati eljárása, ami életre szóló útravaló volt a munkatársainak, a vizitek alkalmával az inspekció. Ez néha 15—20 percig is eltartott. Különösen a venapulsus érdekelte. 1948-ban egy tanulságos cikkben foglalta össze évtizedes megfigyeléseit. Mint ismeretes, *Plesch János* (1878—1957) is igen behatóan foglalkozott ezzel a kérdéssel.

A hepatojugularis reflexet *Plesch* elsősorban az intrathoracalis mellkasi nyomás fokozódásával magyarázta. *Plesch* eljárását *Schill* azzal finomította, hogy a jugularis vénát összenyomta, úgy hogy az csak alulról telődött.

Egy téma, mely végigkísérte *Schill* pályafutását: a parazitológia egy ága, a bélféregkutatás. 1925-ben már előadást tartott az Orvosegyesületben *Lamblia intestinalis cholelithiasis tünetei mellett* címen. 1943-ban az ascariasissal kapcsolatban jelent meg közleménye német nyelven a Tropenmedizinische Zeitschriftben. Magyarul a Magyar Orvosi Archívumban *Pharmakologiai vizsgálatok ascariasisban* címen publikálta.

Munkatársai szerint egyik kedvenc foglalkozása volt székletvizsgálat férgekre. Saját kis centrifugája volt és saját mikroszkópja.

Nemcsak a laboratóriumban kedvelte a manuális munkát, hanem a diagnosztikai beavatkozásokat sem igen engedte át fiatalabb beosztottjainak, sőt a kórlapban is az általa felvett status szerepelt.

A 20—30-as években is több pulmonologiai dolgozata jelent meg. Az 1929-ben megjelent *Recipekönyv*ben ő írta a bronchusok és tüdők, a mellhártya és mediastinum betegségei fejezetet.

1932-ben az Orvosképzésben tanulmánya jelent meg *Egyoldali ptx kétoldali tüdőfolyamat*ban címen. Általában a ptx probléma élénken foglalkoztatta.

*Doleschall Frigyes*sel (1897—1964) a későbbi eü. miniszterrel együtt közölt cikket *A légzés mélységének változása respiratiós vizsgálat közben* és *Baitz Gézával* a *Krogh-féle eljárás hatása a légzés egyenletességére* címen. Ugyancsak a légzéselmélettel kapcsolatos munkája: *A scoliosis befolyása az alsó tüdőhatár kopogtatásakor.*

Egy másik téma, amihez többször visszatért, a cukorbetegség. 1914-ben egy elméleti cikke jelent meg a phloridzin hatásáról. Az insulint megjelenése után ő is kiterjedten alkalmazta. Azonban hangsúlyozta, hogy a diéta is nagyon fontos és a Noorden-féle (1858—1944) zabnapoktól óvott, mert acetonuriát idézhet elő.

1944 októberében sáncásásra hurcolták el. Megszökött és az Akácfa u. 30-ban felállított getto-szükségkórházban dolgozott igen lelkesen és eredményesen.

A második világháború befejezése, ill. Budapest felszabadulása után ő is visszatért korábbi munkahelyére és 1949-ig vezetett egy osztályt. 1945-ben c. rk. tanári címet kapott. A határozatban kiemelték azt a kiterjedt tudományos munkásságot, amelyet *Schill* a magántanári cím elnyerése után folytatott.

A szakszervezet ostrom-ankétján ő is részt vett. Előadásait az Orvosok Lapja cikksorozatban közölte. Azt vizsgálták kiváló klinikusaink, hogyan hatottak a háború és az ostrom okozta nélkülözések a belgyógyászati betegségekre. *Schill* előadásában foglalkozott a lelki behatásokkal is. Ezek szerinte két véglet között mozognak: fokozott izgalmi állapot, vagy depresszió. A bezártság és összezsúfoltság egyesekben az első háborúból ismert „Stacheldratkrankheit"-ot váltotta ki, amely egyet jelent a túlzott veszekedési hajlammal. Mások mély depresszióba estek.

A testi tünetek. Mindazok az ártalmas környezeti tényezők, melyeket az orvostudomány, ill. a modern higiéne ismer, szerepelt a testi ártalmak között. *Schill* leszögezte, hogy annak ellenére, hogy a táplálkozás mind fehérjében, mind vitaminokban igen szegény volt, klasszikus avitaminózis nem fordult elő. Egy érdekes megfigyelés: annak ellenére, hogy a gettó lakói ki voltak téve az időjárás viszontagságainak, meghűlés alig fordult elő. Tbc-s megfigyelések. Friss fertőzés alig fordult elő, viszont a régi, gyógyult tbc-k sok esetben exacerbálódtak. Cardialis decompensatio nem fordult elő fokozott mértékben. A vérnyomás javult a fogyás következtében. Az ulcusok általában tünetmentesek voltak. (Ez egyezik más szerzőknek mind az első, mind a második világháborúban szerzett tapasztalataival.) A cholelithiasisok panaszmentesek voltak, amit magyaráz a fogyás és a zsírszegény étrend. A diabetes — amint a fentiek alapján elvárható volt — szintén javult. Az insulindependens betegek viszont, ha nem sikerült insulint szerezniük, elpusztultak. Mai szemmel nézve a megfigyeléseket, hiányolni lehet, hogy a fehérjehiányos állapotok kezdetének klinikai jeleivel sem ő, sem a többi előadó nem foglalkozott.

A felszabadulás után előtérbe került a gerontológiai kutatás is és ennek egyik lelkes propagálója *Schill* volt, aki már mint fiatal orvos „gerontophyl"-nek számított.

1947-ben alakult egy szerény méretű gerontológiai intézet *Schill* vezetése mellett, azonban rövid működés után — kellő anyagi támogatás hiányában — az intézet munkája megszűnt. Elsősorban a kyphoscoliosis és testhossz közötti összefüggéseket vizsgálták az idős korban.

Később *Haranghy László* karolta fel az Akadémia keretében a gerontológiai kutató munkát és az akadémiai gerontológiai bizottságnak *Schill* is tagja volt, miután 1952-ben az orvostudományok

kandidátusává minősítették, külön disszertáció és annak megvédése nélkül; addigi tudományos működése elismeréseképpen.

Nagyon szeretett előadni, tanítani. Hallgatói, munkatársai könnyes szeretettel emlékeznek visszza, hogy ha kopogtatás közben valamit rosszul csináltak, úgy *Schill* rákoppintott a „bűnös" kézre.

Az orvosi közéletben mindig aktív részt vállalt.

Sohasem törekedett kiterjedt magángyakorlatra. Nem ambicionálta a „szanatóriumi" jövedelmező praxist. Talán úgy lehetne jellemezni, hogy a szegény, szerény, elesett beteggel többet törődött, mint a különszobás, igényes betegekkel. Ma is emlegetik, hogy sok szegény beteget anyagilag is támogatott.

Elsősorban a gyakorlat embere volt. Közleményei is erről tettek tanúbizonyságot. A Zsidókórház 1949-ben megjelent évkönyvében 7 közleménye olvasható; valamennyi gyakorlati jellegű. Külön is megemlítendő ebből a sorozatból az *Amoebás cystitis* c. közleménye, mert ez mutatja legjobban diagnosztikus képességét és fantáziáját.

Nem szabad azonban elhallgatnunk, hogy nem ismerte fel azokat az óriási előnyöket, melyeket az egzakt módszerek alapján vizsgált és előállított gyógyszerek jelentenek mind az orvos, mind a beteg számára és ragaszkodott a magistralis gyógyszerrendeléshez.

Bár fanyar humora és ridegnek látszó emberi magatartása nem lett volna alkalmas arra, hogy népszerűvé tegye, azonban mind betegei, mind munkatársai hamar felismerték nemes emberi és orvosi tulajdonságait és betegei ezért is rajongtak érte, munkatársai is nagyon tisztelték és orvosi tudását úgyszólván glorifikálták.

Bizonyára meglepően hat, ha megemlítjük a két sportágat, amit idős koráig űzött: lovagolt és síelt.

1949-ben személyi differenciák miatt megvált a Zsidókórháztól és átvette a Rókus-kórház I. belgyógyászati osztályának vezetését; ott hunyt el 1954. október 11-én. Élete utolsó hónapjaiban hemiparesis lépett fel, melynek oka inop. agytumor volt. Temetésén a Rókus-kórház orvosainak nevében *Kubányi Endre*, a szakszervezet nevében *Gráf Ferenc* tartott beszédet. Az „Orvosi Hetilap" meleg hangon méltatta.

Egy őt jól ismerő orvos így foglalta össze véleményét *Schill*ről: „Magas szintű orvosi tudása, a tudomány iránti tisztelete, egyéniségének különös varázsa teljessé tette a bölcs ember és a mindvégig töretlen optimizmusú kiváló orvos portréját".

E sorok születésének 90. évfordulója alkalmából első ízben ismertetik részletesen életútját.

Gönczi Tibor dr.-nak és *Zádor András dr.*-nak értékes segítségükért ezúton mondok köszönetet.

Kenéz János dr.

Halottaink

Bagothay László dr. (szül. 1905) a miskolci megyei kórház nyugdíjas főorvosa 1978. november 11-én;

Barta Imre dr. (szül. 1899) a Pécsi Orvostudományi Egyetem nyugdíjas belgyógyász professzora 1978. november 18-án;

Bedő Béla dr. (szül. 1901) kerekegyházai nyugdíjas körz. orvos 1979. január 10-én;

Bíró Endre dr. (szül. 1917) kaposvári nyugdíjas körz. gyermekorvos 1978. november 13-án;

Bortnyák Zoltán dr. (szül. 1914) főv. IX. ker. körzeti főorvos 1978. november 19-én;

Brinich János dr. (szül. 1899) miskolci rendelőintézeti nyugdíjas szakfőorvos 1978. december 27-én;

Fekete Károly dr. (szül. 1928) biatorbágyi körzeti főorvos 1978. november 22-én;

Gálóczy Imre dr. (szül. 1930) főv. MÁV tüdőgyógyint. adjunktus 1978. november 2-án;

Gáspár Miklós dr. (szül. 1904) harkányfürdői nyugdíjas főorvos 1977. szeptember 8-án;

Gyürki Tibor dr. (szül. 1892) főv. XII. ker. nyugdíjas főorvos 1978. szeptember 24-én;

Hajós Imre dr. (szül. 1892) főv. nyugdíjas bőrgy. urol. szakorvos 1979. január 31-én;

Hódi Erzsébet dr. (szül. 1931) hatvani kórházi nyugdíjas főorvos 1978. október 8-án;

Hubay Örs dr. (szül. 1901) főv. IX. ker. nyugdíjas hyg. orvos 1978. szeptember 16-án;

Jakschitz Sándor dr. (szül. 1932) karcagi KÖJÁL-orvos 1978. október 16-án;

Jordán Elemér dr. (szül. 1902) főv. X. ker. nyugdíjas üzemi fogszakorvos 1978. június 28-án;

Kaposi Henrik dr. (szül. 1896) nagyszékhelyi nyugdíjas körzeti orvos 1978. október 23-án;

Kaufer Izolda dr. (szül. 1896) főv. XIII. ker. nyugdíjas labor. orvos 1978. november 21-én;

Koref Oszkár dr. (szül. 1897) bp.-i I. Belkl. nyugdíjas tud. ov. 1978. november 12-én;

Emlékezzünk kegyelettel rájuk, hivatásukat hűségesen és becsülettel teljesítő kollégáinkra!

Canesten®

hüvelytabletta

Széles spektrumú antimycoticum és Trichomonas elleni szer

ÖSSZETÉTEL:

Clotrimazolum 0,1 g tablettánként.

JAVALLATOK:

Különböző Candida-fajok, főleg Candida albicans, valamint Trichomonas okozta fluor és colpitis. Különböző, Canestenre érzékeny kevert fertőzések esetei.

ELLENJAVALLATOK:

Esetleges túlérzékenység.
Terhesség esetén az első 3 hónapban adagolása megfontolandó, bár teratogén vagy embriotoxikus hatására semmiféle utalás nincs.

ADAGOLÁS:

Naponta 1 tabletta este, mélyen a hüvelybe bevezetve, hat egymást követő napon keresztül. Szükség esetén napi 2 tabletta is alkalmazható (reggel és este 1—1) 6—12 napon át.

MELLÉKHATÁS:

Ritkán előforduló nyálkahártya-irritatio.

FIGYELMEZTETÉS:

A reinfekció elkerülése végett szükséges a partner egyidejű lokális kezelése Canesten kenőccsel.
Az intravaginalis applikáció kiegészítéseképpen ajánlatos a vulva és az analis terület napi kétszeri Canesten kenőccsel való kezelése.
Makacs Trichomonas-fertőzések eseteiben mind a beteg, mind a partner kezelésére ajánlatos kiegészítésképpen oralisan metronidazolt (Kliont) adagolni.
Alkalmazása menstruatio idején mellőzendő.

MEGJEGYZÉS: ✠

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

6 db hüvelytabletta 10,80 Ft.

EGYT

BAYER

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

LIDOCAIN

drazsé 250 mg
injekció 10% (intramuscularis)

antiarrhythmicum

A lidocain gátolja a kamrában a heterogén ingerképzést. A pitvar-kamrai és kamrai ingervezetést nem befolyásolja, vagy csak kismértékben lassítja. Negatív inotrop hatása alig van. A perctérfogatot a szív-frequentiát és a vérnyomást nem befolyásolja jelentősen.

ÖSSZETÉTEL:

1 drazsé 250 mg lidocain hatóanyagot, 1 ampulla 200 mg lidocainum hydrochloricum anhydricumot (2 ml vizes oldatban) tartalmaz.

JAVALLATOK:

Lidocain drazsé:
— myocardialis infarctus acut szakához társuló nomotop vagy polytop, legalább 5/min. gyakoriságú kamrai extrasystolia kezelése és megelőzése;
— legalább 5/min. gyakoriságú chronikus kamrai extrasystolia, kamrai tachycardia, kamrai paroxysmalis tachycardia;
— supraventricularis extrasystoliában kisebb hatású.

Lidocain injekció 10%-os:
— a kamrai extrasystolék megelőzése és kezelése acut myocardialis infarctusban a kórházba szállítás előtt, illetőleg az acut szak lezajlása után;
— coronariasclerosis talaján kifejlődő kamrai rhythmus-zavarok (kamrai extrasystolék és tachycardiák);
— organikus szívbetegségekhez társuló kamrai arrhythmiák.

ELLENJAVALLATOK:

II—III. fokú atrioventricularis block, cardiogen shock, kifejezett bradycardia, lidocain-túlérzékenység, valamint lidocainnal kiváltott grand-mal-rohamok az anamnesisben, a májműködés súlyos zavarai.

ADAGOLÁS:

— *a Lidocain drazsé* átlagos adagja felnőtteknek naponta 3—4×1 drazsé, amely esetleg 4×2 drazsé mennyiségig is növelhető;
— a kezelés prophylactikus céllal is végezhető, és hosszú időn át kúraszerűen folytatható;
— a drazsékat evés közben kell bevenni, gyomorsav hiány esetén sósavbevitelről célszerű gondoskodni.
— *A Lidocain injekció 10%-os kizárólag intramuscularisan adható;*
— acut myocardialis infarctusban, a kórházba szállítás előtt egyszeri adagja általában 4 mg testsúlykilogrammonként (azaz 200—300 mg) im.;
— a kamrai rhythmus-zavarok további kezelésére és megelőzésére szokásos adagja 4 óránként 100—200 mg im.

MELLÉKHATÁSOK:

a szokásos adagok után ritkán jelentkeznek.

Központi idegrendszeri melléktünetek: előfordulhat fejfájás, szédülés, álmosság, nyugtalanság, euphoria, fülzúgás, nyelv- és szájzsibbadás, beszéd- és látászavarok, desorientatio (elsősorban nagyobb adagok pl. 500 mg-os per os adag után). Az enyhébb tünetek a kezelés félbeszakítására megszűnnek, tremor, tonusos-clonusos görcsök esetén rövid hatású barbiturátok (pl. Venobarbital), ill. Seduxen adható parenteralisan.

Cardiovascularis melléktünetek: nagyobb adagok után előfordulhat vérnyomásesés, frequentia-csökkenés. A frequentia-csökkenés esetén iv. 0,5—1 mg atropin, hypotensióban szükség szerint iv. sympathomimeticum, ill. β-receptor-izgató adható.

FIGYELMEZTETÉS:

keringési elégtelenségben, hypotoniában, májkárosodásban, korlátozott veseműködés esetén fokozott körültekintéssel kell eljárni és kisebb adagokat kell adni.

MEGJEGYZÉS: ✠

A Lidocain drazsé és injekció csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

30 drazsé 7,40 Ft.
10×2 ml injekció 3,30 Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Perinatalis kérdések

Intrapartum észlelt szívfrekvencia-profilok és a foetalis asphyxia. Low, J. A., Pancham, S. R., Worthington, D. N. (Kingston General Hospital, Kingston, Ontario, Canada, K7L 2V7.): Am. J. Obstet. Gynecol., 1977, *127*, 729.

515 rizikó-magzat születésénél asszisztáltak, a magzatok megszületése előtti 12 órában folyamatosan, monitorokkal észlelték a magzatok szívfrekvencia-változásait és sav-bázis viszonyait. A magzatok 15%-án fejlődött ki a szülés alatt szignifikáns metabolikus acidosis, 32%-uk határeset volt a sav-bázis viszonyok kisebb mértékű eltolódásával, az esetek 53%-ában viszont egészséges magzatok születtek. A szívfrekvencia változások és a magzati asphyxia kapcsolatának vizsgálata során értékes tapasztalatokat szereztek. Megállapították, hogy az alapvonal-frekvencia alapján, még tachycardia esetén sem lehet későbbi asphyxiára következtetni. A deceleratiós hullámok frekvenciájának a contractiók számához viszonyított előfordulási aránya ismeretében viszont fontos prognosztikai következtetéseket tehetünk. Az összes deceleratiók és a késői deceleratiók frekvenciája a vajúdás utolsó két órájában egyenes arányban áll az asphyxiás magzatok sav-bázis változásaival. *A deceleratiók azonban csak jóserővel bírnak, nem biztos előjelei az asphyxiának.* A sav-bázis értékekkel bizonyított normális esetek 80%-ában is deceleratiók fordultak elő a vajúdás utolsó 2 órájában, sőt a normális magzatok 35%-án a szülés utolsó 2 órája alatt 10%-nál nagyobb fluktuáció-frekvenciájú késői deceleratiót lehetett regisztrálni. Ezek az adatok azt bizonyítják, hogy az *asphyxián kívül egyéb tényezők is előidézhetnek deceleratiós jellegű magzati szívfrekvencia-változásokat* (pl.: a méhtevékenység intenzitásának változásai, a magzati fej helyzetének és a fejre ható nyomásnak a változásai, a burokrepedés, epiduralis anaesthesia, paracervicalis block, intrauterin növekedési retardatio). *A deceleratiós hullámok* azonban mégis igen jelentős diagnosztikai jelek, hiszen *az esetek jelentős részében magzati asphyxia előjelei vagy bizonyítékai.* A kóros sav-bázis értékekkel igazolt asphyxiás magzatoknak csak 10%-án nem észleltek a szülés utolsó 2 órájában deceleratiós szívfrekvencia-változásokat, az esetek 90%-ában valamilyen típusú deceleratio, az esetek 60%-ában 10%-nál nagyobb fluktuáció-frekvenciájú késői deceleratio fordult elő. A vajúdás első óráiban — összehasonlítva a szülés utolsó szakaszában észleltekkel — természetesen a későbbi asphyxiás magzatok szívműködése is egyenletesebb, még tolerálni képes a későbbiekben már asphyxiát eredményező kóros hatásokat, késői deceleratio csak 5% gyakoriságban, bármiféle deceleratio is csak 50%-ban fordult elő.

A késői deceleratio inkább a hypoxiának, mintsem az alacsony pH-nak a következménye. A magzati asphyxia a hypoxia fokának (stress) és a hypoxiás állapot időtartamának függvénye. *Rövid ideig tartó, de nagyfokú hypoxia és az enyhébb fokú de tartós hypoxia egyaránt asphyxiát eredményez.* Az enyhe hypoxiás állapot kialakulásának kezdetén érthetően ritkábbak és enyhébbfokúak a deceleratiók.

Az intrapartum magzati asphyxia diagnosztikája csakis a sav-bázis viszonyok ellenőrzése mellett lehetséges.

Mi hát a szívfrekvencia-változások folyamatos észlelésének jelentősége? *A deceleratiók, ezen belül pedig a késői deceleratiók korai észlelése és fluktuáció-frekvenciájuk növekedésének megfigyelése csak az asphyxia-várományos magzatok kiszűrését jelenti. Az asphyxia diagnózisát a sav-bázis értékek vizsgálata erősíti meg. (Ref.: Ezt nevezhetjük ma modern szülészlelésnek . . .)*

Berkő Péter dr.

Az újszülöttkorban végzett gépi lélegeztetés neurológiai következményei. Marriage, K. J., Davies, P. A. (Department of Paediatrics and Neonatal Medicine, Hammersmith Hospital, London): Archives of Disease in Childhood, 1977, *52*, 176—182.

A *gépi lélegeztetés* az 1960-as évek közepétől kezdett teret hódítani a neonatologiában, s azzal a következménnyel járt, hogy a továbbiakban *olyan újszülötteket is életben lehetett tartani,* akikre azt megelőzően biztosan az elhalálozás várt volna. Ezek a csecsemők azonban *nem minden következmény nélkül* élték vagy élik túl az alapbetegséget, valamint a mechanikus lélegeztetés megpróbáltatásait. Ezért vizsgálják a szerzők ezt a kérdést, s ezen belül is elsősorban az idegrendszer károsodását, amelynek eredete végső soron a korai intenzív kezelésig vezethető vissza.

A vizsgálatokat az 1966—73 között gyógykezelés alatt állottakkal végezték. 376 lélegeztetett közül 77 (21%) élte túl az újszülött periódust. A gépi lélegeztetést igénylő alapbetegség szerint *3 csoportba sorolták* a 77 csecsemőt. A *legnagyobb csoport* — 38 fő (49,3%) — respiratiós distresszel került észlelésre; ezek feltehetően hyalinmembran betegségben szenvedtek. Betegségüket — egyebek között — az ismétlődő apnoe jellemezte. *A második csoportba* 28 csecsemő tartozott (36,4%); ezek nem voltak légúti betegek, de éretlenségük jeleként az apnoe vissza-visszatért. A *harmadik csoportba* 11 csecsemőt sorolt (14,3%); ez vegyes klinikai kép volt hypoxiával, légzési elégtelenséggel: meconium aspiratio, légutak fertőzöttsége, anyagcsere-betegség. Végül is 73 gyermeket tudtak utóbb részletesen vizsgálni. Közöttük 11 (15%) volt idegrendszeri károsodott. Az észlelési időben meghalt 3 gyermek: microcephalia, mentalis retardatio, spastikus quadruplegia terhelte statusukat. A megmaradt 8 közül egy mindenféle önálló egzisztenciára képtelen, 4 mérsékelten károsított, 3 viszonylag épnek tűnik. A felsorolt 11 gyermek közül 4-et a már említett első klinikai csoportba, 4-et a másodikba, még 3-at a harmadikba lehetett sorolni.

Nem találtak összefüggést a későbbi idegrendszeri károsodás és a *terhességi események* között: vetélés, vérzés, korai burokrepedés, terhességi hányás. Hasonlóképpen nem volt kapcsolat *bizonyos neonatalis eseménnyel:* magzati asphyxia, spontán légvétel hiánya a megszületést követő 2 percen belül, 20 mg%-os, vagy annál kevesebb hypoglykaemia, súlyos acidozis, 10 mEq/l negatív base excess, alkalizáló therapia, hyperbilirubinaemia 15 mg%-ig vagy afölött. Másfelől viszont *szignifikáns volt* az összefüggés a károsodás és a görcs-jelenségek között, a ventilatiós therápia bármely szakában jelentkezett is.

A talált 15% neurológiailag károsodott $^2/_3$-a közepesen vagy súlyosan érintett volt, amiben ki nem mondottan is az a hangsúlyos, hogy *csak kevés maradt enyhén retardált.* Intelligenciateszt vizsgálatot ugyan nem végeztek, vagy csak nagyon kevés esetben, a látási-hallási és más neurologiai ártalmak azonban jól megítélhetőek voltak. Felmérhető, hogy a cerebralis bénulás abban a koraszülött csoportban fordult elő gyakrabban, amelyet megelőzően gépi lélegeztetésben részesítettek, szemben azokkal, akik ugyanezt nem kapták, bár súlykategória szerint ugyanabba a csoportba soroltak. *Ezekben az agyi vérzésé a vezető szerep,* és ez az oka a hydrocephalusnak, hemiplegiának és spastikus quadruplegiának egyaránt.

A gépi lélegeztetést túlélt immaturusok agyának neuropathologiai elemzése a *periventricularis leu-*

komalacia igen változatos formáját mutatja. Secunder jelenség ez, amely perfusiós zavarra vezethető vissza. A folyamat azonban *tovább is terjedhet* subcorticalis necrosis, diffus glia-proliferáció és myelinizációs zavar formájában, amelyet aztán kiterjedt vascularisatio követ a meninxekben és a fehérállományban. Valószínű, hogy a túlélő csecsemőben a későbbiekben *van bizonyos kompenzációs lehetőség*, bár nem lehet egyelőre még tisztán látni ezekben a kérdésekben. Annyi valószínűsíthető — az elmondottak értelmében —, hogy a későbbi ártalom a korábbi görcsökkel — különösen ha az ismétlődik — összefüggésben áll. Más előzményi adatoknak nincs bizonyító értékük.

A prognózist illetően — figyelembe véve az előadottakat — *kevés a különbség* azok között, akik a centrum kórházban születtek, és azok között, akiket a környékről szállítottak oda; természetesen az intenzív központ gondos felügyelete mellett. Úgy tűnik, hogy ilyen körülmények között *nem nő közöttük a veszteségi arány*. Az kétségtelen, hogy végső soron minden veszélyeztetett újszülött az intenzív centrumba való, mert csak ott biztosítható az állandó kielégítő felügyelet (vérgáz értékek, hőmérséklet, vérnyomás, táplálás); különösen vonatkozik ez a gépi lélegeztetettekre.

Kiss Szabó Antal dr.

A tejfehérje mennyiségének és minőségének jelentősége az alacsony súlyú újszülöttek táplálásában. I. Növekedés és metabolikus hatások. Räihä, N. C. R. és mtsai (Children's Hospital Helsinki és New York State Institute for Basic Research in Mental Retardation, New York): Pediatrics 1976, 57, 659.

Az alacsony súlyú koraszülöttek optimális tejfehérje-szükségletét illetően ma is eltérőek a vélemények. Az 1940-es évekig az anyatejet tekintették optimálisnak, majd *Gordon* kimutatta, hogy tehéntejtáplálással (6 g/kg/die fehérjebevitelt biztosítva) lényegesen gyorsabb növekedés érhető el. Azóta ezt többen megerősítették, és széles körben elterjedtté vált a tehéntejhez hasonló összetételű, bőséges casein-tartalmú készítmények alkalmazása — anélkül, hogy részletes összehasonlító vizsgálatok történtek volna pl. az anyatej és az egyes tápszerek metabolikus hatására vonatkozóan. Pedig a tehéntej és a női tej fehérjetartalma, mind quantitative, mind qualitative nagymértékben eltér, és a koraszülöttek functionalis immaturitása miatt bizonyos aminosavak metabolismusa igen limitált és ezért a fehérje-bevitel növelése könnyebben felboríthatja az aminosav — fehérje homeostasist.

Megfigyeléseiket 106 egészséges, eutrophiás koraszülöttön végezték (gestatiós kor: 28—36 hét). A felvételre kerülő újszülöttek válogatás nélkül a következő ötféle táplálék valamelyikét kapták, egészen hazabocsátásukig, 3—8 hétig, illetve amíg testsúlyuk a 2400 g-ot el nem érte. A tápszerek kalória-, zsír-, elektrolit- és vitamintartalma csaknem azonos volt, csupán fehérjetartalmuk és a fehérje minősége különbözött. Az anyatejes kontroll csoportban a napi fehérjebevitel 1,63 g/kg volt, a mesterségesen táplált 2—2 csoportban 2,25, illetve 4,5 g/kg. Az azonos fehérjetartalmú tápszerek közül az egyik túlnyomórészt savófehérjét (savófehérje/casein arány 60:40), a másik főleg caseint (18:82) tartalmazott.

A korábbi megfigyelésektől eltérően a testsúly- és testhossznövekedés nem volt szignifikánsan gyorsabb ütemű, ha több fehérjét adtak, és az anyatejes csoportban is általában elérte az ideálisnak elfogadott intrauterin gyarapodás (24—40 g/die) alsó határát. Feltételezik, hogy az elektrolitekben gazdag tápszerek okozta vízretenció lehetett az egyik oka a régebben alkalmazott magas fehérjetartalmú táplálás során észlelt gyors súlynövekedésnek.

A nagy fehérjebevitel számos másodlagos „mellékhatással" járt. A vér urea nitrogén, a serum fehérje- és albuminszintje és vizelet osmolaritása a fehérjebevitel fokozásával párhuzamosan nőtt. Magas casein-tartalmú tápszerek esetén pedig, még kisebb fehérjebevitel (2,25 g/kg/die) mellett is emelkedett vér-ammónia szintet és gyakori súlyos, elhúzódó késői metabolikus acidosist figyeltek meg.

Soltész Gyula dr.

A tejfehérje mennyiségének és minőségének jelentősége az alacsony súlyú újszülöttek táplálásában. II. Nyílt szénláncú aminosavak a plasmában és a vizeletben. Räihä, N. C. R. és mtsai (Children's Hospital Helsinki és New York State Institute for Basic Research in Mental Retardation, New York): Pediatrics 1977, *59*, 407.

A magasabb fehérjetartalom miatt a tápszerek aminosavtartalma is (a cystin és a taurin kivételével, amelyekből az anyatej tartalmaz többet) lényegesen nagyobb. Ezt tükrözte a plasma és a vizelet aminosav-koncentrációja is. Az anyatejes csecsemők aminosavszintje alacsonyabb volt és kevésbé ingadozott. A „tápszeres" csoportokban elsősorban az esszenciális aminosavak plasma-koncentrációja emelkedett meg jelentősen. Ez is arra utal, hogy magas (elsősorban a 4,5 g/kg/die) fehérjebevitel túllépi a koraszülött fehérjedegradáló, fehérjeszintetizáló és aminosav-kiürítő kapacitását. A nem esszenciális aminosavak plasmaszintje kevésbé emelkedett meg: ezek könnyebben degradálódnak, közti-anyagcseréjük szorosabban kapcsolódik a Krebs-ciklushoz és vese-clearanceük is általában nagyobb. A tápszerek éppen abban az életkorban okoznak hyperaminoacidaemiát — mutatnak rá a szerzők — amikor a fejlődő központi idegrendszer a legérzékenyebb a biokémiai stresszhatások iránt. Állatkísérletekben kimutatták pl., hogy a plasma aminosavtartalma jelentősen befolyásolja az agyi neurotransmitterek koncentrációját és hyperaminoacidaemia hypothalamus-laesiót okoz.

Soltész Gyula dr.

A tejfehérje mennyiségének és minőségének jelentősége az alacsony súlyú újszülöttek táplálásában. III. Kéntartalmú aminosavak a plasmában és vizeletben. Räihä, N. C. R. és munkatársai (Children's Hospital Helsinki és New York State Institute for Basic Research in Mental Retardation, New York): J. Pediatrics 1977, *90*, 348.

A biokémiai éretlenség egyik jellegzetessége koraszülöttekben a kéntartalmú aminosavak hiányos metabolismusa. A cystathionase enzim hiánya, vagy csökkent aktivitása miatt a methionin—cystin átalakulás korlátozott, és ezáltal koraszülöttekben a cystin mintegy esszenciális aminosavvá válik és a plasma cystin-szint a táplálékkal bevitt cystin mennyiségének a függvénye lesz. Magasabb methionin tartalmú tej táplálása esetén pedig, (tápszerek) a plasma methionin és cystathion (a methionin—cystin átalakulás fontos metabolitje) tartalma is megemelkedik.

Koraszülöttekben a cystinből történő taurin képzés is elégtelen. Ezt bizonyítja az a megfigyelés, hogy a „tápszeres" csoportban, jelentős cystin-bevitel ellenére (ezek a készítmények, szemben az anyatej magas taurin-tartalmával egyáltalán nem tartalmazzák ezt az aminosavat) postnatalisan fokozatosan csökkent és messze az anyatejes csoporté alatt maradt a plasma taurin-szint. A mesterségesen táplált koraszülöttekben így kialakuló taurin-hiány potenciális veszélyeire hívják fel a figyelmet:

Állatkísérletekben retina-degenerációt és központi idegrendszeri zavarokat idézett elő a taurin megvonása.

Soltész Gyula dr.

A tejfehérje mennyiségének és minőségének jelentősége az alacsony súlyú újszülöttek táplálásában. IV. Tyrosin és phenylalanin a plasmában és a vizeletben. Räihä, N. C. R. és munkatársai (Children's Hospital Helsinki és

New York State Institute for Basic Research in Mental Retardation, New York): J. Pediatrics 1977, *90*, 356.

A koraszülött aminosavanyagcsere biokémiai éretlenségét talán legszembetűnőbben a két aromás aminosav plasmaszintjének alakulása szemléltette. A phenylalaninszint kettő-négyszeresére, a tyrosin-szint négy-tízszeresére nőtt a „tápszeres" csoportban, különösen a magasabb fehérje- és túlnyomórészt casein-tartalmú tápszerrel táplált csecsemőkben. A plasma phenylalanin-tartalma esetenként megközelítette a phenylketonuriás betegekben mért szinteket, a tyrosin-tartalma pedig (néhány esetben az anyatejesek harmincszoros plasma-koncentrációját is meghaladva), gyakran már az idegrendszerileg károsodott tyrosinaemiás csecsemőkben észlelt tartományba esett.

Soltész Gyula dr.

A tejfehérje mennyiségének és minőségének jelentősége az alacsony súlyú újszülöttek táplálásában. Szerkesztőségi kommentár és a szerzők válasza: J. Pediatrics 1977, *90*, 504.

Főleg a vizsgálatok megtervezésével és az eredmények interpretálásával foglalkozik. A kommentátorok még a fenti mintaszerűnek nevezett vizsgálatok és nagyon értékesnek tartott adatok birtokában sem tartják véglegesen megválaszolhatónak azt a kérdést, hogy valóban a női tej-e az alacsony súlyú újszülöttek ideális tápláléka.

Soltész Gyula dr.

Újszülöttkori hyperglykaemia. Insulin és növekedési hormonszintek. Zarif, M. és mtsai (Dept. Pediat, Chicago): Diabetes 1976, *25*, 428—433.

75 koraszülöttön (560—2000 g) glucose tartalmú infusiós kezelés során (10%-os oldat az első 24—48 órában, majd isotoniás glucose, az első napon 60—70 ml/kg, majd fokozatosan emelkedő volumen) rendszeres vércukorvizsgálatokat végeztek. A 1250 g-nál kisebb súlyú újszülötteket kivétel nélkül infundálták (folyadék és kalória supplementálás), a többi koraszülöttnél a glucose infusio indikációja RDS vagy szülési asphyxia volt.

Az első 5 életnapon az újszülöttek 43%-ában alakult ki hyperglykaemia (vércukor > 125 mg/100 ml). A hyperglykaemiás csecsemők általában éretlenebbek és kisebb súlyúak voltak, alacsonyabb Apgar értékekkel és súlyosabb respiratorikus distress syndromával.

A glucose intolerantiát (hyperglykaemiát) sem inadaequat insulin-, sem excessiv növekedési hormon secretio nem kísérte. A szerzők felvetik a fokozott cortisol, vagy catecholamin secretio (stress) esetleges aetiologiai szerepét.

Felhívják a figyelmet a hyperglykaemia kóros következményeire (hyperosmolalitás, agysejtek dehydratiója, cerebralis vérzés; osmotikus diuresis, hyponatraemia, súlyveszteség) és az infusio alatti rendszeres vér- (és vizelet-) cukorvizsgálat fontosságára.

Soltész Gyula dr.

Insulin receptorok az újszülöttkorban. Thorsson, A. V., Hintz, R. L. (Rejkjavík és Stanford): N. Engl. J. Med. 1977, *297*, 908.

A növekedés regulációjában a hypothalamus-hypophysis hormonoknak az intrauterin életben valószínűleg kisebb szerepük van, mint postnatalisan. Erre utal többek között az is, hogy a növekedési hormon szint egészséges újszülöttben magas, anencephal foetusban pedig nagyon alacsony, annak ellenére, hogy a testméretek mindkét esetben normálisak.

Számos klinikai és kísérletes megfigyelés hangsúlyozza ugyanakkor az insulinnak mint intrauterin növekedési faktornak fontosságát: a cukorbeteg anya foetusa (hyperinsulinismus) óriásmagzat, a congenitalis diabeteses újszülöttek (insulin-hiány) növekedésükben lemaradottak, állatkísérletekben az insulin a magzatban fokozza a nitrogén-retenciót és a fehérjeszintézist. Az insulin receptorokkal végzett vizsgálatok is ezeket a megfigyeléseket erősítik meg. Az insulin hatás ugyanis nagymértékben függ a célsejtekben, ill. azok membránján levő speciális receptorok számától és a receptorok hormon affinitásától. Azt is megfigyelték — és ez jelentős metodikai haladást jelentett —, hogy a perifériás monocytákon levő insulin receptorok száma és affinitása jól tükrözi a más sejteken (hepatocyta, adipocyta stb.) levő viszonyokat.

^{125}J—Insulint használva a szerzők kimutatták, hogy egészséges érett újszülöttek köldökvérének monocytái a felnőtt monocytákon fellelhető insulin-receptorok hatszorosát tartalmazzák (7100 versus 44 600) és a receptor-affinitás is kétszerese a felnőttben észleltnek.

Soltész Gyula dr.

Esszenciális aminosav-e a taurin az újszülöttkorban? Rigo, J. és Senterre, J. (Liège): Biol. Neonate, 1977, *32*, 73—76.

Az utóbbi évek vizsgálatai kimutatták, hogy az agy és retina normális fejlődéséhez és funkciójának fenntartásához nélkülözhetetlen a taurin. Több megfigyelés utal arra is, hogy az újszülött nem képes elegendő taurin szintézisre cystin és methionin prekurzorokból, és ezért szinte kizárólagos taurinforrása a tejtáplálék. Az anyatejhez viszonyítva a tehéntej taurintartalma viszont igen alacsony, az intravénás táplálásra használatos oldatok pedig egyáltalán nem tartalmazzák ezt a fontos (nem fehérje) aminosavat. Így — és a szerzők vizsgálatai is ezt támasztják alá — a tápszerrel, ill. parenteralisan táplált alacsony súlyú újszülöttekben a női tejjel táplálttakkal összehasonlítva, kifejezett taurinhiány, hypotaurinaemia alakul ki, a parenteralis táplálásban részesült koraszülöttek plasmájában a taurin tartalom mindössze egyharmada az anyatejesekének.

(Ref.: A taurin egyik régen ismert funkciója az epesavak konjugálása. Újszülött macskában — az epesav-konjugáció itt kizárólag taurinnal lehetséges — a taurinhiány vaksághoz vezető látásromlást eredményez. Mesterségesen táplált human újszülöttben ez valószínűleg azért nem következik be, mert a fiatal csecsemő taurin helyett glycinnel is képes epesavakat konjugálni és így jelentős mennyiségű taurint megtakarítani.)

Soltész Gyula dr.

Congenitalis cytomegalovírus infectio gyakorisága immunologiailag pozitív populatióban. Stango, S. és mtsai (Birmingham. Alabama): N. Engl. J. Med. 1977, *296*, 1254.

A cytomegalovírus (CMV) infectio a leggyakoribb veleszületett fertőzés, az újszülöttek 0,5—2,0 százalékában mutatható ki. A szerzők arra a kérdésre kerestek választ, hogy a keringő anyai ellenanyagok nyújtanak-e védelmet a magzatnak a transplacentaris fertőzéssel szemben. Válogatás nélkül (kontroll) közel ezer szülőnő (80%-uk a terhesség végén CMV seropozitív, jelezve a vizsgált lakosság széles körű inficiáltságát) újszülöttjeinek 2,4%-ában mutattak ki fertőzöttséget (vírusizolálás az első élethéten ürített vizeletből). 239 serologiailag immunis nő újszülöttjeiben lényegében hasonló gyakorisággal (3,4%) volt identifikálható a CMV a magas preconcentionalis anyai antitesttiter ellenére. Ebből arra a következtetésre jutnak, hogy az anyai humorális immunitás valószínűleg nem képes megvédeni a magzatot a fertőződéstől, sőt ennek veszélyét a recurrens maternalis infectiók még fokozhatják is. A fertőzés mindegyik vizsgált újszülöttben subklinikai lefolyású volt és a 12—51 hónapos korban végzett utóvizsgálatok sem tudtak kórosat kimutatni.

Annak oka, hogy a széles körű anyai fertőzöttség ellenére a transplacentaris transmissio relative ritka, nem ismeretes. Idézik azt az újabb megfigyelést (Rola—Pleszczynski, M.: Pediat. Res. 1975. *9*, 334.), amely szerint CMV fertőzést

csak azon újszülötteken lehetett kimutatni, akiknek az anyjában (szemben a seropozitív kontrollokkal) a cellularis immunitás defectusa is fellelhető volt.

Soltész Gyula dr.

A korai kezdetű újszülöttkori B csoportú streptococcus septicaemia radiographiás leletei. Leonidas, J. C. és mtsai (Departments of Radiology and Neonatal Medicine, Children's Mercy Hospital, Kansas City, Missouri): Pediatrics. 1977, *59*, 1006—1011.

A B-csoportú β haemolytikus streptococcus (B str.) a női nemi szervek baktériumflórájában gyakran kimutatható, és az újszülötteken 1—25%-ban telepszik meg. Míg a késői kezdetű újszülöttkori infectio a kevésbé fatalis meningitis alakjában jelentkezik, addig a korai kezdetű B str. septicaemiát (k. B str. s.) a respiratory distress syndromához hasonlóan a 24 órán belül kialakuló légzési elégtelenség és a shock jellemzi. A radiológiai kép változatossága miatt a k. B str. s. főként a RDS-sel és az újszülöttkori átmeneti tachypnoeval (wet lung = nedves tüdő, II. típusú RDS) téveszthető össze.

A szerzők *biztosan* k. B str. s.-nek azokat az újszülötteket tartották, akiknél nemcsak a különböző testrészekről készített leoltásokból, hanem a haemoculturákból is kitenyészett a B str., valamint akiken a légzési nehézséghez keringési elégtelenség is társult. A k. B str. s.-re *gyanúsak* csoportjában a klinikai kép hasonló volt; itt is észlelték a leukopeniát, valamint a sokmagvú és pálcika magalakú neutrophilek abszolút számának csökkenését, a kórokozó kitenyészthetőségét, de a haemocultura steril maradt. Az ún. *egyéb okú légzési* elégtelenség csoportban az RDS és a II. típusú RDS között az átmeneti jelleg és az 50 százalékos oxigén PaO_2-t emelő hatása vonta meg a határt, míg a congenitalis pneumoniát a meconium aspiratio és a típusos rtg-lelet segített elkülöníteni.

A szerzők retrospektív módon 67 klinikailag légzési elégtelenségben szenvedő újszülött rtg-felvételeinek elemzéséből próbálták a k. B str. s.-re jellemző radiológiai leleteket meghatározni. A filmeket kísérő adatok nélkül két radiológus vizsgálta meg és kategorizálta. Az egységes szempontú elemzést követően a lebenyes vagy foltos tüdő infiltratumot pneumoniának (A csoport), a diffus opalescentiát (reticulogranularis rajzolattal, tejüvegszerű homállyal vagy anélkül) hyalin membrán betegségnek, a durván fokozott sugárfogó területeket atelectasiának vagy tüdővérzésnek (B csoport), a cardiomegaliát fokozott érrajzolattal, interstitialis perivascularis pulmonalis oedemával nedves tüdőnek vagy cardialis decompensatio következtében kialakult tüdőoedemának (C csoport) véleményezték, a normális (D csoport) mellett. A radiológiai képet a klinikai csoportosítással utólag egybevetve megállapították, hogy a 24 biztosan k. B str. s.-es betegükből 10 tartozott a radiológiai A csoportba, 9 a B, 4 a C és 1 a normál rtg-morphológiai kategóriába; ugyanakkor 15 újszülöttön észleltek cardiomegaliát (a szív: tüdő átmérők hányadosa 0,55 fölötti) és 14 újszülöttnél találtak pleurális folyadékot — bár ennek gyakorisága a többi distresses betegnél is hasonló. A korábbi közleményektől eltérően az extraalveolaris levegőt nem tartják szokatlan leletnek a k. B str. s.-ben és számos esetükben még a mikroszkópos pathomorphologiai kép sem tette lehetővé a hyalin membran betegségtől az elkülönítést.

Mivel tehát a tüdő radiológiai képe e betegségben nagyon változó, a pulmonalis oedema jeleihez társuló cardiomegalia az a fontos, bár nem specifikus lelet, melynek alapján a radiológus felvetheti a k. B str. s.-t

Wilhelm Ottó dr.

A „B" csoportba tartozó streptococcusok nosocomialis terjedése. Parades, A. és mtsai (Baylor College és Texasi Gyermekkórház, Houston): Pediatrics 1977, *59*, 679.

Régebbi vizsgálatok szerint Houstonban és Floridában a B-típusú streptococcusok (továbbiakban B. Str.) 26, illetve 35%-ban voltak megtalálhatók az újszülöttekben. A szerzők 1974-ben 5 hónapon át vizsgálták a szövődménymentes szülőnőket és újszülötteiket. Az anyáktól hüvelyváladékot és torokváladékot vettek szülés előtt és elbocsátás előtt (rendszerint 48 órával a szülés után). Utóvizsgálat 4—8 héttel a távozás után történt. A csecsemőknél torok, köldök és a külső hallójárat vizsgálata történt átlag 6 órás korban (range 0—20) és elbocsátás előtt (rendszerint 48 órás korban). Nyolchetes korban vizsgálták a csecsemők torok-, köldök és rectum-váladékát. Az orvosokat és a nővéreket is vizsgálták. Torokváladékot és hüvely-, ill. húgycsőváladékot vizsgáltak. Végül a személyzet kezeiről, körme alól vett váladékokat vizsgálták. B. Str.-ra összesen 40 környezetből vett mintát is leoltottak.

Az eredmények: összesen 132 anya—újszülött pár volt értékelhető. (A vizsgálat előtt és után sem kaptak antibiotikumot). Az anyák colonisatiója lényegében nem változott a felvétel és elbocsátás időpontjában (27,7%, ill. 31,1%). *Ezzel szemben az újszülöttek colonisatiója ugrásszerűen emelkedett* a születés utáni, ill. elbocsátás előtti vizsgálatot tekintve 22,5%-ról 64,4%-ra! (Rendkívül magas és némi kételyt támasztó százalékos arányok. — *Ref.)* A 8 hét múlva végzett utóvizsgálatok arányszámában már nem volt szignifikáns eltolódás. (Anyákban 38,8, ill. csecsemőkben 57,1%). Azon anyák, akik a B. Str.-t hordoztak 65%-ban szültek olyan csecsemőt, akik szintén hordozták a kórokozót.

A 43 vizsgált kórházi dolgozóból 19-ben (44,2%-ban) találtak B. Str. colonisatiót, többnyire hüvelyben és csak egyszer a kézen.

Vizsgálták a serotypusokat is. Az egyetlen lényeges eltérés a serotypus eloszlásban az volt, hogy az I/a és III. typ. előfordulása gyakoribb volt a kórházi személyzetnél. Az újszülöttek kórházi fertőzése leggyakrabban a II. és I/b typusokkal történt, sokkal ritkábban, mint a III. és I/a typussal.

A csecsemők colonisatiójának két legfontosabb módja: 1. Az anya genitalis tractusából és 2. az újszülöttosztályon egymástól.

A gyakori baktériumhordozás ellenére a B. Str. megbetegedések előfordulása csekély.

(Ref.: A reális és súlyos fertőzések előfordulásának veszélyét azonban figyelembe kell venni, mert B. Str. sepsis esetén a halálozás közel 50%-os.)

Korányi György dr.

A perinatalis halálozás okai az USA-ban. Naeye, R. L. (Department of Pathology, M. S. Hershey Medical Center, Hershey, PA, 17033): JAMA, 1977, *238*, 228—229.

A többi fejlett ipari országgal szemben az USA-ban a perinatalis mortalitás még mindig magas. A szerző részletesen taglalja 53 518 terhesség sorsát, valamint az ezekből adódó perinatalis halálozás adatait. A szülő nők 46%-a fehér, 46%-a néger és 7%-a Puerto Rico-i volt. 12 egyetem 1959—1966 közötti adataiból állították össze a tanulmányt. Az 53 518 szülésből 1993 újszülött halt meg és 1455-nél történt kórboncolás. 36 259 placentát vizsgált meg több mint 200 pathologus. E hatalmas munka eredményeképpen a halálokok közel 80%-át sikerült meghatározni, százalékos megoszlás szerint az alábbiakban:

A legtöbb halált (16,7%) az acut amnialis folyadék infectio okozta. A congenitalis pneumonia, az extraplacentaris burok gyulladása, a placenta chorionalis felszínének acut gyulladása, a heveny funisitis tartozik a syndroma gyűjtőfogalma alá. Ebben a csoportban a tüdőszövetek 51%-ából és a vérminták 49%-ából sikerült kitenyészteni egy vagy több pathogen baktériumot. A többi diagnosztikus csoportban ez csak 11%-ban sikerült. Újabb tanulmányok során

1975-ben e syndromában elhalt újszülöttek tüdőszövetének már 76%-ából tenyésztettek ki pathogen csírákat.

A halálokok közül második helyen (10,5%) az abruptio placentae áll. A magzat mindenütt a hypoxia jellegzetes következményeit mutatta.

A következő leggyakoribb ok (10,1%) az idő előtti burokrepedés, főleg a 37. hét előtt, de érettebb magzatoknál is, ha a burokrepedést követő 20 órával a szülés nem indult meg.

Negyedik helyen a congenitalis anomáliákat találjuk (9,3%). A következő csoportba a nagy kiterjedésű placenta infarctusok kerültek (6,1%). A placenta 25%-a vagy több infarceálódott, és 3 cm-nél nagyobb átmérőjű elhalásokat találtak.

Az Rh erythroblastosis 4,2%-ban adott magyarázatot a halálra. A köldökzsinór leszorítása 3,4%-ban okozta az újszülöttek halálát, míg a placenta nagyfokú retardációját az esetek 2,3%-ában tették felelőssé. Ide az olyan haláleseteket sorolták, ahol a lepény súlya 40%-kal kisebb volt az átlagsúlynál, és más nem magyarázta a halált.

2%-ban placenta praevia volt a halált kiváltó ok, míg a szülési trauma 1,7%-ban okozta az újszülött halálát. Ebben a kategóriában 91%-ban találtak subduralis haematomát.

Ezt követően a szerző még számos halálokot sorol fel százalékos értékelésben (postnatalis légúti infectio, a placenta-erek thrombosisa, császármetszés, uterus ruptura, túlhordás, incompetens cervix, hydramnion és a congenitalis syphilis.

A szerző véleménye szerint a legutóbbi években az USA-ban a perinatalis mortalitás bár igen lassan, de csökkenő tendenciát mutat. Ezt a folyamatot csak úgy lehet siettetni, ha még pontosabb tanulmányokat folytatnak az újszülött életét veszélyeztető kórokokról.

(Ref.: A sok száraz statisztikai adatot tartalmazó közleményt azért tartottam érdemesnek részletesebben referálni, mert a perinatalis halálokok pontos felderítése közismerten nagyon nehéz. Sokszor vagyunk kénytelenek a boncasztal mellett a kórboncnokokkal konstatálni, hogy a szokásos hypoxiás jeleken kívül semmilyen magyarázatot nem tudunk adni az újszülött halálára vonatkozóan. Az acut amnialis infectio syndroma fogalma és elterjesztése a köztudatban mindenképpen indokoltnak látszik, hiszen a mindennapos gyakorlatban az antibioticumok árnyékában is néha tehetetlenül állunk a veleszületett interstitialis pneumoniával és egyéb kórképekkel szemben.)

Hegedüs Tibor dr.

Retardált újszülöttek intrauterin fejlődése. Perry, P. C. és mtsai (Wilford Hall USAF Medical Centre, Lackland Air Base, Texas): Obstetrics and Gynecology. 1976, *48*, 182.

3332 szülés adatait vizsgálva, 58 újszülöttet fejlődésben visszamaradottnak ítéltek (1,7%). Gestatiós kor szerint két csoportot különböztetnek meg: I. 38—43 gestatiós hét; II. 28—37 gestatiós hét.

A szerzők szerint az újszülöttek veszélyeztetettsége akkor a legnagyobb, ha a krónikus iu. distress és koraszülés együtt jelentkezik. A foetalis iu. distress aetiológiája általában magzati, anyai és placentáris tényezők kombinációja. Antenatalis praedictiója és diagnosisa igen nehéz. A tanulmány retrospektív módon kívánja elemezni, hogy melyek azok a faktorok a beteg populatióban, amelyek krónikus foetalis distresshez vezetnek. A vizsgált esetekben a szülők jó körülmények között élő, fiatal emberek. Azon újszülötteket vizsgálták, akiknek súlya gestatiós korukhoz képest a normál populatiót alapul véve, legalább 10%-kal kevesebb. A vizsgálat erősen tisztított, így pl. a többszöri gestatiót kizáró oknak tartják a vizsgált sokaság megállapításakor. A legtöbb újszülött lényegében időre kiviselt, de mégis a koraszülöttség lehetősége miatt szükséges volt a fenti két csoport megkülönböztetése. Az I. csoportban 36 újszülött adatait, a II. csoportban 22 adatait dolgozták fel. Lényegesebb eredmények: I. csoport: anyai súlyszaporulat 9 kg-nál kevesebb (56%); az 1 perces Apgar-érték 7,7, az 5 perces 8,6; 25%-nál neonatalis asphyxia; 25%-nál még szülés előtt diagnosztizálták az iu. retardatiót. A szülések 28%-a császármetszéssel végződött; a lányok aránya kétszerese a fiúkénak; 2 respiratorikus distress; perinatalis mortalitás 0. Átlagban 12 napi kórházi tartózkodást jelentett.

II. csoport: az anyai súlyszaporulat — 23%-nál — 4,5 kg-nál kevesebb; az 1 perces Apgar-érték 5,7, az 5 perces 7,7; 4 esetben még a szülés előtt diagnosztizálva az iu. retardatio; 9 császármetszés; gyakoribb fiú arány; 47%-ban neonatalis asphyxia; neonatalis infectio 21%; 37%-ban respiratorikus distress. A túlélőknél általában 32 napi kórházi kezelés volt szükséges. A teljes magzati veszteség 36%.

A kontroll csoport 196 esetéből 29 a magzati mortalitás (15%).

Az iu. retardatio diagnózisához a laboratóriumi kontroll feltétlenül szükséges. A szerzők 24 órás vizelet oestriol és monitorizálás mellett, az uterus fundusának növekedését tartják döntőnek. (A gestatiós időhöz képest 2 cm-rel kisebb fundus állás is gyanús.) Ultrahang kontroll, előzményben szereplő small-for-date baby, kiegészítő adatként szolgálnak. A magzat krónikus distress állapota esetén oxytocin érzékenységi teszt, lecithin/sphingomyelin index megállapítása, bázis meghatározás fontos eszköz. Természetesen a magzati retardatio diagnózisához iu. növekedési görbék előzetes felállítása szükséges. Lényeges a szülész—gyermekgyógyász kooperációja és a prognózis időbeni felállítása.

Vajda Róbert dr.

A sphincter Oddi elégtelensége újszülöttkorban: két eset ismertetése. G. O. Atkinson és mtsai (Emory University School of Medicine and Henrietta Egleston Hospital for Children, Atlanta, Georgia): American Journal of Roentgenology 1977, *128*, 861—862.

Felnőttkorban az epeutakban natív felvételen kimutatható gáz különböző okokból nem túl nagy ritkaság. Újszülöttkorban azonban csak duodenum-szűkület mellett kialakuló sphincter Oddi elégtelenség következményeként ismeretes. Natív felvételen nem különíthető el biztonsággal a vena portae ágaiban némelykor kimutatható gáztól, de az egyéb röntgenképi elváltozások elemzése és döntően a kontrasztos vizsgálatok lehetővé teszik az elkülönítést. Legfontosabb a gyomorbél-passage, mely a duodenum proximalis részének tágulatát mutatja kontraszt visszafolyással az epeutakba, esetleg az epehólyagba. A passage akadályozottságának mértéke a szűkület fokának függvénye esetenként. A szerzők az irodalomban 6 esetet találtak, ehhez csatolják saját 2 esetük leírását. A sebészi beavatkozás a radiologiai kórismét mindkét esetben igazolta, és a stenosis megoldása, egyik esetben pedig duodeno-jejunostomia után az újszülöttek állapota rendeződött.

Laczay András dr.

Az újszülöttkori sárgaság okairól. M. J. Jeffares (British Military Hospital, Rinteln, BFPO 29): British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1977, *84*, 452—455.

981 érett, terminusban szült újszülöttet vizsgáltak meg. Ezek közül 84-ben (8,6%) alakult ki olyan fokú sárgaság, ami kezelést igényelt. A határt > 222 mikromol/l, vagy 13 mg/dl-ben szabták meg. Nem volt lényeges differencia az anyai kor, paritás, szülési időtartam és szülési súlyban az érintett, valamint a többi újszülött között.

Szignifikáns sárgaság fordult elő ott, ahol az oxytocinos infusiónak nagyobb adagját használták fel szülésindításra. Ugyancsak lényegesen több sárgaság fordult elő azoknál, akik mellről táplálkoztak, valamint ahol kisebb infectio történt.

Nem találtak eltérést a műtéti szülés és a spontán szülés újszülöttjeinél a későbbi sárgaságban.

Megemlítik, hogy más tényezők is, így a dohányzás, alacsony Apgar-érték, K-vitamin analógok és dysmaturitás is okozhatnak sárgaságot, de egyiknél sem találtak lényeges összefüggést a sárgasággal.

A szerzők még egyszer felhívják a figyelmet, hogy az oxytocin nagyobb adagja egy felesleges és káros neonatalis icterust okozhat.

Hegedüs Tibor dr.

Szülés előtt adott betamethason hatása a köldökvér, amnion-folyadék és az újszülöttvér cortisol szintjére. S. Sybulski (Hellenic Research Laboratory, Department of Obstetrics and Gynaecology, Royal Victoria Hospital, Montreal, Canada): Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, *127*, 871—874.

A 37. hét előtti fenyegető koraszülés 47 esetében adtak betamethasont im., 29 esetben 1 napon túl és 18 esetben 24 óránál kevesebb ideig adták, mert a koraszülés bekövetkezett. A 99 kontroll esetben kezelés nem történt. A köldökvér, a magzatvíz és a szülés utáni újszülöttvér cortisol szintjének átlaga 5,17 ± 0,39 μg/100 ml volt, míg a 24 órán túl kezelteké 2,17 ± 0,32 μg/100 ml, a 24 órán belül megszülteké 2,27 ± 0,38 μg/100 ml. Ugyancsak jelentős eltérést mutattak a magzatvízben talált értékek. A kezeletlen esetekben az átlag 1,85 ± 0,21 μg/100 ml, míg a kezelt esetekben 0,93 ± 0,19 μg/100 ml értéket találtak.

Nyilvánvaló a betamethason suppressiós hatása mind az anyai, mind a magzati mellékvesére. Azonban a gyors regenerációra mutat az a tény, hogy valamennyi esetben a szülést követő 24 órában a vér cortisol szintje emelkedett, attól függetlenül, hogy az újszülöttön kialakult-e az RDS. A szerző véleménye szerint a szülés előtt adott betamethason sem az anyában, sem a magzatban nem okoz mellékvese-károsodást.

Hegedüs Tibor dr.

Szedhetnek-e warfarint a szoptató anyák? Orme, M. L'E. és mtsai (University of Liverpool, Liverpool L 69 3BX): Brit. Med. Jour. 1977, *1*. No. 6076, 1564—1566.

Sokszor merül fel az a gyakorlati kérdés, hogy a szoptató anyák szedhetnek-e anticoagulanst. A szerzők ennek a kérdésnek eldöntésére végeztek vizsgálatokat warfarint szedő anyákban és csecsemőikben. A vizsgálatok első felében 6 warfarint szedő nem szoptató anya plazmájában és anyatejében mérték érzékeny és specifikus módszerrel a warfarin koncentrációját. A vizsgálatok másik részében 7 szoptató anya plazmájában és anyatejében, és a csecsemők plazmájában is megnézték a warfarin koncentrációt.

A plazma warfarin koncentrációja a 6 nem szoptató anyánál a therápiás szintnek megfelelő 3,9—8,5 μmol/l között volt, ugyanakkor az anyatejben egy esetben sem volt warfarin kimutatható. A 7 szoptató anya anyatejében és a csecsemők plazmájában sem volt egy esetben sem warfarin kimutatható therápiás plazma warfarin-szint mellett.

Ezek az eredmények azt mutatják, hogy a warfarint szedő anyák veszély nélkül szoptathatják gyermekeiket. Következtetésük természetesen csak a warfarinra vonatkozik, és nem vonatkozik a többi oralis anticoagulansra.

Mód Anna dr.

A magzatvíz antibacterialis hatásának elégtelensége. Tafari, N. és mtsai (Department of Pathology, M. S. Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania 17033.): Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, *128*, 187.

Sok szerző bizonyította már a magzatvíz antibacterialis hatását, mely megvédi a fejlődő magzatot a késő terhességi bacterialis infekcióktól. A szerzők most meglepő adatokat közölnek: Addis-Ababában az általuk vizsgált 600 perinatalis elhalásból 186 esetben a halálok congenitalis pneumonia volt. A csak veleszületett infekciózus betegség következtében elhalt magzatok számaránya egyébként a fejlett ipari országok össz-perinatalis mortalitási arányának felel meg. Nem volna igaz hát a magzatvíz antibacterialis aktivitása?

A szerzők találomra kiválasztott 53 terminusban levő szülőnőn végezték vizsgálataikat. Megbízható módszert (semiquantitativ platecount technika) alkalmazva kimutatták, hogy bactericid hatása a magzatvízminták mindössze 2%-ának volt. Bacteriostatikus hatást mutatott a magzatvízminták 23%-a, az esetek 75%-ában azonban a magzatvíz nem gátolta a bacteriumok fejlődését és szaporodását.

A szerzők úgy vélik, a magzatvíz antibacterialis aktivitásának hiánya vagy elégtelensége az etiópiai nők szegényes táplálkozásával függhet össze. Az elégtelen és egyoldalú táplálkozás — a magzatvíz antibacterialis hatásáért is felelős — polypeptidek előállítását, felszabadítását, vagy aktivitását hátrányosan befolyásolja. Ebben fontos szerepe lehet a magzatvíz — szerzők által is bizonyított — Zn-hiányának, a Zn jelenléte ugyanis a polypeptidek antimikrobiális aktivitásához elengedhetetlenül fontos.

A tanulság tehát: *a magzatvíz igen fontos antibocterialis aktivitása csak megfelelő mennyiségű és minőségű, így a szükséges Zn-felvételt is biztosító táplálkozás mellett biztosított.*

Berkő Péter dr.

Újszülöttkori májbeli meszesedés transplacentaris fertőzés következtében. G. D. Shackelford, D. R. Kirks (Mallinckrodt Institute of Radiology, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri): Radiology 1977, *122*, 753—757.

Az újszülöttek röntgenfelvételén látható májbeli meszesedés lehet parenchymában vagy lehet peritonealis eredetű. Utóbbi meconium peritonitis vagy peritonitis plastica következménye. A parenchymában levő meszesedés lehet fertőzés, tumor, dystrophia vagy vascularis rendellenesség következménye. A szóbajövő fertőzés lehet víruseredetű vagy toxoplasmosis. A szerzők tudomása szerint májbeli meszesedés okaként in utero infectiót még nem írtak le. Ezért részletesen ismertetik 3 esetüket. Két iker újszülött toxoplasmosisban szenvedett, egyikük meg is halt. Ez esetben mód volt nemcsak a kórisme kórbonctani ellenőrzésére, hanem a rtg-kép és a preparatum rtg-felvételek összehasonlítására is. A másik iker életben maradt, neki hepato-splenomegalia mellett csak kis gócos meszesedés volt a bal májlebenyében. Harmadik újszülött májában kiterjedt, durva gócos meszesedés látszott a röntgenképen. A hosszú csöves csontok növekedési zónáiban harántfelritkulást mutattak a röntgenfelvételek. A köldökzsinór véréből végzett serologiai vizsgálatok herpes simplex vírus infectiót igazoltak. Az újszülött háromhetes korában meghalt.

Laczay András dr.

Az újszülöttkori RDS kezelése peritonealis dialysissel. G. Bone, A. Liberatore, G. Cecchini (Instituto Ospedaliero Provinciale per la Maternita Milano, Divisione Prematuri e Patologia Perinatale): Minerva Pediatrica 1977, *29*, 37—44.

A peritonealis dialysis (PD) egy gyors és egyszerű módszer a renalis functio helyettesítésére és serkentésére, selectiven eltávolít vizet, electrolytokat, metabolitokat, toxikus anyagokat.

Boda és mtsai igazolták, hogy a PD növeli nyúl újszülött és adult egér hypoxiával szembeni ellenállóképességét. Ők vezették be ezt az eljárást, amellyel korrigálható a fellépő metabolikus acidosis, az újszülöttek respiratorikus distress syndromájában. Localis érzéstelenítésben bilateralisan a köldökhöz viszonyítva 1—1,5 cm-re parányi metszést ejtenek a bőrön, majd ezen áthaladva trokárral átdöfik a peritoneumot, majd behelyezik

mindkét oldalon a 2,5 mm átmérőjű katétert. Az esetleges visceralis sérülés megelőzésére pneumoperitoneumot készítenek 30—50 ml levegőt juttatva a hasüregbe. A has körfogatától függően a dializáló folyadék cseppszáma 38—40/min, azaz 2 liter 24 óra alatt. A kezelés alatt ismételten lemérik a has körfogatát, testsúlyt, a be- és kifolyt folyadék és a vizelet mennyiségét. 12 és 72 óra múlva a következő laboratóriumi meghatározásokat kell elvégezni: savbázis egyensúly, electrolitok, plasma, vizelet, dializáló folyadék osmolaritása, MN, vércukor, szérumfehérje szint.

A szerzők 8 RDS-ben szenvedő olyan újszülöttet kezeltek PD-vel, akik preventív és oxigén therapiára nem javultak. Minden betegnél 72 óráig alkalmazták a PD-t. 5 esetben a PD a klinikai, radiológiai és vérkémiai eredmények gyors javulásához vezetett, gyógyultak. Ebből a legkisebb súlyú újszülött a harmadik élethéten bronchopneumonia szövődményében meghalt. Három esetben a PD nem hozott javulást. Az 5 súlyos RDS esetükben a kezdeti PaO_2 11—78 Hgmm között mozgott, 15—72 órás PD után a PaO_2 80—125 Hgmm közötti értékre emelkedett. Az egyik meghalt beteg plasma osmolaritása magasabb volt a normálisnál. Egy betegnek, akinek súlyos volt az állapota, kezdetben a plasma osmolaritása magasabb volt, de a PD alatt normalizálódott. A vizelet osmolaritása hasonló volt a plasmáéhoz, amely az immaturitás következtében fellépő veseelégtelenséggel magyarázható. A kifolyt dializáló folyadék osmolaritása —15+35-tel tért el a bemenő folyadékhoz viszonyítva. Az RDS-es gyermekeken a PD jelentősen mérsékelte a symptomákat és a metabolikus acidosist. Az RDS az oka a kialakuló respiratorikus acidosisnak, az elégtelen légzés miatti hypoxiának és a tejsavfelszaporodás következtében kialakuló metabolikus acidosisnak. A súlyos acidosis, hypoglykémia, hyperkalaemia, hyperphosphataemia kapilláris károsodást okoz, ez a tüdőkben egy újabb plasma transsudatiót idéz elő, amely újabb membránok kialakulásához vezet. Így egy circulus vitiosus alakul ki, amely tüdő-atelectasiát segít elő. Ezt a circulus vitiosust szakítja meg hatékonyan a PD.

Győrffy György dr.

Rehabilitáció

A fizikoterápia és rehabilitációs medicina elhatárolódása a helyreállító sebészettől. Sigerist, H. (Klin. Rheumat. u. Rehab., Stadtspital Triemli, Zürich): Zschr. Unfallmedizin. 1978, *71*, 53—70.

Az orvosi szakok fokozódó fejlődése a tudásanyag növelése mellett beszűkíti az orvosok látószögét. Ezt az interdisciplinaris együttműködéssel kell kiegyenlíteni. Ma sok helyütt nincs egy kézben a baleseti sebészet, a sérült utókezelése és a helyreállító sebészet, területileg is elkülönülnek. Ha nem sikerül kapcsolatot találniuk, úgy a beteg a specialisták között elvész. Ennek az orvosokon kívüli okai is lehetnek (biztosítási tényezők, költségek, a terápia kapacitása).

A helyreállító sebészetnek, de a fizikoterápiának és rehabilitációs medicinának is megvannak a maguk gyógyító eszközei, de ha nem ismerik egymás lehetőségeit, nem tudják a helyes kezelési koncepciót kialakítani. A rehabilitációs medicina, mint kevéssé elhatárolt szakma, ugyanakkor gyűjtőhelyévé válhat a tisztázatlan kórismézű eseteknek: kórismézetlen sérülések, kísérő sérülések, megfelelően nem ellenőrzött osteosynthesisek, félreismert anatómiai-funkcionális elváltozások kerülhetnek ide és ezek ellátásához az osztály önmagában elégtelen. Mégis a rehabilitációs orvosra vár a kezelési terv felállítása. Az utókezelés időpontját általában a sebész határozza meg, gyakran függetlenül attól, mikor milyen eredmény várható a fizioterápiától.

A szerző összefoglalja a fizioterápia 6 lehetséges támadáspontját: keringésjavítás, izomtónusváltoztatás, fájdalomcsillapítás, paresis kezelése, légzés és anyagcsere javítása és végül a tulajdonképpeni mozgáshelyreállítás. Ezeket megfelelő gyógyászati eszközökkel kell esetenként kiegészíteni.

A lágyrészek helyreállítása általában korai kezelést igényel. Esetenként a fizioterápia feladata az állapot fenntartása a helyreállító sebészeti beavatkozásig. Ha nem ugyanaz az intézet végzi a sebészi és a rehabilitációs kezelést, úgy a megfelelő információ (röntgenfelvétel is) előfeltétele az eredményes kezelésnek, kétes esetekben további vizsgálatok szükségesek. Kezelési tervet kell felállítani, számbavéve, hogy restitutio ad integrum egyáltalán elérhető-e.

A szerző a továbbiakban a mozgás articularis, extraarticularis és neuralis zavaraival foglalkozik és példákkal dokumentálja, milyen esetekben érhető el sebészi, és milyen esetekben fizioterápiás eljárásokkal eredmény.

(Ref.: Amennyire elmaradottnak érezzük magunkat, amikor egy-egy közlemény kapcsán egy gazdag kapitalista országgal hasonlítjuk össze technikai lehetőségeinket, annyira megnyugtat, amikor ugyanannak az országnak a szervezési lehetőségeivel hasonlítjuk össze szocialista egészségügyünk feltételeit. A szerző itt olyan hiányosságokra hívja fel a figyelmet, amelyeket traumatológiai hálózatunk — a sérülteknek a munkába állásig történő gondozásával — már jórészt felszámolt. Sőt helyenként — mint pl. a fővárosban — még a szerző céljain túlmenően, a rehabilitációs-helyreállító sebészeti kezelést a foglalkozási rehabilitáció kezdeményezéséig terjesztette ki. A mozgásszervi rehabilitációs hálózatunk további kiépülése — a közleményben is hangsúlyozott jó interdiszciplináris együttműködés megvalósulása esetén — az elért eredményeket országossá teheti, amivel a sérültellátás színvonalát jelentősen javíthatja tovább.)

Kazár György dr.

Urológia

Veseműködés hydronephrosisban. Bratt, C. G., Aurell, M., Nilsson, S. (Departments of Urology and Nephrology, University of Göteborg and Sahlgren's Hospital, Göteborg): British Journal of Urology 1977, *49*, 249—255.

A zsákvese kialakulásának kóroktana ma sem tisztázott teljesen. Egyes kutatók a vesemedence — ureter átmenet izomrétegének tulajdonítanak jelentőséget. Fejlődési rendellenesség, illetőleg „functionalis stenosis" állhat a betegség hátterében, ezért a gyógyítás egyre inkább a műtéti beavatkozás (pyelon plastica, -plicatio) felé halad).

A szerzők 50 zsákvesében szenvedő beteget vizsgáltak, akiknél a pyelo-ureteralis határ functionalis elzáródása állt fenn. 38 beteget megoperáltak. 10 betegen veseeltávolítást, 28-on pyelon plasticát végeztek.

Mindegyik betegen clearance (GFR) és izotóp renographia történt. A vesefunctiós értékek a műtét után változatlanok maradtak. Az operált és nem operált betegeket 3—5 évig kísérték figyelemmel, de lényeges változást nem észleltek.

Vélményük szerint a pyelo-ureteralis határ rendellenességei esetén kialakuló zsákvesét csak csökkenő veseműködés és súlyos tünetek kialakulásakor kell operálni: ha fokozódó deréktáji fájdalom, vérvizelés és gyulladás keletkezik. A kőképződésnek kicsi a valószínűsége. A műtéti beavatkozás nem sürgős, mert 3—5 éves megfigyelés alatt a nem operált esetekben lényeges működés csökkenés nem volt.

A hydronephrosisban szenvedők évenkénti ellenőrző vizsgálata igen fontos: clearance, izotópvizsgálat, pyelographia az esetleges kőképződés kizárására.

Bulcsu Elemér dr.

A hormonháztartás változása hereeltávolítás után. Bracci, U., Di Silverio, F. és mtsai (Institute of Urology and Institute of Pathology, University of Roma): Journal of Urology 1977, *49*, 161—166.

Igen elterjedt a prostata carcinoma komplex kezeléseként az orchidectomia, majd az ezt követő gyógyszeres therapia (oestrogen antiandrogen, cyproteron acetat). A szerzők az orchidectomiát követően öt évig figyelték a plasma testosteron (T), FSH és LH, valamint a cortisol (C) szintváltozását. A T-t három havonként, a többi hormont az első és az ötödik évben határozták meg.

14 beteget tartottak megfigyelés alatt. Az ötéves periódusban a betegek hormonkészítményt nem kaptak. 10 esetben a biopsia adenocarcinomát, 4-ben anaplasiát mutatott.

A vér plasma T szintje a műtét után 1/9 részére csökkent, és a tumor részleges regressiót mutatott. 5 év múlva a daganatos szövet az esetek kétharmadában jelentősen visszafejlődött. A többi vizsgált (C, FSH, LH) hormonszintben is jelentős változások történtek. A cortisol-szint az 5. évre a műtét előttinek 2,5-szeresére, az FSH közel kétszeresére, az LH háromszorosára emelkedett. Két betegnek, akiknél 5 év múlva csontáttétet találtak, a serum C szintje az alapérték 4,5, illetve 5-szörösére növekedett.

A vizsgálatok szerint hereeltávolítás után a T-szint csökkenése arányos a klinikai javulással. A T csökkenéssel arányosan emelkedett a gonadotrop-szint. A cortisol emelkedése mellékvese túlműködés eredménye. Orchidectomia után emelkedik a mellékvesekéreg enzim aktivitása, nő a steroid- és androgen-szint.

A hereeltávolítás utáni C és androgen titer vizsgálata lehetővé teszi a daganatos szövet aktivitásának az ellenőrzését.

Bulcsu Elemér dr.

Vesebetegségek

Haemodialysis a vena femoralis percutan punkciójával. Fuchs, H. J. és mtsai (Medizinische Universitätsklinik 5300 Bonn, 1. Venusberg.): Dtsch. med. Wschr. 1977, *102*, 1280—1284.

A szerzők a vena femoralis punkcióját Seldinger-technikával végzik, és a vénába helyezett kathetert kapcsolják össze a művesekészülékkel. „Egytűs-pumpa" használata esetén egy, máskor két külön punkcióval két kathetert helyeznek fel. A punkció helyéről származó vérzés veszélyének csökkentésére a kezelés után a heparint protamin sulphattal közömbösítik.

1966—1976 között összesen 5306 vena femoralis katheter behelyezést, illetve 2939 haemodialysist végeztek ily módon. Egy betegen a legtöbb vena femoralis punkció 154, 189, illetve 364 volt; 18 hónapon át kizárólag ezen módszer segítségével kezeltek egy beteget. 120 akut uraemiás kezelése során, 52 krónikus haemodialysisben részesülő betegen shunt-szövődmény miatt, 170 betegen a végleges shunt elkészültéig alkalmazták a vena femoralis punkcióját.

Súlyosabb szövődményt 5 alkalommal észleltek. Egy esetben az arteria femoralis punkciója halálos elvérzést okozott, bár közrejátszott az is, hogy a műtét későn történt. 3 esetben műtétet igénylő retroperitonealis haematoma képződött a vena femoralis perforációja miatt. Egy betegen a nervus femoralis laesiója okozott panaszokat. 100 vena femoralis punkció során akaratlanul 5—7 esetben történt az arteria punkciója; a kathetert ilyenkor kihúzták és negyedórás kompresszió után most már a vena femoralis punkciójával folytatták az eljárást. Kellemetlenséget jelent, hogy a kezelési idő alatt a betegnek háton, majdnem mozdulatlanul kell feküdnie.

A módszer előnye, hogy 15 percen belül elkezdhető akut esetben a haemodialysis, vagy a haemoperfusio; jó véráramlást biztosít és nem okoz végleges véredény-károsítást, mint a Scribner-shunt; segítségével áthidalható az az időszak, amíg a végleges arterio-venosus fistula elkészül.

A szerzők is hangsúlyozzák, hogy a vena femoralis katheterezés a krónikus haemodialysis kezelés során véglegesen nem helyettesítheti a Cimino-fistulát.

Gál György dr.

Nephrosis-syndroma vesicoureteralis reflux során. Woods, H. F., Walls, J. (Leicester General Hospital, Leicester, Anglia): Brit. Med. J. 1976, *4*, 917.

A vesicoureteralis reflux és az idült pyelonephritis társulása jól ismert esemény s ilyenkor általában kisfokú proteinuriával szoktunk találkozni. Ha a fehérjevizelés kifejezett, azaz napi 3 gramm feletti, feltétlenül glomerularis károsodás alapos gyanúját jelenti. Ebből a szempontból tanulságos a szerzők betegének kórrajza.

A 12 éves fiúval először 1967-ben találkoztak: ekkor már 2 hónapja volt időnként fellángoló, lázzal járó fájdalmas vizelése. Ennek hátterében kétoldali, nagyfokú refluxot tudtak kimutatni. Kezelés: exacerbatiók esetén antibioticum. Így a beteg évekig aránylag jól érezte magát, normális vérureanitrogénszinttel. 1971-ben viszont már féléve fennálló periorbitalis vizenyői voltak. Ekkor fehérjevizelése napi 6 g volt, serum-összfehérjeszintje 3,5 g/100 ml, — ebből albumin: 1,5 g/100 ml — a kreatinin-clearance pedig mindössze 18 ml/min. Vesebiopsia alkalmából jól látható volt a basalis membran megvastagodása; kórisme: glomerulonephritis membranosa. 1974 októberében a clearance-érték már csak 5 ml/min volt és 1975 januárjában uraemia, tüdővizenyő és felsőlégúthurut kórismékkel vették fel. Kezelés: eleinte peritonealis dialysis, majd ennek eredménytelensége miatt ezt haemodialysissel folytatták. 1975 júliusában kétoldali veseeltávolítás történt. A szövettani vizsgálat megerősítette a membranosus glomerulonephritis kórisméjét, s immunofluorescentiával sikerült IgG-pozitivitást is kimutatni. 1975 augusztusában hullavese-átültetés, mely azonban csak átmeneti eredménnyel járt s a beteg a későbbiekben rendszeres művesekezeléssel él tovább.

Nephrotikus syndroma okozta masszív fehérjevizelést írtak már le mind vesicoureteralis reflux, mind idült pyelonephritis társulása esetén. Elvileg lehetséges egyszerű coincidentia is, azonban az esetek többségében nem erről van szó. Kísérletesen elő lehet idézni membranosus glomerulonephritist homolog vesetubulus epithelialis antigenjével s ekkor ezen antigen depositumait ki lehet mutatni a glomerulusokban. Lehetséges, hogy reflux esetén tubularis epithelialis antigen szabadul fel és kerül be a keringésbe a vesetubulus sérülése miatt, illetve, contactusba lépve az immun-competens sejtekkel, a bekerülés útja a gyulladásos sejtinfiltratumokon át vezetne. Bármilyen is ez a mechanizmus, miután nem történik meg az antigennek „sajátként" történő felismerése, ez már antitest-keletkezést von maga után. Tartós antigen-stimulatio esetén immunkomplexek keletkezhetnek s ezek előidézik a glomerularis sérülést. Betegük glomerulusaiban ugyan nem tudtak kimutatni tubularis epithelialis antigent, azonban, ez nem is szükséges a fentiek bizonyításához, így a szerzők véleménye, hogy esetükben a proteinuria oka a kifejezett vesicoureteralis reflux volt.

Major László dr.

Thrombocyta és glomerulonephritis. Cameron, J. S. (Guy's Hosp., Dept. Med., Renal Unit, London, SE 1 9RT): Nephron 1977, *18*, 253—258.

A glomerularis basalis membran ellenes antitest okozta nephritisben a glomerularis sérülés módja pontosan nem ismert. Általában a solubilis complexeket tartják oki tényezőnek, de a coagulatio, a thrombocyták szerepe is döntő a kép kialakulásában és a progressióban. Ez utóbbi fontosságára hívja fel a figyelmet a cikk, amely két részre tagozódik, egyrészt kísérleti munkát, másrészt emberi nephritisre vonatkozó vizsgálatokat, megállapításokat tartalmaz.

Kísérletes vizsgálatok szerint a complexek magukban nem, csak egyéb anyaggal (pl. histamin)

együtt adva hoznak létre sérülést. In vivo ez a mechanizmus jelentősen függ egy speciális antigen hatására felszabaduló thrombocyta-aktiváló faktor (PAF) release-étől, amely az immunizáló antigen ellen termelődött IgM által érzékenyített basophil sejtekből szabadul fel. Ennek hatására a thrombocytákból vasoaktiv aminok válnak szabaddá, amelyek fokozzák a vascularis áteresztő képességet és lehetővé teszik a complexek lerakódását. Az aggregált IgG-k közül az IgG_2 és az IgG_4 szintén létrehozhat thrombocyta-aggregatiót és release-reactiót, de az IgG_1 és az IgG_3 alosztályok már inaktivak. Kísérletes munka igazolta, hogy ADP-vel elősegített thrombocyta aktiválódásra egy fokális, segmentalis elváltozás, tartós hypertonia alakul ki, melynek létrejötte heparinnal, Warfarinnal nem, de antiserotoninnal, antihistamin-agensekkel kivédhető.

Emberi nephritisek esetében thrombocyta-thrombusokat kimutatni nem sikerült, de radioaktív vizsgálatokkal igazolták, hogy a sérülés súlyosságával párhuzamosan a thrombocyta-turnover fokozott, elsősorban a mesangiocapillaris glomerulonephritisben és a fokális segmentalis glomerulosclerosisban. A thrombocyták alacsony serotonin koncentrációja in vivo thrombocyta-aggregatióra utal, másrészt a PAF jelenléte, az alacsony basophil-szám is a thrombocyta aktiválódás indirekt bizonyítéka. A szimultán elvégzett egyéb turnover-vizsgálatok csak enyhe eltérést mutattak.

Egy újabb adat, hogy ti. az immunkomplexek a Hageman faktor aktiválására nem képesek, a thrombocyták jelentős szerepét és az aggregatio fontosságát hangsúlyozza a fibrin-lerakódásban. A cikk végezetül röviden foglalkozik a thrombocyta-aggregatióért, a release reactióért felelőssé tehető tényezővel és a therápiás lehetőségekkel.

Misz Mária dr.

Veseelégtelenség végstádiuma juvenilis diabetes mellitusban. Mitchell, J. C. (Div. of Nephrol. and Int. Med., Mayo Clin., Rochester, Minn., USA): Mayo Clin. Proc., 1977, *52*, 281—288.

Veseelégtelenség végstádiumában levő 43 juvenilis diabeteses beteg sorsának 5 éves nyomonkövetéséről szólt a cikk. A 26 férfiből és 17 nőből álló beteganyag átlagos életkora 36 év, diabetesük 30 éves koruk előtt kezdődött, ennek átlagos tartama 21 év. Valamennyiüket transplantatiós programba vették, micro- és macrovascularis szövődmények jelentős számban voltak a programbavétel előtt (hypertonia, myocard. infarctus, peripheriás érrendszeri károsodás, 100%-os retinopathia), a neuropathiás szövődmény aránya is magas, 85% volt.

5 év múlva dialysissel 3 beteg élt, transplantatióval 25, közülük 8 beteg 3 évvel a transplantatio után. Összesen 15 beteg halt meg (10 férfi, és 5 nő), a halálért 56%-ban cardio- és cerebrovascularis szövődmény, 27%-ban infectio volt felelős. Az 1 éves túlélés 66%, a 2 éves 61%, az 5 éves túlélés 58% volt.

20 beteg élő rokon veséjét kapta, az átültetés előtti átlagos dialyzálás 67 napos volt. 13 beteg nagy adag methylprednisolonnal előkezelt hullavesét kapott, az ő átlagos dialyzálásuk a transplantatio előtt 234 nap volt. A kétféle veseátültetés utáni túlélés különbözött egymástól, a hullavesét kapottak túlélése 1 év múlva 65%, 2 év múlva 49%, 3 év múlva 32% volt. A rokontól származó vesét kapottak túlélése 88% és még 3 év múlva is 85%. Újabb adatok szerint ez a különbség nem enynyire kifejezett, ha a hullavesék előkezelése nemcsak steroiddal, hanem cyclophosphamiddal is történik.

A transplantatio előtti szövődményeket a veseátültetés jelentősen nem befolyásolta, így többek között további vakság fordult elő, a peripheriás érelzáródás sem stabilizálódott, annak a 16 betegnek, akik 1 évvel túlélték az átültetést, fele szorult végtag-amputatióra. A neuropathiás szövődmények közül 8 beteg állapota javult. 28 túlélő betegből (16 férfi és 12 nő) 19 továbbra is munkaképtelen maradt.

Bár az eredmények csak a dialysisen tartott betegekhez viszonyítva jobbak, a szerző végkövetkeztetése mégis az, hogy a korai transplantatio (még a szövődmények fellépte előtt) jelentős mértékben változtathatja meg a betegek sorsát, életkilátásait.

Iványi János dr.

A veseerek embolizációjának aktuális kérdései. W. Bischoff, H. Goerttler (Urol. Abteil. im Zentrum Chir. und Abteil. für Röntgendiagnostik im Zentrum Radiol. der Univ. Freiburg): Dtsch. med. Wschr. 1977, *102*, 901—906.

A veseerek embolizációjára autolog anyagokat (véralvadék, homogenizált izompép), ill .heterolog anyagokat (rezorbeálódó zselatin, szilárd és folyékony műanyagok, fémspirál, ballonkatheter) alkalmaztak. Az egyik csoporthoz tartozók rekanalizálódnak, a másikhoz tartozók maradandó érelzáródást okoznak. Az embolizációs anyagokat szub-, ill. szuperszelektív katheterezéssel juttatták a veseerekbe.

A művi embolizáció indikációi: *1.* Haematuria (trauma, postoperatív, érfejlődési rendellenességek, hamartomák). *2.* Operabilis vesetumorok esetén a következő elgondolások alapján: műtét előtt a tumort megkissebbíteni; a műtéti technikát könnyíteni, teljes vérkiürítés; a tumorsejtek szóródását megfékezni; könnyebb legyen a mobilizálás; a tumor vascularizáltságát csökkenteni. *3.* Inoperábilis vesedaganatok (az arteriás elzáródás ugyan nem akadályozza a tumor növekedését, csak gyorsaságát csökkenti, mert a daganat a kollaterálisokon keresztül kap vérellátást). *4.* Intravasalis sugárkezelés.

Az embolizációs anyagok alkalmazásának fő veszélyei: az embolizátum refluxa; más erek elzáródása; az embolizátum átáramlása pathologiás érképleteken (arteriovenosus fistula).

A veseerek intraarteriális embolizációja nem csekély megterhelést jelent a betegek számára, ezért praemedikációban, ill. narkózisban végezték.

Szövődmények: 1. Postemboliás fájdalmak (intenzitása és időtartama különböző). *2.* Postemboliás vérnyomásemelkedést figyeltek meg néhény esetben. *3.* Refluxkomplikáció. *4.* Postemboliás véralvadás változás. *5.* Postemboliás hőmérsékletemelkedés (24 órától 3 hétig tarthat szövetnekrózis miatt). *6.* Serum-lactatdehydrogenase-szint emelkedés az embolizáció után. *7.* Postemboliás infectio (antibiotikus kezelése még nem teljesen megoldott kérdés). *8.* Postemboliás kontrasztanyag-toxicosis.

Tóth Csaba dr.

Véralvadás, thrombosis

A fibrinolytikus aktivitás változása műtét után. Griffith, N. J. és mtsai (Dept. of Surgery, University of Manchester School of Medicine, Hope Hospital, Salford): Lancet 1977, *II*, 635—637.

Trauma és műtét után a vér spontán fibrinolytikus aktivitása csökken. Ez a csökkenés legkifejezettebb a közvetlen postoperativ periódusban, ami érthetővé teszi, hogy miért gyakoriak a közvetlen postoperativ thrombosisok. A spontán fibrinolytikus aktivitás fenntartója a vascularis endothelből a vérbe történő fibrinolysisaktivátor anyag invasio. Következésképpen lehetséges, hogy a postoperativ fibrinolytikus aktivitás csökkenés ezen enzim releasének a kimerüléséből adódik. A szerzők e feltételezés igazolására végeztek vizsgálatokat 20 betegen aképpen, hogy vizsgálták a plasminogén-aktivátor release-t strangulatióval előidézett vénás pangás kapcsán praeoperatíve, valamint a postoperatív időszak különböző periódusaiban. Azt találták, hogy a korai postoperativ periódusban a fibrinolysis-aktivátor release szignifikánsan csökkent, igazolva ezúttal is azt a feltételezést, misze-

rint az elégtelen fibrinolytikus aktivitásnak „endothelialis elégtelenség" az oka. A trauma, műtét, valamint myocardialis infarctus, csonttörések stb. kapcsán a heveny szakban — ill. a műtét alatt — a vascularis endothel aktivátor készlete hirtelen merül ki és csak lassan regenerálódik. Vizsgálataik sem adnak választ azonban arra a kérdésre, mi az oka a disseminált malignus daganatokban szenvedő betegek ugyancsak csökkent spontán fibrinolytikus aktivitásának.

Berkessy Sándor dr.

A mélyvénás thrombosis kisdosisú heparin-profilaxisa heveny cerebrovascularis insultus után. McCarthy, S. T. és mtsai (Dept. of Geriatric Medicine, Oxford Area Health Authority): Lancet 1977, *II*, 800—801.

A heveny cerebrovascularis insultusokat követően a legsúlyosabb és leggyakoribb szövődmények egyike a mélyvénás thrombosisok kialakulása, ami nemritkán a beteg halálának közvetlen oka is. ^{125}J-fibrinogén scanninggel vizsgálva nem kevesebb mint az esetek 60%-ában kell e szövődménnyel számolni. Post mortem vizsgálatok szerint e betegek 50 százalékában találhatók soliter vagy multiplex pulmonalis emboliák! A postoperativ mélyvénás thrombosisok profilaxisában eredményesnek bizonyult kis dosisú heparin profilaxis kínálja, hogy ezekben az esetekben is éljünk e lehetőséggel.

A szerzők 32 betegen végeztek összehasonlító vizsgálatokat: 16 beteget részesítettek 14 napon át napi 4×5000 E sc. adott heparin kezelésben, 16 betegnek heparint nem adtak. (Heparin therapiában csak azok részesültek, akiknek liquora vért nem tartalmazott, diastolés vérnyomása 120 Hgmm alatt volt, ezenkívül nem szenvedtek haemorrhagiás diathesisben és nem volt ulcus-betegségük.) A heparinnal nem kezelt betegek 75 százalékos mélyvénás thrombosis-frequentiájával ellentétben, a praeventióban részesítettek között csak 12,5% volt a thrombosis kialakulása. A kezelés eredményeként állapotrosszabbodásról nem számolnak be.

Berkessy Sándor dr.

Tüdő-embolia a pathologus szemszögéből. Ziegler, H.-K. (Path. Inst. Krankenanstalt, Sarepta Bethel): Med. Klin. 1977, *72*, 1063—1070.

A II. világháború után a thrombosis prophylaxissal kapcsolatos kezdeti optimizmus ellenére a közlemények a tüdő-emboliák azonos gyakoriságáról, vagy a háború előtti számok megkétszereződéséről, vagy a hatvanas évek alatti lassú csökkenéséről számolnak be. Okként a magasabb életkort, jobb anyagi helyzetet jelölik meg.

A szerző saját 20 éves sectiós anyagán vizsgálja a tüdő-embolia gyakoriságát, klinikai-kórbonctani összefüggéseit. Csecsemőkorban tüdőemboliát nem észlelt. Gyermek- és ifjúkorban is ritkaság; itt feltűnő volt a nephrosis syndromában való gyakorisága. 20 éven felüli 3947 boncolási anyagában (2630 férfi, 1317 nő) 688 (17,4%) tüdő-emboliát talált; ebből 436 esetben (11%) egyedüli vagy lényeges halálok volt. Szoros korreláció áll fent az életkor és tüdőembolia gyakorisága között; magasabb életkorral nő a tüdő-emboliák gyakorisága. A tüdő-embóliának mint haláloknak elemzésében megállapítja, hogy ha csak kis alvadék sodródik a tüdőbe, ritkán okoz klinikailag észlelhető tüneteket. Meglepő azonban, hogy masszív, halálos tüdő-emboliára gyakran nem gondolnak. 688 tüdő-emboliából 436 esetben (63,4%) ez volt az egyetlen vagy lényeges halálok. Klinikailag csak 120 (27,5%) esetben gondoltak tüdőembolia lehetőségére, főleg klaszszikus „előbetegségek" (traumák, égés, postoperatív állapot, tumor) esetén, és csak ritkán különböző szívbetegségek kapcsán. Haemorrhagiás tüdő-infarctus 205 (29,8%) fordult elő 688 tüdő-embolia közül. A szerző leletei nem erősítik meg azt az általános irodalmi nézetet, hogy az infarctus a szív balkamrai elégtelenségének egyidejű fennállása mellett lép fel. A gyakran recidiváló és klinikailag észrevétlen maradt tüdő-emboliák gyakran vezettek idült cor pulmonale syndroma kialakulására, amikor is a halál jobb szívfél elégtelenség folytán lépett fel. A teljes jóllét melletti mors subita oka is lehet a boncoláskor kimutatható tüdőembolia (10 eset). Ritka szövődmény a paradox embolia, amikor az embolus a nyitott foramen ovale-n a nagy vérkörbe kerül.

A pathogenesist illetőleg a tüdő-embolia mindig másod-, illetőleg harmadik betegség és az esetek túlnyomó többségében a lábszárvénák thrombosisa előzi meg; a thrombosis kóroktanában a *Virchow-féle triász* (érfalkárosodás, véráramlás lassúbbodása, vérösszetétel megváltozása) koncepcióján ma sem jutottunk lényegesen tovább.

Az emboliát elősegítő alapbetegségek (rizikó-faktorok) így csoportosíthatók: 1. *Szívbetegségek* állnak az első helyen (159 eset, 23,7%), amelyek a nagy vérkör vénás szakaszában hátrafelé pangást okoznak (veleszületett és szerzett szívbillentyűhibák, cor pulmonale syndroma); 2. *Daganatbetegségek:* a daganatos betegek thrombosis hajlama a legfontosabb paraneoplasia (159 eset, 23,7%); 3. *Agyszervi folyamatok* (epilepsiát is belefoglalva): agylágyulás, központi idegrendszeri vérzések, daganatok) az immobilizált beteg keringés zavarai folytán gyakran szövődnek tüdő-emboliával (102 eset; 15,2%); 4. *Sebészi betegségek* (98 eset; 14,6%): postoperativ emboliás szövődmények, balesetek, égések); 5. *Anyagcserebetegségek* (82 eset; 12,2%); elsősorban a diabetes mellitus; ritkán a pajzsmirigy hyper-, vagy hypofunctiói; 6. *Fertőző betegségek* (tbc még ma is; grippe) (39 eset; 5,8%); 7. *Psychosisok* (27 eset; 5,4%): schizopren formakör; depressio; 8. *Pancreatitis* (22 eset; 3,3%); 9. *Ovulatio gátlók* szerepe az irodalomban vitatott, de a szerző eseteiben rizikófaktorként szerepel; 10. *Az intenzív kezelés* beavatkozásai is fokozhatják az embolia veszélyét (diagnosztikus és therápiás venakatheter; pacemaker).

ifj. Pastinszky István dr.

Anyagcserebetegségek

Hyporeninaemia és hypoaldosteronismus diabetes mellitusban. Perez, G. O. és mtsai (V. A. Hospital, Dialysis Unit, 1201 NW 16th St., Miami, FL 33125, USA): Arch. Intern. Med. 1977, *137*, 852—855.

Néhány ellentmondó adat ismeretes diabetesben a renin-angiotensin-rendszer aktivitásáról. A reninszint csökkenését vagy változatlan voltát összefüggésbe hozzák a diabetesben észlelt szövődményekkel vagy ezek hiányával, de egységes álláspont eddig még nem alakult ki ebben a kérdésben. Mivel olyan adatok is találhatók, melyek szerint tartósan fennálló diabetesben hyperkalaemiás hyporeninaemiás aldosteron csökkenés észlelhető, a floridai szerzők hyperkalaemiás és normokalaemiás diabeteseseken és egészséges önkénteseken vizsgálták a renin- és az aldosteron-szint viselkedését legalább 4 napon át 10 maequ nátriumot és 50 maequ káliumot tartalmazó napi diéta fogyasztása után éjszakai fekvést követően, majd a vizsgáló asztal 90 fokos döntése után és 2 órás járkálás befejeztével. A hyperkalaemiás diabetesesek átlagos életkora 54 év volt, diabetesük átlagos tartama 17 év, átlagos napi insulin adagjuk 20 E, átlagos serum káliumszintjük 5,8 maequ/l, kreatinin clearance átlagértékük 59 ml/min. volt. A normokalaemiás 5 diabeteses átlagos életkora 10 évvel, diabetesük tartama 14 évvel volt kevesebb az előző csoport 7 betegénél, clearance-értékük normális volt. Egy beteg kivételével valamennyi férfi volt.

A plasma *renin aktivitás fekvő helyzetben* mérve a *normokalaemiás* csoportban, *testhelyzet változtatás után mindkét diabeteses* csoportban, *2 órás járkálás után a normokalaemiás* csoportban volt *szignifikánsan alacsonyabb* a kont-

rollhoz, illetve az első és befejező fázisban a kontrollnál alacsonyabb hyperkalaemiás értékhez viszonyítva. A vérnyomásértékek egyik csoportban sem különböztek szignifikánsan egymástól. — A plasma *aldosteron-szintje mindkét diabeteses csoportban* a három különböző pozícióban meghatározva *szignifikánsan alacsonyabb* volt, mint a kontroll csoportban.

A renin-angiotensin rendszer aktivitásának csökkenése mindkét diabeteses csoportban nem az életkorral, sem csökkent catecholamin stimulatióval, feltehetően nem a juxtaglomerularis apparatus károsodásával, nem acut hyperglycaemia következtében kialakulható extracellularis folyadékvolumen növekedéssel hozható összefüggésbe, mert mindkét csoportban azonos szintű minimális hyperglycaemia volt megfigyelhető a vizsgálat időpontjában, s az insulin adagja is csaknem azonos volt mindkét csoportban.

Az a tény, hogy a hyperkalaemiás csoportban a plasma aldosteron-szintje alacsonyabb volt, mint a normokalaemiás csoportban, a kálium szerepére is felhívja a figyelmet, melynek szabályozásában az aldosteronnak és insulinnak egyformán szerepe van.

Iványi János dr.

Biguanidok és tejsavacidosis diabetesben. Szerkesztőségi közlemény: British Medical Journal 1977, *2*, 1436.

Mintegy 20 éve kezelik a felnőttkori diabetest biguanidokkal. E szerek csökkentik a vércukor szintet azáltal, hogy gátolják a glukóz felszívódását és növelik a glycolysist, mérséklik a glyconeogenesist alaninból, piroszőlősavból és tejsavból. Ezáltal elkerülhetetlenül emelik a serum tejsav koncentrációját; ezt normális esetben is phenforminnal kezelt betegekben magasabbnak találták, mint metforminnal kezeltekben. Mindkét szert a vese választja ki. A vesekárosodáson kívül májbetegség (a phenformin a májban metabolizálódik) és alkoholfogyasztás okozhat hyperlactataemiát. Végzetes lactatacidosis metformint szedőkön nagyon ritka, phenformin alkalmazása esetén sokkal gyakoribb: kb. 200 esetben phenformin, 14 esetben metformin okozott eddig tejsavacidosist. Franciaországban, ahol főleg metformint használnak, elenyészően kevés, míg Nagy-Britanniában, ahol a phenformin az elterjedtebb, sok tejsavacidosis fordul elő.

A tejsavacidosis többször praedisponáló betegség nélkül lépett fel, gyakran rövid idővel a kezelés megkezdése után, átlagosan két hónap múlva. Minthogy a mortalitas nagy (50—60%), fontos a gyors diagnosis és kezelés. Legfőbb jellemző a vér lactat koncentráció 5 mM fölé emelkedése. A kezelésben döntő a keringés összeomlása és a metabolikus acidosis elleni küzdelem: alkali infusio (150—2500 mM bicarbonat lehet szükséges), súlyosabb esetekben peritonealis vagy haemodialysis jön szóba. Insulin és glukóz adásáról még nincs egységes vélemény, de az előbbi szükséges a hyperketonaemia leküzdéséhez.

Az USA-ban a phenformint kivonták a forgalomból és Nagy-Britanniában is javasolták ugyanezt. A leírtak miatt ajánlatos elkerülni a biguanidok adását vesebetegségekben, szívelégtelenségben, májkárosodás esetén. Intercurrens betegség felléptekor még a kevésbé veszélyes metformint sem jó adni, át kell térni insulinra. Mindezek ellenére a biguanidokat nem kell teljesen kihagyni a diabetes kezeléséből és főleg kövér betegeknek nyugodtan adható.

Berlin Iván dr.

A perinatalis túltáplálkozás jelentősége az elhízás és diabetes mellitus pathogenesisében. Dörner, G., A. Mohnike (Inst. exp. Endokrinologie der Humboldt-Univ. Berlin und Zentralstelle für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten Berlin): Dt. Gesundh.-Wesen, 1977, *32*, 2325—2328.

A szerzők véleménye szerint alig kétséges, hogy *a perinatalis táplálkozás az elhízás és diabetes pathogenesisében szerepet játszik.* Ezt az alábbi adatok támasztották alá: 1. A szerzők experimentalis tapasztalatai szerint a korai postnatalis túltáplálás az éretlenül született patkányok későbbi testsúlyemelkedését fokozta. 2. A késői praenatalis túltáplálás az éretten világra jött tengerimalacok későbbi testsúlyát is növelte. 3. A kalóriaszegény világháborús és azt követő években született emberek később szignifikánsan ritkábban híztak el, mint a kalóriagazdag békeévekben születettek, sőt ezek között a hyperlipoproteinaemia és hypertonia is ritkábban fordul elő. 4. Felnőttkori cukorbetegségben a familiaris anyai diabeteses terheltség gyakoribb, mint az apai. Az arány: 2,5—1. 5. A kalóriaszegény években születettek között a diabetes is ritkábban fordul elő és a különbség erősen szignifikáns.

A kérdés most már csak az, hogy ebben *a praenatalis anyai, vagy postnatalis csecsemő túltáplálás játszik-e elsősorban szerepet?* Több mint 200 felnőttnél párhuzamos és szignifikáns összefüggést láttak az életkor első 3 hónapjának súlyfelvétele és a későbbi felnőttkor testsúlya között és ugyanazt tapasztalták 6—15 éves fiatal fiúk és lányok testsúlyát vizsgálva is. Kisebb, de még mindig szignifikáns pozitív összefüggést tapasztaltak a születési súly és 6—15 évesek testsúlya között is. A második 3 hónap és a későbbi testsúly között viszont már szignifikáns összefüggést nem tapasztaltak. Ezek szerint *mind a korai postnatalis, mind a praenatalis túltáplálás, ill. túltáplálkozás fontos szerepet játszik az elhízás és diabetes mellitus pathogenesisében.* Azok a csecsemők, akik a 3. hónap végén 6 kg-nál nehezebbek voltak, 6—15 éves korukra sokkal kövérebbek lettek, mint a 6 kg-os csecsemősúly alattiak, és ez a különbség erősen és nagyon szignifikánsnak bizonyult. Az NDK-ban az utóbbi 2 évtizedben az újszülöttek 6,8%-a volt 4000 g-os, vagy ennél nehezebb, míg a háborút követő években csak 2,9%-uk. Ez a különbség is erősen szignifikáns. Retrospektive az össznépesség születési súlyának átlagát csak 5,4%-ban találták 4000 g-nak, vagy e felettinek, ugyanakkor a juvenilis cukorbetegek 17,7%-ában, a felnőttkori cukorbetegeknek pedig 31,4%-ában észlelték ugyanezt.

A tapasztalatok egyben *az elhízás és diabetes megelőzésének új lehetőségeire* is rámutatnak: 1. Kerülni kell a terhes asszonyok praenatalis túltáplálását. Normálsúlyú asszonyok testsúlytöbblete a terhesség folyamán 11—12,5 kg-nál ne legyen több, az elhízottaké pedig legfeljebb 8—10 kg. A jelentősebb súlyfelvételt főleg a terhesség első 3 hónapjában célszerű elkerülni, de annak második felében se legyen több heti 0,5 kg-nál. 2. Az újszülött túltáplálását mindenekelőtt az első 3 postnatalis hónapban kell elkerülni. A szoptatott csecsemők hízása mérsékeltebb, ellenállóképessége pedig nagyobb, mint a mesterségesen táplálté. Az újszülött súlyemelkedése az első 3 hónapban ne legyen több 2300 g-nál (max. 2700—3000 g), az összsúly pedig a 3. hónap végén ne legyen több 6000 (maximálisan 6500) g-nál. A kalóriamentes folyadékfelvételre azonban ugyanakkor gondosan ügyelni kell és a súlyemelkedést a kalóriamennyiség napi többszöri felosztásával is el lehet kerülni.

(Ref.: A közlemény is alátámasztja azt a modern álláspontot, hogy káros az a régebben általánosan elfogadott felfogás, amely a csecsemő és gyermek kövérségét az egészség jelének tekintette, a terhes és gyermekágyas asszonyok látogatását pedig a hízlaló „szénhidrátcsodák" folyamatos ajándékozásával kötötte egybe. De a gyermekkorban sokzsírsejtű hyperplasiásan elhízott kövér egyént lefogyasztani is sokkal nehezebb, mint a felnőttkorban nagyzsírsejtűen elhízott hypertrophiás kövéret. Referáló maga is — fogyási nehézségei miatt — most issza meg annak a levét, hogy 6 hónapos korában 13 kilójának csodájára jártak.)

Angeli István dr.

Akaratlagosan előidézett hypoglycaemia. Scarlett, J. A. és mtsai (Dept. of Med. and Biochem., Univ. of Chicago, 950 E 59th St., Chicago, IL 60637, USA): N. Engl. J. Med., 1977, *297*, 1029—1032.

Az akaratlagosan előidézett hypoglycaemia tünetei nem különböznek az insulinoma okozta hypoglycaemia tüneteitől, az elkülönítés adott esetben pedig fontos lehet. A jórészt chicagoi 10 fős munkacsoport immunoreactiv insulin és C-peptid méréssel, valamint insulin ellenes antitestek kimutatásával próbált használható módszert nyújtani a vitás esetek elkülönítésére.

8 betegen végezték vizsgálataikat, ezek többsége ápolónő volt. Egy betegük orvostanhallgató volt, az ő esetében is felmerült annak a lehetősége, hogy valamilyen céllal insulint adott magának, de a részletes vizsgálatok malignus szigetsejtes tumort derítettek ki nála. A 7 beteg rövid kórrajzából kiderül, hogy többségük kimerítette a psychiatriai eset fogalmát, közülük egy 20 éves orvosi technikus heroinista is volt, a vizsgálat előtt 6 éven át adott magának rendszeresen insulint. Felvételére 2 héttel 14 hónapos leánya halála után került sor, akinek 1 alkalommal igen alacsony insulin-szintet mértek hypoglycaemiás rosszullét során. A kisgyermek hypoglycaemiás rosszulléteiről nem történik említés a kiváltó okot illetően.

A szerzők által használt immunoreactiv insulin és C-peptid meghatározás *Kuzuya* és mtsai módszerével történt (Diabetes, 1977, *26*, 22), normálérték C-peptidre vonatkoztatva 1,0—2,5 ng/ml, insulinra vonatkoztatva 5—22 μU/ml volt.

A glucose-értékek rendkívül alacsonyak voltak (18—40 mg% között), a teljes immunoreactiv insulin-szint sokszorosa volt a normális értéknek, 5067 μU/ml volt a legmagasabb érték. Az immunoreactiv C-peptid — egy eset kivételével — alacsonyabb volt a megadott normális értéknél, az insulinoma esetén viszont igen magas, 12 000 ng/ml értéket mértek. Insulinellenes antitestet 4 betegben találtak, közülük kettőnek insulinnal kezelt diabetese volt, a harmadik beteg a magát 6 éve insulinozó beteg volt.

Az akaratlagosan előidézett hypoglycaemia diagnosztizálásában az egyidejűleg észlelt alacsony vércukor-szint, a magas immunoreactiv insulin-érték és az alacsony immunoreaktiv C-peptid-szint bizonyító erejű.

Iványi János dr.

Diabetesesek perspektivái a közeljövőben. Domenge, Ch.: La Tribune Médicale 1977, *6*, No. 412, 6—7.

A somatostatin, azaz a Somatotropin Release Inhibiting Faktor (a továbbiakban SRIF), melynek szerepére egy sor endokrin- és anyagcserebetegségben fény derült, a diabetes patofiziológiáját is lényegesen módosította. A SRIF képes meggátolni a tumoros eredetű endokrin supersecretiókban (akromegalia, Langerhans-adenoma) a somatotropin hormontermelést, valamint az insulin- és glucagon secretiót is.

A SRIF a diabetológiában — különösen a juvenilis diabetesek terén — reménykeltőnek látszik. Hatása több síkon mutatkozik: 1. Az STH-secretiót blokkolja (amelynek excessiv volta lenne felelős a diabeteses mikroangiopathiáért). 2. Csökkenti, ill. megsemmisíti a glucagon secretiót (amely a vércukorszint emelkedéséért felelne, valamint a neuropathia kifejlődéséhez járulna). 3. A postprandialis vércukor-ingadozást csökkenti.

A SRIF — bár pontos hatásmechanizmusa nem ismert — valószínűleg a cyclikus AMP-rendszeren keresztül fejti ki hatását. Nemcsak — mint korábban gondolták: az agy új hormonja — a hypothalamusban, de a Langerhans-szigetekben, a gyomor-bélrendszer egész hosszában megtalálható, s részt vesz a pankreas- a gastroduodenalis szabályozó mechanizmusokban.

Korai lenne előre megmondani a SRIF-ről, hogy milyen jelentősége lesz majd a klinikai diabetológiában. A cerebralis peptidek rövid felezési ideje és nemkívánatos mellékhatásai egyelőre korlátozzák felhasználásukat, de remélhető, hogy szintétikus változataik szelektív hatásúak lesznek, és beválnak majd a klinikai gyakorlatban is. A *somatostatin indikációs területe* sokrétű: a tumoros jellegű hypersecretiók meggátlása (pl. insulinoma, glucagonadenoma), de különösképp a diabetes long term SRIF-kezelése a mikroangiopathia kifejlődését gátolná meg.

(Ref.: a vércukorszint szabályozásában két fő hormon és ezek egymáshoz való viszonya, a glucagon/insulin arány játszik szerepet. A juvenilis, tehát insulinhiányos diabetesesekben a somatostatintól antiglucagon hatást várunk a vércukorszint szabályozása terén; ugyanakkor a somatostatin másik effektusa, a reninaktivitás csökkentése, a diabeteses nephropathia, hypertensio kezelésében is sokat ígérőnek mutatkozik.)

Huber Tibor dr.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROSZER" Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Nyílt levél a MÁV Illetékeseinek és felhívás mindenkihez, aki szívén viseli népünk egészségét.

T. Szerkesztőség! Évek óta szemlélője és sajnos szenvedője vagyok annak a tarthatatlan helyzetnek, ami a MÁV étkező- és büfékocsikban uralkodik. Nem akarok természetesen általánosítani, de sajnos több vonalon is hasonló körülményeket észleltem, ezért gyanítom, hogy az általam vázolandó kép enyhén szólva gyakori. Elöljáróban tartozom az igazságnak annak megállapításával, hogy a Szeged felé közlekedő gyorsvonatok étkezőkocsijában még a legelfogadhatóbb helyzetet találtam, ahol a nem dohányzók védelmére néhány ablakra kiírták a dohányzási tilalmi feliratot és azt ellenőrizték is. Bizonyára ezen kívül más tiszteletre méltó kivétel is akad. Köszönjük ezt a nem dohányzók nevében.

Az étkező- és büfékocsik zöme általában tele van italozó és dohányzó utassal. Sokszor egyenesen vágni lehet a füstöt, pedig a büfékocsiban tilos a dohányzás! Legtöbbször az eladó (vagy pincér) jár elöl „jópéldával", aki maga is az egyik cigarettát a másik után szívja. Többszöri kérdésemre az eladók általában egyöntetűen azt válaszolták, hogy *nem tudják, de nem is akarják* figyelmeztetni a dohányzókat. Ugyanez vonatkozik a kalauzra, ellenőrre stb. Bár sajnos senki sem ellenőrzi, de az legalább ki van írva, hogy meddig tart a hivatalos étkezési idő, *az azonban nincs korlátozva, hogy meddig terjedhet az ivási idő.* Gyakran hazáig vagy záróráig. A szocialista társadalmi együttélés szabályait sérti, hogy a bent italozó (nemegyszer dorbézoló) utasok semmibe sem veszik azokat a kevésbé ügyeseket, akik szintén sorra akarnának kerülni, de arra hiába várnak. Olyanok ezek a büfékocsik olykor, mint a talponálló mozgó kocsmák vagy köpködők. Az emberek lassan már arról is leszoknak, hogy meleg ételt egyenek, hisz egyrészt az árak is aránytalanul magasak, másrészt az adagok kicsik (már kistányérban szolgálják fel az ételeket) s a folytonos lökdösődéstől még állva is alig lehet enni, nem beszélve arról, hogy az ember tányérjába fújják a füstöt. Főként a Déli vasútról 13 óra 25-kor Szombathelyre tartó gyorson észleltem szinte mindig ugyanezt a képet. *Megdöbbentő, hogy mennyi fiatal és mennyi munkásember iszik,* mégpedig nem is keveset. A pultokon kazalszám áll az üres vagy félig megivott drága külföldi import sör s mögöttük nem ritkaság, hogy részeg, üveges szemű emberek dülöngélnek. Egyik kezükben a sörösüveg, a másikban az égő cigaretta, amely még kiégetéssel is fenyegeti a mellette állók vagy elhaladók ruházatát. S ha már a szűk pulton nincs hely az üvegeknek, hát egyszerűen kivágják azokat az ablakon. Hiába a figyelmeztető tábla, hogy nem szabad az ablakon üvegeket kidobni (ez a gyönyörű ország néhány pálya menti törött üveget még elbír!), mint ahogy hiába van a dohányzási tilalmi tábla is kifüggesztve.

A kulturálatlan, gusztustalan és tarthatatlan helyzet miatt 1975-ben a Vas Népében jelent meg hasonló témájú cikkem. A MÁV és Utasellátó illetékesei erőtlen válaszukban bizonyítványukat magyarázgatták és egymásra igyekeztek a felelősséget áthárítani. Miután a helyzet semmit sem változott, 1976-ban a Népszabadságnak is írtam, de — azóta is — „nyugaton a helyzet változatlan". Én azonban nem tudok belenyugodni ebbe a helyzetbe, hisz ellentmondásnak érzem, hogy egyfelől megszüntetni kívánjuk a talponállókat, másfelől I. osztályú üzem ürügyén szaporítjuk őket. Ezért hát nem adom fel a küzdelmet. Meggyőződésem, hogy *valamennyi bajunkért mi mindnyájan felelősek vagyunk. Azok is, akik elkövetik, s azok is, akik szó nélkül eltűrik.* Utolsó mentsváram most már az első számú és a legtekintélyesebb szakmai lapunk, az Orvosegészségügyi Dolgozók Szakszervezetének lapja, az Orvosi Hetilap.

Változatlanul *nem értem, hogy miért kell egyáltalán a vonaton,* amely mint közlekedési eszköz kifejezetten balesetveszélyes, *szeszes italt árulni.* Számos ittas ember esett ki a vonatból s életével fizetett a söröző sért, de közvetve még több balesetet váltott ki a vonaton folytatott italozás. Miért tesszük lehetővé, hogy még a vonaton is berúgjanak az emberek? Hogy ittasan érkezzenek a budapesti közlekedésbe, vagy akár haza? Hogy a vonaton verekedjenek, fület sértő trágár szavakat használjanak, garázdálkodjanak, vagy rongáljanak? Különösen szomorú látni, hogy sorkatonák tömegesen — valószínűleg útban hazafelé — nem találnak jobb szórakozást az ivásnál. Mert sok fiatalnak úgy látszik ma is az a sikk, ha iszik, vagy másokat itat. Lehet, hogy a régi letűnt gavallérok kuláns virtusa kísértene még ma is, és feltámadt szellemük atavisztikus hatásával lenne dolgunk?

Jó dolog, hogy ma már nem kell a vonatra elemózsiát hozni, hogy van mivel szomjunkat is oltani, de érthetetlen, hogy miért kínálunk erre a célra éppen szeszes italt? S különösen miért engedünk rövid italokat fogyasztani? Nem tenné meg az egyszerű ásványvíz és üdítő ital?

Folyton hangsúlyozzuk, hogy alkoholellenes küzdelmet folytatunk. Amíg ez szóban történik, addig mindenki lelkesen tapsol is. Köztudomású, hogy a küzdelem egyik módszere, hogy nem teremtünk alkalmat az ivásra, vagyis megelőzzük az alkoholmérgezést. Erre kitűnő alkalom kínálkozna a vonaton. Vagy talán az Utasellátó profitja lenne a legfontosabb szempont? Mert azt elismerem, hogy szeszes ital nélkül alaposan megcsappanna a forgalom és kevesebbet keresnének az eladók is. Az is igaz viszont, hogy sokkal kulturáltabban lehetne fogyasztani. Szinte már hallom a kifogást: Nem is akadna bolond, aki eladóként utazzon. Sebaj! Legrosszabb esetben be lehetne szerelni automatákat, de végtére a kalauznak sincs mellékkeresete. Az se kap az utastól borravalót.

Nem akarom elhinni azt sem, hogy valóban ne lehetne elérni, hogy a nem dohányosok védelmében kitett, a nemzetközi gyakorlatnak megfelelő tiltó tábláknak végre érvényt szerezzünk? A tilalom nyílt és leplezetlen megszegésének igen nagy demoralizáló hatása van más vonalon is. Ma csak ezt a tilalmat szegjük meg, és nézzük el, holnap a munkafegyelmet és munkavédelmi előírások áthágását, végül a közlekedési szabályokat vagy magukat a törvényeket. *Vajon joggal mondhatja-e bármely szerv, hogy nem tud (vagy nem akar) a szabálysértőkkel szemben fellépni?* Holnap talán ezt fogja állítani a MÁV a helytelenül dolgozó váltókezelővel, vagy a rendőrség az ittas vezetőkkel szemben? Vagy talán e jelenség máris figyelmeztető tünet, amely a kórisme gyors felállítására és a therapia azonnali elkezdésére ösztönöz bennünket? Meggyőződésem, hogy csak pár embert kellene mondjuk 100 Ft-ra megbírságolni — vagy utazási kedvezményüket megvonni — avagy pár „elődohányzó" eladót kellene elbocsátani, máris rend lenne. Miért tudták a dohányzásmentes utazást a METRO-ban vagy a helyi járatú autóbuszokon megvalósítani? Ne csak az amúgy is kisebbségben levő nem dohányosoktól várják a MÁV illetékesei, hogy útitársaikat rendreutasítsák, mert élen az elődohányzó eladóval őket hamar lehurrogja (vagy legorombítja) a vele egy húron pendülő, alkoholhatás alatt álló, dohányzó többség. Nem hinném, hogy lehetetlen követelmény lenne a szabályoknak következetesen érvényt szerezni. Megvalósításukra számos külföldi, de szocialista példa is van. Ha azonban a katonás szervezetű MÁV illetékesei valóban képtelenek e téren rendet teremteni, *még mindig jobb lenne beletörődni a szégyenteljes vereségbe, ez esetben viszont vállalva a világban betöltött egyedüli eljárásuk*

ódiumát, vegyék le a dohányzást tiltó táblát.

Éppen az *Orvosi Hetilap*-ban olvastam, hogy manapság számos halál kiváltásában (szív- és érbetegségek, egyes rosszindulatú daganatok, fekélybetegség stb.) közvetve vagy közvetlenül a dohányzás szerepet játszik. A tüdőrák és dohányzás kb. 80%-os összefüggése ma már tudományosan bizonyítotnak vehető (*Orv. Hetil.* 1978, 321). Ugyanígy elfogadott a dohányzás az infarctus rizikó factorának, számos érbetegség aetiologiai tényezőjének stb. Annál *sajnálatosabb, hogy orvosok, pedagógusok, egészségnevelők, tv bemondók* (néha sajnos *tanárok* is a katedrán!) *maguk is rossz példával járnak elő*, vagy a kérdés élét valamiféle morbid, infantilis vagy cinikus élccel kívánják elvenni. A dohányzó többség leplezetlen diktatúrája számos nyilvános helyen úgyis tapintatlanul passzív dohányossá teszi az attól viszolygó nem dohányost.

Ugyanez a helyzet az alkohollal is. Hazánkban az alkoholisták száma óvatos becslés szerint is meghaladja a 200 000-t, de ne feledjük, hogy az apró ivási alkalmaknak hosszú sora vezet ide. Alkoholfogyasztásunk a világ ranglistáján is az élenjárók közt van, tömény szeszben pedig egyesek szerint másodikok vagyunk már a világon. Az alkohol munkára (és termelésre) gyakorolt hatása (táppénz, balesetek, másnaposság) objektive lemérhetetlen. Sajnos kabarék tárgya már a munkahelyi névnap (tivornya), mely aláássa a munkamorált. Sajnos az ellene hozott intézkedések nem elég hatékonyak. (A múlt év végén számos üzemből — ahol pedig a portás elvileg ellenőrzi az aktatáskákat — tucatjával távoztak a részeg emberek, akik még saját ruhájukat és cipőjüket sem voltak képesek felvenni! Sajnos helyenként a vezetők sem voltak kivételek.) A májcirrhotikusok szenvedésének és profuz vérzésének az intenzív osztályon dolgozók a szomorú tanúi. Rossz rágondolni arra, hogy a nemes szándékkal vért adók vére literszám veszik kárba azáltal, hogy e betegek kihányják az életmentő vért. Az alkoholista sajnos önköltségen betegséget szerez, majd a társadalom pénzén kezelteti vagy lerokkantosíttatja magát, noha a betegségéért csaknem egyedül maga felelős. Az alkohol szociális romboló hatása felmérhetetlen. A válások okai közt vezető szerepet játszik. Az alkohol genetikai ártalmairól nemrégen olvashattunk. Hazánk az öngyilkosságban is a vezető államok közt szerepel a világranglistán. Az 1960—66-os periódushoz képest az 1970—1975-ös korszakban az öngyilkosságot kiváltó okok közül az alkoholizmus a 8. helyről a 4.-re „rukkolt előre", abszolút számban pedig több mint 11-szeresére nőtt. Ha azonban figyelembe vesszük, hogy messze a legtöbb öngyilkosságot családi viszály okozza, annak hátterében viszont az alkohol szerepel, az öngyilkosságok kiváltásában betöltött szerepe is sokkal jelentősebb.

Mindezt összefoglalva számos közgazdásszal együtt megállapíthatjuk, hogy *az alkohol miatti anyagi veszteségek már régen nagyobbak, mint az általa szerzett bevételek.* Vagy ezt az egészet nem látó avagy észrevenni nem akaró rovatgazdálkodóink nem látják?

Leginkább a fiatalokat féltem, akik előtt sok ragadós rossz példa áll. Ők a jövő nemzedéke. Kitűnő ifjúsági törvényünk van, ifjúsági parlamenteket is rendezünk számukra stb. Ez azonban mind csak írott szöveg, vagy formális rendezvényekre szorítkozó önbecsapás marad mindaddig, míg vizet prédikálunk és bort iszunk, amíg mások a szavaink, mint tetteink, amíg egyrészt elvileg óvjuk egészségüket, másrészt a pillanatnyi többletbevétel reményében minduntalan alkalmat kínálunk nekik arra, hogy fiatal fejjel rákapjanak az ivásra, s ezzel tönkretegyék a jövőjüket.

Meg kell változtatni társadalmi és vendéglátási szokásainkat A német eredetű borravaló (Trinkgeld) elnevezés is a régi közgondolkodásunk maradványa. Ma — szemben számos külföldi tapasztalattal — nálunk egyenesen kinézik azt a vendéget, aki egy étteremben vizet iszik, de az otthoni vendégeskedés is a „túlszíves" kínálás által válik szívelyessé. Az alkoholizmus ellenes küzdelmet nem Nagyfán kell kezdeni, mert az már csak a végállomás lehet. Ha az alkoholizmus (nép)betegség, akkor itt is a megelőzésre kell törekedni. A fiataloknak a tömegsportot, természetjárást s egyéb helyes és egészséges szabad időt kell az alkoholfogyasztás alternatívájaként felkínálni. Sajnos ifjúságunk egyrésze szabad idejével nem tud mit kezdeni, s mivel pénzük (s mindenük) van, azt könnyen italra költik. Legtöbb ún. „szórakozás" közvetlenül vagy közvetve az alkoholfogyasztással van egybekötve.

A kérdés nagyon összetett s *csak széles felvilágosító munkával és komoly társadalmi összefogással megoldható.* Mindenekelőtt apró konkrét lépésekkel kell elindulnunk. Ezt szolgálják a felhozott problémámmal kapcsolatos javaslatok is:

1. Vonatban szeszes italt egyáltalán ne árusítsanak.
2. Tartsák és tartassák tiszteletben a dohányzást tiltó táblákat.
3. Az étkező kocsiba 45 percben maximálják az étel és 30 percben az ital fogyasztásának idejét.

Hadd idézzem befejezésül az általam az *Orvosi Hetilap*-ban referált *Mustard* cikkéből (Surgery 1976, *80*, 283.) a következőket. „Egészségünk megőrzésére, az égészséges életre, étrendre, a cigaretta, alkohol- és gyógyszerfogyasztás csökkentésére, az erőnlét fenntartására, okos pihenésre, megfelelő munkamennyiségre, mentalis egészségre és a balesetek *csökkentésére átfogó társadalmi programra lenne szükség, ez azonban már túlnő az egészségügy hatáskörén.*" Valóban túlnő! De azért jó, ha a mozgósító erő és a társadalom lelkiismerete az egészségügy marad. Ehhez a nagy és nemes programhoz kívántam egy konkrét anomália kapcsán immáron harmadszor a segíteni akarás szellemében és a meghallgatás makacs reményében felszólalni. Ehhez kérem a MÁV illetékeseinek s ezen túlmenően minden józándékú vezető és vezetett építő közreműködését, aktív segítő szövetségét.

Széll Kálmán dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Nakhosteen, J. A.: Fiberbronchoskopie. Eine Einführung (Bevezetés a bronchofiberscopiába), Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1978. 27 fekete-fehér rajzos ábra, 9 táblázat, 60 oldal, vászon kötés. Ára: 22 DM.

Az esseni Ruhrland klinikán dolgozó szerző rövid könyvét azoknak szánja, akik meg akarják tanulni a bronchofiberscopia technikáját. A könyv hét fejezetre oszlik.

Az első fejezetben tárgyalja a történelmi áttekintést, a javallatokat, ellenjavallatokat és a vizsgáló módszer szövődményeit. Véleménye szerint a fiberscopos gyakorlathoz nem szükséges, hogy a vizsgáló a klasszikus bronchológiában jártas legyen. Az indikáció elsősorban a hörgőkarcinóma felderítése, ezért elhúzódó pneumonia, vérköpés, középső lebeny syndroma, ismeretlen eredetű tüdőelváltozás és mellkasi folyadékgyülem esetén ajánlja a vizsgálatot. Terápiás célból hörgőmosásra, intenzív terápiában célzott váladékszívásra alkalmas a fiberscop. Speciális felhasználási lehetőség a pleuroscopia és a célzott bronchographia. Ezeken kívül szerepet kap a fiberscop a kutatásban is; a csillószőrös hengerhám aktivitása, a regionális gázcsere, különböző gyógyszerek nyálkahártya hatása és munkahelyi ártalmak vizsgálhatók ezen a módon. Ellenjavalltnak tartja a vizsgálatot gyermekeken, súlyos cardio-respiratorikus dekompenzáció esetében. Ezeken kívül kontraindikált a bronchofiberscopia légcsőszűkület, masszív vérzés és idegentest-eltávolítás esetében. Szövődményt az irodalomból ismertetett 24 521 vizsgálatból 93 esetben írtak le, ebből 0,2% enyhe, 0,08% súlyos, 0,01% halálos volt.

A második fejezet a fiberscopok leírását adja meg, kitér az egyéb szükséges eszközökre és gyógyszerekre is. Megemlíti, hogy a fiberscop kényes eszköz, mely csak korlátozott számú vizsgálat elvégzésére alkalmas.

A harmadik fejezet az orr, torok, gége és a hörgők anatómiájával foglalkozik. Az ismertetés hátránya, hogy egyetlen kép vagy utalás sincs arra vonatkozóan, hogy a vizsgáló mit lát a fiberscopon vizsgálat közben. A hörgő ábrák is a bronchogrammnak megfelelő helyzetet mutatják.

A negyedik fejezetben a szerző által legjobbnak tartott módszert a transnasalis bronchofiberscopiát részletezi. Helyi érzéstelenítésben dolgozik, a narkózis technikát elveti.

Az ötödik rövid fejezet a transoralis fiberscopiát tárgyalja, mely a szerző szerint csak ritkán jön számításba.

A hatodik fejezetben a biopsiás eszközöket és a kimetszés technikáját írja le, külön kiemeli a transbronchialis biopsiát, melynek az irodalom adatai szerint kb. 20 százalékos szövődménye van. A találati biztonságról nem esik szó.

A hetedik fejezet a terápiás és a kutatási lehetőségeket részletezi. Ezek a célzott váladékszívás és bakteriológiai vizsgálat, atelectasiák oldása, hörgőmosás stb. Kiemeli, hogy az intenzív terápiában csak olyan személy használja a fiberscopot, aki más téren már nagy gyakorlatot szerzett. Alkalmas a fiberoscop célzott bronchographia végzésére is.

A könyv végén bőséges irodalom és tárgymutató található.

Vélemény: a bevezetőben a szerző külön kiemeli, hogy a könyv kiadásakor hangsúlyt helyeztek az egyszerűségre és az olcsóságra. Ez talán túl jól sikerült, mert ilyen neves kiadó által létrehozott, endoszkópiával foglalkozó könyv szegényesnek tűnik egyetlen eredeti fotó nélkül. A munka kétségtelenül érdekes olvasmány kezdők és haladók számára, de néhány állításával nem lehet egyetérteni. Hiányosságnak tartom, hogy a szerző igencsak leegyszerűsíti a bronchológiai vizsgálatok indikációját és lebecsüli a klasszikus bronchológiai vizsgálatokat. Ez a mai felfogáshoz képest visszafejlődést jelent. Másodszor a hajlékony és a perifériás hörgőkbe is felvezethető bronchofiberoscop minden előnye mellett e vizsgálatnál jelentős hátrányokkal is kell számolni. A műszer rendkívül drága, és a leggondosabb kezelés mellett is csak kb. 1000 vizsgálat elvégzésére alkalmas, míg a sokkal olcsóbb konvencionális bronchoscoppal több 10 000 vizsgálat végezhető. Nem egyértelműen megoldott a sterilizálás sem. Bronchofiberscoppal az egész hörgőrendszert megtekinteni hosszú időt vesz igénybe, ez az eszköz inkább célzott, a periféria egy-egy kis részének feltárásában jelent új lehetőséget. Semmiképpen sem helyeselhető, hogy ezt a drága, érzékeny optikai eszközt bronchographia végzésére ajánlja. A kontraindikációk és szövődmények elemzésekor kiderül, hogy a legtöbb nehézség éppen a cardiorespiratorikus elégtelenségben szenvedő betegeken van, márpedig ilyen betegek képezik a hörgőkarcinóma gyanús esetek legnagyobb részét. Ismét kiderül, hogy minden vizsgálatnak megvan a maga jól körülhatárolható területe, s az orvos feladata, hogy a beteg érdekében divattól függetlenül a legalkalmasabbat válassza ki. E kis könyv jó segítséget nyújt abban, hogy a modern technika egy új vívmányára felhívja a figyelmet.

Székely Edgár dr.

„Be kell vinni az életet a tudományba,
hogy a tudományt kivihessük az életbe."
- Kossuth Lajos

HÍREK

A **Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete** 1979. május 15-én (kedden) du. ¼4 órakor Budapesten, a Fül-Orr-Gégeklinika tantermében (VIII., Szigony u. 36.) *„Dr. Jantsek Gyula emlékére" tudományos ülést* tart.

1. *Götze Árpád dr., Keményné, Dobiné:* Korai csecsemőkorban kezdett hallásfejlesztéssel szerzett tapasztalataink.
2. *Szövérffy László dr., Schmidt Zsuzsanna dr.:* Az aerosol therapia lehetőségei fül-orr-gégészeti gyakorlatunkban.
3. *Badik Adrienn:* Nyaki sérülések gégészeti ellátása.
4. *Ungor Károly dr.:* Tbc és gégecarcinoma együttes előfordulása specifikus beteganyagunkban.
5. *Spellenberg Sándor dr., Egry Tamás, Dobiné:* Iránymikrofonos sztereó hallókészülék ellátással szerzett tapasztalataink.
6. *Kovács András dr., Nagy Lujza dr., Veszprémi Zoltán:* Gégetumoros betegeink gondozásának elvi és gyakorlati kérdései.
7. *Balázs Boglárka dr.:* A siketek psychosomatikus megbetegedéseiről.
8. *Skripeczky Katalin dr., Götze Árpád dr.:* Genetikai szemlélet a fül-orr-gégészet területén — beteganyagunk tükrében.
9. *Minor Gudrun dr., Rendi László dr., Magi Lujza, Gyarmatiné:* Időskori hallássérültek gondozásában elért eredményeink.
10. *Götze Árpád dr., Csáthy Anna:* Novomembrán képzésről tympanoplastikák kapcsán.

A **Magyar Gyermekorvosok Társasága,** a **Magyar Psychologiai Társaság Orvosi** (klinikai) **Psychológiai Szekciója** 1979. május 17-én, csütörtökön, 14 órakor Budapesten, a Semmelweis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.) — a Budai Gyermekkórház—Rendelőintézet Neurosis Osztályának 10 éves fennállása alkalmából — *tudományos ülést* rendez.

Prof. Heribert Berger (Innsbruck): Prenatalis fertőzések (30 perc).

Hódosi Rezső: Az osztály 10 évi tapasztalatai (referátum, 25 perc).

Kelen Ilona: A relaxatio alkalmazása neurotikus és psychosomatikus tünetek kezelésében (referátum, 20 perc).

Kovács Ferenc: A csoportpsychoterápiáról (10 perc).

K. Honthy Kinga: A zeneterápia jelentősége anorexia nervosa kezelésében (10 perc).

Major Zsuzsa: Encephalopathiás eredetű beilleszkedési zavar ellensúlyozása psychomotoros terápiával (10 perc).

Németh Béláné: A neurotikus gyermek tanulás- és teljesítményzavarai (10 perc).

Várady Gyuláné: A nővérek és foglalkoztatók sajátos feladatai (10 perc).

A **TMB Orvosi Klinikai Szakbizottsága** 1979. május 14-én du. 2 órára tűzte ki *Z. Szabó László dr.: „A transplantatio elméleti és gyakorlati kérdései a tympanoplasticaban"* c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: *Lampé István dr.,* az orvostudományok kandidátusa, *Piffkó Pál dr.,* az orvostudományok kandidátusa.

A **Magyar Endokrinologiai és Anyagcsere Társaság** 1979. május 10-én, 14 órakor Székesfehérváron, a KÖJÁL-termében *Klinikai Endokrinologiai Napot* rendez.

1. *Dávid K., Földes I.* (Budapest): Pajzsmirigyben elhelyezkedő parathyreoidea cysta esete.
2. *Zsadon Ildikó* (Budapest): Infecundin szedése után kialakult hypothyreosis esete.
3. *Kocsán K.* (Székesfehérvár): Hyperthyreosis és DNOC-mérgezés.
4. *Kovács Zsuzsa, Szabolcs I.* (Budapest): Per os TRH terheléssel szerzett tapasztalataink.
5. *Cziráki L., Morava E.* (Budapest): Prostaglandin synthesist gátló anyag hatása a tumoros hypercalcaemiákra.
6. *Pőcze A., Zsolt Njura, Pungor Zsuzsanna, Hankiss J.* (Komárom, Szombathely): A phaeochromocytoma belgyógyászati vonatkozásairól három eset kapcsán.
7. *Bársony Júlia* (Budapest): Az obesitas, mint népbetegség és kezelése.

Felkért hozzászólók:

Farkas Anna, Halmy L. (Budapest): A 14 napos teljes kalóriamegvonás therapiás eredményei és hatása a sav-bázis háztartásra.

8. *Halmy L., Kerekes L.* (Budapest): Postpartum hypopituitarizmus és Stein—Leventhal-syndroma esete.
9. *Walter Judit, Halmy L.* (Budapest): Galactorrhoea kezelése bromocriptinnel, illetve B_6-vitaminnal.

A **Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja** 1979. május 14-én, délután 4 órakor, az Egyetem Központi Épületében *tudományos ülést* tart.

Esetismertetés (Gyermekklinika, 5 perc).

Kincses József, Schmidt Antal, Gösfay Sándor: Megfigyeléseink a vesekőbetegek gyógykezelése és gondozása kapcsán (15 perc).

Pintér András, Jászai Vera: A húgyszervek extrem súlyosságú fejlődési rendellenességei a gyermekkorban — therápiás lehetőségek és eredmények (15 perc).

Frang Dezső, Götz Frigyes, Nagy Zoltán, Gimes Lajos: Módszerváltozása a veseparenchyma sebészetében (15 perc).

Rózsahegyi Gábor, Frang Dezső, Zernik Frigyes: Polycystás vese és azospermia együttes előfordulása (10 perc).

A **Fővárosi WEIL EMIL Kórház Tudományos Köre** 1979. május 16-án, szerdán du. 14 órakor, a Kórház kultúrtermében (XIV., Uzsoki u. 29.) *tudományos ülést* tart.

Fül-Orr-Gége Osztály

Üléselnök: *Schindler Jenő.*

Czigner Jenő dr.: A gégerák terjedési sajátosságaihoz igazodó sebészi therápiája.

Répássy Gábor dr.: A supraglotticus carcinoma terjedésének néhány ultrastructuralis vonása.

Kótai Zsuzsa dr.: Endolaryngealis microscopia és microchirurgia osztályunk 1 éves munkájában.

Móricz István dr., Czigner Jenő dr.: Chordectomia endolaryngealis microchirurgiával.

Balatoni Zusza dr., Czigner Jenő dr., Németh György dr., Takácsi-Nagy László dr.: Gégészeti-onkológiai team munkánk 1 éves tapasztalatai.

Metes Ágnes dr., Márkus Ágnes dr., Nagykálnai Tamás dr.: Primaer és secunder radicalis nyaki blockdissectios anyagunk elemzése.

A **Magyar Infektiológiai Társaság,** a Szegedi Városi Kórház Fertőzőbeteg Osztály közreműködésével 1979. szeptember 28—29-én Szegeden *Vándorgyűlést* rendez.

Fő témája: *Fertőzéseket követő heveny életveszélyállapotok és az életveszélyállaptotokhoz társuló fertőzések.* A főtémához csatlakozó, továbbá az infektológia területéről szabadon választott 10 perces előadások *1979. június 1-ig* jelenthetők be a főtitkár címére *(Nyerges Gábor dr.,* Budapest, Postafiók 29., 1450). A jelentkezőknek a részvétel feltételeiről részletes tájékoztatást küldünk.

A **Magyar Gastroenterologiai Társaság** 1979. május 23—26-án Keszthelyen, a Művelődési Házban rendezi *21. Nagygyűlését.*

1979. május 23., szerda.
15.00 óra

A kongresszus megnyitása

Kerekasztal-konferencia

Téma: *A gastroenterologia szervezési kérdései.*

Moderátor: *Figus I. Albert.*

Előadói: Csákány György, Gáti Tibor, Gyenes György, Jávor Tibor, Kádár Tibor, Kun Miklós, Lapis Károly, Szécsény Andor, Varró Vince, Wittman István.

1979. május 24., csütörtök, 9.00 óra

Főtéma: *A táplálkozás szerepe az emésztőszervi betegségek keletkezésében és kezelésében.*

Referátumok:

Rigó János: Physiologia és pathophysiologia (25 perc).

Nagy Lajos: Ulcusbetegség (15 perc).

Preisich Péter: Vékonybél (15 perc).

Prónay Gábor: Vastagbél (20 perc).

Szünet

Varga László: Máj (15 perc).

Dieter Müting: Pancreas (15 perc).

Korányi György, Léb József: Csecsemő és gyermek táplálás (10 perc).

Kelemen Endre: Parenteralis táplálás (15 perc).

Simon Tamás: Környezeti ártalmak (15 perc).

Vita — Szünet

15.00 óra

Főtémához csatlakozó előadások

1. *Juhász L.* (Nyíregyháza): Táplálkozási szokások, tápanyagok lehetséges szerepe a gyomorrák keletkezésében (5 perc).

2. *Petri I., Várkonyi T., Hajnal F., Imre J., Varró V.* (Szeged): A totális gastrectomia késői functionális következményei (5 perc).

3. *Beró T., Kett K., Pongrácz Gy., Jávor T.* (Pécs): A kóros elhízás kezelése jejuno-ilealis bypass műtéttel. A felszívódási és psychosomatikus viszonyok megváltozása a műtét után (5 perc).

4. *B. Kovács J., Kovács L., Németh L.* (Bpest., Szeged): Klinikai és hisztológiai vizsgálatok jelentősége a csecsemő- és gyermekkori coeliakia diagnosztikájában (5 perc).

5. *Jákics J., Mantuánó K.-né, Breitner V., Rajkovits K.* (Dunaújváros): Glutentartalmú táplálék visszaállításának hatása coeliakiás kisgyermekekben (5 perc).

6. *Fehér, Jakab L., Lengyel G., Mohácsi E.* (Bpest.): Alimentaris tényezők módosító szerepe a chronikus activ hepatitis pathogenesisében (5 perc).

7. *Nagy Gy., Újszászy L., Nagy K.-né, Szokoly V., Prónay G.* (Miskolc): Alkoholos májártalmak 5 éves utánvizsgálata (5 perc).

8. *Kocsis F., Vértes L., Forgács S.* (Visegrád): A táplálkozás fekély és cukorbetegség együttes előfordulásakor (5 perc).

9. *Lőrincz M., B. Kovács J., Várady M., Király L.* (Bpest.): Csecsemőkori tehéntejallergiás colitis — a korai mesterséges táplálás egyik veszélye (5 perc).

10. *Temesvári E., Soós Gy., Szatlóczky E., Rácz I.* (Bpest.): Étel additiv anyagok szenzibilizációja során észlelt emésztési panaszok és bőrtünetek összefüggései (5 perc).

11. *Várkonyi S., Brósz Á.* (Bpest.): Az élelmezési rhythmus szerepe a közlekedési dolgozók emésztőszervi megbetegedéseiben (5 perc).

12. *Bereti I., Palágyi J., Kiss J.* (Parádfürdő, Kékestető): Diaferometriával ellenőrzött anyagcsereelváltozások gastroenterológiai megbetegedésekben és azok diétás korrekciója (5 perc).

13. *Pap Á., Berger Z., Varró V.* (Szeged): Szójaliszt fogyasztásának hatása a pancreas-functiora emberben (5 perc).

Szünet

Szabadon választott előadások

1. *Mózsik Gy., Nagy L., Tárnok F., Jávor T.* (Pécs): Az intermittáló atropin kezelés 10 éves eredményei ambuláns hyperacid és duodenális ulcuszos betegeken (5 perc).

2. *Gergely M.* (Szentes): A duodenum-exclusio, mint „új" lehetőség a nyombélfekély bizonyos eseteinek sebészi kezelésében (5 perc).

3. *Szatlóczky E., Gyarmati L., Csépai M. M., Zalay L., Balázs M.* (Bpest.): A béltractus mikróbáinak jelentősége a szerzett lactose intoleranciákban (5 perc).

4. *Berkovits L.* (Bpest.): Secunder malabsorptio röntgen tünetei a tápcsatorna kiterjedt gyulladásos és malignus elváltozásaiban (5 perc).

5. *Rozsos I., Seffer I.* (Kaposvár): Terminalis vékonybél-megtöretés műtéti megoldásának korai és késői eredménye (5 perc).

6. *Radeczky G., Nemessányi Z., Dénes L., Gohér I.* (Szolnok, Szeged): A colon interpositióról (5 perc).

7. *Nagy A., Baradnay Gy.* (Szeged): Vastagbélműtétek szövődményei és kezelésük eredményei (5 perc).

8. *Újszászy L., Nagy Gy., Csák L., Váci I., Tarkó M., Prónay G.* (Miskolc): Szűrővizsgálati tapasztalatok Haemoccult teszttel (5 perc).

9. *Siba S., Szakátsy E., Preisich P.* (Bpest.): A Haemocult szűrés első tapasztalatai (5 perc).

10. *László B., Szőcs M.* (Bpest.): Fogamzásgátló szerek által kiváltott biliaris dyskinesisek (5 perc).

11. *Patkó A.* (Bpest.): A mésztejepe (5 perc).

12. *Alföldi E., Péter M., Balogh E., Vargha Gy.* (Debrecen): A hasnyálmirigy ductus-rendszerének röntgenképe chronikus pancreatopathiákban (5 perc).

13. *Deák G., István M., Kiss G.* (Pécs): Halálokok és halálhoz vezető szövődmények klinikopathologiai vizsgálata acut pancreatitisben (5 perc).

Várakozási listán:

14. *Csúz L., Harmathi K., Várkonyi S., Kinrbauer M.* (Pécel, Bpest.): Asciteses betegek kombinált diuretikus kezelésének új táplálkozási vonatkozásai (5 perc).

15. *Huber L., Koncz I., Drexler L., Kiss S.* (Bpest.): A maior tranquillansok mechanikus ileust utánzó mellékhatásáról (5 perc).

16. *Székely Á., Kováts-Meggyesi A.* (Bpest.): Fekélybetegek kezelése Solcoseryllel (5 perc).

1979. május 25., péntek, 9.00 óra

Hetényi Géza — emlékelőadás

Petrányi Gyula: A tápcsatorna autoimmun betegségei.

10.00 óra

A Magyar Gastroenterológiai Társaság 1978. évi tudományos díjainak kiosztása.

„Wolf Rózsa és Wolf Dénes jutalmazási alapítványának" kiosztása.

Szünet

10.30 óra

1. *H. Schnack* (Wien): Nyelőcsővarix vérzést sclerotizáló technika (10 perc).

2. *H. Petzold, S. Liebe* (Leipzig): Nyelőcső-varixok sclerotizálásával nyert tapasztalatok (10 perc).

3. *H. Rohde, K. Thon, M. Fischer, H., Stöltzing, K. H. Vestweber, H. Troidl, W. Lorenz* (Marburg): A felső gyomor-béltractus akut vérzéseinél a Neodymium-YAG-Lézer terápia forradalmasítja-e a sebészek terápiás koncepcióját? (10 perc).

4. *Miguel J. M. Lewin* (Párizs): Hormon receptor kölcsönhatások a gyomorban (10 perc).

5. *Boss Eckert* (Jena): A polypektomia és a stenosisok szondával való tágítása, mint operatív endoscopos módszerek (10 perc).

6. *Hamann ??* (Neubrandenburg): Újabb szűrővizsgálat a korai gyomorrák felismerése (10 perc).

1979. május 25., péntek, 15.00 óra

„A" szekció

Endoscopia

1. *Rauth J., Solt J., Somos Zs.* (Pécs): Oesophagitis mycotica eseteink (5 perc).

2. *Simon L., Bajtai A., Salacz A., Figus I. A.* (Jászberény, Bpest.): Columnaris metaplasia előfordulása tünetmentes beteganyagból származó nyelőcsőbiopsiás mintákban (5 perc).

3. *Solt I., Rumi Gy., Patty I., Németh A., Németh P.* (Pécs): Korai oesophagus carcinoma (5 perc).

4. *Horányi J., Mihók Gy., Máthé Z., Forgács A.* (Bpest.): Tapasztalataink a nyelőcső-varix vérzések endoscopos sclerotizáló kezelésével (5 perc).

5. *Kempelen I., Ungár P.* (Bpest.): Endoscopos electrocoagu-

latioval szerzett tapasztalataink gastro-duodenalis vérzések esetében (5 perc).

6. *Patty I., Rumi Gy., Solt I., Németh Á., Németh P.* (Pécs): Ritka gyomortumor esetek (5 perc).

7. *Szakáll Sz., Szöőr J., Hajdu Z.* (Debrecen): Gyomor gastrinoma (5 perc).

8. *Bajtai A., Szántó I., Simon L., Figus I. A.* (Bpest., Jászberény): Endoscópos biopsiás és cytológiai leletek a gyomor mesenchymalis tumoraiban (5 perc).

9. *Farkas I., Patkó A., Pálfi I., Kovács L.* (Bpest.) A Brunner mirigyek hyperplasiája és adenomája (5 perc).

10. *Simon L., Figus I. A.* (Jászberény): A colonoscopia indikációinak és alkalmazhatóságának ellentmondásai a hazai endoscopos gyakorlatban (5 perc).

Szünet

11. *Szebeni Á., Papp J., Tulassay Zs.* (Bpest.): A sárgaságok elkülönítésének modern szemlélete: ultrasonographia és endoscopia (5 perc).

12. *Domján L., Mecséry I., Garay G.* (Kecskemét): Az ERCP és percutan transhepatikus cholangiographia helye és szerepe a „postcholecystectomiás icterusok" differenciáldiagnosztikájában (5 perc).

13. *Tulassay Zs., Papp J., Koller O., Kollin É., Hajós E.* (Bpest.): Morphológiai adatok a postcholecystectomiás syndroma klinikumához (5 perc).

14. *Málvi I.* (Bpest.): Endoscopos epekőeltávolítás Dormia kosárral (5 perc).

15. *Papp J., Tulassay Zs., Koller O., Kollin É.* (Bpest.): Endoscopos papillotomiát követő epeúti drainage (5 perc).

16. *Döbrönte Z., Nárai Gy., Varró V.* (Szeged): Endoscopos papillotomia és epekőeltávolítás acut cholangitisben (5 perc).

17. *Farkas I., Patkó A., Szebeni Á.* (Bpest.): Az epevezeték rendszer veleszületett diverticulumairól (5 perc).

18. *Hüttl T., Ecsedy G., Kalló A.* (Bpest.): Epeútvariációk endoscopos képe (5 perc).

19. *Jungbauer G., Kirnbauer M., Várkonyi S.* (Bpest.): Laparoscopia és oesophagoscopia a portális hypertensio érjelenségeinek megítélésében májcirrhosisos betegeken (5 perc).

20. *Szebeni Á., Várkonyi S., Jungbauer G.* (Bpest.): Bistabil és gray scale B-scan ultrasonographia összehasonlítása laparoscopisált betegeken (5 perc).

21. *Koller O., Papp J., Tulassay Zs.* (Bpest.): Az endoscopos retrograd cholangio-pancreatographia jelentősége az akut recidiváló pancreatitisben szenvedő betegek vizsgálatában (5 perc).

22. *Vámosi N. I., Szántó I., Bozalyi I., Kun M.* (Bpest.): Összehasonlító vizsgálatok értéke choledochoduodenostomiák esetén (5 perc).

Várakozási listán:

23. *Bodó L., Fehér B.:* Ménétrier-syndromás betegnél regisztrált gyomor-nyálkahártya ion-transport változások (5 perc).

24. *Sulyok L., Simon L.* (Szolnok, Jászberény): Spontán gastrojejunalis fistula endoscoppal igazolt esete (5 perc).

25. *Pálfy I., Nádor I.* (Bpest.): Cholecysto-duodenalis perforatio szokatlan következménye (5 perc).

15.00 óra

„B" szekció

Kutatói fórum

1. *Matejka Zs., Minker E.* (Szeged): Hashajtók hatása a gyomormotilitásra patkányban (5 perc).

2. *Dubecz S., Gelencsér F., Hegedüs Z., Szombath D., Gáti T.* (Bpest.): Vibráció és H_2 receptor blokkoló együttes hatása a gyomor mucosalis barrierjére patkányban (5 perc).

3. *Fiegler M., Nagy L., Jávor M., Mózsik Gy.* (Pécs): Az éheztetés hatása különböző experimentalis fekélymodellekben a gyomorszekrécióra és a fekélyképződésre patkányban (5 perc).

4. *Mózsik Gy., Kutas J., Nagy L., Tárnok F.* (Pécs): Az éheztetés hatása különböző experimentalis fekélymodellekben a gyomorszekrécióra és a fekélyképződésre patkányban (5 perc).

5. *Tárnok F., Past T., Tapsonyi Zs., Jávor T.* (Pécs): A gyomorürülés vizsgálatára alkalmazható ferromagnetikus módszerrel nyert kezdeti tapasztalatok (5 perc).

6. *Csalay L., Sajgó M.-né, Fáy E., Csákvári G.* (Bpest.): Akut zajexpozíció hatása a patkányok gyomor-nyálkahártyájának foszfátfrakcióira (5 perc).

7. *Holzinger G., Varga E., Schön I., Kisfaludy L., Varga L., Varró V.* (Szeged, Bpest.): Pentagastrin analógok összehasonlító biológiai vizsgálata patkányban (5 perc).

8. *Fodor E., Varga L., Szabó I., Varró V.* (Szeged): Újabb adatok a BOC-^{14}C-glycin-pentapeptid in vitro metabolizmusáról patkányszerv homogenizátumban (5 perc).

9. *Lőrincz P., Fiegler M., Jávor T., Laczkó T., Mózsik Gy., Szilvás Á., Tárnok F.* (Pécs): Külön-külön, valamint együttesen alkalmazott atropin és cimetidin hatása a pylorus lekötött patkányok gyomornedv szekréciójára és a salycilat fekélyre (5 perc).

Szünet

10. *Zséli J., Vizi E. Sz., E. Molina, L. Zappia, G. Bertaccini* (Bpest., Párma): A P anyag és néhány analog peptid enterokinetikus hatása (5 perc).

11. *Vajda J., Fehér E., Csányi K.* (Bpest.): A vékonybél interstitiális sejtjeinek szerkezete és feltételezett funkciója (5 perc).

12. *Molnár L., Beró T., Jávor T.* (Pécs): Cytostatikumok hatása a vékonybél morphologiájára (5 perc).

13. *Wittmann T., Várkonyi T., Varró V.* (Szeged): Fructose transfer vizsgálatok kutya izolált bélkacsban (5 perc).

14. *F. Kiss Zs., Várkonyi T., Varró V.* (Szeged): Insulin hatása a vékonybél-nyálkahártya glikogén metabolizmusára (5 perc).

15. *Ormai S.* (Bpest.): Különböző pH-jú Na-taurocholat oldatok duodenumon át történő perfúziójának hatása a pancreas külső szekréciójára macskában (5 perc).

16. *Papp M., Fodor I., P. Németh É.* (Bpest.): A hasnyálmirigy szövettani károsodása alkoholt tartósan fogyasztó és alkoholt nem fogyasztó patkányokban (5 perc).

17. *Bencsáth M., Schaff Zs., Lapis K.* (Bpest.): Hepatitis B-vírussal fertőzött sejtek citokémiája (5 perc).

18. *Timár J., Lapis K., Schaff Zs., Keresztury S., Kolláth Z., Hérics M.* (Bpest.): Az acut vírus hepatitis ultrastrukturája (5 perc).

19. *Hegedüs Cs., Kopper L., Lapis K.* (Bpest.): Xenotranszplantált humán colorectalis tumorok therápiás érzékenysége (5 perc).

20. *Tompa A.* (Bpest.): Felnőtt patkánymáj tenyésztésének módszere in vitro toxicitási és carcinogenesis vizsgálatokhoz (5 perc).

Várakozási listán:

21. *Domján Gy., Tassonyi E.* (Bpest.): Az Alfa-1-Antitrypsin — Trypsin komplex izolálása kísérletes körülmények között és acut pancreatitisben (5 perc).

22. *Tátrai E., Ungváry Gy.* (Bpest.): A vinilklorid akut hepatotoxicitásának vizsgálata (5 perc).

23. *Vajta G., Lapis K.* (Bpest.): Az Ito sejtek vizsgálata kísérleti állatok máiában fiziológiás és kóros körülmények között (5 perc).

24. *Újhelyi E., Kovács L., Lapis K.* (Bpest.): Chronicus AICA-phosphat kezelés hatásának biokémiai vizsgálata kísérletes cirrhosisban (5 perc).

25. *Halász M., Forgács A., Horányi J., Weltner J., Pulay I.* (Bpest.): Aciditási viszonyok kísérletes gastroduodenális fekélybetegségben patkánynál (5 perc).

1979. május 26., szombat, 9.00 óra

Szabadon választott előadások

1. *Petri A., Horváth Örs P., Petri I., Imre J.,* (Szeged): Alkoholisták aránya nyelőcsőcarcinomás anyagunkban (5 perc).

2. *Abonyi M., Kisfaludy S., Papp J.* (Bpest.): A cimetidin hatásának vizsgálata ulcus betegségben (5 perc).

3. *Miskovits E., Szatlóczky E., Cziráki L., Szántó I., Vámosi-Nagy I., Bozaly I., Bajtai A.* (Bpest.): A Cimetidin kezelés klinikai, endoscopos, radiologiai, laboratóriumi és histológiai értékelése duodenalis ulcusos betegeken (5 perc).

4. *Baltás B., Döbrönte Z.* (Szeged): Acut nyálkahártya laesióból származó vérzések kezelése cimetidinnel (5 perc).

5. *Past T., Tapsonyi Zs., Jávor T.* (Bpest.): Új típusú alkáliás por és tablettás készítmények vizsgálata (5 perc).

6. *Balogh I., Székely B.* (Bpest.): A gyomor röntgenvizsgálatok kritikai értékelése (5 perc).

7. *Balázs M.* (Bpest.): Idős betegek ér-eredetű gyomor-bélbetegségei (5 perc).

8. *Kisfalvi I.* (Bpest.): Calcitonin hatása a basalis és a pentagastrinnal stimulált gyomorsav-secretiora nyombélfekélyes betegekben (5 perc).

9. *Dobi S., Lőcsey L., Lenkey B.-né, Hauck M.* (Debrecen): Adatok a chronikus veseelégtelenségben kifejlődő duodenalis ulcus pathomechanizmusához (8 perc).

10. *Dobi S., Gasztonyi G., Lenkey B.-né* (Debrecen): Immunglobulin szerepe a HCl supersecretioban ulcus duodeni bizonyos eseteiben (8 perc).

11. *Járay J., Perner F., Alföldy F., Forgács A.* (Bpest.): Gastrointestinalis ulcuspreventio eredményei magas steroid dózissal kezelt veseátültetett betegeknél (5 perc).

12. *Ihász M., Németh L., Bátorfi J., Lapis K.* (Bpest.): Vagotomiát követő humán gyomor nyálkahártya elváltozások (5 perc).

Szünet

13. *Harmos G.* (Bpest.): Extra- és intrahepatikus epeutak malignus papillomatosisa (5 perc).

14. *Kutas J., Ferenczy S., Lélek I., Szalay Z.* (Zalaegerszeg): Májcarcinomával szövődött letalis kimenetelű Caroli-syndroma esete (5 perc).

15. *Bajtai A., Simon L., Szabó E., Figus I. A.* (Bpest., Jászberény): Benignus recurráló intrahepatikus cholostasis (Summerskill—Walshe-syndroma) (5 perc).

16. *Dávid K., Halmy L.* (Bpest.): A hepatitis B mag antigén ellen termelt (antitest BC_c) vizsgálata idült diffúz májbetegségekben (5 perc).

17. *Dalmi L., Hajdu L.* (Debrecen): Actin ellenes antitestek kimutatásának jelentősége chronikus activ hepatitisben (5 perc).

18. *Szalay F., Büki B., Büki K., Staub M.* (Bpest.): DNA-Polymerase és Core antigén (HB_c Ag) HB_s Ag pozitív krónikus májbetegekben. Prednisolon + Azathioprin therápia hatása (5 perc).

19. *Váradi A.* (Bpest.): Új gyógyszer (Zixoryn^R) enzim indukciós hatásának bizonyítása cukorsavürítés meghatározásával (5 perc).

20. *Antal L., Kávai M., Tamási L., Boros P., Lukács K., Szabó G., Szegedi Gy.* (Debrecen): Immunológiai vizsgálatok pancreatitisben (8 perc).

21. *Popik E., Szily J., Pap Á., Berger Z., Magyar A.* (Bpest., Szeged): Acut pancreatitisből gyógyult betegek functionális utánvizsgálata (5 perc).

22. *Flautner L., Bock Gy., Sulyok B., Tihanyi T.* (Bpest): Pancreatitis chronica miatt sphincter- és Wirsung-plasticán átesett betegek műtéti eredményei és utókezelésének tapasztalatai (8 perc).

23. *Barna B., Herczeg L., Újszászy L., Prónay G., Minik K.* (Miskolc): Vastag- és végbélrákos betegeink gondozásáról (5 perc).

24. *Le Van Dieu, Kiss B., Kroó M.* (Bpest.): Légzésfunctiós, savbázis és elektrolyt értékek változása felső hasi, valamint thoracoabdominalis műtéti beavatkozások után (8 perc).

25. *Misz M., Rák K.* (Debrecen): Haemostasis-vizsgálatok emésztőszervi solid tumorokban (5 perc).

Várakozási listán:

26. *Vadász Gy., Hevér Ö., Brunner P.* (Bpest.): Haptoglobin vizsgálatok csecsemő- és gyermekkori hepatitis chornica-ban (5 perc).

27. *Kéri J., László B.* (Bpest.): Catergennel szerzett tapasztalataink akut és krónikus májbetegségekben (5 perc).

A kongresszus zárása

Általános tudnivalók

Vetítés: 5 × 5 cm-es diapositivok. Kérjük a diapositivokat vetítésre alkalmas állásban, a jobb felső sarokban sorszámozni. Csak műanyag keretbe foglalt diapositivok vetíthetők.

Regisztrálás, elhelyezés, étkezés: Helikon Szálló, Keszthely.

Kongresszusi Iroda: Művelődési Ház, Keszthely.

Részvételi díj: 200,— Ft. Hozzátartozók részvételi díjat nem fizetnek. Gyermekek elhelyezését nem vállaljuk.

Szállodai elhelyezés, étkezés ügyében a Danubius Utazási Irodát (1052 Bpest., Martinelli tér 8., tel.: 173-652) kérjük megkeresni.

A Magyar Gastroenterológiai Társaság 35 évesnél fiatalabb tagjának szállás és élelmezési költségeiből a Társaság 500,— Ft-ot magára vállal, amennyiben kiküldetési költségeit munkaadója nem fedezi. A Társaság által nyújtott kedvezmény csak háromnapos részvétel esetén vehető igénybe.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

ELŐADÁSOK–ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1979. máj. 9. szerda	Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet klubterme, II., Frankel Leó u. 25.	délelőtt 7.30 óra	*Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézet*	*Borbás Éva, Genti György, Korda Judit, Nagy Lajos, Bálint Géza:* Ritka kórképek a rheumatologiai gyakorlatban
1979. máj. 9. szerda	Szeged, az Akadémiai Bizottság székháza ülésterme, Somogyi B. u. 7.	délután 16 óra	*Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja*	Prof. James Ireland (Anglia): A fogorvosképzés gondjai az Egyesült Királyságban
1979. május 11. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII., Mária u. 52	délelőtt 8.30 óra	*Magyar Fogorvosok Egyesülete*	*Prof. James Ireland* (Anglia): A fogorvosképzés aktuális problémái
1979. máj. 11. péntek	Debreceni OTE I. Belklinika tanterme	délután 15 óra	*Debreceni Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága*	1. *Szilágyi István:* A prosztaglandin-E_1 érzékenységet befolyásoló tényezők vizsgálata szövettenyészetben (15 perc). 2. *Békássy Szabolcs, Szarka József:* Váll-övi neurovascularis compressios syndroma sebészi kezelése (15 perc). 3. *Nagy Katalin, Balázs Csaba, Leövey András:* Keringő immuncomplexek vizsgálata Basedow-kóros betegekben (10 perc). 4. *Gaál József, Halász Tamás, Szeverényi Péter:* Koraszülés-császármetszés (10 perc). 5. *Kiss Imre, Szappanos László:* A patello-femorallis izület anomaliai (10 perc).
1979. máj. 12. szombat	Orvostovábbképző Intézet tanterme, XIII., Szabolcs u. 35.	délelőtt 10 óra	*Orvostovábbképző Intézet Röntgenológiai Intézete*	Kerekasztal megbeszélés. Tárgy: *A csípőizület dysplasiája.* Moderátor: *prof. Erdélyi Mihály.* Résztvevők: Vizkelety Tibor, Madarász Judit, Köteles György, Szepesi Kálmán
1979. máj. 14. hétfő	Orsz. Testnevelés és Sportegészségügyi Intézet tanácsterme, XII., Alkotás u. 48.	délután 14.15 óra	*Orsz. Testnevelés és Sportegészségügyi Intézet Orvosi Kara*	*Buda Béla, Szőnyi Gábor, Horváth Krisztina, Budavári Ágota, Komlósi Piroska, Harmatta János:* A klinikai pszichológia alkalmazási lehetőségei a sportban
1979. máj. 15. kedd	Karcag, Városi Kórház pszichiatriai Osztály	délután 14 óra	*Karcag Városi Kórház-Rendelőintézet Psychiatriai és Psychotherapiás Osztály*	*Süle Ferenc:* A psychotherapia irányzatai XXII. A C. G. Jung féle psychotherápiás irányzat
1979. máj. 15. kedd	Szeged, az Akadémiai Bizottság székháza ülésterme, Somogyi B. u. 7.	délután 16 óra	*Szegedi Akadémiai Bizottság és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja*	1. *Földes József:* Az anaerob fertőzések jelentősége a klinikumban és mikrobiológiai vonatkozásai. 2. *Nagy Erzsébet, Deák Judit, Földes József:* Az anaerob fertőzések mikrobiológiai diagnosztikája. 3. *Deák Judit, Nagy Erzsébet, Herczegh Ottília, Földes József:* Gyors módszerek és az automatizálás az anaerob mikroorganizmusok diagnosztikájában
1979. máj. 16. szerda	Szeged, az Akadémiai Bizottság székháza ülésterme, Somogyi B. u. 7.	délután 16 óra	*Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja*	*Prof. Lajtha Ábel* (New York): Amminosavak és a vér-agygát (angol nyelven)
1979. máj. 17. csütörtök	Főv. XIII. ker. Egyesített Gyógyító-megelőző Intézmény előadóterme, XIII., Róbert K. krt. 82–84. „F" ép.	délután 14 óra	*Főv. III. ker. Egyesített Gyógyító-megelőző Intézmény Tudományos Bizottsága*	1. *Vattay Irén, Flóró Kornélia:* Atypusos depressio diagnosztikus problémái (esetismertetés, 10 perc). 2. *Bartók András, Koffler Sándor, Sárkány Anna:* Adatok a postpartum manifesztálódó psychotikus állapotok kérdéséhez (20 perc). *Fenyvesi Tamás, Bartók András, Koffler Sándor, Lax Vera, Molnár Éva, Sárkány Anna:* A „Present State Examination". Nemzetközileg standardizált interju módszer. Első tapasztalatok a magyar adaptáció (SPK) alkalmazásával (25 perc). 4. *Fenyvesi Tamás:* Metodikai problémák a psychiatriai diagnosztikában

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116-660
MNB egyszámlaszám: 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 jelzőszámlára.
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530
Előfizetési díj egy évre 432,— Ft, negyedévre 108,— Ft, egyes szám ára 9,— Ft
79.1133 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató
ISSN 0030—6002
INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FISCHER ANTAL DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA 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.

*

120. ÉVFOLYAM

*

19. SZÁM

*

1979. MÁJUS 13.

TARTALOMJEGYZÉK

Romhányi György dr.:
A tantermi előadásról 1119

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Dobó Kálmán dr. és Vetró Gábor dr.:
A műtő levegője
és a postoperativ fertőzések 1125

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Pethő Bertalan dr., Pintér Katalin dr.
és Zöld Bálint dr.:
A sajátszag-tébolyról 1129

IATROGEN ÁRTALMAK

László Barnabás dr. és Kendrey Gábor dr.:
Phenlaxin tartalmú hashajtót szedők
chronicus aktív hepatitise 1133

KAZUISZTIKA

Vizer Gyula dr. és Weiland Ottó dr.:
Influenza kapcsán létrejött
spontán lép-ruptura 1139

MÓDSZERTANI LEVÉL

Az alapszintű érsebészeti betegellátásról ... 1141

Beszámolók, jegyzőkönyvek 1145

Folyóiratreferátumok 1147

Szerkesztőségi kommentár 1160

Levelek a szerkesztőhöz 1161

Könyvismertetés 1167

Hírek 1171

Megjelent 1127

Előadások, ülések 1176

EUNOCTIN®

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 10 mg nitrazepam-ot tartalmaz.

HATÁS: A limbicus rendszerben, elsősorban a hippocampuson át ható altató, mely ezen központi idegrendszeri functionalis központok ingerküszöbét emelve akadályozza az élettani alvást gátló emotionalis ingerek érvényre jutását, így elősegíti a physiológiai alvást. Elaltató hatása 30–50 perccel az oralis adagolás után fejlődik ki és 6–8 óráig tart. A polysynapticus gerincvelői reflexek gátlása útján izom-relaxans hatást is kifejt. A harántcsíkolt izmok tónusos-clonusos görcsét oldja, anticonvulsiv hatása is van.

JAVALLATOK: Különböző eredetű alvászavarok, álmatlanság. Izomtónus-fokozódással járó organicus neurológiai megbetegedések. Fokozott psychés feszültséggel, szorongással járó psychiatriai kórképek, fekvőbeteg-gyógyintézetben kiegészítő kezelésére.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravis.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek este $^1/_2$–1 tabletta (5–10 mg), idős, legyengült egyéneknek $^1/_4$–$^1/_2$ tabletta (2,5–5 mg), csecsemőknek és gyermekeknek 0,25 mg/kg. Az organicus neurológiai és psychiátriai kórképekben alkalmazandó dosist esetenként kell meghatározni.

FIGYELMEZTETÉS: Az Eunoctin hatását az alkohol potenciálja, ezért az Eunoctin-kúra során az alkoholfogyasztást kerülni kell. Más, központi idegrendszerre ható szerekhez hasonlóan a terhesség első harmadában az Eunoctin tabletta alkalmazása nem ajánlatos. Eunoctin bevétele után 10–12 óráig gépkocsit vezetni, magasban, veszélyes munkahelyen dolgozni nem lehet.

MEGJEGYZÉS: ℞ Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalmmal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS
10 tabletta térítési díj: 2,– Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Pécsi Orvostudományi Egyetem

A tantermi előadásról

(A gyakorlat és elmélet egysége az oktatás hatékonyságában)

Romhányi György dr.

Az utóbbi időben — részben a tantervi reformtörekvésekkel kapcsolatban — fokozott érdeklődés nyilatkozik meg a felsőoktatás módszertani kérdései iránt. Ennek során a klasszikus felsőoktatási forma: a tantermi előadás hatékonysága tekintetében is kételyek merültek fel. Egyes nézetek erősen háttérbe kívánják helyezni a tantermi előadásokat: kiscsoportos szemináriumszerű oktatási formákkal szemben. Extrem nézetek minimumra szorítanák vissza a tantermi előadások részesedését a felsőoktatásban. Tantermi előadás vagy szeminárium? veti fel a kérdést *Netzky* (1968). A kérdés körüli viták nem zárultak le. A jelen oktatási konferencia éppen a tantermi előadások kérdésével kíván foglalkozni, megvizsgálva ennek az oktatási formának hatékonyságát és alkalmazhatóságát az orvostudomány területén.

A meghívásomat, hogy ennek a pedagógiai konferenciának a tantermi előadás problémájáról szólhatok a felsőoktatás területén, valószínűleg annak köszönhetem, hogy 25 éven át voltam abban a szerencsés helyzetben, hogy a Pécsi Orvostudományi Egyetem Kórbonctani Intézetében a tantermi előadásformát intensiven igénybe vettem és annak hatékonyságáról régi tanítványaim felől jött visszhangok formájában meggyőződhettem.

A tantermi előadással kapcsolatos szemléletem a felsőoktatásban ezért — irodalmi tanulmányokon kívül — nagyjából személyes tapasztalatokból származnak.

Előre kívánom bocsátani, hogy — a pedagógia tanításával összhangban — szilárd meggyőződésem, hogy az élő szó — megfelelő didaktikai formában és tartalommal — az egyetemi oktatás leghatékonyabb fegyvere. Ez vonatkozik természetesen az oktatás különböző szintjeire: a kiscsoportos gyakorlati oktatástól a tantermi előadásig. Utóbbi hatékonyságának hitele úgy látszik valóban széles körökben megromlott. Sok egyetemi oktató talán úgy véli, hogy a tantermi előadás már nem korszerű oktatási forma. Felvetik ellene, hogy túl egyoldalú folyamat: a hallgató nagyjából csak passziv szerepet tölthet be; nem követvén az anyagot, ezért nem profitál belőle és így fokozatosan elhanyagolja az előadások látogatását. Mások viszont azt írják, hogy a felsőoktatás területén sok a szürke, nem vonzó előadás, amely szigorúan ragaszkodik a jegyzet vagy a könyv szövegéhez és így nincs vonzó ereje. Így tehát nem a tantermi előadás mint oktatási forma a rossz, hanem annak tartalmi vonatkozásai és ezeket kellene megjavítani és így újra vonzóvá tenni az előadásokat.

Ezen ellentétes nézetekkel szembe kell tekintenünk. Felmerül a kérdés, hogy milyen is legyen a felsőoktatás területén a tantermi előadás. A kérdéssel behatóan foglalkoztak közlemények (László A. 1974, Illyés I. 1974). Véleményem szerint a hatékony oktatásnak (bármely szinten) két alapvető sajátsága van: 1. legyen (kellő mértékben) *informatív* és 2. legyen *stimulatív*. Ez a két aspektus lényegében egybe foglalja az oktatás tartalmi részét és a presentatio módját érdeklődésfelkeltéssel és távlati stimulatióval: vagyis a képzési folyamat egészét, az oktatás-nevelés egységét. Informatiót ugyan nyújthatnak mechanikai személytelen oktatási módszerek, de távlati stimulatio és személyiségformáló nevelő hatás csak az oktató személyének suggestiv ráhatásából származhat. Azt is meg kell látnunk, hogy bár stimulatio nélküli oktatás is közvetít informatiót, ez az ismeretanyag azonban éppen a távlati stimulatív hatás hiánya miatt hamar elhalványodik és el is évül. Az ilyen oktatás tehát a hamarosan múlttá váló jelennek dolgozik.

A stimulatív jellegű oktatás (kellő tartalom mellett), amely az oktató *tartós személyes* ráhatásai folytán sugárzik az oktatottra, annál inkább dolgozik a jövőnek, minél inkább fel tudja kelteni az érdeklődést, megkedveltetni a tudomány-szakot és indukálni a felelősségérzetet az oktatottban saját állandó továbbképzése iránt. Az informatio és stimulatio dinamikus egysége képezi az oktatás-tanulás dinamikus egységének alapprincípiumát. Az oktatónak ki kell lépnie a tudományos elvontság neutralitásából és szenvedélyes kiállással kell meghódítani a hallgatóságát távlati stimulatio megvalósítására.

Az oktató személyének tehát döntő jelentősége van a felsőoktatás hatékonyságában, és személye egyben a nevelés kulcsa is. Persze az oktatók szakmai fejlődése nem mindig jár párhuzamosan pedagógiai készségük fejlődésével. Gyakran említik is a felsőoktatásban résztvevők pedagógiai alapképzettségének hiányát és erre vezetnék vissza a chronikus oktatási krízist. Ezzel kapcsolatban felemlíthető, hogy *Hippokrates* az orvostudományt tulajdonképpen nem tanítható művészetnek tartotta, míg *Erasistratos* tanítható tudománynak. Azt gondolom, hogy az orvostudománnyal kapcsolatban ez a két nézet többé-kevésbé integrálandó. Az oktatók pedagógiai képzettségének kérdésében is valószínűleg ez a helyzet. Úgy tűnik, hogy hatékony oktatóvá, csak endogen ismeretközlési hajlamossági adottságnak — hosszú gyakorlattal történő fejlesztése révén — akár önálló úton, akár szervezett pedagógiai oktatás révén — válhat valaki. Viszont ilyen genuin adottságok nélkül valószínűleg még pedagógiai alapképzés sem segíthet sokat.

Ha már most a tantermi előadás hatékonyságának lehetőségét valljuk, akkor bizonyos követelményeket kell támasztanunk. Nyilvánvaló, hogy rossz előadások nem szolgálják a kívánt célt, de jó előadások nemcsak hasznosak, hanem nélkü-

Előadás a Pécsi Orvostudományi Egyetem 1979. március 2-án tartott II. pedagógiai konferenciáján.

lözhetetlenek az egyetemi oktatás terén és az egyetemi oktatás sarkalatos pontját képezik (Berecz 1974). Hiszen nem volna kívánatos és nem is volna igazságos, hogy a tapasztalt széles látókörű jó oktató csak egy szűk kis szemináriumi csoporttal foglalkozzék, míg a többi csoport kevésbé tapasztalt vagy rossz oktatók vezetése alá kerüljön szükségszerűen és ezáltal lényeges, esetleg behozhatatlan szellemi veszteséget szenvedjen. A tantermi előadás keretet biztosít arra, hogy az *össz-hallgatóság* részesévé válhat a tapasztalt oktató hatékony tanító és nevelő ráhatásának. Ennek biztosítására nincs is más lehetőség.

A tantermi oktatás iránti alapvető kívánalmakat 4 pontban lehet hasznosan áttekinteni és megvizsgálni:

1. Ki adjon elő? 2. Mit adjon elő? 3. Hogyan adjon elő és 4. Milyen gyakorlati oktatási háttere van a tantermi előadásnak, vagyis milyen kapcsolat van az elméleti és gyakorlati oktatás között?

Ad 1. Azt hiszem, joggal mondhatjuk tekintélyes és tapasztalt oktatók nézetével összhangban (Magyar 1976, Petri 1976), hogy a professzor adjon elő. A diák joggal őbenne látja a szakma igazi képviselőjét. Fontos momentum az is, hogy continuálisan tartsa kezében az előadások tartását: hiszen csak így fejthet ki stimulatív, személyiségformáló hatást hallgatóira. Csak első számú helyettese szerepeljen még tantermi előadásokon (Magyar). Egyébként fiatal oktatóknak szereplése tantermi előadáson nem effectiv. Akaratukon kívül még nem rendelkezhetnek olyan személyes sajátságokkal, amelyek a hallgatóság felé suggestiv stimuláló hatással rendelkezhetnének. Így legjobb igyekezetük ellenére az előadásuk csak szakmai ismeretek pedáns felmondásává válik. Mindig csodálkoztam azon, mikor erről értesültem, hogy fiatal oktatók kaptak megbizatást tantermi előadásokra. Az előadás, oktatás a professzor első számú feladata (Molnár J. 1964). Ez alól még a szükséges tudományos tevékenysége vagy rutin munkája sem adhat felmentést. Természetes, ha ezzel szemben valamely professzor fiatal segéderőket küld gyakran a tanterembe, akkor vállalnia kell a szabályszerű következményt, hogy a hallgatóság lassan lemorzsolódik az előadásairól. Ebben pedig nem egyedül a hallgatóság hibáztatható. Nem ritkán látott szemléletferdülés az is, hogy a tudományos támogatás megnyeréséért háttérbe szorul az oktatási kötelezettség.

Sokat beszélünk az *oktatás nevelő hatásáról.* A nevelő hatásnak az oktató a kulcsa: annak személyisége. Minden oktató akarva, nem akarva nevel: minden ténykedésével, példamutatásával, tudomány iránti elhivatottságával: positiv vagy negativ irányban. Valószínű, hogy az orvos-etikai nevelő hatás legnagyobb fokát a professzor személye tudja kisugározni, ha permanens kontaktusban van hallgatóival. Természetes, hogy ez csak egy része az egyetemi nevelő hatásnak, mert eredményes nevelő ráhatást végül az oktatók egész testülete tud kifejteni, erre irányuló együttes törekvésekkel.

A hallgatóságot tehát az előadónak meg kell hódítania az oktatás során kifejtett személyes ráhatások révén. Ezt az aktív megközelítést a hallgatóság hamarosan felismeri és máris megtörtént egy jelentős lépés a tantermi oktatás hatékonyságának megvalósítása felé.

2. A második kérdés, hogy mit oktasson a tantermi előadó. Ennek a kérdésnek a keretében három kívánalom merül fel:

a) oktassa hatékonyan szakmájának alapvető ismeretanyagát;
b) tanítsa tanulni a hallgatóságot és
c) tanítson gondolkodni.

a) *Tanítsa meg szakmai tárgyának alapvető ismeretanyagát.* Sokat vitatkoznak a tananyag korszerűsítésén. Ez természetesen *állandóan* aktuális kívánalom. Bölcs selectióval kell kihagyni az elöregedő, a jövő szempontjából már nem prospektív ismeretanyagot, beépítve helyette az újonnan felmerült és prospektív jelentőségű adatokat. Az előadás természetesen nem törekedhet a teljes anyag előadására, mert ez túlterhelésre és az előadásnak nem kívánatos elszürküléséhez vezetne. Az előadandó *lényeges* részek kihangsúlyozásában és a rövidítéssel járó selectálásban a professzor és senior társainak lényeglátó képessége és bölcs megítélése a döntő (Mészáros 1975) és nem valami merev előírások: hiszen az utóbbiak is hamarosan elavulnának. Mindezt az orvostudományi egyetemek oktatási alapcélkitűzésének jegyében kell eldönteni, nevezetesen az általános orvosképzés célkitűzésének megfelelően. Hiba lenne eklektikus módon „tudományos csemegékkel" csábítani a hallgatókat az előadásokra. Ilyenekkel nem lehet megkímélni a hallgatókat a tudomány alapjainak rendszeres fáradságos elsajátításától (Erdey-Grúz 1966).

b) *Tanítson meg tanulni.* Valóban az egyetemek az oktatók és tanulók működésbeli érdekszövetségeseiként keletkeztek. Ezt a functiót ma kevésbé hangsúlyozzák, vagy figyelmen kívül is hagyják. Az egyetemek feladatához tartozik, hogy tanítsanak tanulni is, hogy módszertanilag is megkönnyítsék a diáknak az ismerettömegek között való helytállást. Valóban e téren sok eredményes kísérlet is történik. De hogyan taníthat tanulni a tantermi oktató? Szerintem ennek első feltétele a világos, logikus, rövid, informatív anyag-presentatio: világos egyszerűségre lebontva az anyagot. Ehhez persze nagy felkészültség szükséges: az anyag egészének világos áttekintése. Saját gyakorlatomban világosan és rövidre tömörítve csak azt az ismeretanyagot tudtam jól presentálni, amelyet sokáig alapvetően tanulmányoztam, vagy ami a saját tudományos kutatásaim körébe tartozott. A hatékony tanítás a leegyszerűsítés és kérdezés művészetének látszik. A leegyszerűsítés hatékony motiváló tényező a tanuláshoz, mert lehetővé teszi az anyag megértését, követését és ezáltal kedvet kerekít az értelmi tanuláshoz; míg a komplikált, túlrészletezett presentatio a dolgok nehéz megértése miatt mechanisztikus tanulás kényszeréhez vezet, amelynek hatékonysága az értelmi tanuláshoz képest sokkalta gyengébb. Természetesen nem valami vulgáris leegyszerűsítésről, kivonatolásról van szó, hanem a fontos momentumok kiemeléséről és ezek prospektív jelentőségének és szépségének megmutatásáról. Így a tudományos adatok fényt kapnak

és érdeklődést keltők, különösen, ha az előadó kiemeli az anyag belső logikai vonatkozásai mellett a lehetséges kapcsolatokat a határterületi ismeretekkel. Ez tulajdonképpen minden szaktárgy számára hasznos, vagy elengedhetetlen önálló integratív oktatási tevékenység.

Másodsorban az előadó elősegíti a diák tanulását módszertanilag azzal, hogy javasolja, vagy megkívánja az anyag jegyzetelését. Ennek nem akadálya sem az esetleg meglevő jegyzet vagy könyv, mert a hallgató, ha jegyzetel, együttműködik szellemileg az előadóval és eredményesebben megtanulja az anyagot, mintha csak passzívan „hallgat". A jegyzetelés hasznosságára a hallgató is hamarosan rájön és belátja, hogy „érdemes" jegyzetelni, hiszen ekkor már közel 50 százalékban meg is tanulta az anyagot és nem üres kézzel távozik az előadásról. Azt nem is lehet elképzelni, hogy bármilyen kiváló előadás tartalmát a diák reprodukálni — teljes memória szinten elsajátítani képes. A jegyzetelés azonban határozottan elősegíti az anyag másodfokú memória szinten való rögzítését, ami nagy segítséget jelent további felkészülések során tankönyvből, vagy jó saját jegyzetből. (Sok régi tanítványom említette, hogy mennyire megkönnyítette számukra a készülést a szigorlatra az órákon való rendszeres jegyzetelés.)

A jegyzetelés egyik formája a vázlatok készítése: az előadó által a táblán felvázolt rajzok, vázlatok alapján. Aki le tud vázolni valamit, az ismeri a lényeget és képes saját szavaival leírni a jelenséget. A rajz tehát fejleszti az absztraháló képességet, az értelmi tanulást és fejleszti a memóriakészséget. A műegyetemen azt mondják, hogy egy rajz megér ezer szót. A vázlatok készítésének a jelentőségét az orvostudományi tárgyak oktatásában sem lehet eléggé felbecsülni.

c) *Tanítson az előadó gondolkodni.* Valóban gyakran említik az önálló gondolkodásra való nevelés fontosságát az oktatásban. De arra vonatkozóan, hogy ez hogyan történjék, kevés konkrét útmutatást adnak a szerzők. Erdey-Grúz (1966) a kérdezés fontosságát emeli ki, mint a gondolkodásra nevelés fontos momentumát. Ez azonban a problémának csak egyik vetülete. Az önálló gondolkodásba való bevezetéshez különösen jó alkalmat adnak a gyakorlatok, de a tantermi előadásokban is bemutathatók és gyakoroltathatók a természettudományi causalis (experimentalis) gondolkodásnak elemei és menete (Monnier: Schw. med. Wschr. 1957, *87*, 961.).

Ennek három lépcsője: 1. az észlelés, *b)* az észlelés alapján kialakított *előzetes* vélemény, *c)* az előzetes vélemény konkrét bebizonyítása további irányított megfigyelésekkel vagy kísérleti adatokkal, vagy ha szükséges, a feltevés elvetése és új feltevés keresése. Ez a gondolkodásmód érvényesül a tudományos kutatásban (mint „munka-hypothesis") és lényegében ez történik a klinikai diagnosisok tisztázásában is. Rá kell mutatni az észlelés fontosságára. Észlelésre kell serkenteni a hallgatót és előzetes kérdésfeltevésekre biztatni, továbbá vezetéssel megmutatni számára, hogy a feltett kérdések hogyan tisztázhatók és erősíthetők meg. Az egész folyamatban a hallgatót vezetni kell, hogy részkérdések megoldásán át látszólag önállóan bogozza ki a kérdés megoldását, de úgy, hogy a megoldást lényegében az ő saját gondolkodási folyamata eredményeként érzékelje. Egyébként ez a vezetéssel irányított kérdéskifejtéses módszer „a problémamegoldó szellemi tevékenység". *Sokrates* óta ismert és nincs jobb mód önálló gondolkodás nevelésére.

Sokszor tapasztaltam, hogy amikor az ilyen kérdéskifejtéses módon a hallgató a végén rájött a helyes eredményre: önkéntelenül felkiáltott: „Jé!" Ez a felkiáltás jelentette a felfedezés örömét és csodálkozását azon, hogy a tudomány mégsem olyan komplikált és bátorságot ad arra, hogy a hallgató ilyen önálló gondolkodási folyamatokban aktívan részt vegyen. Az eredmény „felismerését" számára kell meghagyni, hogy legyen felfedezési élménye és bátorítást nyerjen a teljes önálló gondolkodás útján elindulni és megtanulja alkotó módon művelni saját szakmáját akár a gyakorlatban, akár a tudományos kutatás területén. Az eredmény *direkt* közlése megfosztja a hallgatót az élménytől, és nincs gondolkodásra nevelő hatása.

A causalis experimentális gondolkodásra való nevelésnek tehát nagy jelentősége van az oktatásban; azonban ennek néhány buktatójára is jó rámutatni. Ilyenek egyaránt érvényesek a gyakorlati orvoslás, valamint a tudományos kutatás terén is. Ezek:

a) a hiányos megfigyelés, amikor esetleg szembetűnő leletek elfedik a figyelem elől a döntő fontosságú, de látszólag háttérben levő, rejtett jelenségeket. Ezért kell (főleg a gyakorlati) az oktatás keretében különös hangsúlyt helyezni a diákok önálló megfigyelési készségének fejlesztésére. Az utóbbit alig fejlesztik demonstratív anyagok, amelyek az információt a kérdéses jelenségről „készen" presentálják. Az önálló megfigyelési készség fejlesztése tehát a gondolkodásra nevelő oktatásnak alapkövetelményéhez tartozik.

b) másik lehetséges buktatója a causalis experimentális gondolkodásnak, ha az *előzetes* feltevésünket további kiegészítő, kielégítő utánvizsgálatok konkrét alátámasztása nélkül, túl hamarosan véglegesnek fogadjuk el. Azt hiszem, hogy a tudomány és gyakorlati orvoslás területéről számos tanulságos példát lehet erre vonatkozóan felhozni. Ezen hiba ellen a „kételkedés bátorsága" védhet, ami erőt ad ahhoz, hogy kételkedni merünk dogmatikus vagy tekintélyi adatokban, vagy akár eddigi saját véleményünkben is. Nyilvánvaló, hogy ez a gondolkodás folyamatában új, termékeny irányokhoz vezethet és kiküszöböli helytelen nézetek megmerevedését.

c) a causalis experimentalis gondolkodási folyamat harmadik hiányossága áll előttünk, ha egyáltalában *nincs előzetes elképzelésünk.* Valószínűleg erre vonatkoztatható *A. Einstein* mondása, hogy többet ér „az imaginatio mint a tudás". *Krompecher Ödön* pedig azt mondta, hogy a természetnek csak jól megfogalmazott kérdést kell feltenni, és az válaszolni fog és elárulja titkait. Az önálló elképzelés és kérdésfeltevés tehát az önálló creativ gondolkodás előfeltétele.

3. A harmadik kérdésünk volt, hogy *hogyan tanítson a tantermi előadó.* Erre a kérdésre már nehezebb konkrét választ adni, hiszen itt nyilatkozik meg az előadóknak nagyon különböző egyéni adottsága. Mindenesetre szabad előadásban és a tudomány iránt érzett lelkesedéséből származó suggestiv erővel, saját tudományos munkájának eredményeitől is stimulálva adjon elő. Stimulatív oktatás csak olyan oktatótól származhat, aki maga is tudományos tevékenységet folytatva tud szólni az alkotó gondolkodásról, annak problémáiról és szépségéről. Mindez adhatja az előadás egyéni jellegét, amely hatása alá vonja a hallgatóságot és így intensiv távlati stimulatív hatást képes kifejteni.

Természetesen nem elég megállni a szigorúan szakismeretek szabta határnál. Személyes megközelítésben lehet hatékonyan tanítani, amire a gyakorlatokon kialakítható személyes megismerés nyújthat lehetőséget. Vallomásokkal kell személyessé tenni az előadást és ezek közbeiktatásával élénkíteni az érdeklődést. Orvostörténeti adatok puszta chronologiai felsorolása nem tudhatja nagyon lekötni a figyelmet. De más a helyzet, ha kiemelt orvostörténeti adatok példáján be tudjuk mutatni a tudományos kutatások küzdelmes menetét: a tudományos eredményekhez vezető egyéni gondolat és kitartó munka együttes szerepét. A Nobel-díjas *P. Medawar* azt mondta, hogy az egyetemi előadásokon nem is annyira azt kell tanítani, amit már felfedeztek, hanem inkább azt, hogy milyen gondolati alapon és kitartó munka útján jutottak el a kutatók az eredményeikhez.

Az orvostörténeti adatokból olyanokra is érdemes fényt villantani, amelyek az orvosi szemléletre és etikai magatartásra mély befolyást gyakorolnak. Például saját tárgyam vonatkozásában gyakran szerepelt *Hippokrates* I. aforizmája („Rövid az élet, hosszú a művészet, a tünetek csalékonyak, dönteni nehéz, az igaz pillanat hamar elmúlik . . .") nem csupán a mottó kedvéért, hanem tanító-nevelő célból is: hiszen ennek minden tételére az életből vett tanulságos vagy sokszor tragikus példák sora említhető fel, amelyek mélyen befolyásolhatják a fiatal lelkek hozzáállását orvosi hivatásukhoz.

Halljon a diák eljövendő orvosi hivatásáról is nagy emberek véleményén át (Trefort Á.: „Az igaz orvos az embert, a beteg embert, a népet szolgálja mélységes szeretettel és alázattal"). Ilyen megfogalmazás után az orvostanhallgató fogékonyabb lesz alapvető etikai kötelessége iránt: az életen át való tanulás és továbbképzési kötelessége iránt. Halljon arról is, hogy a csodákat művelő nagy hatalmú gyógyító orvostudomány sokszor kénytelen a „szavak gyógyító" segítségére támaszkodni. Ez talán már korán, a leendő orvosok előtt rávilágít az orvos—beteg személyes kapcsolatának döntő jelentőségére, amelynek hiányáról gyakran hallunk panaszokat (Trencséni T. 1970, Pécs).

Kérdőívre adott válaszokban azt is kérték a hallgatók, hogy az előadó valljon magáról is. Valóban valljon tudományszakának a szeretetéről, sikereiről, kudarcairól; oktatási tevékenységének gondjairól és szépségéről; tevékenységéről, amivel hatékony segítséget nyújthat tanítványainak tanulmányaik előrehaladásában.

Mindezek csak kiragadott foszlányok annak demonstrálására, hogy a tantermi előadó nemcsak a leckét „prelegálja", hanem hatékony oktatási tevékenysége mellett hallgatóiban az embert is meglátja és személyes emberi közelségből igyekszik őket segíteni tanulmányaikban és személyiségüknek orvoshoz méltó kifejlesztésében.

4. A negyedik kérdés volt az oktatás hatékonyságáról: *a gyakorlati oktatás tartalma és annak szoros kapcsolata a tantermi oktatás hatékonyságához.* Az előbbiekben kifejtett elvek a tantermi oktatásról és annak hatékonyságáról csak akkor *érvényesek,* ha megfelelően koordinált és megfelelő tartalmú gyakorlati oktatás áll mögötte, ill. képezi alapját. Ilyen megszervezett gyakorlati oktatási háttér általában rendelkezésre áll a preklinikai szakmák esetében. A klinikai szakmák sokkal nehezebben tudják biztosítani a profilírozott gyakorlati oktatási hátteret. Saját szakmámban a gyakorlati oktatás egyik fele azt jelentette, hogy gyakorlatilag minden lényeges kórbonctani szervelváltozást demonstráló múzeumi gyűjtemény állt rendelkezésünkre, amelyet a diákok heti két órában a vonatkozó néhány szövettani metszettel együtt tanulmányoznak. Érthető, hogy ennek a magában álló gyűjteménynek nagy tanító ereje van, hiszen a hallgató a maga valóságában vizsgálhatja az elváltozásokat; természetesen a lényeges klinikai adatokkal együtt. Ilyen észlelés természetesen felülmúl minden könyvábrát vagy diapozitív anyag vetítést. A gyakorlatunk másik felét (heti 2 óra) bonctermi gyakorlat képezi. Itt sem a bonctechnika kérdése áll előtérben, hanem az eset klinikai pathológiai értelmezése a hallgatóság ismereteinek szintjén.

A gyakorlatok akkor a leghatékonyabbak, ha a professzor rendszeresen látogatja azokat és kérdéseivel segíti a tanulást és a gondolkodási folyamat elsajátítását a fent említetteknek megfelelően. Ennek előnye többszörös. Először: a professzor megismerheti hallgatóit és személyes közelségbe kerülhet velük, ami a tantermi előadásában hatékony momentum. Másodszor: a professzor kérdést kifejtő közreműködése a gyakorlatokon oda vezet, hogy a hallgató megszokja, hogy tőle kérdéseket kapjon. Harmadszor: a kérdések gondolati megoldásának vezetésében a hallgató örömmel látja, hogy elméleti ismereteit milyen egyszerűen és hasznosan tudja érvényesíteni a gyakorlatban. Ez természetesen motivatiót ad a további stúdiumhoz és visszahat a tantermi előadások hatékonyságának biztosításához és az érdeklődés fenntartásához. *A professzor aktív közreműködése a gyakorlatokon* a legnagyobb biztosítéka a gyakorlat és elmélet sokat hangoztatott egységének és a folyamatos aktív érdeklődés fenntartásának.

A gyakorlati oktatás nemcsak a legmagasabb formája és leghatékonyabb színtere a tanításnak, hanem egyben ez tükrözi vissza leginkább az oktató számára oktató tevékenységében rejlő rejtett örömöt.

Itt felmerül a kérdés, hogy mi az, ami az oktatót motiválja látszólag nem mindig örömteli oktató tevékenységében. Gyakran tárgyalt kérdés az oktatók tevékenységének fokozottabb elismerése és

értékelése. Mindebben sok objektív tényező van. A lényeg azonban, véleményem szerint, mélyebben van. A felsőfokú oktatás igazi formájában azonosítható az alkotó tevékenységgel: az alkotóéval, aki az anyagát mindig újra és újra formálja, fejleszti, áttekinthetőbbé teszi; az anyagának tudományos és gyakorlati összefüggéseit gyakran egyéni alkotó értelmezésben fejti ki; folyton javítva a presentatio módját és kialakítja a *Sokrates* óta jelentősnek ismert személyes ráható kapcsolatot tanítványaival. Ugyanúgy, mint ahogyan az alkotó az alkotásában látja az örömét, úgy az *alkotó oktató* is tanítási tevékenységében, az ismeretanyag stimulatív átadásában látja igaz örömét, hiszen az ismeretátadás belső szükségességéből tanít. Az ismeretátadás belső lélektani szükségessége *Archimedes* óta ismert. Ez a belső, genuin indíttatás ismeretáadásra jellemző az igazi oktatóra, aki idővel megérheti, hogy térben és időben messziről érkező visszhangok jelzik számára oktató tevékenységének távlati eredményeit. Ezt az ajánékot nem lehet semmivel megváltani.

OXYBION *por szirup készítéséhez*

Antibioticum

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (16 g por) 5 000 000 NE Phenoxymethylpenicillin-Dibenzylaethylendiaminum-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Penicillin terápia. Az összes penicillinérzékeny kórokozó (Streptococcus, Gonococcus, Pneumococcus, Staphylococcus stb.) által előidézett fertőzés kezelésére vagy megelőzésére; elsősorban tonsillitis follicularis gyógyítására.
Előnyösen befolyásolhatók az enyhe és középsúlyos felsőlégúti infekciók, továbbá tonsillitis, pharyngitis, bronchitis, otitis, valamint pneumoniák egy része. Alkalmas penicillin-érzékeny infekciókra hajlamosító – elsősorban Streptococcus okozta (pl. scarlat) – megbetegedések kivédésére is.

ELLENJAVALLATOK: A beteg penicillin-allergiája és a kórokozók penicillin-rezistenciája. Túlérzékenységre utaló jelek esetében nem szabad alkalmazni.

ADAGOLÁS: Az üveget nyakig feltöltjük csapvízzel (ivóvízzel, csecsemők esetében forralt, de lehűtött ivóvízzel), néhányszor erősen összerázzuk, míg egyenletesen sima szirupot kapunk. Egy adagolókanál 250 000 NE penicillint tartalmaz.

Terápiás adagok:

csecsemőknek:	3 × 1 adagolókanállal naponta
1–3 éves gyermekeknek:	4 × 1 adagolókanállal naponta
3–6 éves gyermekeknek:	3 × 2 adagolókanállal naponta
6–12 éves gyermekeknek:	4 × 2 adagolókanállal naponta

A kezelés időtartama általában 5–7 nap.

Megelőzés céljára kisgyermekeknek napi 1–2 kanál,
3–6 éves korú gyermekeknek 3 × 2 kanál.

MELLÉKHATÁS: A kezelés során elvétve a széklet lazulása észlelhető, ez azonban a gyógyszeradagolás befejezésével megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS: Az üveg tartalmát minden használat előtt fel kell rázni. Az elkészített szirupot hűvös helyen kell tárolni, 10 napon túl felhasználni nem szabad.

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ: 16 gr 6,– Ft

Előállítja:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

OH
1123

NAPROSYN

tabletta mV 200 Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tabletta gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis–mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlóékhoz – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgiák, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, periarthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.).

ELLENJAVALLATOK: Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.
Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalkorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2 × 250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tabletta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalmak napszakos jellege szerint: 2 tabletta reggel, 1 tabletta este, illetve 1 tabletta reggel és 2 tabletta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határokon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyancsak naponta kétszer kell beadni.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullét, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkiütés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Kerülendő az együttadás

- magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulansokkal (anticoagulans hatás fokozódik;
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicilérzékeny egyénekben urtikáriát, aszthmás rohamot válthat ki.
Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.
Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.
Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!
Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tabletta 22,– Ft.

FORGALOMBA HOZZA: Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Közegészségtani és Járványtani Intézete
(igazgató: Berencsi György dr.)

A műtő levegője és a postoperativ fertőzések

Dobó Kálmán dr. és Vetró Gábor dr.

A levegő kóroki szerepének lehetőségére már az ókorban a racionális és empirikus orvostudomány (hippokratészi) utalt. *Hieronymus, Fracastorius* (1483—1553) a levegőt a betegségek terjedéséért felelős tényező egyikének tekintette. *Tyndall* kimutatta, hogy a levegőben lebegő por és apró „állati" részecskék láthatóvá válnak, ha egy fénysugár kévéje sötét szobán halad keresztül. Ezzel is alátámasztotta *Lister* feltételezését, amely szerint a sebészeti beavatkozások után fellépő sebgennyedések, legalábbis részben a levegőben levő kórokozóktól jöhetnek létre. *Pasteur* a Francia Tudományos Akadémián 1876-ban tartott előadásában többek között az alábbit mondta: „...de még ekkor is féltenem kellene a beteget, a betegágyat körülvevő levegőben lebegő csíráktól..." Ilyenformán már 100 év előtt megfogalmazódott a beteg közvetlen környezetében levő mikróbák okozta fertőzés elkerülésének az igénye. Az a nagy érdeklődés, amely ma a kórházi (iatrogen) fertőzések iránt megnyilvánul, kb. negyedszázada alakult ki. A kérdéssel számos közlemény foglalkozik (3—8, 11, 12, 14, 15, 23, 25, 28, 4—36, 44—46).

Módszer

A Szegedi Orvostudományi Egyetem I. sz. Sebészeti Klinikáján az elmúlt 2 év alatt megfigyelt postoperatív sebfertőzéseket tanulmányoztuk és egybevetettük a környezetben kimutatható mikróbás szennyezettséggel, ill. fertőzöttséggel.

Megvizsgáltuk a műtő helyiségek levegőjének bakteriológiai szennyezettségét, továbbá a levegőben levő por mennyiségét és szemcsenagyság megoszlását műtét előtt, alatt és után. Az összcsíraszám meghatározása véres agar táptalajon, a kitenyésztett pathogen vagy fakultatív pathogen mikróbák meghatározása az OKI által megadott irányelvek szerint (33) történt. Elvégeztük továbbá a pathogen, vagy fakultatív pathogen mikróbák antibiotikum érzékenységének vizsgálatát, továbbá fág tipizálásukat. A levegőben lebegő por vizsgálatát Modell 10 típusú koniméterrel végeztük, és a szemcseszámot ml-enként adtuk meg. A klíma vizsgálatokat katathermometerrel és barométerrel végeztük (17). A légsebesség mérése Albrecht-féle hődrótos anemométerrel történt.

Eredmények

132 esetben végeztünk műtétek közben pormeghatározást. A porszemcsék számát és azok nagyságát ABEO szerint határoztuk meg, 96,7%-ban 5—8 μ átmérőjűek voltak. A légsebesség mérések adatai 0,17—0,23 m/s értéket mutattak. A relatív páratartalom 42—60% között volt. A levegő per és összcsíraszámát befolyásolja a helyiség mikroklímája. Méréseinket a helyiség hőmérsékletének vizsgálatával is kiegészítettük. Összehasonlítást végeztünk *Losonczy* (27) adataival, a kapott eredményt így megfelelőnek tekintjük.

Vizsgálataink szerint nagy eltérések voltak — egy nap során — a műtőhelyiségek levegőjének eredményei között *(1. táblázat)*.

1. Táblázat. **Az összcsíraszám alakulása a műtéti nap során**

Vizsgált időszak a műtőasztal körül m³/5 perc expozíciós idő	Baktérium-szám átlag	Pathogen vagy fakultatív path. átlag
Műtét kezdetén	420	6
A 2., 3. műtét közben	975	14
Az utolsó műtét közben+4—5 fő orvostanhallgató jelenléte	1870	62

Műtét alkalmával, amikor is oktatási célból 3—5 orvostanhallgató is jelen volt, két esetben tudtunk coagulase pozitív staphylococcust találni az összcsíraszám növekedésével párhuzamosan (chromogenek, sarcinák, levegőgombák, penészgombák stb.). Vizsgáltuk a műtőbe kerülő betegeket, műtőszemélyzetet, orvostanhallgatókat, akiknél kórokozókat nem találtunk. Ugyancsak negatív eredményt kaptunk az anaerob baktériumok keresése folytán is. A vizsgált időszak alatt az összes steril és féltiszta műtétek száma 4473, a postoperativ sebfertőzések száma 77 volt (1,6%).

Megvizsgáltuk továbbá, vajon a műtő levegőjében talált kórokozók és a postoperativ gennyedések között találunk-e összefüggést. Figyelmet fordítottunk továbbá a sebfertőzések kórokozók

2. Táblázat. **Sebfertőzések kórokozók szerinti megoszlása és lappangási ideje**

Mikroorganizmus	A sebfertőzés%-os megoszlása	A feltételezett lappangási idő napban
E. coli	18	6
Klebsiella	7	5
Staphylococcus aureus	17	6
Pseudomonas aeruginosa	9	7
Pseudomonas aeruginosa+ Staphylococcus aureus	11	7
E. coli+B. proteus + Pseudomonas aeruginosa	9	8
B. Proteus összesen	10	7
Streptococcus össz.	7	6
S. pneumoniae	4	5
Egyéb	8	7

szerinti megoszlására, valamint a fertőzés lappangási idejének megállapítására is *(2. táblázat)*.

A kitenyésztett kórokozók fágtipizálásának eredménye az alábbi: *Pseudomonas aeruginosa* törzseket nem sikerült fágtipizálással meghatározni fág-resistentia miatt. A sebváladékból izolált *Staphylococcus aureus* fágtipizálása mellett elvégeztük az antibiotikum resistentia meghatározásokat, egyben az utóbbit pseudomonasokkal is. Feltűnt, hogy sok a multiresistens baktériumtörzs. A *Staphylococcus aureus* törzsek a III. fágcsoportba tartoztak, ami kórházi törzsek esetén a leggyakoribb (53/83 A 3 esetben, 83 A/84 1 esetben és 83/85 fágkép több ízben). A célzott antibiotikus kezelés során azt tapasztaltuk, hogy a resistens törzsek száma folyamatosan szaporodott. A sebfertőzést okozó kórokozók és a levegőből kitenyésztett kórokozók azonosságát ugyan csak két esetben sikerült igazolnunk fágtipizálással is, de feltételezzük, hogy jóval több esetben szerepel a fertőző műtő levegője közvetítőként. A műtő levegőjéből kitenyészett kórokozók antibiotikumrezisztenciáját minden esetben megvizsgáltuk és azt találtuk, hogy azok — hasonlóan a sebváladékból kitenyészett kórokozókhoz — multiresistensek voltak. Az általunk észlelt kórokozók még Methicillinre és Oleandomycinre voltak leginkább érzékenyek.

Megbeszélés

Különös figyelmet érdemel az a megfigyelésünk, hogy viszonylag nagy gyakorisággal polyresistentia alakult ki. A jelenségért az antibiotikum-resistentia faktor (R) átvitele lehet esetleg a felelős, amely jelenségre japán szerzők hívták fel a figyelmet az 1960-as évek elején (29, 38, 39). Később kiderült (26), hogy a *Staphylococcus aureus* törzsek tenyészeteiben a különböző plazmid eredetű resistentia is átvihető. Vizsgálataink alapján feltételezzük, hogy az antibiotikum kezelés hatására a multiresistens törzsek szelektálódtak. A széles spektrumú antibiotikumokkal szemben *(Staphylococcus, Klebsiella, coli törzsek* stb.) kórházakban kialakuló polyresistentia veszélye közismert, de mint saját vizsgálatainkból is kiderül, a betegek már eleve multiresistens flórával kerültek legtöbb esetben első kezelésre, ami a benntartózkodás alatt még kedvezőtlenebbül alakult. A hosszú ideig tartó extracorporalis műtétek, az immunsuppressiv, corticoid kezelés gyakoribbá válása is szerepet játszhat az antibiotikum kezelés mellett a házi törzsek masszív megjelenésében.

Vizsgálataink az irodalmi adatokkal összhangban alátámasztják, hogy műtők levegőjében bizonyos körülmények között nem elhanyagolható számban lehet pathogen vagy fakultatíve pathogen mikroorganizmusokat kimutatni. Ezek nyilvánvalóan okai lehetnek bizonyos esetekben a postoperativ genyedéseknek is. A kérdést tovább bonyolítja, hogy az utóbbi évtizedben a sebfertőzést kiváltó kórokozók felcserélődtek. A 60-as évekig a genynyedéseknek kb. a felét haemolyzáló staphylococcusok okozták. Ez az arány a 70-es években kb. az esetek egyharmadára esett vissza. A Gram-negatívok aránya viszont kb. 30%-ról 70%-ra növekedett. A rendkívül nagy irodalom összehasonlítása azonban rendkívül nehéz feladat, mivel a sebfertőzés létrejöttében nyilvánvalóan nemcsak a levegő mikróbatartalma, hanem számos egyéb tényező pl. a sebészi tevékenység profilja, a sebész technikája, az alkalmazott varróanyag, az alapbetegség és a beteg életkora stb. szintén nehezen meghatározható szerepet játszhat (2, 5, 18, 36). Nem vitás, hogy a műtét alatt a műtőben történő légmozgás erőssége is szerepet játszhat a levegő mikróbás szennyezettségének mértékében. Ezt igazolja saját megfigyelésünk is, amely az orvostanhallgatók jelenlétében pathogenek jelenlétét mutatta; ezt számos irodalmi adat szintén alátámasztja (16, 19, 20, 22, 31, 32, 37, 43).

Az elmondottak alapján megállapítható, hogy a sebészi beavatkozással kapcsolatos leggondosabb asepsis sem vezethet minden esetben korszerű eredményekhez, ha a levegő eredetű fertőzést a lehetőségek határain belül vissza nem szorítjuk, továbbá nem figyelünk azokra a feltételekre, pl. a munkacsoport adottságaira és magatartására, amelyek a levegőszennyezettségre nézve fontossággal bírhatnak (2, 13, 24, 37). Ez a megállapítás annál inkább hangsúlyozható, mivel a nagy hatású antibiotikumokra alapozott bizalom nemegyszer a minden térre kiterjedő asepsis lazítására csábíthat.

Az irodalmi adatok és saját vizsgálataink tükrében a postoperativ gennyedések kivédése érdekében a klasszikus asepsisen kívül még a következő feltételek biztosítása látszik elengedhetetlennek:

1. A műtő egységeket olyan levegővel kell ellátni, amely pathogen vagy fakultatíve pathogen mikróbákat egyáltalában nem tartalmaz.
2. Biztosítani kell, hogy ajtókon vagy egyéb nyílászáró szerkezeteken át fertőzött levegő ne kerülhessen a műtőbe.
3. El kell távolítani a műtőben történő tevékenység révén fertőződött levegőt.

Ezek a követelmények megfelelő szellőzőberendezéssel biztosíthatók; az ezzel szerzett tapasztalatok egyébként máris kedvezőek (1, 9, 10, 40, 41, 42).

4. Fontosnak látszik a levegő kondícionálása, elsősorban a hőmérséklet és a páratartalom vonatkozásában. Ebből nyilvánvalóan ellentmondás is adódhat. A beteg számára a meleg, a műtőben dolgozók számára viszont az ennél hűvösebb hőmérséklet a kedvezőbb.
5. További fontos szempont az érzéstelenítéshez használt esetlegesen robbanó gázok (aether, cyclopropan) és oxigén robbanásveszélyének kiküszöbölése. E vonatkozásban is van ellentmondás. A nagy páratartalom kedvező a robbanás elkerülése szempontjából, a műtőben levők számára viszont tehertétel. A nagy páratartalom még abból a szempontból is előnytelen, hogy a fémfelületeken pára lecsapódását okozhatja, ami a mikroorganizmusok megtelepedésére és szaporodására egyaránt kedvező.

Hálás köszönettel tartozunk *Petri Gábor dr.* tanszékvezető egyetemi tanárnak, hogy a vezetése alatt álló klinikán a vizsgálatok elvégzését és közlését megengedte, továbbá a Csongrád megyei KÖJL-nak a mikrobiológiai diagnosztikában nyújtott segítségért.

Összefoglalás. A szerzők a Szegedi Orvostudományi Egyetem I. sz. Sebészeti Klinikájának műtőhelyiségeiben a levegő különböző paramétereit határozták meg műtét előtt, alatt és után. A kapott eredményeket párhuzamba állították a postoperatív sebfertőzésekkel. Taglalják az összefüggéseket és azokat az okokat, amelyek kedvezőtlenül befolyásolják a sebészeti eredményeket. Végül javaslatokat tesznek a levegő tisztaságának megóvása érdekében.

IRODALOM: 1. *Andre, L., Jourdan, R.:* Contaminations intra-hospitalières par mikroorg. Paris, 1975. — 2. *Austin, P. R.:* Design of Clean Rooms. Detroit. 1965. p. 77. — 3. *Baffles, T. G. és mtsai:* Surgery. 1970, *68*, 791. — 4. *Barda L., Littman I.:* Budapesti Közegészségügy. 1977, *2*, 43. — 5. *Beck, W. H., Guithrie Clinic Bulleton.* 1969, *64*, 36. — 6. *Blakmore, W. S.:* The Surgical Team Jan/Feb. 1973. — 7. *Bourdillon, R. B., Colebron, L.:* Lancet. 1946, *1*, 561. — 8. *Caswell, H. és mtsai:* Surg. Gyn. Obst. 1958, *1*, 106. — 9. *Charnley, J., Eftekhar, N, B. J.:* Surgery. 1969, *56*, 641. — 10. *Cowan, D.:* Council for Scientific and Industrial Research. Spec. Rep. BOV *28*, Pretoria, 1971. — 11. *Charnley, J. B. J.:* Surgery. 1964, *51*, 195. — 12. *Duguid, J. P., Walace, A. T.:* Lancet. 1948, *2*, 845. — 13. *Edmunds, R. N.:* Scot. Med. J. 1965, *10*, 209. — 14. *Fischer Gy. és mtsai:* Egészségtudomány. 1973, *17*, 250. — 15. *Fleurette és mtsai:* Rev. d'Epidemiol. Medicine Sociale et Sante Publique. 1972, *20*, 372. — 16. *Fodor F., Vedres I.:* Közegészségtan és járványtan alapjai. Budapest, Medicina, 1972. — 17. *Fodor—Vedres:* Közegészségtani-járványtani gyakorlatok és bemutatások. Budapest, Medicina, 1972. — 18. *Fox, D. G.:* Public Health Monograph. (USA) No. *78*. Publ. Hlth Serv. Publ. No. 1894. 1969. — 19. *Forster T.:* Műtők klímaberendezései. Medicina, Budapest, 1959. — 20. *Ghnassis, J. C., Griscelli, C.:* Nouvelle Presse Méd. 1974, *22*, 1429. — 21. *Goddard, J. L.:* Hospital. 1965, *19*, 39. — 22. *Hüttl T.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 1777. — 23. *Juhlin, I.:* Rev. d'Hyg. Méd. Soc. 1970, *XVIII*, 369. — 24. *Kethly, T. W.:* Communicable Disease Centre (CDC) Atlanta, September Course, 1963. — 25. *Lázár D. és mtsai:* Orv. Hetil. 1971, *112*, 1268. — 26. *Lacey, R. W.:* Bakt. Rev. 1975, *39*, 1. — 27. *Losonczy Gy.:* Kórháztervezés és működtetés fontosabb higiénés és járványügyi szempontjai. Budapest, 1973. — 28. *Losonczy Gy.:* Iatrogen Infekciók. Medicina, Budapest, 1971. — 29. *Mitsuhashi, S.:* Cunma J. Med. Sci. 1965, *14*, 169. — 30. *Moldvai S., Dobó K.:* Orv. Hetil. 1972, *113*, 2957. — 31. *Nelson, J. P. H.:* „Unfallsmedizinischen Arbeitstagung" Göttingen, 1972. — 32. *Oberdoerster, F., Thielecke, K. H.:* Z. Ges. Hyg. 1958, *4*, 288. — 33. OKI Laboratóriumi Irányelvek, Budapest, 1975. — 34. *Petri G.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 2257. — 35. *Rubányi P., Kós R.:* Magyar Sebészet. 1963, *2*, 84. — 36. *Snider, S. R.:* Surgery. 1968, *64*, 728. — 37. *Vitéz I., Szerémi K.:* Orv. Hetil. 1952, *93*, 433. — 38. *Watanaba, T., Fukasawa, T.:* J. Bakt. 1961, *81*, 669. — 39. *Watanabe, T.:* Bakt. Rev. 1963, *27*, 87. — 40. *Whitefield, W. J.:* 1962. Tech. Rep. SC—4673 (RR). Sandia Co., Albuquerque, New Mexico. — 41. *Whitefield, W. J.:* 1963. Tech. Rep. SCR—652. Sandia Co., Albuquerque, New Mexico. — 42. *Whitefield, W. J.:* 1966. Tech. Rep. SCR—66—956. Sandia Co., Albuquerque, New Mexico. — 43. *Whitcomb, J. G.:* Proc. NASA and Midwest Res. Inst. Cape Kennedy, 1971, *131*. — 44. *Williams, R. E. O. és mtsai:* Hospital infection, Lloyd Luke Ltd, London, 1960. — 45. *Williams, R. E. O. és mtsai:* Lancet. 1961, *1*, 376. — 46. *Zourbas, J. és mtsai:* Gaz. Méd. Franc. 1974, *71*, 467.

MEGJELENT

NÉPEGÉSZSÉGÜGY
1979. 1. szám

Bodnár Ottó dr.: Szűrővizsgálatok a cukorbetegek felkutatására Budapest X. kerületében 1976-ban. Az 1969—70. évi szűrővizsgálatok reprezentatív utánvizsgálata.

Pauka Tibor dr., Nagy Sándor dr., Balázsy Károly dr.: A diabetes szűrővizsgálatok és a klasszifikáció egységesítésének szükségessége és főbb szempontja.

Arnold Csaba dr., Csukás Andrásné: Negyven éven felüli hypertoniások gondozásának hatékonysági.

Janik Kálmán dr.: Kerékpáron szállított gyermekek balesetei.

Szepesi András dr.: Hozzászólás Janik Kálmán dr.: „Kerékpáron szállított gyermekek balesetei" című közleményéhez.

Czeizel Endre dr.: A Veleszületett Rendellenesség Monitor működése Magyarországon.

Gonda György dr.: Kuwait egészségügye.

Róna Borbála dr., Lutter Andrásné, Tomai Éva dr.: Budapesti psychovegetatív diszregulációban szenvedő fiatalok ötéves utóvizsgálata.

Lelkes Miklós dr., Cserenyey Edit dr., Fodor Ferenc dr., Vedres István dr.: A közegészségtan-járványtan oktatás értékrendje az orvosképzés rendszerében a hallgatók véleménye alapján.

Bodnár Lóránt dr.: Szabolcs-Szatmár megye bölcsődei ellátottsága.

Wittmann Károly dr.: Dunaújváros és dunaújvárosi járás táppénzes helyzetének értékelése 1977. évben.

Csizmadia Mihály dr.: Orális antikoncipiensek forgalma és a művi abortuszok száma Gyomán 1970—1976. években.

Tihanyi László dr., Csontos Ferenc dr., Gallovich Erzsébet dr., Simovits Márta dr.: Összehasonlító vizsgálatok két anthelminthicummal az ascariasis profilaxisában cigánytelepi gyermekközösségekben.

Hajós Péter dr., Péterfai Éva dr., Káldor Antal dr.: A gyógyszerrendelés néhány sajátossága belgyógyászati osztályokon.

FOGORVOSI SZEMLE
Stomatologia Hungarica
1979. 2. szám

Centenáris kongresszus. 1978.

Tóth Károly dr.: Elnöki megnyitó.

Beszámoló a Magyar Fogorvosok Egyesületének Centenáris Kongresszusáról (Csiba Árpád dr.).

Bruszt Pál dr., Ottó Gábor dr. és Lovasi Zsuzsanna dr.: Centrális és perifériás típusú intradentális fogrezorpció.

Harmati Sándor dr. és Bot Györgyi dr.: A Trauner-szájfenékplasztika funkciós értékelése.

Sallay Kornélia dr.: A plakk-ellenes védekezőképességről (Irodalmi áttekintés).

Keszthelyi Gusztáv dr. és Szabó Imre dr.: Adatok a lakosság fogkrémellátottságához.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE
1979. 2. szám

P. G. Wessely and E. R. Scherzer: EEG-Investigations before and after the onset of posttraumatic epilepsy.

Szirmai I., R. Vollmer, R. Lapins, P. Pappelsberger, H. Petsche: Terjedő epilepsziás görcsök EEG jeleinek matematikai elemzése.

Erdős András dr., Arató Mihály dr.: Aschizophreniák akut szakát követő depresszív állapotok differenciáldiagnózisa.

Mezei Béla: Cerebrovascularis betegségek intenzív ellátása.

Szák János: A magassági hypoxia előidézte egyes elektromorfológiai jelenségeiről.

Varga Sabján Márta dr., Kotsy Bogáta dr. és Gáti Ágnes dr.: Neuropszichológiai vizsgálatok sclerosis multiplexben.

ORVOS ÉS TECHNIKA
1979. 2. szám

Szilágyi László dr.: A CONTIFOL-rendszer alkalmazhatósága a klinikai kémiai laboratóriumokban.

Gaál A.—Temes Gy.—Szmolenszky T.—Halmágyi Gy.: Új módszer az aorta volumen-elaszticitásának in vivo meghatározására.

Bencze József—Grastyán Endre—Héjjas István—Czopf József—Hegedüs Csongor: Agyi kiváltott potenciál elemzése objektív perimetriához.

Seres Zoltán: Egyszerű térfogatmérés Boyle—Mariotte törvénye alapján.

Seres Zoltán: Új módszer a kis sebességű gázáramlás egyszerű előállítására.

Marosi György dr.—Furák Péter—Hernádi Ferenc—Simon Zsuzsanna dr.: Meglevő légsűrítő felhasználásával kialakított kórtermi kompresszorkocsi.

TISASEN A+B drazsé

laxativum

ÖSSZETÉTEL

Sennozid A + B 10 mg drazsénként.

HATÁS

A senna-drog antron, diantron és antrakinon típusú glükozidokat tartalmaz. Száraz kivonatában – melyet ez a drazsé tartalmaz – hatásos diantron származékok találhatók: sennozid A és sennozid B. Az eddigi senna készítményekkel ellentétben ebben a drazséban a hatóanyag pontosan meghatározható, és általában mentes a nem kívánatos mellékhatásoktól. A drazsé hatásos mind spastikus, mind az atoniás obstipatio esetén. A gyógyszer bevétele után 8–16 órán belül lép fel a hatás, könnyű és bőséges székletürítés formájában.

Diabeteses betegeknek is adható.

Alhasi vérbőséget nem okoz, terhességben is alkalmazható.

JAVALLATOK

Különböző eredetű (pl. habitualis, postoperativ, terhességi) obstipatio, továbbá műtéti előkészítés.

ELLENJAVALLAT

Bélelzáródás.
Káliumháztartás zavara.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek a széklet rendezése céljából napi 1–2 drazsé, hashajtás céljából napi 3–4 drazsé este, étkezés után. Gyermekeknek 1 drazsé este, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán átmenetileg flatulentia előfordul, továbbá abdominalis fájdalmak jelentkezhetnek.

MEGJEGYZÉS: Vény nélkül is kiadható.
CSOMAGOLÁS: 30 db drazsé. ● **TÉRÍTÉSI DÍJ:** 3,90 Ft

Forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
TISZAVASVÁRI

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Psychiatriai Klinika
(igazgató: Juhász Pál dr.)

A sajátszag-tébolyról

Egy ritka syndroma kórismézésének és therápiájának néhány tapasztalata

Pethő Bertalan dr., Pintér Katalin dr.
és Zöld Bálint dr.

Bár a sajátszag-téboly a ritka és újabban leírt megbetegedések közé tartozik, jelentőségét a többi, hasonló kuriózumot jelentő psychiatriai syndromáénál nagyobb. Elsőként a japán *Shikano* ismertette 1960-ban és jellegzetes japán megbetegedésnek tartották az első európai esetek közléséig (14, 15).

A sajátszag-téboly érdekessége az, hogy e téboly élménymódja szorosan összefügg a szocializációval és az egyén szociális viszonyulásaival.

A sajátszag-tébolyban szenvedő beteg meg van arról győződve, hogy teste kellemetlen szagok forrása és ő emiatt a többi ember számára visszataszító. A szag minősége sokféle (száj-, izzadtság-, faeces-, flatus-szag stb.). Jellemző, hogy a szagok csak mások jelenlétében okoznak panaszt a betegnek: 1. általában a beteg csupán akkor érzi saját kellemetlen szagát, 2. csupán ilyenkor érzi erősnek, néha „elviselhetetlennek".

A „többiek", az embertársak viszolygására a beteg azoknak viselkedéséből következtet. Jelként értékeli, ha valaki orrához emeli a kezét, ha fintorog, ha történetesen ablakot nyit stb. A beteg számára az sem jelent problémát, hogy szagának érzékelése adott térviszonyok közt a tapasztalat szerint képtelenség lenne: pl. állíthatja, hogy egy előadóterem egész hallgatósága az ő szagától szenvedett.

A betegség többnyire adolescens korban kezdődik. Monosymptomás, psychotherapiára gyógyuló és schizophreniába torkolló eseteket egyaránt leírtak (12).

Néhány elméleti és therapiás szempontú meggondolásra nyújt alapot két, alább ismertetendő saját esetünk.

1. eset: E. W., 30 éves asszony három éve járt Londonban és New Yorkban különböző psychiaterekhez — mint mondotta, phobiái miatt.

A beteg Magyarországon született, tanult, dolgozott. Hat éve ment külföldre férjhez.

Súlyosabb betegsége nem volt. Anyjának tériszonya volt, egy anyai nagynénje szellemileg visszamaradt.

A beteg férjével turistaúton ismerkedett meg. Házasságuk előtt sexuális életet nem élt, mert „így nevelték". Férjével adataink szerint harmonikusan élnek, sexuális kapcsolatuk rendezett.

Fő panasza: „izzad", maróan, savanyúan szaglik — társaságban. Emiatt emberek közt „lehetetlenné válik". Csak férjének társasága nem okoz problémát. A társaságban betegségére „célzásokat tesznek", vagy pl. orruk huzigálásával jelzik a szagélményt. Munkahelyeit is el kellett hagynia a célozgatások miatt. Egyszer pl. bejött szobájába a főnöke, arról kezdett beszélni, hogy mennyire nem korrekt az, aki nem számol be valamilyen betegségéről munkába lépés előtt és ilyen módon károsítja a vállalatot. Exploratiókor kiderült, hogy ezt főnöke ugyan nem neki mondta, de nyilván a fejtegetés őhozzá szólt és udvarias formában a vállalattól való eltávolítását jelezte előtte. A beteg a munkaviszonyt ezért felmondta. Máskor is gyakorta megunta a példálódzást és odébbállt a munkahelyéről.

Londonban, ahol élt, észrevette, hogy főleg a nők üldözik — „talán a konkurrencia miatt". Az üldözés jelei: kinyitják az ablakot, vagy alkoholt kevernek ételébe, jóllehet tudnak gyógyszerszedéséről.

Panaszai 18 éves kora körül Magyarországon kezdődtek, de csak külföldön váltak kifejezetté. Magyarországra hazatérve panaszai ismét csökkennek.

A beteg viselkedése modorosan finomkodó, psychomotoriuma feszesebb, mozgásának gráciája csökkent. Verbalizációja és mimikája is modoros jegyeket mutat, mosolya „archaikus" jellegű.

Gondolkodásmódja feltűnően rigid.

Diagnosis: sajátszag-téboly — modoros katatonia [in sensu *Leonhard* (5)], borderline formájának keretében.

Therapia: Tripthazin, szükség esetén Parkan.

A beteg londoni és New York-i orvosai hároméves kezelés nyomán phobiás neurosist állapítottak meg. Vizsgálatkor főleg gyermekkora, a gyermekkori sexualis traumák és házaséletének — feltételezett — abnormalitásai után érdeklődtek. Így — mint utólag kiderült — a jelenlegi vizsgálatot, mely a leírt status kialakulásához vezető, panaszokat okozó jelenségekre centrált, a beteg megkönnyebbüléssel fogadta — megkönnyebbülve, hogy az orvos a felelősséget nem varrja az ő nyakába gyermekkora és nemi élete ürügyén.

A beteg Londonba visszatért és ezután három héttel panaszának jelentékeny csökkenését észlelte.

2. eset: Sz. B. cigányzenész, falun nőtt fel. Családjában ideg- és elmebetegségről nem tud. Anyanyelve magyar, cigány nyelven csak néhány szót tud.

Alaptermészete csendes, érzékeny, ám vidám volt, kissé gyermeteg.

Két évvel hospitalizációja előtt konfliktusba került a zenekar vezetőjével. Akkor nagyon levertté vált, napokig szavát sem lehetett venni, nem evett. Ezután időszakosan erősödő neurotikus panaszok maradtak vissza (szív- és gyomorfájdalmak, munkaképesség csökkenésének érzése).

Klinikánkra való felvétele előtt két hónappal tért haza héthónapos külföldi útjáról (zenészként dolgozott). Hazajövetele előtt két nappal viszonyt kezdett és syphilises fertőzést kapott. Itthon titokban kezeltette magát, ugyanis félt a feleségétől, aki elutazása előtt átkot mondott rá, ha külföldön sexualis viszonyt kezdene.

Alvászavara, vegetatív panaszai (teste remeg, sápad, szédül) — neurosis szakrendelésen jelentkezett közben — Seduxen és Eunoctin kezelésre javultak. Két hét elteltével azonban a feleség mégis tudomást szerzett a történtekről és átkát megerősítette.

Azon a napon, amikor a feleséget másodszorra beidézték a nemibeteggondozóba, a beteg munkába menet rossz szagot érzett. Egy munkatársa megjegyezte, hogy a vendéglőben, ahol éppen játszottak,

büdös van, szellőztetni kellene. Ettől kezdve tudta a beteg, hogy ő büdös. „Nem lehet azt megmondani, hogy milyen szagom van, csak nagyon rossz. De nem az a baj, hogy én érzem, hanem mások is. A bűn okozta, hogy amikor dolgozom, büdösség jön rám." Nem tartja magát betegnek, csak bánatos, hogy átok ült rá. Az undorító szagot otthon sohasem érezte, csak az utcán és munkahelyén. Az emberek figyelik, rossz szemmel néznek rá, összebeszélnek a háta mögött. Otthoni viselkedése egyre jobban megváltozott, környezetével nem törődött, gyermekeit elhanyagolta, csak meredt maga elé és a szagok miatt ráháruló megvetésen töprengett.

Psychiatriai osztályra való felvételekor viselkedése conventionalis, hangulata nyomott, de elmélázó önsajnálata átmenetileg harsogó vidámságba is átcsap. Psychomotoriuma mérsékelten meglassúbbodott. Bentléte harmadik napján kérte, hogy meggyónhasson (mindig nagyon vallásos volt): „ha most gyónok, elmúlik rólam a büdös, mert a feleségem hét hétre átkozott meg és ez ma letelt." Gyónás után az osztályra nem tért vissza. Tizennégy hónappal később történt vizsgálatakor elmondta, hogy akkor meggyógyult és hasonló panasza azóta sincs. A korábbi neurotikus panaszok időszakosan visszatérnek és megjegyzésekre most is érzékenyen reagál. Andaxint szed, egyebekben tünetmentes, munkáját jól ellátja.

Diagnosis: sajátszag-téboly psychogen paranoid psychosis keretében.

Discussio

Megbeszélés

Elméleti szempontból a két eset elsősorban a vizsgálat aspektusának összehasonlíthatósága miatt tanulságos. Mindeddig a sajátszag-téboly syndromáját *élmény*aspektusokban, a beteg, élményét figyelembe véve határolták körül. Így az élménytematika volt a döntő, az élmény formája másodrendű szerepet kapott — az tehát, hogy itt az olfactorius hallucinosis a franciák délire d'interpretation-jának megfelelő vonatkoztatásokkal szövődik. Az eddig használatos név (Eigengeruchs-Paranoia, ill. olfactory paranoia) ugyanezt a szemléleti egyoldalságot fejezi ki.

Ezen elnevezések helyett a chronicus tactilis hallucinosis (1) és az ezen alapuló bőrférgesség téboly (9, 13) mintájára javasoljuk a sajátszag-téboly (Eigengeruchswahn) és a chronicus olfactorius hallucinosis elnevezést.

A „téboly" megjelölésben egyszerre kifejeződik a tematika, a forma és a bekövetkezés mozzanata (4, 10), szemben a szűkebb és a *Kraepelin* értelmezését alapul véve hallucinatiókat, processustüneteket kizáró paranoia megjelöléssel.

A javasolt elnevezés hangsúlyozza a bőrférgesség téboly és a sajátszag-téboly sajátos különbözőségét. Transkulturális viszonylatban is feltűnő, hogy míg az európai kultúrában gyakori a bőrférgesség téboly témáját alkotó, a depressiós microman téveseszmékkel rokon testközeli féregmotívum (16), addig a szociális interpersonalis sphaerában accentuált visszataszító sajátszag-motívum Japánban látszik gyakoribbnak, ami összefügghet azzal, hogy a japán ember önképét, céljait inkább az „Én mindenki máshoz képest" viszonyítási rendszerben fogalmazza meg, szemben az Európában történetileg adódott, individuocentrikus fejlődéssel (12). Japánban pl. a depressiós betegek nem annyira bűnösségük miatt panaszkodnak, hanem mert másoknak terhére vannak.

E két syndroma motívumainak jellege az élmény-, a viselkedés- és a teljesítmény-aspektus mellett (2) a szociális aspektus (7) fontosságára utal. Feltehető, hogy a tünetalakulás folyamatában a viselkedés és a teljesítménytünetek a betegség biológiai determináltságát tükrözik, míg az élménytünetek a sociokulturális contextus nélkül csak formailag elemezhetők (pl. tactilis vagy olfactorius hallucinatio), de szélső esetben még a formai jellemzőket is befolyásolják a szociokulturális mozzanatok.

A szociális aspektus fontosságát mindkét esetünk jól illusztrálja. Az első esetben a beteg külföldre távozása, munkahely-változtatások adják a tüneti kép psychodinamikai hullámzását, a második eset egészen jellegzetes psychodinamikáját egy sajátos szociokulturális milieu teszi csak érthetővé.

A szociális kontextus és az élménydinamika elemzése persze nem mentesít a viselkedés- és teljesítményaspektus vizsgálatától.

Az első esetben pl. a beteg három évig a psychogenezis ideológiáját valló psychiátereket keresett fel. A therapia kudarcát a szűk vizsgálati spectrum, a viselkedéstünetek értelmezésének hiánya magyarázza. Kínálkozó hypothesis pedig, hogy itt a tébolyfeszültség döntően biológiai okokra vezethető vissza, éspedig a systemás katatonia keretében jelentkezett, ennek megfelelően adaequat therapiának a biológiai bizonyult.

A második esetben a kedvező élménydinamika spontán remissióhoz vezetett. Itt is megemlítendő, hogy a beteget vizsgáló orvosok közül az első (endogen psychosis munkacsoport) paraphrenia, a második (neurosis munkacsoport tagjai) neurotikus depressio, ill. primitív reactio lehetőségét vetette fel.

Ily módon eseteink az egy-egy irányzathoz dogmatikusan ragaszkodó psychiaterek bejósolható tévdiagnózisaira is példák. A psychiatria jelen helyzetében (8) ugyan nincs közös nyelv, nincs holopsychiatriai szemlélet, de a különféle irányzatok, vizsgálati és therapiás eljárások megismerése a tévdiagnózisok arányát csökkentené. A felvirágzó szociálpsychiatria és a diagnosztikus kritériumok transzkulturális vizsgálatának kezdeményezése (3) mellett a psychiáterek tudományszociológiája ma elhanyagolt terület.

Összefoglalás. Két beteg sajátszag-tébolyának kapcsán a szerzők felhívják a figyelmet a psychiatriai vizsgálat aspektusainak nosographiai és therapiás jelentőségére. A két eset egy, az interpersonalis térben psychodinamikai változásokat mutató téboly-syndroma szociokulturális vonatkozásait és aetiológiájának, pathomechanizmusának széles variabilitását példázza.

IRODALOM: 1. *Bers, N., Conrad, K.:* Fortschr. Neurol. Psychiat. 1954, *32*, 254. — 2. *Bühler, K.:* Die Krise der Psychologie. Fischer, Jena, 1927. — 3. *Kendell, R. E., Pichot, P., Cranach, M. v.:* Psychol. Med. 1974, *4*, 187. — 4. *Kisker, K. P.:* Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 1955, *76*, 5. — 5. *Leonhard, K.:* Die Aufteilung der endogenen Psychosen. 4. Aufl., Akademie, Berlin, 1968. — 6. *Pethő B.:* Fortschr. Neurol. Psychiat. 1974, *42*, 475. — 7. *Pethő B.:* Psychiat. Clin. 1977, *10*, 173. — 8. *Pethő B.:* In Psychiatrie im Wandel der

Zeit. Schattauer, Stuttgart, 1978. — 9. *Pethő B., Szilágyi A.:* Psychiat. Clin. 1970, *3*, 296. — 10. *Schneider, K.:* Klinische Psychopathologie. 8. Aufl., Thieme, Stuttgart, 1967. — 11. *Shikano, T.:* 1960., cit. Shimizu, M. — 12. *Shimizu, M.:* Vortrag im Neurol. Psychiat. Kolloquium d. Univ. Göttingen. 9. 11. 1977, — 13. *Ungvári G., Pethő B.:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 1835. — 14. *Videbach, T.:* Acta Psychiat. Scand. 1966, *42*, 183. — 15. *Walter, K.:* Nervenarzt. 1965, *36*, 7. — 16. *Wieser, S., Kayser, H.:* Fortschr. Neurol. Psychiat. 1966, *34*, 257.

A szerkesztőség megjegyzése:

A jó megírt, érdekes kérdést tárgyaló dolgozatnak szívesen adtunk helyet, nem tudjuk azonban elhallgatni aggályunkat: vajon valóban jogos-e egy-egy vezető tünet, ill. a keresztmetszeti kép alapján szindrómáról beszélni a pszichiátriában. A szerkesztőség már egyszer szót emelt a szindrómák meghatározásának laza kezelése és így a szindrómák számának szinte katasztrofális, a medicinát zavaró méretű szaporodása ellen („A syndromáról", Orv. Hetil. 1975, 116, 21, 1231—1232.). Amit akkor elmondtunk, vonatkozik a pszichiátriai betegségekre is, talán még fokozottabban, hiszen azokban a tünetek még bizonytalanabbak mint a szomatikus kórképekben, jórészt a betegek viselkedéséből és kommunikációiból olvasandók ki, és észlelésük, megfogalmazásuk, csoportosításuk nagyban függ a vizsgáló orvos szemléletétől. A jelen dolgozat eseteiben is a therapiát mélyebb, alapvetőbb kórfolyamatok határozták meg, a szindromatikus elkülönítés indokoltsága kétséges. Ugyanakkor a pszichiátriai gyakorlatban nem ritkák az olyan esetek, amelyekben a kórfolyamat valamely fázisában a saját szaggal kapcsolatos vonatkozások állnak — általában egy ideig — előtérben. Számos más tünet és megnyilvánulás is kap ilyen szerepet, kérdéses tehát, minden esetben lehet-e, kell-e, érdemes-e szindrómáról beszélni. A szerzők utolsó mondatával nagyon egyetértünk, a pszichiátria tudományszociológiája nagyon aktuális stúdium lenne. De igazságtalanok lennénk, ha nem emlékeztetnénk arra, hogy ilyen tudományszociológiai elemzésre az egész orvostudomány is rászorulna, mint azt a szindróma fogalmának túlzottan könnyed kezelése is mutatja, amely az egész medicinában igen elterjedt.

HÉVIZI GYÓGYISZAPKOMPRESSZ

A hévízi forrás környékéről kitermelt iszapnak rendkívüli gyógyhatása van.

JAVALLATOK: idült, esetleg subacut mozgásszervi betegségek kezelésére.

ELLENJAVALLATOK: minden heveny megbetegedés, magas vérnyomás, a szív keringési zavarai, nyílt sérülések, rosszindulatú daganatok, lázas állapotok, fertőző betegségek, bőrbajok esetén.

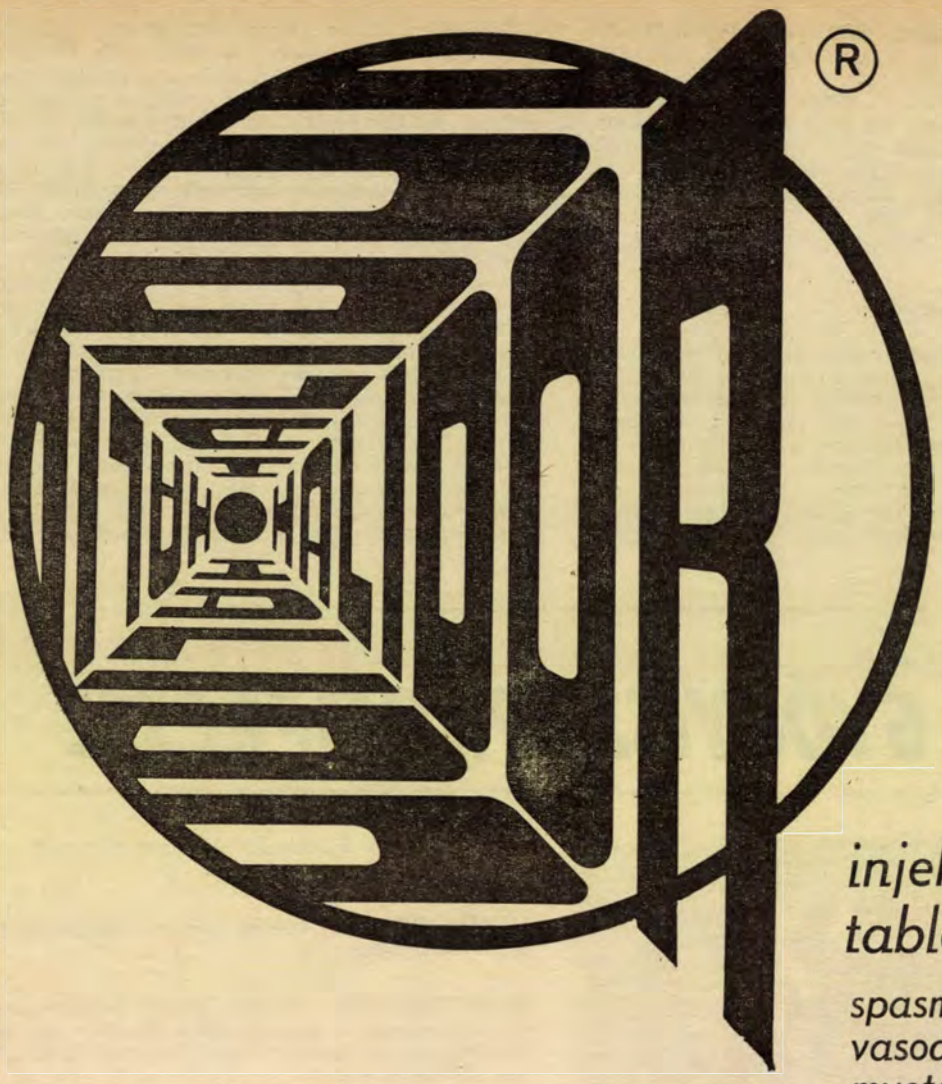
HASZNÁLATI UTASÍTÁS: nagyobb edényben vizet melegítünk, s amikor már kb. 50–60 °C hőfokra felmelegedett, a gyógyiszapkompresszt belehelyezzük a vízbe. Gondosan ügyeljünk, hogy a víz fel ne forrjon, mert ezáltal a gyógyiszap kellően átmelegedjen, azután kiemeljük és kicsurgatjuk belőle a vizet. Amikor a víz már kicsurgott a kompresszből és csak sárszerű massza marad a vászonban, ráhelyezzük a beteg testrészre. A kompresszen levő szalaggal rákötözzük és egy vastagabb, meleget jól tartó ruhadarabbal gondosan befedjük. Kb. 25 percig tartjuk a beteg testrészen. Kúra után a testrészt langyos vízzel jól lemossuk és szárazra dörzsöljük.

Használat után a gyógyiszapkompresszt szellős helyre akasszuk fel! Száradás közben a kompresszben az iszap darabossá válik. A következő használat előtt a meleg vízben a darabosság fellágyul.

A gyógyiszap a test különböző részeinek megfelelő formájú és nagyságú vászoncsomagolásban kerül forgalomba:

1) váll és a nyak
2) a derék és a végtagok
3) a láb és a boka
4) a kéz és a csukló
5) a nyak
6) a térd és a könyök kezelésére

QH
1131



injekció,
tabletta

spasmolyticum,
vasodilatador
myotonolyticum

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 100 mg, 1 amp. (2 ml) 50 mg bencyclan hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLAT: Vascularis indikáció: peripheriás verőérmegbetegedés, coronaria-betegség, cephalalgia, agyi angiospasmus, vascularis eredetű szembetegség.

Visceralis görcsoldás: gastrointestinalis spasmus, gastritis, enteritis, colitis, tenesmus, cholecystopathia, cholelithiasis, postcholecystectomiás panaszok; hólyag-tenesmus, valamint adjuvánsként nephrolithiasis esetén.

Egyéb gyógyszerekkel kombinálva alkalmas fekélybetegség kezelésére, duodenalis, ill. ventricularis ulcus fájdalmainak csökkentésére, a szubjektív panaszok javítására, továbbá bronchus-görcs oldásának elősegítésére asthma bronchiale, bronchitis asthmatica esetén.

ADAGOLÁS: Egyszeri adag 1–2 tabletta per os, vagy szükség esetén 1–2 ampulla iv., ia., illetve 1 amp. im.

Kúraszerűen a napi adag: 3–4-szer 1 tabletta, 2–4 héten át.

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes. A keringés és a légzés súlyos zavara, collapsus-hajlam esetén azonban a parenteralis alkalmazásnál óvatosság ajánlatos.

MELLÉKHATÁS: A ritkán előforduló szájszárazság, szédülés, nausea, fejfájás átmenetinek bizonyul. Parenteralisan csak acut esetben és óvatosan alkalmazható, **a beadás helyét lehetőleg váltogatva,** mert lokalis érzékenységet, esetleg szövetkárosodást (iv. thrombophlebitist) okozhat.

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

Térítési díj: 10×2 ml ampulla 2,70 Ft.
20 tabletta 2,10 Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR

Fővárosi László Kórház,
III. Belgyógyászati (Hepatológiai) Osztály
(főorvos: László Barnabás dr.),
Kórbonctani és Kórszövettani Osztály
(főorvos: Kendrey Gábor dr.)

Phenlaxin tartalmú hashajtót szedők chronicus aktív hepatitise

László Barnabás dr. és Kendrey Gábor dr.

Már *Kalk* (cit. 25) gyanította, hogy hashajtók rendszeres használata és egyes májbetegségek között kóroktani összefüggés van. *Reynolds* (21) 1969-ben számolt be hosszú ideje phenlaxin tartalmú hashajtót szedő két betegének recidiváló icterusáról. Ezt a megfigyelést rövidesen továbbiak követték. *Reynolds és mtsai* (22, 23) újabb esetei, majd mások közleményei (3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 15, 19, 20, 24, 25, 26) ráirányították a figyelmet a phenlaxin hepatotoxikus tulajdonságára. A klinikai észleléseket a kórszövettani vizsgálatok is alátámasztották. *Henning* (13) 1973-ban saját 4 betegével együtt 40 esetet gyűjtött össze az irodalomból. A legtöbb szerző utal arra, hogy a phenlaxin szedők májelváltozása mind klinikailag, mind morphológiailag messzemenően hasonlít a chronicus agressiv hepatitisre (CAH).

E megfigyelésekkel kapcsolatban méltán merültek fel kétségek, mert olyan hashajtóról volt szó, amelyet hosszú évtizedek óta kiterjedten használtak. Régebbi pharmacologiai vizsgálatok alapján úgy tudtuk, hogy a szer ártalmatlan, állatkísérletekben a hatékony adag ezerszerese sem toxikus, s a bélből fel sem szívódik (12, 14). Későbbi vizsgálatok ezt megcáfolták. Bebizonyosodott, hogy e phenolderivátumok mégis felszívódnak, a májbeli biotransformatio útján keletkezett metabolit(ok) az epével visszakerül(nek) a bélbe (8). Ez a metabolit viszont már nem szívódik fel.

Magunk 1970 óta fokozott figyelemmel kísérjük azokat a CAH-s (chronicus aggressiv (aktív) hepatitises) betegeinket, akiknek kórelőzményi adatai között rendszeres hashajtószedés szerepel. Közülük többszörös szigorú rostálás után 9 olyan beteget választottunk ki, akiknél a klinikai, a laboratóriumi és a morphológiai adatok egybevetése alapján meggyőzőnek látszott, hogy a máj megbetegedése és a rendszeres phenlaxin szedés között összefüggés van. Többségük szerepel abban a munkánkban, amelyben a gyógyszeres májkárosodások morphologiai jellegzetességeivel foglalkoztunk (17).

Saját megfigyelések

A rövidségre való törekvés és a könnyebb áttekinthetőség érdekében a legfontosabb klinikai és laboratóriumi adatokat táblázatban foglaltuk össze. Mind a kilenc betegnél biopsiás vizsgálat is történt. Közülük 3 egyéb gyógyszert is szedett (1 Artint, 1 Erpozidot, 1 Tardylt). Betegségük klinikai képe és a májszövet morphologiai elváltozása azonban nem tért el semmiben azokétól, akik csak phenlaxint szedtek.

A *táblázaton* feltüntetett laboratóriumi adatok a kórházi felvételkor talált értékek, amelyek egyben a maximumokat is jelentik, miután a felvételt követően egyik beteg állapota sem rosszabbodott. Mind a kilenc beteg 36—74 év közötti nő. Az anamnesis meglehetősen szegényes. Többségüknek nem volt komoly panasza, egyik-másik kisfokú étvágycsökkenésről, enyhe epigastrialis nyomásérzésről tett említést. A máj minden esetben megnagyobbodott 2—3 harántujjnyival, általában sima felszínű, tömöttebb tapintatú, éles szélű volt. Lépduzzanatot két esetben észleltünk. Kifejezett sárgasága volt 7 betegnek, 2 subicterusos volt csupán. Két kivételtől eltekintve (3. és 6. eset) jelentős serum transaminase aktivitás volt tapasztalható. Szembetűnő volt a paraprotein próbák (Thymol, Aranysol) igen erős pozitivitása és a nagyfokú gamma-globulin szaporulat, utóbbi csak két esetben (1. és 5. eset) hiányzott. A vvt.-süllyedés 7 esetben gyorsult volt. HB_sAg vizsgálatot 7 betegen végeztünk, egynél 1 : 5 titerű pozitivitást találtunk (1. eset), két alkalommal az antigén-pozitivitás azonos titerű ellenanyaggal volt együtt (4. és 9. eset).

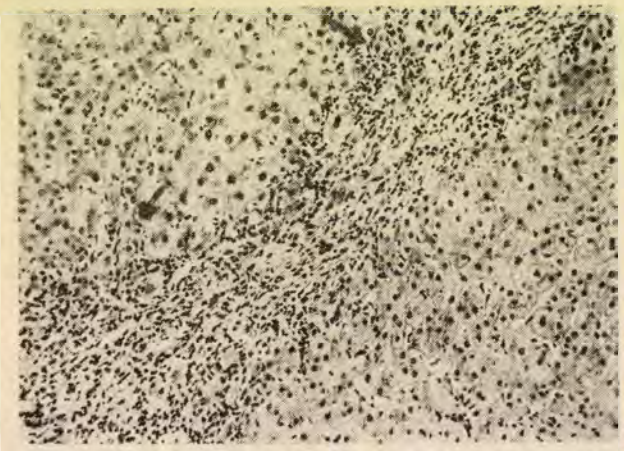
Kórszövettani vizsgálat

Fénymikroszkóposan minden esetben látható volt a parenchyma-portobiliaris kötőszövet határon a változó súlyosságú ún. molyrágás-necrosis, amelyet mononuclearis sejtes és több esetben neutrophil granulocytás reakció kísért. Egyeseknél csak egy-két sejtsornyi szélességben nyomultak be ...mbsejtek a sinusokba a pusztuló májsejtek közé *(1. ábra)*, másoknál az infiltratio mélyen behatolt a parenchymába. Ilyenkor kisebb-nagyobb sejtcsoportokat vettek körül főleg lymphocyták és plasma-sejtek. Ezzel gyakran járt együtt a reticularis rostok megvastagodása és kollagenrostok felszaporodása. A májszerkezet jelentős torzulása öt betegben fordult elő, hét esetben a lobulusokban

---

Az Eü. M. 3—35—04 „A lakosság védelme a természetes és mesterséges környezet (bioszféra) káros hatásaitól" megnevezésű tárcaszintű kutatási főirányhoz elfogadott „Kémiai anyagok hatásának kitett egyének májelváltozásainak morphologiai — fény- és elektronmikroszkópos — és klinikai vizsgálata" c. témában végzett kutató munka alapján (8—03—0401—01—0/K).

Sorszám	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A beteg névjele	SB-né	DI-né	VJ-né	BL-né	MJ-né	MS-né	BJ-né	PT-né	NS-né
kora	36	44	50	51	60	61	68	73	74
Se.— bilirubin (mg%)	10,6	6,0	2,0	8,5	6,4	3,4	9,5	10,3	11,5
SGOT (WE)	230			560	490	230	880		
SGPT (WE)	290	220	60	540	660	60	620	1540	340
Se. alk. phosph. (BE)	7,0	8,5	6,0	9,5	11,0	5,8	12,5	5,4	8,0
Thymol turb. (ME)	26,8	25,0	14,0	19,0	17,4	13,0	16,0	18,0	18,0
Aranysol	++++	++++	++++	+++	++++	+++	+++	++++	++++
Se. összfehérje (g%)	6,9	8,6	8,4	8,5	6,0	7,6	7,2	6,9	7,7
albumin (rel.%)	50	46	39	49	56	43	44	47	46
alfa$_1$ globulin	4	4	4	5	5	3	4	4	3
alfa$_2$ globulin	9	6	8	8	12	6	8	8	8
beta globulin	11	6	8	8	10	6	12	7	11
gamma globulin	26	38	41	30	17	42	32	34	32
Vvs. süllyedés (1 h.)	45	9	60	40	4	102	20	22	55
HB_sAg	5	neg.		30	neg.		neg.	neg.	80
HB antitest	—	—		30	—		—	—	80
Máj nagysága (h. u.)	3	3	2	1	3	2	3	3	2
Lép nagysága (h. u.)	—	1	—	—	—	4	—	—	—
A gyógyszerszedés időtartama (év)	2	4	5	3	1	5	4	2	4
Dosis (hetenként mg-ban)	2×20	7×10	7×20	7×10	7×10	7×10	2×20	7×20	2×10
Az inactívvá válás időtartama (hónap)	6	17	32	8	6	13	12	18	14
Kórházi ápolás (nap)	36	44	38	41	28	61	54	30	58



1. ábra: Chronicus aktív hepatitis képe. A gömbsejtes beszűrődés a széles portalis mezőből behatol a parenchymába és ún. „molyrágás-necrosis"-t okoz (nyilak). H–E, 250 ×

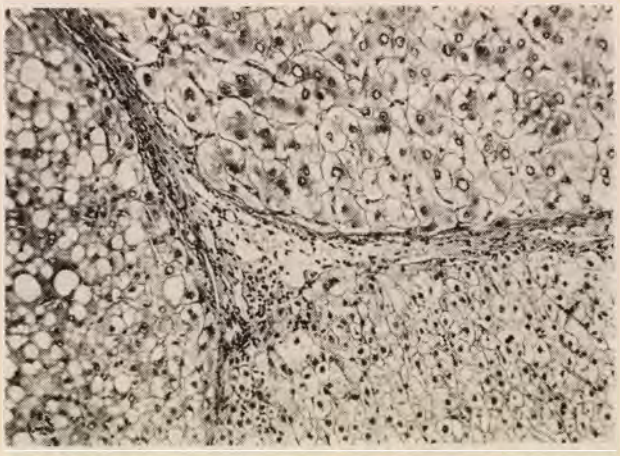
változó mérvű sejtes reakciótól kísért degeneratív-necrotikus májsejtelváltozások is mutatkoztak. A szöveti kép tehát sok tekintetben hasonlított ahhoz, amit HB_sAg pozitív CAH-ben szoktunk látni. Ehhez azonban több esetben diffus sejtes reakciótól is kísért parenchyma-laesio is társult.

Két betegen (3. és 6. eset) a gyógyszerszedés abbahagyása után 3—3 évvel — panaszmentes időszakban — kontroll biopsia történt. A portalis kötőszövet-szaporulat lényegében nem változott, de a gyulladásos beszűrődés az egyikben (6. beteg) eltűnt, a másikban igen enyhe volt és nem terjedt be a májsejtek közé. Ebben az esetben azonban a szerkezet torzulása már nyilvánvaló volt *(2. ábra).*

Megbeszélés

A phenlaxin világszerte elterjedt, közkedvelt hashajtó szer, számos gyógyszerkombináció alkotórésze. Vegyileg phenylizatin, ill. oxyphenylizatin, amelynek di- vagy triacetyl származéka használatos. Hazánkban a diacetyl-dioxy-phenylizatin van forgalomban, amelyből a Taxin^R tabletta 10 mg-ot, a pilula laxans (Fo-No) 5 mg-ot, a suppositorium laxans 30 mg-ot, a Menotheosan tbl. (!) pedig 0,15 mg-ot tartalmaz.

Mindegyik betegünk szedett rendszeresen valamilyen phenlaxin tartalmú hashajtót, legalább 1 éven keresztül, de 4—5 éven át tartó gyógyszerszedés is előfordult. Egyesek naponta, mások hetenként 2 alkalommal szedték a gyógyszert napi 10—20 mg mennyiségben. A *táblázatban* a gyógyszerszedéssel kapcsolatos adatok is szerepelnek. Úgy tűnik, hogy az egyszeri dosis és a gyógyszerszedés gyakorisága nincs befolyással a kialakult



2. ábra: Az 1. ábrán bemutatott esetből 3 évvel később vett kontroll biopsiás anyagban passiv septumokon kívül enyhe gyulladásos beszűrődés látszik, amely nem terjed be a májsejtek közé. Ép hepatocytákon kívül (lent) megfigyelhető steatosis (baloldalt), továbbá hydropicus duzzadás és több mag-vacuola (fent) H–E, 250 ×

máj-laesio súlyosságára. A májkárosodást általában annál kifejezettebbnek találtuk, minél hosszabb volt a phenlaxin medicatio időtartama.

Öt beteg első icterusának megjelenésekor került kórházunkba (4., 5., 7., 8., 9. eset) heveny vírus-hepatitis gyanúja miatt. Két beteg (1. és 2. eset) a harmadik icterusos fellángolás után jutott osztályunkra. Két beteg (3. és 6. eset) súlyos májkárosodása véletlenül derült ki szűrővizsgálat alkalmával. Ezen adatok amellett szólnak, hogy a phenlaxin máj-laesiót keltő hatása hazánkban még nem eléggé széles körben ismert, hiszen ez a lehetőség még a recidivával járó esetekben sem merült fel.

A betegség klinikai képe — beleértve a laboratóriumi eltéréseket — és a májszövet fénymikroszkópos elváltozásai annyira hasonlatosak voltak a B vírus okozta CAH tünetegyütteséhez, hogy a betegség elkülönítése egy adott vizsgálat alkalmával a pathológiás történések keresztmetszetében alig, vagy egyáltalán nem lehetséges (16, 17, 23). Az esetek felében már átépülés jelei is felismerhetők voltak.

A gyógyszer elhagyása után lassú, de folyamatos javulás indul meg. Ez először az icterus és a transaminase aktivitás fokozatos csökkenésében mutatkozik meg, s csak később, a parenchymakárosodás megszűnte után kezdődik meg a mesenchymalis reakció (Thymol, Aranysol, gamma-globulin szint) visszafejlődése. A klinikai gyógyulás hosszú idő, legalább 6 hónap múlva következik be, de sokszor több mint egy évet is igénybe vesz. A májszövetben kisebb-nagyobb mértékű, nemegyszer szerkezeti torzulással járó fibrosis marad vissza.

A phenlaxin újraszedése a tünetek fellángolásához vezet. Próbaadagokkal provokálható a betegség (4, 10, 13, 15, 22, 23). Eseteinkben a phenlaxin aetiológiai szerepét az alábbiak támasztják alá. 1. A szer elhagyását minden alkalommal a betegség folyamatos regressiója követte; 2. Két esetben a betegség háromszori heveny icterusos fellángolása a hashajtó újraszedésével függött össze; 3. Két másik beteg (8. és 9. sz.) a klinikai gyógyulás után külföldről kapott hashajtót kezdett szedni. Az egyik 3, a másik 5 hónap múlva jelentkezett ambulanciánkon recidiva miatt. Akkor derült ki, hogy külföldi gyógyszerük phenlaxint tartalmazott.

A phenlaxinszedés hatására létrejött májkárosodás pathogenesise és pathomechanismusa részleteiben még nem tisztázott. Az immunrendszer mélyreható zavarára utal, hogy az esetek jelentős részében a betegség aktív szakaszában antinucleáris, simaizom-ellenes antitestek és LE-sejtek mutathatók ki a serumban (23, 24). Lehet, hogy a HBAg megjelenése is ezzel kapcsolatos. A gyógyulás után ezek a factorok eltűnnek a keringő vérből.

Következtetések

Kilenc esetünkből a phenlaxin-májkárosodás gyakoriságára nem lehet következtetni. Ennél sokkal több beteget észleltünk, ezek azonban a dokumentáció valamilyen hiányossága miatt (biopsia, folyamatos megfigyelés hiánya) demonstrációra nem voltak alkalmasak. Nyilván sok esetben, különösen panaszmentesség és sárgaság hiányában a betegséget fel sem ismerik. Lehetséges, hogy CAH vagy cirrhosis egyes eseteiben fel nem derített phenlaxin szedés áll a betegség hátterében.

A phenlaxin hepatotoxikus tulajdonságának ismeretében a nyugatnémet orvosi gyógyszerbizottság felhívta az orvosok figyelmét e készítményekkel szembeni különleges elővigyázatosságra (1). Az ausztráliai illetékes szervek rendeletileg kivonták a phenlaxin tartalmú gyógyszereket a forgalomból (2). Éppúgy megtiltották forgalmazását az USA-ban is (18). Megítélésünk szerint ennek hazánkban is eljött az ideje. Ez annál is inkább kivihető lenne, mert nem életfontosságú és mással jól pótolható szerről van szó.

A phenlaxin által okozott májkárosodás gyakran súlyos, progresszív betegség, amely cirrhosishoz is vezethet. A progressio azonban csak addig tart, amíg a beteg a gyógyszert szedi. Ebből következik, hogy elhagyása az idült májbetegségek megelőzését szolgálhatja és ennek népgazdasági kihatása is van. Ezért rendkívül fontos májbetegek anamnesisében az általuk előzőleg szedett gyógyszerek kérdésének megfelelő teret szentelni.

CAH-s betegek gyógyszeres kezelési eredményeinek megítélésekor a legnagyobb körültekintésre van szükség, mert előfordulhat, hogy az állapot kedvező alakulása nem az alkalmazott medicatio, hanem esetleg az addig szedett gyógyszer elhagyásának következménye.

Összefoglalás. Kilenc, phenlaxin tartalmú hashajtó szert hosszabb idő óta rendszeresen szedő nőbetegen chronicus agressiv (aktív) hepatitisre emlékeztető tünetegyüttes alakult ki. Az erősen pathologiás laboratóriumi vizsgálati eredményeken kívül a kórszövettani vizsgálat is súlyos májparenchyma-károsodásra utalt, több esetben az átépülés jelei is megállapíthatók voltak. A phenlaxin okozta májkárosodás alig vagy egyáltalán nem különíthető el a betegség keresztmetszetében a HB_sAg pozitív chronicus agressiv hepatitistől. A szer elhagyása után lassú, de folyamatos regressio indul meg. A phenlaxin újraszedése fellobbantja a betegséget. Időszerűnek látják a szerzők a phenlaxin tartalmú gyógyszereknek a forgalomból való kivonását. Hangsúlyozzák, hogy májbetegek anamnesisének felvételekor nagy figyelmet kell fordítani az előzetesen szedett gyógyszerekre is.

Megjegyzések a korrektúránál

1. A kézirat benyújtása után jelent meg *Henning, H.* e kérdéssel foglalkozó monográfiája: Die Leberschädigung durch Phenolisatine (G. Thieme, Stuttgart, 1978).

2. Bejelentésünk után az Országos Gyógyszerészeti Intézet felszólította a Taxin tablettát előállító gyógyszergyárat, hogy a szer hepatotoxikus tulajdonságáról tájékoztassa az orvosokat és a gyógyszerészeket. A gyár ennek eleget is tett és egyben bejelentette a Taxin előállításának megszüntetési szándékát. (*Hamvas J., Kósa L.:* Gyógyszereink. 1979, *29*, 1.)

IRODALOM: 1. *Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.* Dtsch. Ärzteblatt. 1972, *66*, 2516. — 2. *Australian Drug Evaluation Committee:*

Med. J. Austr. 1972, *1*, 1051. — 3. *Brys, R. és mtsai:* Tdskr. Gastro-Enterol. 1972, *15*, 279. — 4. *Cooksley, W. G. E. és mtsai:* Austr. N. Z. J. Med. 1973, *3*, 124. — 5. *Dietrichson, O.:* Scand. J. Gastroenterol. 1975, *10*, 617. — 6. *Dietrichson, O. és mtsai:* Scand. J. Gastroenterol. 1974, *9*, 473. — 7. *Domschke, W., Domschke, S.:* Fortschr. Med. 1974, *92*, 263. — 8. *Ferlemann, G., Vogt, W.:* Naunyn-Schmiedeberg's Arch. exper. Path. u. Pharm. 1965, *250*, 479. — 9. *Fischer, M. G. és mtsai:* Amer. J. Gastroenterol. 1972, *58*, 58. — 10. *Gjone, E. és mtsai:* Scand. J. Gastroenterol. 1972, *7*, 395. — 11. *Goldstein, G. M. és mtsai:* Amer. J. Digest. Dis. 1973, *18*, 177. — 12. *Guggenheim, M.:* Schweiz. med. Wschr. 1925, *15*, 16. — 13. *Henning, H. és mtsai:* Zschr. Gastroenterol. 1973, *11*, 75. — 14. *Issekutz B., Issekutz L.:* Gyógyszerrendelés. 3. kiadás. Medicina. Budapest, 1975, 404. o. — 15. *Keeley, A. F. és mtsai:* Gastroenterology. 1971, *60*, 195. — 16. *Kendrey G.:* Az emberi máj morphologiai reakciói károsító behatásokra. Doktori értekezés. Budapest, 1976. — 17. *Kendrey G., László B.:* Magyar Belorv. Arch. 1975, *28*, 269. — 18. *Maddrey, W. C., Boitnott, J. K.:* Gastroenterology. 1977, *72*, 1348. — 19. *McHardy, G., Balart, L. A.:* JAMA. 1970, *211*, 83. — 20. *Pearson, A. J. C. és mtsai:* Lancet. 1971, *1*, 994. — 21. *Reynolds, T. B.:* Gastroenterology. 1969, *56*, 418. — 22. *Reynolds, T. B. és mtsai:* JAMA. 1970, *211*, 86. — 23. *Reynolds, T. B., Peters, R. L., Yamada, S.:* New Engl. J. Med. 1971, *285*, 813. — 24. *Saltos, N., Duggan, J. M.:* Austr. N. Z. J. Med. 1972, *2*, 386. — 25. *Wildhirt, E.:* Dtsch. med. Wschr. 1972, *97*, 1181. — 26. *Willing, R. L., Hecker, R.:* Med. J. Austr. 1972, *1*, 1009.

LYCURIM® injekció

ÖSSZETÉTEL

1 üveg 30 mg liofilizált ritrosulphan.-ot tartalmaz; 1 oldószerampulla 5 ml natr. chlor. inj. 0,9%-ot tartalmaz.

JAVALLATOK

Hodgkin-kór, non-Hodgkin-lymphomák, autoimmun betegségek.

ELLENJAVALLATOK

Csontvelő-, vese-, májelégtelenség.

ADAGOLÁS

Az üveg hatóanyagát az oldószerampulla tartalmával kell feloldani. Az injekciót mindenkor lassan, intravénásan kell alkalmazni! Ha a vénák rosszak, a Lycurim-oldatot – necrosis megelőzésére – nagyobb hígításban ajánlatos adni.

Felnőtteknek: átlagos napi adag 30 mg vagy napi 0,6 mg/kg.

Immunológiai kórképekben: immunszuppresszív kezelésre naponta 30–60 mg intravénásan.

Az alkalmazás átlagos időtartama 10 nap. Egy-egy kúra során az összadag a 600 mg-ot nem haladhatja meg.

Gyermekeknek: 1 m^2 testfelszínre naponta, másodnaponta 30 mg adható intravénásan. Egy-egy kúra során adagolt összdózis 1 m^2 testfelszínre számítva a 300 mg-ot nem haladhatja meg.

Az első Lycurim-kúrát célszerű kórházban végezni a fvs.- és a thrombocyta-szám 3–4 naponkénti ellenőrzésével. A következő kúra 3 hét szünet után kezdhető el, ha az első kúra hatásos volt.

Kombinációs terápia: májrákban Vincristinnel kombinálható.

MELLÉKHATÁSOK

Átmeneti thrombopenia, leukopenia, amely steroid adására vagy a készítmény kihagyására rendeződik. Ritkán gastrointestinalis panaszok (émelygés, hányás).

FIGYELMEZTETÉS

Az újabb kúra elkezdése előtt és a kezelés során a fehérvérsejt- és thrombocyta-szám ellenőrzése szükséges. Ha a kezelés folyamán a fvs.-szám 3500 alá, a thrombocyta-szám 70 000 alá csökken, a kezelést fel kell függeszteni! Ha a fvs.-szám 4000, de a thrombocyta-szám 80 000-re csökken, a napi adagot úgy kell lecsökkenteni, hogy az 30 mg-nál több nem lehet!

MEGJEGYZÉS

✠✠ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra van forgalomban.

CSOMAGOLÁS

10 poramp. + 10 oldószeramp. térítési díja: 17,60 Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

VEROSPIRON®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 25 mg spironolactonumot tartalmaz.

JAVALLATOK

Máj-cirrhosis ascitesszel, cardialis és renalis oedema, agyoedema, idiopathikus oedema. Ascitesszel és oedemával járó daganatos megbetegedések. Hypertoniában antihypertensiv kezelésként rauwolfiával, illetőleg salureticumokkal kombinálva. Súlyos égési sérülés, hypokalaemiás és myasthéniás eredetű paroxysmalis izombénulás. Portocavalis shunt-műtét utáni állapot.

ELLENJAVALLAT

Hyperkalaemiával járó veseelégtelenség.

ADAGOLÁS

A diagnosis és a klinikai kép súlyosságának megfelelően az adagot esetenként kell meghatározni. Általában napi 4-szer 2 tabletta (200 mg) a kezdő adag (pl. 6 óránként 2 tabletta). Az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével célszerű a napi adagot változtatni. Szükség esetén a napi adag 4×3 tablettáig is növelhető (300 mg).

A diuresis általában a 3—6. nap között fokozódik. Ezután fenntartó kezelésre lehet áttérni: naponta 4×1 tabletta (100 mg) Verospiron adása mellett diureticumok intermittáló adása javasolt. Hypertonia kezelésére az előírt antihypertensiv szer hatását naponta 4×1 tabletta (100 mg) Verospiron szedésével lehet kiegészíteni.

Gyermekgyógyászatban használatos adagja 2—3 mg/testsúlykg naponta, fenntartó kezelésre 1—1,5 mg/testsúlykg naponta.

MELLÉKHATÁSOK

Gastrointestinalis panaszok, ritkán reversibilis gynaecomastia, menstruatiós zavarok. Verospiron adása magas szérumkáliumszint esetén csak kivételes esetben rendelhető, mert további káliumszint-emelkedést hozhat létre. Bár a vegyülettel kapcsolatos magzati károsodás ez ideig még nem ismeretes, alkalmazását a terhesség első harmadában nem ajánljuk. Huzamos Verospiron-kezelés során a szérum-Na és -K-szint időszakos ellenőrzése javasolt.

MEGJEGYZÉS

✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta 11,40 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

PRODECTIN®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 250 mg pyridinolcarbamatot tartalmaz.

JAVALLATOK

Arteriosclerosis, illetve mindazon obliterativ verőérbetegségekben, amelyek az érlumen szűkülésével, elzáródásával vagy érfalkárosodással járhatnak együtt.
Cerebrovascularis keringészavarok.
Obliteratív szemészeti angiopathiák.
A Prodectin-kezelés eredményesen alkalmazható obliterativ coronaria-megbetegedésekben is, illetve infarctus utáni kezelésre.

ELLENJAVALLAT

Nem ismeretes.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

Kúraszerű. A kezdő adag naponta 3×1 tabletta, majd a kezelés napi 3×2 tablettával folytatható a tüneti kép javulásáig. A fenntartó adag napi 3×1 tabletta. A Prodectin-kezelés több hónapon át folytatandó. A készítmény kombinációs kezelésre is alkalmas.

MELLÉKHATÁS

Kivételesen gastrointestinalis panaszokat, palpitatiót, tachycardiát okozhat. E tünetek az adag csökkentésével megszűnnek.
A Prodectin esetlegesen előforduló kóros metabolizmusa következtében — igen ritkán — hepatotoxicus metabolitok képződhetnek, amelyek heveny májkárosodást okoznak.

FIGYELMEZTETÉS

A Prodectin kúraszerű alkalmazása során 4—6 hetenként javasolt a beteg hepatologiai vizsgálata, amely a fizikális ellenőrzés mellett kiterjed a se.-bilirubin, SGOT, SGPT értékek ellenőrzésére is.

MEGJEGYZÉS

Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.
Az orvos akkor rendelheti a gyógyszert, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS

50 tabletta, térítési díj: 12,60 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Városi Kórház-Rendelőintézet, Pápa,
Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Vizer Gyula dr.),
Kórbonctan
(főorvos: Weiland Ottó dr.)

Influenza kapcsán létrejött spontán lép-ruptura

Vizer Gyula dr. és Weiland Ottó dr.

1866-ban *Conheim* (14) ismertette az első spontán lép-rupturát, s azóta egyre több eset került közlésre.

A spontán lép-ruptura értelmezésében az irodalmi állásfoglalás nem egységes. A közölt esetek ellenére (1, 2) trauma nélküli egészséges lép spontán rupturájának lehetőségét a szerzők többsége nem fogadja el (3, 4, 5, 6) s kritériumként nem a lép pathológiás elváltozásainak hiányát, hanem az oki tényezőként felfogható trauma bizonyíthatatlanságát emelik ki (3, 8, 9).

A spontán lép-ruptura mechanizmusában a lép heveny vagy idült volumennövekedése, parenchymában zajló kóros folyamata, a lép mozgékonysága és lenövések által történő rögzítettsége szerepelhet közvetlen kiváltó okként.

A lép volumennövekedése vagy parenchymakárosodása számos infectiós, septicus, haematológiai, cardiovascularis, daganatos és anyagcserebetegség mellett bekövetkezhet. Érthető, hogy a spontán lép-ruptura e betegségekkel kapcsolatban került — a hazai és külföldi irodalomban egyaránt — legtöbbször leírásra (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26). Influenza kapcsán bekövetkező spontán lép-rupturáról csak *Fedorov* (17) közleményében olvastunk. Mivel hazai észlelés influenza miatt bekövetkező spontán lép-rupturáról nem került közlésre, esetünk kapcsán szeretnénk felhívni a figyelmet e ritka szövődmény lehetőségére.

Esetleírás

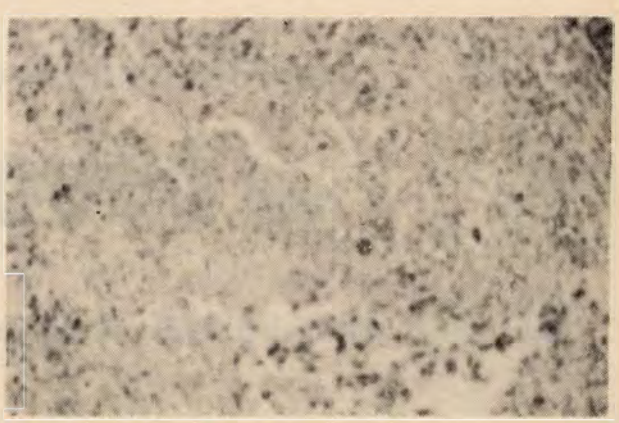
H. I., 57 éves férfibeteget 1978. I. 30-án 10 órakor szállították a mentők osztályunkra. Beutaló diagnosisa: toxicus influenza. Anamnesisében 1 hete kezdődő lázas állapot, s végtagfájdalmak szerepelnek. 5 napig volt lázas, két napja már láztalan. Felvétele reggelén jól érezte magát, dolgozni készült. Borotválkozás közben rosszullét fogta el, lefeküdt. Gyengeségérzése egyre kifejezettebb lett, ha felült, szédült. Ezen állapot mintegy 2 órán át sem változott, orvost hívtak, akik osztályunkra utalta.

1. ábra.

Felvételkor a közepesen fejlett, astheniás férfibeteg bőre és nyálkahártyái sápadtak, ajka kissé cyanotikus. Bevont, nedves nyelv, kissé belövellt torokképletek mellett a dobozos kopogtatású mellkas felett érdesebb színezetű halk légzést hallottunk. Szívtompulat normális, szívhangok tiszták, halkak, frequentiájuk 104/min. A pulsus könnyen elnyomható. Vérnyomása 90/60 Hgmm. A beteg enyhe epigastrialis érzékenységet jelzett, az epigastrium kissé feszes volt, máj, lép nem volt tapintható. A májtompulat megtartott, a léptompulat felső határa a VIII . borda alsó széle. Az anamnesis és a periferiás keringési elégtelenség tünetei alapján a beutaló iránydiagnosist helybenhagyva, a betegnek 50 mg Diadreson F aquosumot, 500 mg Tetrant, $^1/_8$ mg Strophantosidot adtunk és Rheomacrodex infusiót kötöttünk be. Laboreredmények: We: 22 mm/ó, vvt.: 3,2 M, Hb: 9,9 g%, fvs.: 4000, thr.: 160 000, htk.: 30%. Vizelet: fs.: 1027, feh.: min. op., genny: nyomokban, sacch.: neg, ubg.: enyhén fokozott, bi.: 0, ac.: 0, ül.: 8—10 vvt., 10—15 fvs., elvétve 1—1 hyalin cylinder. Se. diastase: 32 WE, SGOT: 48, SGPT: 16 E, vércukor: 86 mg%, se. Ca: 10 mg%, prothrombin: 96%, fibrinogen: 190 mg%. EKG: jobb typusú, szabályos görbe.

A beteg állapota az alkalmazott kezelésre javult, vérnyomása 105/70 Hgmm-re emelkedett.

12 órakor fokozott gyengeségről és intensivebb, de a bal hasfélre is terjedő, valamint bal vállfájdalomról panaszkodott. Vérnyomása esett, sápadtabb, verejtékes lett. Azonnal intraabdominális vérzés gyanúja merült fel, s csoportazonos teljes vért kötöttünk be. Ekkor már kissé feszessé vált az egész has, s a bal hypochondriumban tompulatot kopogtattunk s rectalis vizsgálatkor a kesztyűujjra sárgás kenőcsös széklet tapadt. Sebészeti consilium ekkor pancreatitis lehetőségét vetette fel, melyet a klinikai kép mellett az ismételt labor vizsgálatok is kizártak. A beteg transfusiók ellenére — 2 óra alatt 1050 ml teljes vér — többször fekve kollabált, átmeneti sensorium-zavarok léptek fel, a bal hypochondrialis tompulat mindinkább az al-



2. ábra.

hasra is kiterjedt. A klinikai kép alapján hasüregi vérzéshez, elsősorban lép-ruptura fennállásához ekkor már kétség nem fért, 15 órakor a műtőbe szállítottuk. *Kivonat a műtéti naplóból:* „... felső median laparotomia. A peritoneum megnyitásakor a hasüregből nagy mennyiségű, alvadékos vér ürül. A lép normális nagyságú, sima felszínű. Elülső felszínén az alsó harmadban, lateralisan 1,5 cm-es, harántirányú repedés van, mely nem hatol át az egész állományon. Splenectomiát végzünk gumi-drain visszahagyása mellett." (Op. Szőke dr.) A postoperativ szak antibiotikus védelemben eseménytelen. A seb per primam gyógyult. *Az eltávolított lép kórszövettani vizsgálata:* „A vizsgálatra küldött lép 160 g súlyú, amelynek lateralis éle szélén kb. 3 cm hosszú, szabálytalan repedés van. A repedés kb. 5—6 mm-re az állományba terjed. A metszlapon a tüszők rajzolata jól látható. Mikroszkóposan hyperplasiás csíracentrumok láthatók, a pulpa helyenként bevérzéseket mutat. A szövettani kép sepsisnél észlelthez hasonló, a bevérzések esetleges vírusinfectio lehetőségét veti fel." (Weiland dr.)

Műtét után 1 héttel levett vérben az influenza A complement kötési reactio 1 : 128, négy hét után 1 : 16 hígításban positiv.

Megbeszélés

A spontán lép-rupturával kapcsolatos oki, pathomechanizmusbeli és diagnosticus problémákat számos kézikönyv, hazai és külföldi közlemény tárgyalja (1, 3, 4, 5, 7, 9, 27, 28). Az egészséges lép spontán rupturája mint önálló kórkép a szerzők többsége szerint nem fordult elő, s a legáltalánosabb felfogás az, hogy annak előfeltétele egy pathologiai-anatomiai elváltozás (2).

A spontán lép-ruptura pathomechanizmusában az intralienalis feszülési viszonyok és a lép tokjának szerkezete mellett a tok adott betegséggel kapcsolatos gyengülését is figyelembe kell venni, mint arra eseteikben a lép tokjának pathológiás változásaira is kiterjedő vizsgálat során *Smith* és *Custer* (29) rámutatott.

Esetünkben a lép nem volt nagyobb. Feltehető, hogy az infectiós vérbőség mellett a tok specifikus károsodása és/vagy veleszületett gyengeség is hajlamosító tényezőként szerepelt a spontán ruptura bekövetkeztében.

Összefoglalás. A szerzők influenza A fertőzés alatt létrejött spontán lép-ruptura esetüket ismertetik. Közleményükben felhívják a figyelmet e ritka szövődmény előfordulásának lehetőségére.

IRODALOM: 1. *Adler, D. G.:* Brun's Beitr. Klin. Chir. 1969, *110*, 971. — 2. *Édes I. és mtsai:* Bács-Kiskun megyei Kórház évkönyve, 87, 1970—71. — 3. *Marton T.:* Magy. Seb. 1950, *3*, 295. — 4. *Kelemen E.:* Heveny hasi kórképek fizikális diagnosticája. Akad. Kiadó, Budapest, 1965. — 5. *Bugyi I.:* Gyakorlati Sebészet. Medicina, Budapest, 1960. — 6. *Brodman, H. R., Bautista, I.:* Arch. Surg. 1959, *78*, 406. — 7. *Szekér K. és mtsai:* Orv. Hetil. 1961, *112*, 791. — 8. *Ellison, E. H.:* Arch. Surg. (Chicago) 1949, *59*, 289. — 9. *Szilvágyi H., Erdélyi I.:* Orv. Hetil. 1965, *106*, 1421. — 10. *Bodnár T.:* Orv. Hetil. 1935, *79*, 872. — 11. *Drobni S., Eöllős Z.:* Orv. Hetil. 1956, *97*, 667. — 12. *Oldfield, M. C.:* Clin. J. 1946, *75*, 31. — 13. *Radochay L., Márton Z.:* Orv. Hetil. 1950, *91*, 286. — 14. *Hubay Zs. és mtsai:* Orv. Hetil. 1974, *115*, 2131. — 15. *York, W. H.:* JAMA. 1962, *179*, 170. — 16. *Wetterhill, J. H., Oldfield, M. C.:* Lancet. 1963, *I*, 636. — 17. *Fedorov, J. S.:* Hirurgija. 1961, *37*, 128. — 18. *Feszler Gy., Mocsay L.:* Haemat. Hung. 1964, *4*, 311. — 19. *Novák M.:* Orv. Hetil. 1964, *4*, 311. — 19. *Novák M.:* Orv. Hetil. 1934, *75*, 585. — 20. *Simárszky J., Demény P.:* A Debreceni OTE tudományos üléseinek évkönyve. 1954—55. Debrecen. 1956. — 21. *Goldstein, H. S.:* Southern med. J. 1966, *69*, 261. — 22. *Braun, S. és mtsai:* Magy. Seb. 1977, *30*, 403. — 23. *Janáky R., Mórocz J.:* Orv. Hetil. 1977, *118*, 2599. — 24. *Smith P. H.:* Brit. Med. J. 1965, *I*, 296. — 25. *Brook, J., Newmann, P. E.:* Arch. Intern. med. 1965, *115*, 595. — 26. *New Engl. J. Med.* 1945, *233*, 189. — 27. *Hyun, B. H. és mtsai:* Arch. Surg. 1972, *104*, 652. — 28. *Orloff, M. J., Peskin, G. W.:* Surg. Gynek. Obstet. 1958, *106*, 1. — 29. *Smith, E. B., Custer, R. P.:* Blood. 1946, *1*, 317.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

MÓDSZERTANI LEVÉL

Az alapszintű érsebészeti betegellátásról

A módszertani levél célja, hogy összefoglalja az alapszintű érsebészeti betegellátás gyakorlatához szükséges ismereteket. A diagnosztika, műtéti kezelés, postoperatív ellátás mellett megjelöli a határt, ameddig az alapszintű eljárás terjed. Igyekszik irányelveket adni az érsebészeti osztályokon történő elhelyezésre, szállításra vonatkozóan is, ahol szükségesnek látszik.

1. Érsérülés

Alapszintű ellátás tárgya a nyílt arteria-sérülés, az érkörfogat egy részét elfoglaló sebzés vagy körkörös szakadás esetén, ha az ércsonkok feszülés nélkül egyesíthetők. Definitív érlekötést csak kivételesen, akkor szabad alkalmazni, ha az érvarrat biztonságát a fertőzés veszélyezteti, vagy a sérült tájék súlyos roncsolása szükségtelenné teszi.

A nyílt érsérülés diagnosztikája, sebészi ellátás szempontjából történő megítélése különleges műszerek igénybevétele nélkül bizonyos sebészi gyakorlattal nem okoz nehézséget.

Fedett, vagy kis szúrási nyíláson a külvilággal közlekedő sérülések esetén a diagnosztika és sebészi ellátás gondja hatványozódik. Érsérülés gyanúját kelti nagy haematoma, a végtag rész erős feszülése, ischaemia a sérülésre gyanús helytől distalisan (sápadt, néha a venák compressiója okozta pangás miatt szederjes, hűvös bőr, érzés-, mozgászavarok), perifériás pulsus hiánya.

A perifériás pulsus tapintásának elmulasztása végtagsérülések esetén semmivel sem menthető műhiba. A vizsgálat elvégzését, annak eredményét az első vizsgálatkor készült alapdokumentáción feljegyzéssel rögzíteni kell. Problematikus esetben a pulsus fokozatos eltűnése diagnosztikus és prognosztikus szempontból egyaránt nagy fontosságú.

Az ischaemia önmagában is elegendő fedett érsérülés gyanújához. Kiterjedt contusio, distorsio az ereken is zúzódást, intima-berepedést, másodlagosan az arteriában vagy a venában alvadékképződést, thrombosist okozhat, és az ischaemiás tünetek esetleg csak órák, vagy napok múlva kezdődnek. (Az első vizsgálatkor végzett pulsus-tapintás jelentősége!) E betegeken az angiographia segítséget nyújthat az ischaemia okának pontosabb megismeréséhez. *Az ilyen sérültet angiographia végzésére is felkészült intézetbe, érsebészeti osztályra kell szállítani.* Az angiographia azonban nem sine qua nonja a műtéti indikációnak. Sérülést követő végtag-ischaemia esetén az arteriát fel kell tárni.

Nyílt sérülés esetén az oldal vagy körkörös arteria-varrat alapszintű sebészi tevékenység, minden kórházban el kell végezni. Az interpositum beültetése több tapasztalatot igényel, nem tekinthető alapszintű követelménynek, a sérültet érsebészeti osztályra kell szállítani.

A szállítással járó időveszteség veszélyezteti az ellátás eredményességét. A nemegyszer kivérzéses shock állapotában levő sérültön a vérveszteség, tensiocsökkenés miatt a collateralis keringés elégtelen mértékben tölti fel a distalis csonkot, vagy az arteria thrombosis alatti szakaszát és ott másodlagos farok-thrombus kialakulását, az ischaemia fokozódását, a helyreállító műtét sikertelenségét okozhatja. A szállítás alatt szükséges alkalmazni az említett veszélyeket csökkentő eljárásokat. A tensio emelése volumenpótlással (vér, Rheomacrodex infusio) a farok-thrombus kialakulását megakadályozhatja, vagy csökkentheti. Ha az ércsonkból vérzés veszélye fenyeget, mely compressiós kötéssel nem csillapítható, s az Esmarck-leszorítás nem alkalmazható (pl. subinguinalis sérülés), érszorító felhelyezése, vagy időleges lekötés válhat szükségessé.

Nyílt oldal- vagy körkörös sérülés esetén l. a. sebtoilette után az oda- és elvezető törzset felkeressük, vékony gumival aláhurkoljuk vagy atraumaticus érszorítóval leszorítjuk. A sebüregben esetleg található véralvadék kiemelése után először Fogarty-katéterrel distalis irányban kiürítjük az esetlegesen távolabb képződött alvadékot. Szükség esetén a Fogarty-katétert centralis irányba is felvezetjük. A distalis csonkba 10—20 ml 1 : 200 hígítású heparin oldatot fecskendezünk be. Ha szükséges, az arteria sebének széleit felfrissítjük, majd varratokkal egyesítjük.

Kicsiny oldalsérülés esetén csomós öltéseket alkalmazunk. Nagyobb oldal- vagy körkörös sérülés esetén 2 kifordító matracöltést helyezünk be, a kiperemesedett széleket tovafutó varratsorral egyesítjük (4/0—6/0 atraumaticus öltés). Az érszorítók felengedése után szivárgó vérzés néhány percig tartó, langyos fiziológiás konyhasós tamponálás után megszűnik. Lüktető vérzés esetén a centralis leszorítás fenntartva, a distalis csonk felől történő vérzést irányjelzőként használva pótöltéseket helyezünk be. Alapszabálynak tekintendő, hogy centralis irányban nem leszorított, lüktető arteriába behelyezett öltés csomózásakor fokozottan fenyeget a varratátvágás veszélye. Sebzárást csak akkor lehet kezdeni, ha a varratvonalból semmi vérzés nincs, surranás nem tapintható, a varratvonal alatt az ér azonos erővel lüktet, mint a varratvonal fölött.

Ha a varratsor alatt surranás tapintható, a pulsus erősen gyengül vagy egyáltalán nem tapintható, annak oka rendszerint a varrat szűkítő hatása. Ez esetben a tovafutó varratsort 2, egymástól kb. 4 mm-re behelyezett csomós öltéssel az érfalhoz fixáljuk, s közöttük az arteriát hosszanti irányban 10—15 mm-es metszéssel megnyitjuk. Kiürítjük az ott esetleg kialakult alvadékot, újból Fogarty-katétert vezetünk distalis, szükség esetén proximális irányba is, heparin oldatot öblítünk be, az esetleg felgyűrődött intimát az adventitia felől beöltött és oda visszatérő matracöltéssel rögzítjük. Az arteriotomiás nyílást a vena saphena magna supramalleolaris szakaszáról vett, vagy műanyag folttal zárjuk.

A sebet drain (lehetőleg Redon-drain) fölött zárjuk. A Redon-draint 24—48 óráig hagyjuk benn, ha a sebben bőséges savóképződés van, tovább is.

A közvetlen postoperativ szak legfontosabb feladata megfelelő, a beteg normál tensiójával azonos vérnyomás biztosítása, elsősorban volumen-pótlással. A microcirculatio élénkítése, a thrombocyta-aggregatio, alvadékképződés veszélyeinek elhárítására az első 24 óra után 1—2 napon keresztül 250—500 ml Rheomacrodex infusiót adunk.

A műtét után tapinthatóvá vált arteria dorsalis pedis és/vagy tibialis posterior pulsatio a műtét sikerének biztosítéka. Ha a pulsatio nem tér vissza, de a láb nem hűvös, nem sápadt, nem szederjes, az érzés, mozgás megtartott, Doppler-eszközzel lehet az említett egyszerű fizikális jelek mellett az átjárhatóságot objektíve is alátámasztani. Fiziológiás körülmények között az art. radialis és a lábszár arteriákban mért nyomás közötti arány (Doppler-index) 1 : 1,2—1,25. Érsérülés ellátása után még a megfordított arány is elfogadható, ha a végtagon lényeges színeltérés nincs, az érzés, mozgás megtartott, de az ellenőrzést fokozott gondossággal kell folytatni, mert reobliteratio veszélye fenyeget.

Reobliteratióra kell gondolni, ha a végtagban hirtelen vagy fokozódó módon fájdalom támad, a bőr

sápadttá, vagy szederjessé, hűvössé válik, a peripheriás pulsus eltűnik, a Doppler-eszközzel mért perfusiós nyomás minimumra csökken. Ebben az esetben a beteg ellátása vagy érsebész consultatiójával történjék, vagy érsebészeti osztályra kell utalni.

Műtét utáni vérzés oka lehet varratelégtelenség, vagy szokványos postoperativ utóvérzés. Míg utóbbira a közvetlen postoperativ órákban vagy az első napon kell számítani, a varratelégelenségre származóra később is. Ennek oka legtöbbször a seb fertőzöttsége. Alapszintű feladat az első 2 napon belüli vérzések ellátása. Vérzés jele a műtéti seb környékének fokozódó duzzanata, a Redon-drainből sűrűn csöpögő vagy folyó vér.

A vérzés oka lehet lecsúszott ligatúra, varratközti vérzés, átvágott öltés, mely könnyen ellátható. Minél később mutatkozik vérzés a műtét után, ellátása annál több tapasztalatot igényel, a sérült érsebészeti osztályra szállítandó.

2. Klinikailag biztos embolia

A végtagok súlyos acut ischaemiáját leggyakrabban nagyvérköri embolia, acut arteriás thrombosis és chronikus arteriosclerosis obliterans acut progressiója okozza. Jellemző tünetek: hirtelen kezdődő, heves fájdalom, hűvös, sápadt vagy szederjes bőr, érzéskiesés, mozgásképtelenség, areflexia. Az elzáródástól distalisan arteriás pulsatio nem tapintható.

Tévesen terjedt el a gyakorlatban, hogy a végtagok acut ischaemiás állapota és az embolia fogalma közé egyenlőségjel került. A követendő therapia szempontjából alapvetően fontos, hogy a sebész vezető gondolata ne az embolia, hanem az acut ischaemiás állapot legyen és az alapdiagnózissal egy időben differenciáldiagnosztikus tevékenységet is kell végeznie, mert ez az adaequat therapia alapja.

Az embolus ép, vagy legalábbis addig átjárható, nagyobbfokú stenosistól mentes értörzsben egyik pillanatról a másikra elzáródást okoz. A collateralis keringés kialakulása az elzáródást követően kezdődik. Thrombosis megvastagodott falú (atherosclerosis), szűkült lumenű arteriában keletkezik, már bizonyos mértékű collateralis keringés van. Chronicus arteriosclerosis obliterans acut progressióját az elzáródástól proximálisan, vagy distalisan thrombus keletkezése idézi elő. Az eredeti elzáródásra rárakódó thrombus a collateralis pályák egy részét is elzárja, az ischaemia acut módon, esetleg katasztrofálisan súlyosbodik.

Fiatal mitralis vitiumos betegen a klinikai kép alapján felállítható az embolia diagnosisa. Lezajlóban levő vagy a közelmúltban lezajlott myocardialis infarctus esetén emboliával és thrombosissal egyaránt számolhatunk, a thrombosis mégis gyakoribb az alapbetegséggel kapcsolatban előforduló tensio-esés miatt.

Alapszintű ellátás tárgya a klinikailag biztos embolia és a myocardialis infarctus acut szakában levő, nem szállítható beteg emboliája, vagy thrombosisa. Minden más esetet érsebészeti osztályra kell szállítani.

A beteg szállításával kapcsolatban a következő rendszabályokat kell pontosan betartani:

1. A fogadó intézet értesítése.
2. A beteg fektetve, megfordított Trendelenburg-helyzetben.
3. Tilos minden helyi meleg alkalmazása.
4. A végtag laza vattába pólyázása.
5. A másodlagos (farok-) thrombus kialakulásának megakadályozására vagy csökkentésére: 2 ml heparin iv.
6. Fájdalomcsillapítás (cave keringés-deprimáló szerek).
7. Cardialis elégtelenség esetén iv. digitalis praeparátum.
8. Vasodilatatorok adása tilos, különösen vérnyomáscsökkenés, fenyegető shock esetén.
9. Peripheriás keringésjavítók (pulsotil, effortil, esetleg Rheomacrodex-infusio).
10. Szájon keresztül fogyasztás megtiltása (várható narcosis).

Az embolia okozta súlyos ischaemia állapota sürgős műtéti indicatiót jelent. Contraindicatio gyakorlatilag nincs, mert az egyszerű, nem megterhelő műtét potentiált local anaesthesiában is elvégezhető.

Végtag-embolia esetén Fogarthy-katéter segítségével az art. femoralis, illetőleg cubitalis feltárásával és megnyitásával az arteriotomia helyétől proximális és distalis elhelyezkedésű embolus és farok-thrombus egyaránt eltávolítható. Fiatal emboliások ép arteriáját haránt, idősebbek scleroticus arteriáját hosszanti metszéssel nyitjuk meg. Először ajánlatos az arteriotomiától distalis érszakasz kiürítése a katéterrel, utána a proximálisé. A kiürített szakaszokba 10—20 ml 1 : 200 hígításban heparin oldatot fecskendezünk be. A haránt arteriotomiát 4/0—6/0 atraumaticus tovafutó varratsorral (lásd érsérülések), a hosszantit, szűkület elkerülése céljából vena-folt felvarrásával zárjuk. A műtétek során finomodó technika és érsebészeti tapasztalat dönti el, hogy a hosszanti arteriotomia folt nélkül direkt varrattal zárható-e. A sebüreget szívódrainnel ellátva zárjuk.

Az embolia operabilitásának ideális időszaka 6 órán belül van. 10 órán túl végzett, súlyos ischaemiát okozó embolia műtéte után a revascularisatio elkerülésére vagy csökkentésére a műtét befejeztekor felmerülhet a fasciotomia javallata. Közvetlenül műtét után akkor ajánlatos elvégezni, ha az ischaemiás állapothoz venás pangás (mélyvenák thrombosisa) is szövődött és az izomzat beszorult a fascia sövények alkotta rekeszekbe. A postoperativ szakban a lábszárizomzat gondos megfigyelést igényel. Amennyiben a lábszárizomzatban postischaemiás oedema mutatkozik, Rheomacrodex infusio, a capillaris permeabilitást csökkentő rutosidák alkalmazásával megkísérelhető a microcirculatio élénkítése, a capillarisok fokozott permeabilitásának csökkentése. Ha ezekkel az eljárásokkal az oedema csökkenése nem érhető el, az izomzat compressiója nem csökken, a fasciotomiával nem szabad késlekedni. Local anaesthesiában a lábszár belső és külső oldalán, a feszülő terület legnagyobb domborulatán a bőrt és fasciát olyan kiterjedésben hasítjuk be, amíg feszülés tapintható. A sebet nyitva kezeljük.

Az embolectomiához szükséges speciális instrumentárium a Fogarty-katéter, 4/0—6/0 atraumaticus öltések, atraumaticus tűfogók. Ha atraumaticus érleszorító nem áll rendelkezésre, az erek aláhurkolása és leszorítása vékony gumicsővel kíméletesen elvégezhető, melynek két szárára drain-csövet vezetünk s azzal az arteria falra húzzuk.

Nem szükséges emboliás elzáródás esetén műtétet végezni akkor, ha az ischaemia nem súlyos. Ilyen klinikai kép fordul elő az alkar vagy lábszár egyik arteriás törzsének elzáródásakor, kivételesen mindkét értörzs egészen distalis elzáródása esetén. Nem súlyos ischaemiás állapotában: a fájdalom enyhe, a bőr sápadtsága, hűvössége mérsékelt, az érzés, mozgás megtartott. Ilyenkor heparin kezelést és Rheomacrodex infusiót állítunk be. Ha a fájdalom, hőmérséklet és színdifferencia teljesen megszűnik, az érzés- és mozgás-qualitások kifogástalanok, a végtag keringése konzervatív kezeléssel is rendeződhet. Bizonytalan esetben, ha az art. cubitalis, vagy art. poplitea lüktetése nem tapintható, vagy tapintható, de az oszlás elzáródása feltételezhető, arteriographia elvégzése szükséges, mely a műtéti indicatiót eldönti.

3. Perifériás typusú chronicus arteria-elzáródások

Biztosan perifériás typusú elzáródás esetén lumbalis sympathectomia javasolt, 200 méternél kisebb dysbasiás távolság, nyugalmi fájdalom, kezdődő gangraena esetén. A műtét ilyen esetekben angiographia nélkül is elvégezhető.

A biztosan perifériás chronicus elzáródás klinikai jelei:

1. Az arteria femoralis erőteljesen lüktet, az értörzs fölött systoles zörej nem hallható.
2. Az arteria poplitea lüktetése tapintható.
3. A boka felett alacsony (0,5 PE) oscillatiós index mérhető, Doppler-eszközzel az art. dorsalis pedis és tibialis posterior (vagy legalábbis egyikük) fölött hang hallható, esetleg alacsony nyomás is mérhető.

E kórkép elsősorban diabeteses betegeken, juvenilis typusú chronicus obliteratiókban (Buerger-kór), arteriosclerosis obliteransban szenvedők kb. 10—15%-ában fordul elő. Diabeticus betegek lábujjainak nedves gangraenája esetén, mely gyakran előzetes dysbasia és nyugalmi fájdalom nélkül alakul ki, a vércukorszint megfelelő beállításával, általános és localis antibioticus kezeléssel ajánlatos a beteget előkészíteni.

A lumbalis sympathectomia intratrachealis narcosist és relaxatiót igényel. Az Érsebészeti Intézetben gyakorolt módszer szerint ferdén, félig oldalfekvésben elhelyezett betegen a XII. borda csúcsától a borda irányába vezetett 10—15 cm-es bőrmetszés után a musculus obliquus abdominis externus izomzatának tompa, aponeurosisának éles szétválasztása után ún. rácsmetszéssel (mindig az izomrostok irányában, tompán) hatolva előre, feltárjuk a retroperitonealis lumbalis térséget és a határláncot a II. lumbalis csigolya felső szélétől az I. ganglion bennhagyása mellett a promontoriumig resecáljuk. A bal oldali sympathicus határlánc az aorta bal szélétől lateralisan, a jobb oldali a vena cava inferior jobb szélétől kb. 2—3 mm-re medialisan, a vena mögött helyezkedik el. Műtét közben figyelmet érdemel, hogy az esetek 10%-ában egy-egy vena lumbalis, kivételesen arteria lumbalis is a határlánc előtt halad, annak kiemelésekor megsérülhet, ijesztő vérzést idézve elő. Ha ilyen anatómiai variáció adódik, óvatos praeparálással az említett erek mögül a határlánc kiemelhető. Vénás vérzés néhány perces langyos konyhasós tamponálásra esetleg megáll. Ha nem szűnik meg, diathermiás coagulatio alkalmazható. Nagyobb lumbalis vena, vagy arteria lumbalis sérülése legbiztosabban klip behelyezésével látható el, vagy úgy, hogy az eret az alatta levő csigolya periosteumához öltjük.

4. Amputatio

Alapszintű követelmény az amputatio javallatának felállítása és elvégzése vitalis indicatiók esetén. Vitalis indicatiót jelent egy vagy több ujjnak az ujj tövét meghaladó, a lábhát és talp irányába terjedő üszkösödése, ha lázas állapotot okoz, mely néhány napos antibioticus kezelésre nem szűnik meg. Önmagában a csillapíthatatlan nagy fájdalom nem vitalis indicatio, bár a prognosist illetően nem biztató. Nem vitalis indicatiót érsebészeti osztályon történt konzílium után szabad felállítani, a vascularis status pontos mérlegelése után.

A szervezett, jobb betegellátás célját szolgálja, ha az indicatio felállítása után műtét céljából a beteg visszakerül a küldő intézetbe. Ezt ajánlatos megbeszélni a beteggel a konzíliumra történt szállítás előtt. Az érsebészeti ágylétszám nem kielégítő volta miatt rosszul szolgálja a betegellátás érdekeit, ha az érsebészeti ágyak nem elhanyagolható hányadán amputált beteg fekszik.

5. Varicositas

Primaer varicositasról akkor beszélünk, ha a vena saphena magna vagy parva törzse, esetleg egyes oldalágai kitágulnak, kanyargóssá válnak (tipicus varicositas), nem 20 éves kor alatt kezdődtek (congenitalis arteriovenosus varicositas gyanúja!), a végtagok között hosszkülönbség nincs (belső bokák egy magasságban állnak), az anamnesisben lezajlott mélyvena thrombosis nem szerepel, a betegnek compressiót okozó (pl. medence tumor) elváltozása nincs és Perthes-próba alkalmával a tág bőr alatti venák maradéktalanul kiürülnek.

Congenitalis a-v communicatióból eredő varicositasra akkor kell gondolni, ha a varicositas gyermekkorban, de minden esetre 20 éves kor alatt kezdődött, nemcsak a vena saphena magna és parva törzsére vagy ágaira terjed ki (atypusos varicositas), hanem azoktól független localisatióban is mutatkozik (pl. a comb külső felszínén), a végtag hosszabb az ép oldalinál, teleangiectasiás naevusok látszanak a bőrön, mely jobban verejtékezik mint az ép oldali, a boka felett mért oscillatiós index a varicosus végtagon magasabb. A felsorolt tünetek közül egy is elegendő a gyanú felkeltésére, mely serioarteriographiával és phlebographiával tisztázható. Angiodysplasiás varicositas oka a venás rendszer fejlődési rendellenessége (mélyvena agenesia, vena hypoplasia, gyűrű, sarló alakú szűkület a vena cava inferiorban, b. vena iliaca communisban).

Postthrombotikus varicositas gyanúját kelti a korábban lezajlott mélyvena thrombosis, a végtag duzzanata, induratiója. A lábszár alsó harmadának, esetleg még magasabb részének dermatosisa, ulcus cruris a gyanút megerősíti. Perthes-próba alkalmával a varixok részlegesen vagy egyáltalán nem ürülnek ki, ami egyúttal a mélyvenás rendszer recanalisatiójának fokáról, a perforans venák elégtelenségéről a gyakorlat számára elegendő informatiót nyújt. Kiegészítő észlelés a pólyával való járatás: a lumen viszonylagos helyreállítását eredményező spontán recanalisatio után a beteg bepólyázott végtaggal könnyebben jár, elégtelen recanalisatio vagy complett obstructio esetén bepólyázott végtaggal a járás fájdalmas, a duzzanat fokozódik. A medence-venák obstructiója vagy elégtelen recanalisatiója esetén a hasfalon verticalis vagy a symphysis fölött a túloldal felé húzódó compensáló varicositas (subcutan „spontán Palma-műtét") látszik. A lábszáron az elégtelen perforansoknak megfelelően a fascián hiatus tapintható. Amennyiben Perthes-próbával a mélyvenák felé való ürülés vagy az elégtelen perforansok helye tapintással nem állapítható meg, phlebographia indokolt.

Primaer varicositas esetén ma is uralkodó eljárás a Trendelenburg—Madelung-, vagy Trendelenburg—Babcock-műtét. A vena saphena magna lekötések közötti átvágását vagy resectióját közvetlenül a lágyékhajlat alatt, legalább 7—8 cm-es ferde metszésből ajánlatos végezni. Ilyenkor a gyakran jelenlevő vena saphena magna medialist és lateralist, az oldalágakat is látótérbe lehet hozni, azokat lekötéssel el lehet látni, s a vena saphena magnát közvetlenül a vena femoralisba való beömlés előtt lehet lekötni (crossectomia). Biztos recidiva forrása a 2—3 harántujjal a lágyékhajlat alatt vezetett, 3—4 cm-es bőrmetszésből történő vena saphena magna ellátás, mert az említett medialis és lateralis saphena törzs és oldalágak esetleg bele sem kerülnek a műtéti területbe. A vena saphena parva varicositásának műtétekor ugyanúgy kell követni az értörzset a térdárok redőjéig érő hosszanti metszéssel történő feltárásból a vena popliteába való beömlésig.

Postthromboticus varicositas esetén a műtét elsőleges célja az insufficiens mélyvénákból a felületes vena-rendszer felé történő reflux megakadályozása, mely az ugyancsak elégtelen venae communicantes lehetőleg subfascialis lekötésével érhető el. A műtét választott helyen, kielégítő asepsis mellett a fekélytől távolabb is elvégezhető. Feltétele a Perthes-próbával megállapítható legalább részleges ürülés, a perforans venák tapintással vagy phlebographiával történő localisatiója. A varicositas kiirtására akkor van szükség, ha a tágult, kanyargós, „csomós" venák transport functiója kérdéses, a pangás miatt varicophlebitis veszélye fenyeget, vagy a kórelőzményben már elő is fordult. Mivel a felületes venák kiürülését „izompumpa" nem segíti, compressiós kötés (Ideál pólya, gumiharisnya) viselése szükséges. A végtag decompensalt venás keringése esetén (erősen vizenyős, indurált végtag, esetleg dermatosissal vagy ulcus crurissal) szükséges műtét előtt a venás keringés lehetséges compensált venás keringés esetén (erősen vizenyős, indurált végtag, esetleg dermatosissal vagy ulcus crurissal) szükséges műtét előtt a venás keringés lehetséges compensatiója (Rheomacrodex infusiók, rutosidák), a fekély feltisztítása fiziológiás konyhasós borogatással.

Decompensalt venás keringésű végtag compensatiója complex feladat, esetleg egyéb osztályokkal (belgyógyászat, dermatologia) való cooperatiót, angiológiai szakrendelésen történő gondozást, ismételt érsebészeti konzíliumot igényel, s a lehetséges maximális compensatio elérése után (ulcus gyógyulása vagy gyógyuló tendentiája, perivenosus induratio eltűnése vagy felpuhulása) célszerű a beteget műtétre felvenni.

6. Acut varicophlebitis sebészi kezelése

Acut varicophlebitis sebészi kezelése (acut varix operatio) akkor javallt, ha a varicosus venákban zajló folyamat a mélyvenákba terjedéssel fenyeget. A varicophlebitis egyszerű fizikális jelekből (érzékenység, a fedő bőr kipirulása, a vena kitöltöttsége) kórismézhető, de az áramlási változásokat követő secundaer farok-thrombus képződés általában elsősorban proximális irányban 6—10 cm-rel túlhaladja az egyszerű fizikális jelekből szembetűnő alapfolyamatot. A műtét indokolt terjedő jellegű, a comb felső harmadát elért folyamat esetén.

A műtétet a sapheno-femoralis junctio feltárásával kell kezdeni, a vena femoralist is ki kell praeparálni, aláhurkolni a vena saphena magna beömlése fölött és alatt. Amennyiben a vena saphena magna tapintásos vizsgálata, vagy átvágása után a vena femoralisba való beterjedés gyanúja merül fel, a vena saphena magna proximális csonkján keresztül Fogarty-katétert kell a vena femoralisba felvezetni és a thrombust kiüríteni. Utána a lobos, thrombussal kitöltött vena saphena magna részletet egy vagy több metszés igénybevételével ki kell irtani. A postoperativ szakban a thrombocyta aggregatio csökkentésére salicylatok, rutosidák adagolása ajánlatos.

7. Vena cava inferior ligatúra

Indicatiói:

1. *Korszerű kezelés ellenére* felfelé terjedő mélyvena thrombosis.
2. *Korszerű kezelés közben* támadt pulmonalis embolisatio.
3. Ismétlődő pulmonalis embolia.
4. Progrediáló medence vena thrombosis, ha anticoagulans kezelés ellenjavallt.
5. Septicus thrombosis.

Valamennyi javallat gondos mérlegelést kíván, mert egyrészről a műtét életveszélyt háríthat el, másrészt elvégzése a végtagok venás keringésében súlyos, definitív, alig befolyásolható károsodást okozhat. A javallatok felsorolása közben ismételt hangsúlyozást nyert a „korszerű kezelés". A vena cava inferior ligatúra alapvető célja nem lehet a nem kielégítően, nem korszerűen kezelt thrombosisból származó szövődmények elhárítása, ha néha rá is szorulunk, s legtöbbször nincs is szükség rá, mert az insufficiens kezelés kiegészítése legtöbbször elegendő a veszélyek elhárítására.

Napjainkban a thrombosis therapiája nem merül ki anticoagulansok adásában és az egynapos heparin kezeléssel egy időben elkezdett dicumarol (Syncumar) kezelés is általában nem kielégítő. Amennyiben thrombectomiára (absolut indicatio: phlegmasia coerulea dolens, relatív indicatio: medence vena thrombosis 5 napon belül, elsősorban fiatalokon) nem kerül sor, fibrinolytikus kezelés alkalmazására nincs mód (hazánkban e téren nehézségekkel küszködünk), a kezelés lényege egy hétig történő heparin kezelés (ahol mód van rá, Perfusorral), utána célszerű áttérni Syncumarra, annak figyelembevételével, hogy a heparin kezelés hirtelen abbahagyása Syncumar kezelés esetén is rebound effectussal, thrombosis recidivával járhat. Ezért még legalább 3 napig csökkenő adagban kívánatos heparint adni, mely alatt Syncumar hatására a kívánatos 20—40%-os közötti prothrombin szint elérhető. Az alvadásgátló kezelés kiegészítésére az első 7—10 napban ajánlatos Rheomacrodex infusio, továbbá a capillarisok permeabilitását csökkentő szerek (rutosidák nagy adagban) alkalmazása.

A Módszertani levél rá kíván mutatni a thrombosis kezelésének a gyakorlat tapasztalataiból összegyűjtött, néhány ismételten előforduló hibájára, melyek a javallat szempontjából alapvető fontosságúak.

1. A thrombosis-kezelés napjainkban nem egyenlő az anticoagulans kezeléssel. Az anticoagulans kezelés az előzőekben részletezett, kiegészítésre szorul.

2. Magasabb (medence-, comb-venák) localisált thrombosis esetén a heparin kezelés egy hétig szükséges, continuus, vagy 6 óránként adagolt formában. A korábbi 24 óra heparin kezelés után kezdett Syncumar therapia nem tekinthető elégségesnek.

3. A heparin kezelés utolsó napján bevezetett Syncumar therapia nem elegendő a hirtelen abbahagyott heparin adagolás miatt bekövetkező rebound thrombosis kivédésére.

4. A klinikai tünetek néha látványos javulása alapján könnyelműen abbahagyott anticoagulans kezelés után következő (esetleg második) pulmonalis infarctus nem „ismétlődő" pulmonalis infarctus, hanem a helytelenül irányított kezelés miatt bekövetkezett thrombosis recidiva következménye. Az újból bevezetett céltudatosabb kezelés általában elhárítja a veszélyeket, s figyelmeztet arra, hogy a Syncumar kezelést a klinikai tünetek javulása után a legtöbb helyen elfogadott gyakorlat szerint legalább 6 hónapig kell folytatni.

A Módszertani levél állást kíván foglalni a vena cava plicatio és ligatura nem eldöntött kérdésében is. Meggyőző állatkísérletek bizonyítják, hogy a vena cava plicatiót követően a vena cava inferior elzáródása completté válik. Így szükségtelen az általában embolia-veszélyben levő beteget az egyszerű ligatúra helyett a lényegesen időigényesebb plicatióval terhelni. Szaporodik azoknak a száma, akik az említett elv szerint járnak el, így az Érsebészeti Intézet is. A complett elzáródás következményei csökkenthetők azzal, hogy a ligatúra után a vena femoralis subinguinalisan ejtett metszésből történő feltárása és megnyitása után a medence-venákból és esetleg a distalis részekből is a thrombust kiürítjük.

Mindezen szempontok alapján felmerül a kérdés, hogy e beavatkozás alapszintű kötelezettségnek tekintendő-e. Azzá teszi a körülmény, hogy az ilyen betegek általában nem szállíthatók. Mindenképpen tanácsos tapasztalt érsebészeti osztállyal történő tanácskozás. Az indicatiós séma merev alkalmazása esetleg felesleges műtét, súlyos hibák forrása lehet, a műtét elmulasztása viszont a beteg életébe kerülhet.

Az említett és a gyakorlat által még széles variációkban produkált szempontok figyelembevételével felállított javallat alapján végzett műtét közben a következő szempontokra kell figyelni.

1. A behatolás kérdése. Extra- és transperitonealis út között lehet választani. Extraperitonealis behatolás olyankor ajánlott, ha viszonylag peripheriás, a medencébe fel nem hatolt thrombusból történt a szóródás, a sebésznek tapasztalata van extraperitonealis behatolásból végzett műtétekkel (lumbalis sympathectomia). Transperitonealis behatolás ajánlott, ha a klinikai képből gyanítható, hogy a thrombus a vena cava inferiorba is felterjedt, a lekötés után a thrombus kiürítése szükséges és a sebésznek a hasi műtétekben nagyobb tapasztalata van, mint a retroperitonealisban.

2. A ligatúrát közvetlenül a vena renalisok beömlése alatt, vagy ha a thrombus nem terjedt fel ilyen magasan, közvetlenül a felső vége után beömlő vena lumbalisok alatt kell elhelyezni.

3. A thrombus kiürítése. Ligatúra — az embolia veszélyének elhárítása — után azért szükséges a vena-törzsekből a thrombust kiüríteni, hogy a későbbi időkben valamiféle venás visszafolyást biztosító collateralis keringés kiképződésének morphologiai feltételeit megteremtsük. A kiürítés legegyszerűbben a külön metszésből feltárt vena femoralisokon Fogarty-katéterrel retrograd úton történik.

4. A rethrombosis veszélye nagy, ezért a thrombosis-ellenes kezelést úgy kell folytatni, mint acut mélyvena thrombosis esetén, hangsúlyozva a legalább 6 hónapig tartó Syncumar kezelést.

5. A postoperativ anticoagulans kezelés szükségessége miatt minden műtéti sebet szívó-drain bennhagyásával kell zárni.

Országos Sebészeti Intézet

BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

A heidelbergi „Amanita Symposion"-ról.

A heidelbergi Max Planck Institut für medizinische Forschung meghívására részt vettem az 1978. november 1—3. között megrendezett amanita szimpozionon. A szimpozion célja — mint Wieland professzor, az ismert toxicologus hangsúlyozta — a gyilkosgalóca mérgezés diagnosztikus, toxicologiai és terápiás problémáinak megtárgyalása volt.

Elöljáróban szeretnék néhány szót magáról az intézetről szólni. Hivatalos címe „Max Planck Gesellschaft für Förderung der Wissenschaften", 1948-ban alapították mint az 1911-ben alakított „Kaiser Wilhelm Gesellschaft" törvényes utódját. Jelenleg az NSZK-ban 50 intézete, kutatócsoportja működik mintegy 10 000 alkalmazottal. Évi költségvetése kb. 680 millió márka, melyet részben a szövetségi kormány, részben az egyes köztársaságok kormányai fedeznek. A társaság a természettudományok és társadalomtudomány terén alapkutatásokkal foglalkozik, költségvetésének 35—38 százalékát orvosbiológiai kutatások teszik ki. A társaság munkatársai közül huszan kaptak Nobel-díjat mint pl. Einstein, Hahn, Planck, Heisenberg, Butenandt; köztük három orvos: Otto Meyerhoff, Otto Warburg, Konrad Lorenz.

A szimpoziont az új egyetemi városrészben a Max Planck Haus előadótermében rendezték. Wieland professzor rövid bevezetője után *Seeger* és *Stijve* (München) a különböző amanita fajtákat ismertette. Az első két napon az előadások az amatoxinnal (A) foglalkoztak. *Wieland* (Heidelberg) hangsúlyozta, hogy az A. okozza a halálos mérgezést. A toxin kimutatására egyszerű módszert mutatott be: gombával, ill. gombalével átitatott újságpapírra n/8 sósavat cseppentve kék színreakció látható. *Bodenmüller* (Heidelberg) az A. concentrációjával foglalkozott; a legmagasabb a lemezekben, majd csökkenő mennyiségben a kalapban és a törzsben. *Fiume* (Bologna) az A. okozta máj-vese károsodásokat ismertette: 2 órával a toxin ip. beadása után a sejtekben magfragmentáció, chromatin aggregáció-kondenzáció mutatkozik. *Clarman* (München) a gombamérgezések diagnosztikájával foglalkozott: legfontosabbnak a spórák kimutatását tartja, emellett immunológiai és kémiai tipizálást ismertetett. *Faulstich* (Heidelberg) globulinhoz kötött A. adásával antitestképzést mutatott ki. *Fiume* és *Busi* (Bologna) radioimmunassay-vel 18 esetből 8-ban kimutatták a szérumban és a vizeletben az A.-t.

Langer (Bologna) emberi mérgezésekben vizsgálta az A. koncentrációt: a toxin a szérumban 36 óra múlva már nem volt kimutatható. A toxin az epével választódik ki (enterohepatikus recirculatio!) *Rumack* (Denver) az amanitin mérgezés klinikumával foglalkozott. *Faulstich* (Heidelberg) kutyák experimentális mérgezéséről számolt be: az állatok 50%-a hypoglycaemiában pusztult el, gyakori az alvadási zavar. Epesipolyos kutyáknál nagyobb volt a túlélési százalék. Fontosnak tartja az epe eltávolítását és így az enterohepatikus recirculatio megátlását.

Zimmermann (Heidelberg) experimentális mérgezésekben a coagulatiós faktorok csökkenését, consumptiós coagulopathia fellépését észlelte. *Constantino* (Milano) emberi mérgezésekben a VII. faktor nagyfokú csökkenését figyelte meg. *Usadel* (Frankfurt) A. mérgezésben inzulin, somatotrophormon és Silybin együttes adásával májsejt-regenerációt tudott létrehozni.

Fischer (Frankfurt) autoradiographiás sertésmáj-perfúziós vizsgálataiban a v. centrales és a duct. biliares környéki sejtekben volt az A. koncentráció a legmagasabb.

A harmadik napon a terápiás eljárások kerültek megtárgyalásra: *Langescheid* (Göttingen) a hepatargiás kóma kezelésében alkalmazott különböző toxineliminációs eljárásokat hasonlította össze: haemodialysis, haemoperfusio, haemofiltráció. Leghatásosabbnak a haemofiltrációt tartja. *Czygan* (Heidelberg) experimentális mérgezésben aktivált szénnel végzett haemoperfusióval a mortalitás 50 százalékos csökkenését érte el. *Bartels* (Heidelberg) négy hepatargiás kómás betegéből 3-nál sikerült a kómát haemoperfusióval megszüntetni. E mellett penicillint és thioktsavat is adagolt. *Floersheim* (Basel) a kísérletes A. mérgezés kemoterápiás kezeléséről számolt be. A legjobb eredmény az A. beadás után legkésőbb 12 órával alkalmazott 300 ezer E/kg penicillin + silymarin (Silybin) adásával ért el: 24%-os túlélés. *Vogel* (Köln) a silymarin (Silybin) hatásmechanizmusát ismertette: a A.-nal együtt adva gátolja a májkárosító hatást, de 30 perc után már hatástalan. Négy előadás foglalkozott a thioktsavkezeléssel: *Dudova, Kubicka* (Ostrava); *Zulik, Kassay* (Tatabánya); *Bartter* (Washington) és *Berkson* (Cleveland) klinikai beteganyagon jó eredményekről számoltak be: 10% alatti mortalitást értek el. Az angol nyelvű szimpozion szervezése mintaszerű volt. Az előadásokat, hozzászólásokat, vitát magnetofonon rögzítették. A szimpozion teljes anyaga 1979-ben a Witzstrock Verlag gondozásában könyv alakban fog megjelenni.

Zulik Róbert dr.

A XIX. Nemzetközi Alkalmazott Pszichológiai Kongresszusról.

A Nemzetközi Alkalmazott Pszichológiai Társaság (IAAP) 1978. július 30-tól augusztus 5-ig tartotta kongresszusát Münchenben. A találkozót a hagyományos nagy kongresszusok mintájára szervezték meg. A megjelent körülbelül 1500 résztvevő 70 országot képviselt. Az előadók, a részlegvezetők 83 javasolt témához kapcsolódhattak, ami azt eredményezte, hogy a kongresszus tematikája rendkívül sokszínű volt, de ez a sokféleség megmutatkozott az előadások igen eltérő színvonalában is. A plenáris ülések és a párhuzamosan folyó változó számú, de igen sok szekció lehetetlenné tette azt, hogy a résztvevő teljes körű átfogó képet alakítson ki magának az egész kongresszus anyagáról.

A kongresszus külön szekcióban foglalkozott a professzionális etika nemzetközi standardjaival, és több előadás az eltérő értékrendszer és a szakmai gyakorlat közös nevezőit kereste. A pszichotechnika elméletének és gyakorlati alkalmazásának megvitatására most is népes szekciók alakultak. A professzionális szereppel való azonosulás és a munkalélektan egyéb kérdései, mint a munkamotiváció problémája, munkahelyi organizációba való beépülés sajátossága, az ember-gép rendszer közti kommunikációs problémák, a nők szerepe különböző foglalkozási területeken, a munkateljesítmény kérdése, a munkával kapcsolatos értékrendszer kérdése stb. számos, de kevésbé látogatott ülés témája volt. A megszokottnál talán kevésbé nagy érdeklődés mutatkozott a személyiségteszt pszichológiai problémái iránt. A vártnál kevesebb szekció érintette a kiscsoportkutatás kérdéseit, viszont annál több az interkulturális, nemzetek közti összehasonlító vizsgálatokat és az áttelepülés problémáit. (Például külön szekcióban ismertették az interkulturális tanulást és a különböző szokásrendszereket összevető kutatásokat.) A nők társadalmi helyzete, szerepe; a deviáns viselkedés, ezen belül elsősorban az antiszociális magatartás problémája egyre inkább a nemzetközi érdeklődés előterébe került.

Számos különböző klinikai terápiás és diagnosztikus témával foglalkozó szekció volt, és magunk részéről ezek látogatását tartottuk

elsődlegesnek. Ezen a kongresszuson is, mint az utóbbi években általában, kiemelkedő érdeklődés mellett folytak a *családterápiával* foglalkozó ülések.

A „Családi viszonyok hatása a pszichopathológiára" című szekcióban sokan hallgatták meg és élénk vita követte *Hódosi Rezső* „Emocionális struktúra és gyermekneurózis" című előadását.

Judith Coché Philadelphiából a családi szerepkutatás eredményeiről, s ezek családterápiában való alkalmazhatóságáról számolt be. Tapasztalatai és vizsgálatai érdekes eredményekre vezettek. Bemutatta, hogy a klasszikus szerepelmélet szerint akkor következik be a pszichés zavar, amikor az anya átveszi az apa irányító szerepét, és ez vezet a családi struktúra megbomlásához. A szerző 24 neurotikus és 48 egészséges gyerek családját vizsgálta és azt tapasztalta, hogy az általa vizsgált családok struktúrája elsősorban azért bomlott meg, mert a gyermekeknek alakult ki domináns szerepük és ez bontotta meg, borította fel a családstruktúrát, és vezetett több irányú patológiás következményekhez.

Kahn Michael a Hartford egyetemről a testvérkapcsolatok jelentőségével a családterápián belüli feldolgozásával foglalkozott. Kimutatta e relációk hatását a szülők egymás közti kapcsolatára is.

Liz Kuipers szkizofrén betegeknél végzett összehasonlító vizsgálatokat a családi, társadalmi és gyógyszerhatások kölcsönös összefüggésére. Módszerük lényege a családi interjúk hangszalagon való rögzítése és kódolása, amelyből elsősorban az emocionális megnyilvánulásokat értékelték, és az ellenségeskedés, a melegség, a túlzott kritizálási hajlam problémáját, főként a túl szoros kötődés, a szimbiózisok kialakulása szempontjából vizsgálták. Úgy találták, hogy azok a családok vannak kitéve leginkább a visszaesés veszélyének, ahol a családi érzelmi problémák megbeszélése állandóan napirenden van. Ilyen helyzetekben a családdal való együttlét idejének csökkentése a beteg visszaesésének gyakoriságát ritkábbá tette. Ugyanilyen irányba hatott a rendszeres gyógyszerszedés is, tapasztalatai szerint. Ezen az ellentmondásos helyzeten gyökeresen változtatni csak a családterápia tud. Ez a beteg magatartásának módosításán túl a család elmeegészségügyi ismereteinek fejlesztésével és a társas viselkedés kóros formáinak feldolgozásával és egészségesebb kommunikációs módok kialakításával foglalkozik.

Lényegében erősen farmakonterápiás indíttatású előadást hallottunk *Goldstein dr.*-tól, ki Kaliforniában végezte vizsgálatait, és a családterápia, valamint a farmakon-terápia hatását elemezte, elsősorban a visszaesések szempontjából. Vizsgálatai szerint a visszaesések aránya akkor a legkisebb, ha az adekvát gyógyszermennyiség mellett családterápiát is alkalmazunk. Gyakran ilyen esetekben a visszaesés teljesen megszűnt. Alacsony gyógyszerelés esetén — nem kielégítő dozírozás mellett — és megfelelő családi terápia nélkül betegei 6 héten belül 22%, 6 hónapon belül pedig 40%-ban estek vissza. Ha e két terápiás forma közül csak az egyik került alkalmazásra, a visszaesések megközelítőleg 50%-kal csökkentek.

A pszichiátriai betegek rehabilitációs problémái ezen a kongresszuson is több szekció témái voltak. Ezek egyikén hangzott el mindkettőnk előadása is. *(Füredi János:* „A pszichiátriai betegek rehabilitációjának pszichológiai kérdései", *Süle Ferenc:* „A különböző pszichoterápiás metódusok közti interferencia problémái".) Érdekes volt itt *Dauwelder* előadása, aki a pszichiátriai betegek rehabilitációjának szocioprofesszionális szintjeit és vonatkozásait tekintette át, és erre vonatkozó prognosztikus lehetőségeket biztosító megfigyeléseiről számolt be.

Pomeroy magas színvonalú előadása Ontarióból figyelemre méltó volt széles körű és gyakorlati tartalma miatt, ugyanis társadalmi oldalról közelítette meg a krónikus ambuláns pszichiátriai betegek rehabilitációs kérdéseit. A rehabilitációs munka anyagi lehetősége, valamint személyi feltételei jobbak mint nálunk, azonban a képzés mind az orvosok, mind középkáderek vonatkozásában lényegében véve ugyanolyan problémákat jelent az ő munkaterületükön is, mint hazánkban.

Katsin a környezeti tényezők befolyásoló hatását tárgyalta, amelyek a pszichoterápiás folyamatot jelentős mértékben befolyásolni képesek, ezek számításbavételét, illetve ezeknek a pszichoterápiás munkába való beépítését emelte ki.

Kiemelkedő jelentőségű és nagy érdeklődéssel kísért volt a *videotape (képmagnó) felhasználásával* foglalkozó szekció. Jelentőségét fokozza, hogy mind a terápiában, mind a nevelésben, mind pedig a szakemberképzésben világszerte egyre inkább felismerik a videotape alkalmazásának lehetőségeit. A képzés vonatkozásában az előadók megállapították, hogy a pszichiátriai kiképzést forradalmasítani fogja.

Legjelentősebb talán az volt, hogy többen, pl. az USA-ban, komoly videotape szalag repertoárral rendelkeznek, amelyek egyes pszichoterápiás technikákat, és azon belül a legapróbb részletekre kiterjedő illusztrációs anyagot tartalmaznak. Ezek a tetszés szerinti példányszámban átmásolható, és oktatási célokra kikölcsönözhető, beszerezhető videotape szalagok jóval olcsóbbak, mint a hangosfilm és oktatásban, demonstrációs céllal, elsősorban az orvos- és szakorvosképzésben kerülnek felhasználásra.

Nagyon elgondolkoztató volt, hogy Magyarországon, ahol a pszichoterápiás oktatás kérdése olyan nehezen halad előre — holott az ilyen irányú igények igen nagyok — milyen nagy segítséget jelentene egy ilyen gyűjtemény. Természetesen ezeket az idegenben készült felvételeket túl sokra nem tudnánk használni, hiszen mind a verbális, mind a nonverbális kommunikáció jelentéseltéréseket mutat az egyes nemzetek közt, de egy hazai bázisanyag kialakítása igen kívánatos lenne.

Összességében a kongresszus igen változatos színvonalú volt, sok gondolatébresztő előadást hallottunk. Annak ellenére, hogy a precízségéről híres német területen folyt a kongresszus, a szervezés sok kívánnivalót hagyott még maga után; volt olyan kolléga a magyarok között is, akinek az előadását két időpontban, két különböző helyre hirdették meg tévedésből. A jó előre bekért összefoglalókból a tervezett kötet nem jelent meg, pedig ez megkönnyítette volna a tájékozódást, válogatást. Mindemellett úgy gondoljuk, részvételünk hasznos volt, mert részint áttekintést adott nemzetközi szinten az aktuális kutatási témákról és eredményekről, részint pedig számos új ötletet és gondolatot nyújtott, melyek hazai vonatkozásban is hasznosíthatónak tűnnek.

Füredi János dr.
Süle Ferenc dr.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Allergologia

Az ekzema megelőzése. Matthew, D. J. és mtsai (Hosp. for Sick Children and Institute of Child Health, London WC1N 1EH): Lancet 1977, *I*, 321—324.

A reagin típusú túlérzékenység közismerten családi előfordulású. Egy szülő betegsége esetén a gyermek betegségének valószínűsége 50%, két szülő betegsége esetén 66%. Angliában és Amerikában a betegség előfordulása az összlakosságban kb. 20%. Kisgyermekkorban leggyakoribb megnyilvánulása az atopiás ekzema. A szerzők atopiás anamnézisű (asthma, allergiás rhinitis, atopiás ekzema) anyák gyermekeit két csoportba osztották: egy részüket féléves korukig szigorúan allergénszegény környezetben tartották (csak anyatejjel táplálták, szőr- és tollpárnával, állatszőrökkel, házi porral érintkezésbe nem kerültek), másik részük tehéntejet, tápszereket is kapott és a környezeti allergéneket sem kerülték. Fél év után a táplálkozási és környezeti különbségeket megszüntették. Fél év és egy év után a gyermekeket klinikailag és immunológiailag kivizsgálták. Az összes 49 értékelhető csecsemő közül 23 volt allergénmentes diétán és környezetben. Ezek között fél év és egy év után is szignifikánsan kevesebb ekzema volt található, mint a kontroll csoportban. Hathetes korukban az allergén mentesen tartott csecsemők átlagos IgE szintje is szignifikánsan alacsonyabb volt a másik csoporthoz képest, féléves korukra azonban ez a különbség megszűnt. Végleges értékeléshez a gyermekek további megfigyelése szükséges.

Rácz István dr.

Az allergia megelőzésének útján. Szerkesztőségi közlemény: Lancet, 1977, *I*, 339.

Genetikusan predisponált gyermekeken az allergiás betegség megjelenését egy relatív immundeficienciával járó időszak előzi meg. Ez kb. féléves korig tart. Megnyilvánulása lehet szekretoros IgA-hiány, mely az allergének felszívódását a nyálkahártyákról könnyíti meg, defektes lehet az allergén eliminálás IgG-vel, éretlen lehet még a makrophag funkció és az IgE reakciók kontrollálása T-sejtekkel. Úgy látszik a tehéntej fogyasztása ebben a korban más környezeti antigének szenzibilizáló hatását is elősegíti. Életük első hat hónapjában tehéntej-mentesen táplált és környezeti allergénektől távol tartott gyermekeken, akik atopiás szülőktől származtak, szignifikánsan kevesebb esetben alakult ki ekzema, mint a kontroll csoportban. A bőrpróbák pozitivitása ugyan nem mutatott különbséget a két csoport között, de ez nem mutat mindig párhuzamot a klinikai manifesztációkkal. Allergiára genetikusan predisponált gyermekek szüleinek mindenesetre érdemes megadni azt az ésszerű tanácsot, hogy életük első hat hónapjában ne kerüljenek érintkezésbe tehéntejjel és tejtermékkel a csecsemők.

Rácz István dr.

Az urticaria. Monroe, E. W., H. E. Jones (Department of Dermatology, University of Michigan Medical Center, Ann Arbor): Archives of Dermatology, 1977, *113*, 80—90.

A szerzők célja az, hogy a legújabb és átfogó adatok birtokában az urticaria (U.) pathogenesiséről, diagnosztikájáról s kezeléséről adjanak átfogó képet.

Az U. gyakori megbetegedés. Akut és krónikus formája van annak megfelelően, hogy tartama az önkényesen határnak választott 6 héttől 6 hónapig terjedő időn belül vagy túl terjed. Akut U. elsősorban fiatalokon, a krónikus forma inkább középkorú nőkön fordul elő. Míg az akut U. okai általában felderíthetők, a krónikus forma esetében az esetek többségében az ok felderíthetetlen marad. A pathogenesissel kapcsolatban több félreértésre ad okot az, hogy a csalánkiütés nemcsak allergiás történés eredménye lehet. Tény, hogy számos — immunológiai és nem-immunológiai — faktor okozhatja a hízó- és basophilsejtekből a csalánkiütést létrehozó mediator anyagok felszabadulását, amelyek a bőrkapillárisok dilatatióját és transsudatióját eredményezik. Több adat szól amellett, hogy a basophil- és hízósejtekben levő cyklikus adenosin monophosphat (cAMP) szabályozó szerepet játszhat a hisztamin immunológiai és nem-immunológiai jellegű felszabadításában. *Nem-immunológiai módon* szabadítanak fel histamint: különböző szerves anyagok (aminok és amidin származékok, pl. 48/80); különböző gyógyszerek (morphin, codein, d-tubocurarin, papaverin stb.); több vegyület (biogén polymerek, baktérium toxinok, kígyóméreg, emlős szöveti kivonatok stb.); fizikai behatások (az enyhe nyomásra megjelenő dermographismus); cholinergiás U.-ban az acetylcholin.

Az immunológiai mechanizmusok inkább az akut, mint a krónikus U.-ban vesznek részt. Leggyakoribb formája az IgE-közvetítette allergiás reactio. Komplement nem vesz részt a folyamatban és valószínű, hogy a hízó- és basophilsejtekben levő cAMP és a ciklikus guanin monophosphat (cGMP) szabályozza a folyamatot. Kísérletesen mutatták ki, hogy az intracellularis cAMP szint emelése, vagy az adenyl cyklaset serkentő szerek (pl. béta-adrenergiás szerek, prostaglandin-E) gátolják a histamin felszabadítását. A histamin maga is tud hatni arra a sejtre, amely felszabadította őt, és a feed-back mechanizmusra hasonlít ez a folyamat. Kevesen tudják azt, hogy az U.-t olyan immunológiai mechanizmusok válthatják ki, amelyek nem igényelnek IgE-t. Az IgG vagy IgM típusú antitestek és az antigen egymásra hatása aktiválni tudja a komplement kaszkádot a klasszikus úton, és ennél fogva anaphylatoxinnak nevezett anyagokat képes produkálni, amelyek a hízó- és basophil sejtekből histamint tudnak felszabadítani. Az alternatív úton történő komplement aktiválás ugyancsak hasonló histamin liberáló anyagot képes felszabadítani. Ezek az anyagok mind a C_3 és C_5 hasadásából erednek. Az antigén-antitest komplexek által kiváltott serumbetegséget, a III. typusú hypersensitivitási reactiót a csalánkiütés, arthralgia és láz jellemzi.

Az U.-s tünetek kiváltásában résztvevő primér mechanizmusok mellett vannak tényezők (alkohol, láz, meleg stb.), amelyek a bőrerek tágulatát hozva létre, elősegítik a csalángöb megjelenését. Az esetek más részében genetikus faktorok szükségesek az U.-s tünetek kiváltásához (familiaris hideg U., vibratiós angioedema stb.). Az U.-ban az alapvető probléma az aktivátorok és inaktivátorok egyensúlyában levő eltérés, amely a kapillárisok és kis vérerek permeabilitás változásában nyilvánul meg.

Az U. kialakulásában számos mediátor anyag játszhat szerepet, amelyek növelik a kapillárisok permeabilitását. A histamin mellett ilyenek lehetnek a kininek (elsősorban a bradykinin, a prostaglandin (elsősorban az E_1 és E_2), ill. acetylcholin. Utóbbiak kifejezett vasodilatatiót hoznak létre. A hízósejtekben levő slow-reactiv substance-nak systemás anaphylaxiában és asthma bronchialeban van szerepe.

Etiológiai tényezők: gyógyszerek (penicillin, sulfanilamidok, nyugtatók, fájdalomcsillapítók, hashajtók stb.). A tápszerek az akut U. etiologiájában szerepelnek elsősorban. A táplálékhoz adott színesítő, konzerváló és ízesítő szerek is fontosak lehetnek. Míg a dió, halak és tojás valószínűleg IgE-közvetítette immunológiai folyamatot hoznak létre, addig mások (homár, tojásfehérje, földieper) nem immunológiai úton váltanak

ki U.-t. A tápszer allergia diagnózisára a candida tesztek kivételével a bőrtesztek általában nem alkalmasak. Pozitív, azonnali, candidin bőrpróbás krónikus U.-s betegeken a candida ellenes kezeléssel többen jó eredményt láttak.

Az inhalatiós antigének elsősorban atopiás egyéneken váltanak ki tüneteket. Különböző fertőzések hozhatnak létre U.-t immunológiai reactio alapján. A focalis infectiók eléggé ritka okai az U.-nak. Az emelkedett serum IgE szint vagy eosinophilia parazitás infectio lehetőségére utal. Az U.-t olykor rovarcsípések okozhatják, mint pl. az IgE közvetített Hymenoptera allergia esetén. Ritka a belgyógyászati megbetegedéseknek U.-val való társulása. A SLE-s betegek 7—9%-ának van csalánkiütése. Arthralgia, csökkent serum complement szint s emelkedett vvt.-süllyedés esetén erre kell gondolni. Lymphoma, hyperthyreoidismus, hepatitis, rheumás láz, juvenilis rheumatoid arthritis társulhatnak U.-val. A genetikus faktorok az U., vagy angioedema legalább 6 típusában fontosak. Egyes U.-formákat fizikai behatásokkal lehet kiváltani. A *dermographismus*, vagy az *U. factitia* a fizikális U.-k közül a leggyakoribb. A *nyomási U.* az expositio után 4—6 órával jelentkezik mély, gyakran fájdalmas duzzanat formájában. Sokan az Arthus reactióhoz hasonlónak tartják. A *hideg U.-nak* familiáris és szerzett formája van. Az előbbit az égő erythemás, nem viszkető papulák jellemzik. Kísérő reactio: láz, arthralgia, leukocytosis, negatív jégpróba. A szerzett vagy primer U.-t jellemzi a stimulus utáni azonnali kezdet, pozitív jégkocka próba, 50%-ban pozitív passiv transfer teszt (általában IgE típusú). A hideg U. más betegség tüneteként jelenhet meg: cryoglobulinaemia, cryofibrinogenaemia, syphilis, a haemopoetikus rendszer malignus betegségei. Az U. ritka formája a *meleg U.*, amely lokalizált formában is mutatkozhat. A *cholinergiás U.-t* meleg, emotionalis stress és testgyakorlás válthatják ki. 1—3 mm átmérőjű csalángöbök láthatók nagy erythemás udvarral. A *napfény U.* esetén pruritus, erythema és csalán jelennek meg a napfénynek kitett helyeken. Endogen és exogen photosensibilisatorokat ki kell zárni.

Diagnosztikai eljárások: fontos a teljes anamnézis, az alapos fizikális vizsgálat s a kiütések megtekintése. A vvt-süllyedési sebesség, serum komplement szint, ANF vizsgálatok fontosak, ha komplement aktivációs folyamatot gyanítunk. Segíthetnek a különböző bőrtesztek, a dermographismus, jégkockapróba s a diéta.

A kezelésben fontos az ok felismerése és kiküszöbölése. Alapvető szerepük van az antihistaminoknak. A szerzők megemlítik, hogy legalább kilenc antihistamin tabl. tartalmaz a külső burkában tartrazint, amely maga is kiválthat U.-t. A dermographismus s a cholinergiás U. kezelése a hydroxyzin hydrochlorid (Atarax) segítségével vált lehetővé, míg a hideg U.-ra a cyproheptadin alkalmas. A béta-adrenerg szerek (adrenalin, aminophyllin, ephedrin) figyelmet kaptak, mivel az intracellularis cAMP szintjét képesek emelni, amely csökkenti a histamin felszabadítását. A kininek lehetséges szerepe szempontjából fontos, hogy krónikus U.ban eredménnyel alkalmazták a kallikrein inhibitort: az aprotinint (Trasylol, Gordox).

(Ref.: A közlemény áttekintő jellege indokolja a szokásosnál nagyobb terjedelmet.)

Schneider Imre dr.

Hideg által indukált késői urticaria. Soter, N. A. és mtsai (Div. of Dermat., Brigham Hosp., Boston): J. Allergy clin. Immunol. 1977, *59*, 294—297.

A szerzők egy 10 éves fiún és családja több tagján hideg által indukált késői urticariát észleltek. Kísérleti jég-kiváltással 9—18 óra múlva helyileg erythemás, oedemás, mély duzzanat lépett fel. A szöveti képben oedema és mononuclearis sejtes beszűrődés volt. A mastocyták száma normális volt. Direkt immunofluoreszcens vizsgálat nem mutatott ki sem immunglobulint, sem complementet, sem fibrint. A helyi hideg kiváltás nem oldott ki histamint, nem okozott eltérést a complement rendszerben, az enzymekben (histaminase, histamin methyl transferase). A hidegre adott késői cutan válasz nem volt átvihető majom bőrbe serum vagy szövetkivonat passzív átvitelével. A családvizsgálat autosomalis domináns öröklődés mellett szólt.

Korossy Sándor dr.

Hörgő terheléses vizsgálatok plethysmographiával asthmás gyermekeken. Hardt, H. és mtsai (Pulmonary Laboratory, Department of Pediatrics, Medical School of Hannover, and Clinical Physiologic Laboratory, Department of Pediatrics, University of Liège): Respiration, 1977, *34*, 9—20.

A légzés-functiós vizsgálatokat 37 tünetmentes asthmás gyermeken végezték a nyelőcsőbe helyezett katéterrel és plethysmographiával, histamin, ill. orciprenalin belélegeztetés előtt és után. Ennek kapcsán egy új plethysmographiás módszerrel kísérleteztek. Összehasonlították a légútellenállás (R_{aw}) és a mellkas gáztérfogat (TGV) értékét a teljes tüdő áramlásellenállás (R_l) és a functionalis maradék kapacitás (FRC) értékével. Mérték a dynamikus tüdőrugalmasság ($C_{l\,dyn}$) értéket is. A hörgő terheléses próbát akkor vették pozitívnak, ha az R_l vagy az R_{aw} legalább 100%-kal emelkedett. A 39 vizsgált közül pozitív volt az R_l érték 14, az R_{aw} érték pedig 11 esetben. Kétes volt az R_l érték 5, az R_{aw} érték pedig 7 esetben. Több mint 40%-kal csökkent a $C_{l\,dyn}$ érték a pozitív vagy tévesen pozitív 19 esetből 12 esetben. A TGV érték több mint 25%-kal emelkedett a pozitív vagy tévesen pozitív 19 esetből 11 esetben. A $C_{l\,dyn}$ csökkenése a TGV emelkedése hörgőszűkületre utal.

Pongor Ferenc dr.

A légútellenállás folyamatos mérése asthmás gyermekeken. Wanner, A. és mtsai (Division of Pulmonary Disease, Department of Internal Medicine, Mount Sinai Medical Center, Miami Beach, Fla.): Respiration, 1977, *34*, 61—68.

A reversibilis légútszűkület kezelésére manapság világszerte kiterjedten használnak hörgőtágítás céljából kézi aerosol készüléket. A belégzett gyógyszer hatásmódját eddig csak 1—5 perc múlva tudták tanulmányozni. A szerzők oscilloscop, digitális computer és testplethysmograph összekapcsolásával olyan rendszert létesítettek, amelylyel az aerosol hatása a légútellenállás mérésével azonnal és folyamatosan mérhető volt. 13 hörgőasthmás gyermeken végzett vizsgálat szerint a specifikus légút conductance (SG_{rs}) 0,15 mg isoproterenol belégzése után már 75 másodperccel 53%-kal emelkedett, csúcsát 61% értékkel 2 perc múlva érte el és mintegy 10 percig ezen a szinten is maradt.

Pongor Ferenc dr.

Allergia élelmiszerfestékekkel szemben. Castelan, P. Y. (Inst. Hyg. Univ. Marseille.): Ann. Hyg. L. Fr. 1977, *13*, 112—114.

Baer írta le elsőnek 1948-ban New Yorkban, hogy paraphenylendiamin és azofestékek, amelyek élelmiszerekben, kozmetikai készítményekben vannak, egymással kereszt allergiás reakciót adhatnak. 25 paraphenylendiaminnal (pPD) szemben érzékeny egyén közül 24 pozitív bőrpróbát adott 6 azofesték közül eggyel vagy többel, 24 egyénből, akik nem voltak a pPD-vel szemben túlérzékenyek, csak 1 reagált az azofestékekkel.

Franciaországban tíz évvel később figyelték meg az első festékallergiát: tablettában levő festék a vivőanyaggal együtt csalánkiütést és Quincke ödémát okozott egy paciensen. Két évvel később savanyúkáposzta, Afrikából importált festett rák és pirosszínű antibiotikum fogyasztása után tapasztaltak egy orvoson bőrpirosodást. Kiderült, hogy a rák és az antibiotikum azonos festékkel volt festve, s ezzel szemben az orvos túlérzékeny volt.

A szerző allergiás próbát végzett öt élelmiszerfestékkel 66 egyénen Tatrazin-nal (E 102), Neococcin-nal (Natrium-azonaphtyl-Natriumsulfonat-aminophenylsulfonat), savsárgával (E 105), Erythrosinnal (E 127) és növényi dióbarnával. Összesen 84 pozitív reakciót kaptak, az utolsó kettővel 31, ill. 28 beteg reagált, az előbbiekkel 8—8. A tünetek közül leggyakrabban ekcéma (18), csalánkiütés (16) és béltünetek (10) fordultak elő. A tünetek a legtöbb esetben a festék elhagyása után megszűntek, 17 betegnek antihisztamint is kellett adni, 7 személy allergiája nem szűnt meg a kezelésre és a festékek kihagyására. Újabban Svédországban észleltek élelmiszerfesték túlérzékenységet és Hollandiában margarin alkatrész miatt; ezen utóbbi emulgeáló szer Franciaországban tilos s margarin miatt nem kaptak tüneteket.

(Ref.: Magyarországon elég sokat, sőt túl sokat foglalkoztak az élelmiszerfestékekkel, de a túlérzékenységi reakciókkal alig. Nem árt erre felhívni a figyelmet.)

Nikodemusz István dr.

Az atropin hatása a heveny, antigen által közvetített légútszűkületre allergiás asthmás egyénekben. Fish, J. E. és mtsai (Clinical Immunology and Respiratory Division, Department of Medicine, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, Md.): American Review of Respiratory Disease, 1977, *115*, 371—379

Sok az ellentmondás az antigen által közvetített hörgőszűkület cholinerg mechanizmusában. A tüdő irritans receptorainak az izgatásával reflex-hörgőszűkület hozható létre a parasympathikus idegutak közvetítésével. Mivel az asthmás betegek cholinerg reactivitása nagyobb, mint a normális egyéneké, a vagus ideg útján közvetített reflex-légútszűkületnek szerepe lehet ezeknek a betegeknek állandó tüdő-functio rendellenességében. *Yu* és mtsai szerint az allergiás asthmás egyénekben az antigenre keletkezett légútválasz gátolható és szerintük az antigennel indukált hörgőszűkület a cholinerg mechanizmus függvénye. *Rosenthal* és mtsai szerint viszont az atropin nem gátolja az antigen okozta légútszűkületet. A szerzők ezt az antagonismust vizsgálták.

Hat olyan asthmás beteget választottak ki, akikben a parlagfű antigen belégzésére a a légútellenállás emelkedett, a fokozott kilégzési áramlás csökkent, a tüdő térfogata fokozódott, a belégzett gáz eloszlása is megváltozott. Ha ezeknek az egyéneknek az antigen belégzése előtt atropint adtak, a Tiffeneau-érték átlag 0,38 literrel, a specifikus légút-conductance (SGaw) pedig átlag 0,067-tel emelkedett. Atropinnal tehát az antigennel okozott légútválasz nem volt kivédhető, sőt a tüdő-functio még javult is. Véleményük szerint az ember allergiás asthmájában az antigen okozta légútszűkület keletkezésekor a postganglionos efferens parasympathikus idegutakon kívül egyéb tényezőknek is szerepe van.

Pongor Ferenc dr.

Merthiolat allergia. Möller, H. (Univ. of Lund, Malmö): Acta derm. venereol. 1977, *57*, 509—517.

A merthiolat egy szerves higanyvegyület, melyet gyakran használnak fel prezervatívumként. Allergiás ekzemás dermatitist okozó hatásáról főként olyan államokban számolnak be, ahol desinficiensként is használják. Svédországban az allergiás kivizsgálások során 5 év átlagában 3,7%-os gyakorisággal jelentkezett. Kontakt dermatitises esetekben a szerzők nemcsak rátevési próbával, hanem intracutan módszerrel is kaptak pozitív eredményt. Az utóbbi szöveti képe megegyezett a tuberculin-típusú reakció képével. A merthiolat kereszt-sensibilisatiót adhat más szerves higany vegyülettel, de nem társulhat szervetlen vagy fém higannyal végzett próbákhoz. A merthiolat allergia leggyakoribb klinikai képe: vesiculosus eruptiók tenyéren és talpon. A merthiolat sensibilizálódás egyik lehetősége a merthiolatot prezervatívként tartalmazó vaccinák használata. Tuberkulin vaccina esetében a tuberculin adjuvansként való szerepe is felmerül.

Korossy Sándor dr.

Paraben allergia. Nagel, J. E., Fuscaldo, J. T., Fireman, Ph. (Children's Hosp., Univ. of Pittsburgh School of Medicine): JAMA, 1977, *237*, 1594—1595.

A parabeneket, a p-hydroxybenzoesav C_1-C_4 alkyl észtereit, az 1930-as évek óta használják bacteriostatikus és fungistatikus tulajdonságuk miatt gyógyszerben, kozmetikumban és táplálékban. 1973-ban az Észak-Amerikai Contact Dermatitist Kutató Csoport 1200 egyén vizsgálata során 3%-ban talált paraben érzékenységet.

A szerzők egy esetüket ismertetik. Az asthmás roham miatt intravenásan adott hydrocortison készítmény, amely methyl- és propylparabent tartalmazott, bronchospasmust és viszketést okozott. Paraben mentes készítmény hasonló tüneteket nem váltott ki. A paraben allergiát intracutan és passzív átviteli próbával igazolták. A közlemény célja felhívni a figyelmet arra, hogy a parabenek nemcsak kontakt dermatitist, hanem azonnali típusú allergiás reakciót is okozhatnak.

Korossy Sándor dr.

Újszerű, fogorvosi lenyomatanyag által okozott kontakt allergia. Kulenkamp, D., Hausen, B. M., Schulz, K.-H. (Univ. Hautklinik, Hamburg—Eppendorf): Hautarzt 1977, *28*, 353—358.

A szerzők 3 fogorvoson és 1 aszszisztensnőn lenyomatanyaggal való tartós érintkezés után fellépett allergiás kontakt dermatitis eseteit ismertetik. Rátevési próbákkal megállapították, hogy a lenyomatanyag katalizátorai voltak felelősek az allergia kifejlődéséért. Tengerimalac kísérletekben meghatározták az egyes katalizátorok sensibilisatiós képességét. A methyldichlorbenzolsulfonat (Impregum) erősebb allergénnek bizonyult, mint a methyl-p-toluolsulfonat (Scutan).

A szerzők megjegyzik, hogy a lenyomatanyagoknak nemcsak sensibilisáló, hanem bőringert okozó hatásuk is van. Felhívják a figyelmet arra, hogy a fogászaton dolgozók kéz-ekzemája esetén gondolni kell a katalizátorok pathogenetikai szerepére is.

Korossy Sándor dr.

A molekulasúly befolyása a műanyag sensibilisatióra. Ziegler, V., Süss, E. (Hautklinik der Karl-Marx-Univ., Leipzig): Derm. Mschr. 1977, *163*, 844—845.

A szerzők tengerimalacokat különböző molekulasúlyú műanyag (Thioplast) hatásának tettek ki. Az expositio területébe az első és hetedik napon komplett Freund-adjuvánst is injiciáltak. A kiváltás a 15. napon acetonban oldott 1%-os műanyaggal történt rátevés formájában. Míg a 4400 molekulasúlyú műanyaggal kezelt állatok 52%-a sensibilizálódott, a 940 molekulasúlyú műanyag az állatok 92%-át allergizálta. A szerzők a kísérleti eredmények alapján felvetik a kérdést, hogy a molekulasúly figyelembevétele nem lehet-e a megelőzés egyik útja?

Korossy Sándor dr.

Intenzív betegellátás

Glukóz vagy fruktóz alkalmazásának kérdése a parenteralis táplálásban. Bode, J. Ch. és mtsai (Medizinische Klinik und Chirurgische Klinik der Universität Marburg/Lahn): Schweiz. med. Wschr. 1978, *108*, 816—821.

Naponta 400 gramm glukózt vagy fruktózt (1000 ml 40%-os oldat, cava-kanülbe) adtak parenteralis táplálás szénhidrát komponenseként kétszer nyolc betegnek nagy hasi műtét, ill. többszörös sérülés után. Az egyik csoport előbb két napig glukózt, utána két napig fruktózt kapott, a másik csoportban fordított volt a sorrend. Mindegyik beteg egyformán napi 2700 kalóriát kapott, az ami-

nosav és zsírinfúzió azonos volt. Eredmények: 1. A vércukorszint mindkét szénhidrát infúziója alatt emelkedett, a glukóz esetében kb. 10%-kal magasabbra, mint fruktóz adásakor. Egyik betegnek sem kellett insulint adniuk. 2. Mindkét monoszacharida esetében elhanyagolható volt a vizelettel történő ürítés. 3. A vér laktátszint fruktóz adásakor magasabb volt, mint glukóz esetében. A vér ketontestek koncentrációját egyik táplálási mód sem befolyásolta szignifikánsan. Nem változott lényegesen a savbázis egyensúly. 4. A serum húgysav és más metabolitok koncentrációja a kétféle cukor adásakor nem különbözött. 5. A napi ürítés a vizelettel 30%-kal több volt fruktóz adásakor a glukózhoz képest ($p < 0,012$).

Következtetésük e vizsgálat és más korábbi adatok alapján az, hogy a postoperativ parenteralis táplálásban — napi 400 gramm dózisig — nem előnyösebb a fruktóz, mint a glukóz.

Giacinto Miklós dr.

Parenteralis táplálás: glukóz, vagy glukózpótló anyagok? Froesch, E. R. (Med. Univ.-Klinik, Universitätsspital, CH-8091 Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1978, *108*, 813—815.

A szerkesztőségi cikk *Bode és mtsai*nak a lap e számában megjelent közleményéhez kapcsolódik. Súlyos katabolizmusban (égés, polytrauma stb.) az optimális gyógyulás feltétele, hogy anabolizmust hozzunk létre a parenteralis táplálással. A legfontosabb anabolikus hormon az insulin, ezzel együtt nagy dózis glukózt adhatunk kalóriaforrásként. Hypoglykaemia potenciális veszélye miatt keresték régóta az insulintól független cukorforrást, ilyen lehet a fruktóz, szorbit és xylit. Ezek csaknem kizárólag a májba kerülnek és glykolytikus úton, gyakorlatilag oxidáció nélkül bomlanak és alakulhatnak glikogénné vagy kerülhetnek glukóz vagy laktát formájában a vérbe, vagy épülhetnek fel zsírrá. Végeredményben azonban mind a háromból rövidesen glukóz képződik és adásuk eredménye ugyanaz, mint a lassú glukóz infúzióé. Felhasználásukhoz is insulin-mobilizálódásra van szükség. A fruktóz, szorbit és xylit nagy adagban adva tejsav-acidosist okozhat — előnyük viszont nincs. Rövid parenteralis „táplálásra" elég az 5%-os glukóz is, ha pedig tartósabb, valódi parenteralis energiabevitelre van szükség, nagy dózis glukózt és hozzá insulint, a fehérjeépítéshez pedig naponta 50—100 g aminosavat kell adni: kalóriaforrásként alkalmas a glukóz mellett a zsírinfúzió is. A glukóz-pótszerek — fruktóz, szorbit és xylit — nem értékesebbek a glukóznál, csak veszélyük több.

Giacinto Miklós dr.

Glukóz, valamint glukóz-fruktóz-xylit kombináció összehasonlítása sebészeti intenzív ellátásra szoruló betegek teljes parenteralis táplálásának szénhidrát-komponensekét. Leutenegger, A. F. és mtsai (Division of Intensive Care Medicine, University of Basel, Kantonsspital Basel, CH-4031): Amer. J. Surg. 1977, *133*, 199—205.

Ellentmondásosak az eddigi adatok a különböző szénhidrátok értékéről a teljes parenteralis táplálásban. Az eddigi mérések főleg egészséges kísérleti személyeken történtek. A szerzők 12 postoperativ szakban levő és súlyos szövődményben szenvedő beteg tartós parenteralis táplálása során hasonlították össze 600 g/die glukóz, ill. 600 g/die 1:2:1 arányú glukóz-fruktóz-xylit keverék anyagcserehatásait két négynapos periódusban. A parenteralis táplálás többi része azonos volt a két szakaszban (casein, zsíremulzió, vitaminok). Mindegyik beteg saját kontrolljaként szerepelt a vizsgálatban. A cukorkombinációk csoportjában szignifikánsan alacsonyabb volt a plazma glukóz értéke (154 ± 19, a 194 ± 15-tel szemben). Az exogén insulin-szükséglet is szignifikánsan kisebb volt a kombináció alkalmazásakor (19 ± 12 E/nap, ill. 43 ± 20 E/nap). Az átlagos szénhidrátvesztés 0,85% volt a glukóz adásakor, és 1,7% a kombináció infúziója alatt. Klinikai szempontból jelentős mellékhatása nem volt sem a glukóz, sem a kombinált infúziónak, és a vizsgált labor. paraméterekben sem volt különbség: pH, BE, laktát, piruvát, szabad zsírsav, insulin, Na, K, Cl, Mg, P, bilirubin, alk. foszfatáz, SGOT, SGPT. Következtetésük az, hogy a glukóz-fruktóz-xylit szénhidrát-kombináció alkalmazása indokolt olyan betegek esetében, akiken a magában adott glukóz okozta hyperglykaemiát insulinnal nehezen lehet megszüntetni.

Giacinto Miklós dr.

A coronaria-őrzőből történt kibocsátás után a kórházban később fellépő kamrafibrillációra hajlamos betegek korai felismerése. Lie, K. és mtsai (Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam): Amer. J. Cardiol. 1978, *41*, 674—677.

Öt és fél év alatt kezelt 1897 betegre vonatkozó retrospektív és prospektív vizsgálatról számolnak be. Először retrospektíve elemezték 3 év beteganyagát: a coronaria-őrzőből kibocsátott 964 betegből még a kórházban (a 10—38. napon az infarctus után) 30 betegen (3%) keletkezett kamrafibrilláció. A 30-ból 18 (60%) meghalt a kórházban és 14-nek (47%) jobb vagy bal szárblokkal szövődött anteroseptalis infarctusa volt. Ezután két és fél éves prospektív vizsgálat során 47 ilyen beteget az infarctus után 6 héten át tartottak az őrzőosztály monitorozott részén. E 47-ből 17 betegen (36%) lépett fel kamrafibrilláció. Sem a szárblokk típusa, sem fennállásának tartama nem függött össze a késői kamrafibrilláció gyakoriságával. A 17 beteg közül 6 (35%) meghalt a kórházban (3 a fibrillációban, 6 infarctectomiával kezelt közül 3 a postoperativ szakban). A késői fibrillációt túlélő 11 beteget 1—30 hónapig követték, közülük 1 hirtelen halt meg 1 hónapon belül. A coronaria-őrzőből való kibocsátás után nem monitorozott többi 884 beteg közül 8-on (0,9%) lépett fel a kórházban kamrafibrilláció (3 halt meg), és másik 4 beteg halt meg hirtelen a kórházban.

Eredményeik arra figyelmeztetnek, hogy a jobb vagy bal oldali szárblokkal szövődött anteroseptalis infarctusos betegeket 6 héten át kell monitorozni.

Giacinto Miklós dr.

Számítógéppel végzett EKG elemzés akut szívizominfarktusban. Két számítógép-program összehasonlítása a kamrai aritmiák kimutatására. Hulting, J., Blomquist, P., Nygards, M. E. (Medical Department I., Södersjukhuset, Stockholm, Sweden): Acta Medica Scandinavica. 1977, *201*, 439—447.

Akut szívizominfarktusban vizsgálták ütésről-ütésre egy számítógépes aritmia őrzőrendszer megbízhatóságát. A 12, friss infarktus miatt őrzőszobába felvett beteg megfigyelése 2—8 órával a tünetek megjelenése után kezdődött és átlag 12 órán keresztül folyt. Az EKG görbét ütésről-ütésre értékelte egy belgyógyász, valamint a számítógép is; az utóbbi kétféle program alapján. Az I. program lényege az volt, hogy a számítógép valamennyi EKG komplexust a regisztrálás elején fölvett komplexusok átlagához hasonlította, majd ha attól eltért, egy jellegzetes kamrai ektopiás ütés alakjával is összemérte és ha a korrelációs koefficiens a regisztrált görbe és a kamrai extrasystolék (ES) között nagyobb volt mint 0,8, a kérdéses ütést kamrai ES-nek vette. A II. program meghatározott jellemzők alapján csoportosította a hasonló alakú komplexusokat, aztán elkülönítette a valószínű és biztos ES komplexusokat a normál ütéstől. Összesen 2775 kamrai ektopiás ütést észleltek. Az I. program segítségével ennek 48%-át, a II. program alkalmazásával 60%-át sikerült felismerni. Az I. program a kamrai ES-ből eredő veszélyhelyzeteknek csak 34%-át jelezte, míg a II. program ezeknek 50%-át kimutatta. A téves pozitív kamrai ES-k aránya az I. program esetén 0,21%, a II.-nél 0,07% volt. A vizsgálat kedvező eredményei alapján a II. programot intézetük koronária őrzőszobájában rutin fölhasználásra is bevezetik.

Matos Lajos dr.

A fül-oxymetria a klinikai gyakorlatban. Chaudharry, B. A. és mtsa (Veterans Administration Hospital, Lexington, Ky, 40 506): American Review of Respiratory Disease, 1978, *117*, 173—175.

Az arteriás vér oxigén-telítettségét nem invazív módszerrel fül-oxymetriával *Matthes* mérte először 1935-ben, a módszer azonban a készülék pontatlan volta miatt nem terjedt el. Azóta azonban a technika sokat fejlődött. A szerzők 41 különböző tüdőbetegen a *Hewlett—Packard* fül-oximéterrel kapott adatokat hasonlították össze az arteriás vér oxigén-szintjével, és a két eredmény között lényeges eltérést nem találtak. 11 sárgaságos betegen azonban a fül-oximéterrel kapott eredmény szignifikánsan alacsonyabb volt az arteriás vér oxigén tensio értéténél.

Pongor Ferenc dr.

Mikrobiológia és fertőző betegségek

„Új" betegség, a Campylobacter enteritis. Skirrow, M. B. (Public Health Laboratory, Worcester Royal Infirmary, Worcester): British Medical Journal 1977, *2*, 9.

Emberi fertőzésekben eddig ismeretlen kórokozót sikerült kimutatni 803 enteritises beteg székletmintáinak speciális eljárással történt bakteriológiai vizsgálatával az esetek 7,1%-ában.

A Campylobacter néven 1963-ban leírt vibriót mostanáig csak az állatorvosi szakirodalom ismerte.

A Campylobacter jejuni, illetve C. coli izolálásával párhuzamosan 38-ból 31 esetben specifikus agglutinineket is kimutattak a betegekből; a titer 10 betegben emelkedő tendenciát mutatott.

A betegek főként fiatal gyermekek voltak. A megbetegedés súlyos hasi fájdalmakkal járt.

Bár a Campylobacterek mint emberi enteritis okozói ismeretlenek, a szerző adatai szerint lehetséges, hogy eléggé elterjedt kórokozóról van szó. Több beteg esetében csirke volt a kimutatható mint — valószínűleg általában elsődleges — fertőzőforrás, bár 2 kutya enteritiséből is kimutattak az emberi fertőzéseket okozótól megkülönböztethetetlen Campylobacter-törzset. Találtak 5 tünetmentes C.-ürítő egyént is.

(Ref.: A székletminták járványügyi laboratóriumi vizsgálata után is az enteritises megbetegedés nagyon jelentős részének etiológiája homályban marad. Bár ennek részben oka lehet a nem fertőzéses eredet, vírus mint előidéző tényező, valamint a kórokozó sérülékenysége a mintavétel és a vizsgálat között eltelt időszakban, mégis figyelmet érdemel minden adat, amely eddig ismeretlen enteritist előidézni képes baktérium létezésére utal.)

Szám László dr.

Súlyos systemás és pyogen B. cereus fertőzések. Turnbull, P. C. B. és mtsai (Central Public Health Laboratory, London): British Medical Journal 1977, *1*, 1628.

A B. cereus nemcsak mint ételmérgezések okozója ismert, hanem — ha szórványosan is — találhatók az irodalomban közlések, melyek szerint septicaemiákat, bronchopneumoniákat, meningitiseket is előidézett. Ezek számát gyarapítják a szerzők egy leánycsecsemő (fatális kimenetelű) és egy 17 éves baleseti sérült kórtörténeti leírásával.

A B. cereus ellen nem hatásos a penicillin — ellentétben a B. anthracissal —, mert e baktérium béta-laktamázt termel, ellenben gentamicin hatásosnak bizonyult.

Szám László dr.

Légionárius betegség. Morbidity and Mortality, 1976, *25*, 259. — 1977, *26*, 152.

Az Amerikai Légió 1976 júliusában Philadelphiában háromnapos összejövetelt tartott. A résztvevők és a rendezők között 2 héten belül egy járványszerűen fellépő légúti betegség tört ki 179 megbetegedéssel, amelyből 28 halállal végződött. A betegség nevét erről a találkozóról kapta, ui. a későbbiekben csak 5 szórványosan fellépő hasonló esetet lehetett észlelni, ahol a serológiai vizsgálatok legionárius betegség fennállása mellett szóltak, de megbetegedésük a philadelphiai találkozóval epidemiológiai kapcsolatban nem volt.

Klinikai tünetek: magas láz, köhögés, interstitialis pneumonia. Az aetiologia tisztázására széles körű laboratóriumi vizsgálatok történtek: vizsgálták a környezeti tényezőket, az esetleges mérgező anyagokat, az ott fogyasztott ételekre, ill. italokra is kiterjesztették a vizsgálatokat. A bakteriológiai, vírus-izolálási kísérletek eleinte sikertelenek maradtak. A tüdőben a kórszövettani elváltozás nem volt jellemző, elektronmikroszkóppal sem találtak mikrobákat. A savópárokban az ismert kórokozókra nézve titeremelkedést nem lehetett kimutatni. A fém és szerves mérgező anyagok kimutatása eredménytelen volt. Vizsgálták a dohányzás szerepét; sikertelenül. Mindezek ellenére a kórokot a betegség zajlása során nem találták meg. Másodlagos megbetegedés nem fordult elő, emberről emberre történő terjedésre bizonyíték nincs.

Az 1976 júliusi philadelphiai összejövetel után fél évvel sikerült egy olyan kórokozót izolálni legionárius betegségben elhalt egyén tüdőszövetéből, amely nagy valószínűséggel a légiós találkozón kirobbant légúti betegség aetiologiai agensével azonos. Mérete és morphologiája alapján a baktériumok közé sorolható, rendszertani helye mind ez ideig tisztázatlan. A kórokozó izolálásakor — a betegség jelentkezése után fél évvel — elvégzett utólagos serológiai vizsgálatok biztatóak voltak. 179 megbetegedett közül 117-en végeztek serológiai vizsgálatokat. Ebből 80 eset seropozitív volt, az esetek felében négyszeres vagy annál nagyobb titeremelkedést találtak. A maximális titer az esetek felében 1:512 volt. Ugyanakkor a járványnyal összefüggésbe nem hozható 95 tüdőgyulladásos beteg savóját is megvizsgálták, mint kontroll csoportot a philadelphiai agens szempontjából, a vizsgált savók seronegatívak voltak.

A vizsgált gyógyszerek közül az erythromycin bizonyult leghatékonyabbnak a kórokozóval szemben. Ezen in vitro vizsgálatok után 94 legionáris betegségben szenvedő beteg kórlapját revideálták a therapia szempontjából. Az adatok az *in vitro* erythromycin érzékenységet alátámasztották.

A legionárius betegséget előidéző agens terjedésének módja és természetes forrása továbbra is ismeretlen.

Kertész Adrienne dr.

Salmonellák kitenyésztése csirkék vázizomzatából előmódosítással és különböző dúsítási eljárásokkal (Müller—Kaufmann, ill. Rappaport dúsító). Vassiliadis, P. (Inst. Pasteur Hellén, Athén): Arch. Inst. Pasteur Hellén. 1976, *21*, 19—30.

A szerzők csirke vázizomzat Salmonella fertőzöttségét vizsgálták Athénben különböző eljárásokkal. 88 vizsgált minta közül 48-ban találtak Salmonellákat, összesen 11 serotypus fordult elő, volt olyan minta is, amelyikből egyszerre többféle Salmonella volt kimutatható. Különböző előmódosítókat alkalmaztak, pufferozott peptonvizet és szívinfúziós bouillont 37, ill. 43 fokon, Müller—Kaufmann-, ill. Rappaport-féle dúsítókat, s szilárd táptalajként a brillantzöld-szulfadiazin-desoxicholatos agart. Az előmódosítók közül a pufferozott peptonvíz 43 fokon volt a leghatásosabb, ezzel 28 minta volt pozitív, a dúsítók közül a Rappaport-féle messze meghaladta a Müller—Kaufmann-féle dúsító táptalajt, a különféle előmódosítások mellett majdnem kétszer annyi pozitív leletet adott, mint a másik.

A szerzők ezt fontosnak tartják annál is inkább, mert Edel és Kampelmacher húsokból a Müller—Kaufmann-dúsítót javasolják, peptonvizes 43 fokos előmódosítás után.

(A ref. — személyes ismeretségei alapján — az Edel—Kampelmacher-eljárást tartja megbízhatóbbnak.)

Nikodemusz István dr.

Salmonellák kimutatása csirkék vázizomzatából 1976-ban Athénben. Vassiliadis, P. és mtsai (Inst. Pasteur Hellén): Arch. Inst. Pasteur. Hellén. 1977, *22*, 23—28.

Az 1975-ös év folyamán az Athénben vizsgált kibelezett csirke minták (vázizomzat) 54%-ban Salmonella pozitívak voltak. 1976-ban folytatták a vizsgálatokat, 27 sorozatban összesen 496 mintát néztek meg Salmonellák előfordulására, ezek közül 49 (9,3%) tartalmazott Salmonellákat. A kitenyésztett törzsek 8 serotypushoz tartoztak, leggyakrabban a Salmonella sofia fordult elő (20 törzs), ezenkívül a S. blockley (12 törzs) és S. albany (9 törzs). A salmonellák kitenyésztésére először előtúsítást alkalmaztak, majd 3-féle dúsító közegbe oltották az anyagot, Rappaport-dúsítót, módosított Rappaport- és Müller—Kaufmann-táptalajokat, majd Desoxicholat-Brillantzöld-Szulfamid lemezre oltottak ki, a legjobbnak a módosított Rappaport-féle dúsító bizonyult. A szerzők rámutatnak arra, hogy a pozitív arány csökkenése a javuló vágóhídi hygiénés helyzettel kapcsolatba hozható.

Nikodemusz István dr.

Utazók diarrheája Mexikóban. Kongresszuson résztvevő orvosok és családtagjaik vizsgálata. Merson, M. W. és mtsai (Publ. Hlth. Serv. Dept. Hlth. Educ. Welfare, Atlanta, Ga, USA): New England Med. J. 1976, *294*, 190—197.

1974. október 13—18 között rendezték Ciudad Mejico-ban az Ötödik Nemzetközi Gastroenterologus Kongresszust. E kongresszuson az Egyesült Államokból 73 orvos és 48 családtag vett részt. Ismeretes, hogy azok, akik először látogatnak el Mexikóba, hasmenést kapnak (Montezuma bosszúja). A 121 résztvevő közül 59 megbetegedett, 13 mindössze néhány híg székletről tett említést és 49 végig jól érezte magát.

A résztvevőktől széklet- és vérmintákat vettek az indulás előtt s a visszaérkezés után, valamint az ott-tartózkodás alatt is gyűjtöttek székletmintákat. 107 résztvevő vizsgálati anyagait lehetett értékelni. 51 beteg közül 19 székletéből nem volt sem feltétlen, sem feltételes kórokozó kimutatható, pathogen E. coli törzsek (nem azonosak a Dyspepsia coli serotypusokkal!) 25, Salmonellák 8, Shigellák 2, Vibrio parahaemolyticus 1, Giardia lamblia 1 és Reovírusok 2 egyén székletéből tenyésztek ki (volt olyan egyén, aki többféle kórokozót ürített egyszerre). A híg székletet ürítőktől (13 egyén) hárman ürítettek pathogen E. colit, egy Salmonellát, 9 negatív volt, az egészségesek (43 egyén) közül 3 ürített pathogen E. colit, 4 Salmonellát, 1 Entamoeba histolyticát és 1 Giardia lambliát, 34 nem választott ki kórokozókat. Megállapítható volt, hogy akik nyers zöldséget, salátákat fogyasztottak, azok fertőződtek kórokozónak minősíthető E. coli törzsekkel, ez csak az esetek többségében járt klinikai tünetekkel.

(Ref.: 1970-ben a X. Nemzetközi Mikrobiológiai Kongresszuson Mexikóban osztottak ki kérdőíveket „Montezuma bosszúja" felderítésére. 12 Kubából érkező magyar közül senki sem lett beteg.)

Nikodemusz István dr.

Mexikóból érkező utasok hasmenésének laboratóriumi vizsgálata. Enterotoxikus Escherichia coli törzsek felderítési módszereinek értékelése. Morris, G. K. és mtsai (Center Dis. Contr. Atlanta, Ga, USA): J. clin. Microbiol. 1976, *3*, 486—485.

Régebben leírták, hogy az utazók között gyakran lép fel hasmenés. Ilyen betegek széketmintáiból elsősorban E. coli törzseket tenyésztettek ki (nem Dyspepsia coli csoportba besorolható serotypusok!). Eleinte azt gondolták, hogy idegen, a szervezethez nem hozzászokott törzs szerepel, újabban dolgoztak ki olyan eljárásokat, amelyekkel ki lehet mutatni egy-egy törzs feltételes kórokozó képességét. A szerzők 121, egy hetet Mexikóban töltő egyén (orvoskongresszus résztvevői és családtagjaik) széklet- és vérmintáit vizsgálták, 107 egyén adatait lehetett értékelni, az út előtt, alatt és után vett mintákból.

Az összes székletmintából 1916 Gram-negatív baktériumtörzset tenyésztettek ki, ezek 91,44%-a (1752 törzs) Escherichia coli volt. Az adatokat elemezve megállapítható volt, hogy az E. coli törzsek gyakorisága az izolálásokból Mexikó előtt 87,13%, Mexikóban 94,92 százalék és Mexikó után 91,59% volt. További elemzés azt mutatja, hogy a betegekből kitenyésztett törzsek 90,05%-a volt E. coli s az egészségesekből származó törzsek 91,86%-a. Nagy eltérés nem volt. Az E. coli törzsek toxintermelésének kimutatására négyféle eljárást alkalmaztak: a szopósegér-oltást, a lekötött nyúlbél próbát, a kínai hörcsög ovarium-sejtekre, továbbá a mellékvese tumorsejtekre gyakorolt hatást; az invazív képességet a tengerimalac szempróbával állapították meg.

A szopós egeret mindazon E. coli törzsek elpusztították, amelyek hőérzékeny vagy hőellenálló toxint termeltek, a többi reakció közül a nyúlbélpróba bizonyult alkalmasnak a két toxinfajta elkülönítésére, a hőérzékeny toxin kimutatására a két szövettenyészeti reakció nagyjából egyező eredményt adott. Az adatok alapján kiderült, hogy az 51 megbetegedett közül 25 ürített toxintermelő E. coli törzseket, míg 43 egészséges közül csak 3.

(Ref.: Az E. coli toxintermelésének kimutatásával hazai orvosszerzők közül Polónyi foglalkozott, neki nem állt módjában ilyen részletes vizsgálatokat végezni.)

Nikodemusz István dr.

Halálozási többlet és influenza Bécsben 1955—1974. Stur, L. (Bundesanst. bakt. serol. Wien): Zbl. Bakt. Hyg. I. Ref. 1977, *252*, 170—172.

Egy-egy lakosság halálozása évszakonkénti különbségeket mutat fel, Európában rendszerint van egy téli csúcs vagy egy nyári ún. völgy. A téli maximumért az influenza, ill. a légúti fertőzések a felelősek, az utolsó pandémiát az influenza okozta.

1955—1974 között 500 000 haláleset írható Bécsben 20 év alatt az influenza rovására, 6300 ezek között a szórási határon kívül van. A többlet tulajdonképpen 4450, ezek az említett 240 hónap közül 29 hónapban következtek be, 98%-uk a kimondott téli hónapokra esik. A hivatalos halálozási statisztika szerint is influenza miatt bekövetkezett halálesetek 90%-a a téli időszakra jut.

Bécsben 1970 óta külön értékelik az influenza-járványokat, s ezek maximumait összevetve a halálozási csúcsértékkel kiderül az, hogy a két adatsorozat nemcsak hónapokra, de hetekre is egyezik. 1974—75 telén, amikor nem volt járványos influenza, nem volt halálozási többlet sem. Így a halálozási többlet specifikusnak tekinthető.

A diagnosztikai nehézségek miatt a szerző adatait alsó értéknek tekinti, kétségtelen, hogy a valódi értékek magasabbak. Különösen érvényre jutna ez a korcsoport szerinti felosztában.

Az egyénre az a következtetés vonható le, hogy az „influenzában meg lehet halni", a lakosságra nézve az, hogy az „influenza egyes években jelentős áldozatokat követel".

Nikodemusz István dr.

Újabb lymphocytás choriomeningitis járványok az Amerikai Egyesült Államokban. Gregg, M. B. (Viral Dis. Div. Cent. Dis. Contr. Atlanta/Ga, USA): Bull. Wld. Hlth. Org. 1975, *52*, 549—560.

1960-ig ritkán figyeltek meg az USA-ban lymphocytás choriomeningitis (LCM) megbetegedéseket. Érdekes módon az azóta észlelt 3 LCM járványt mind laboratóriumi hörcsögök terjesztették. 1973-ban 48 LCM megbetegedést jegyeztek fel, ezek az elmúlt három év folyamán következtek be a Rochester Egyetem orvosi karán tumor szövettel implantált szíriai hörcsögök közvetítésével. A daganatszövetek LCM-vírussal voltak fertőzve, akárcsak az 1965-ös járvány folyamán az Országos Közegész-

ségügyi Intézetben. 1973-ban és 1974-ben 1—1 ún. országos járvány volt, ez 12 államban összesen 181 nyilvántartott megbetegedést okozott, valamennyi egy állatházból származó hörcsögökre volt visszavezethető, e tenyészet Alabamában volt. Itt egy biológiai készítményeket előállító gyár volt, amelynek a tumor szövetei LCM-vírust tartalmaztak, akárcsak az 1973-as rochesteri járvány okai. A legutolsó járvány (1974) egy továbbképző intézetben zajlott le s 7 dolgozó betegedett meg típusosan, ezek az említett üzemből jött daganatszövetekkel foglalkoztak. Az országos járvány 1974 április közepén szűnt meg, amikor eltávolították a fertőzött hörcsögöket s a tenyésztő megszüntette az állatok eladását. Az állatház jelezte az összes laboratóriumnak, hogy a daganatszövetek fertőzöttek lehetnek, s a pozitívakat kivonták a forgalomból.

Nikodemusz István dr.

A Trichomonas tenyésztés eredményessége és értéke. Thurner, J. (II. Univ. Hautklinik, Wien.): Zbl. Bakt. Hyg. 1977, *252*, 45—47.

A Trichomonas vaginalis tenyésztését *Jirovec* oldotta meg, azóta jobb és egyszerűbb módszerek állanak rendelkezésre. Fontos, hogy a táptalajban legyenek antibiotikumok, a folyadékoszlop legalább 12 cm magas legyen, s kellő menynyiségű inokulumot vigyenek be. A leolvasás 3—7, ill. 10—15 napon belül történjen.

A Bécsi II. Bőrklinikán 4 év alatt 25 000 fluorban szenvedő nő hüvelyváladéka közül natív kenetben 8205 pozitív, tenyésztéssel 8927, gyakorlatilag a váladékok egyharmada tartalmazott trichomonast; a tenyésztés 9%-kal adott több pozitív eredményt, mint a kenet. Valamennyi nőnél masszív baktériumflóra is volt, továbbá sarjadzógombák (Candidák, Torulopsis, Trichosporon fajok is előfordultak.) Saját vizsgálataim négy év alatt sohasem mutattak Trichomonas és gombafertőzést együtt. — *(Ref.)* 2400 férfi húgycsőváladék, ill. vizeletüledék kenetben 38, tenyésztéssel 374 esetben (kb. 15%) adott pozitív eredményt, a tenyésztés majdnem tízszer megbízhatóbb; 254 prostata váladékból kenetben 29, tenyésztéssel 30 volt pozitív.

Nőknél előfordult a fals-negatív eredmény. Ha a hüvelyváladékban Proteus van jelen, ez nem nyomható el antibiotikumokkal s megakadályozza a protozoon szaporodását. E jelenséget a szerző 34 esetben tapasztalta, pozitív direkt kenet és Proteus tartalmú váladék mellett.

A szerző egyébként nőknél elegendőnek tartja a közvetlen natív vizsgálatot, tenyésztést akkor kell végezni, ha a páciens gyógykezelésen esett át, ilyenkor a parazita csak tenyésztéssel mutatható ki. Férfiaknál, ha panaszok vannak, vagy a nemi partnerük pozitív, akkor vizsgálandók, náluk azonban el kell végezni minden esetben a tenyésztést, kétségtelen, hogy a vizsgálatok száma emeli a pozitív eredményeket; 60 pozitív lelet közül 12 olyan adódott, amely csak a második vizsgálat alkalmával tartalmazott Trichomonast, s volt 5 férfi, aki csak a harmadik vizsgálattal lett pozitív. Fontos még a tenyésztés fürdő- és uszodavizek vizsgálatakor.

Nikodemusz István dr.

Klinikai és röntgenologiai megfigyelések egy gyermekkori Mycoplasma-pneumoniae járvány során 1974—1975-ben. Müller-Wening és mtsai (Abt. Kinderheilkunde I. — Pädiatrische Pulmonologie der Medizinische Hochschule Hannover): Mschr. Kinderheilk. 1977, *125*, 634.

A gyermekkori tüdőgyulladások aetiologiájában nagy szerepet játszik a mycoplasma pneumoniae. Az úgynevezett *atypusos* pneumoniák mintegy 65%-ának kórokozója. (E csoportba tartoznak számos egyéb kórokozó pl. adeno-, influenza-, parainfluenza vírusok, továbbá az ornithosis és Q-láz kórokozója által okozott és nagyjából egységes röntgenelváltozást produkáló tüdőgyulladás is.) A mycoplasma csoport a legkisebb bacteriumokat képviseli (125—500 nm), amelyeket még sejtmentes táptalajokon lehet tenyészteni. Hosszú ideig nem tudták, vírusok vagy bacteriumok közé kell-e egyáltalán sorolni?

3 hannoveri gyermekgyógyintézetben 14 hónap alatt 78 gyermeket kezeltek mycoplasma pneumonia miatt. Koruk 2—14 év között volt. Figyelemre méltóak a mellkas röntgentünetek, amelyeket három csoporba lehet osztani: 1. Disseminált *nem homogen* foltoscsikos beszűrődés — gyakran kifejezett hilusi nyirokcsomó megnagyobbodással; 2. *Homogen*, nagyfoltú, tejüvegszerű infiltratio; 3. Perihilaris (centralis) perivascularis és peribronchialis infiltratio hilusi nyirokcsomó megnagyobbodással vagy anélkül. (Az esetek 4%-ában a mellkasi rtg-lelet negatív volt.) Ez azt jelenti, hogy az esetek mintegy felét képviselő 2. és 3. csoportba sorolt rtg-elváltozások képviselik azt a képet, amelyet régebben *atypusos* pneumoniának írtak le. Mindamellett az említett rtg-tüneteket nem lehet mycoplasma pneumoniára *typusosnak* tartani. Hasonlóképpen nincsenek tipikus haematologiai leletek. Az esetek 76%-ában a kórokozóval szemben serologiai bizonyítékokat sikerült kimutatni: 1:64, vagy még magasabb titeremelkedést complement kötési reakcióval fogadnak el pozitív értéknek. 14 eset közül 10-ben a hideg agglutinin is jelentős hígításban volt kimutatható. Többféle kipróbált antibioticum közül az erythromycin és a tetracyclinek bizonyultak legeredményesebbnek.

Vadász György dr.

Emberi mycoplasma pneumoniae infectio és arthritis. L. A. Hernandez, G. E. D. Urquhart, W. C. Dick (Center for Rheumatic Diseases, University Dept. of Medicine, Royal Infirmary; Regional Virus Laboratory, Ruchill Hospital, Glasgow): Brit. Med. J. 1977, *2*, 14.

A mycoplasma fertőzés okozta krónikus gyulladásos ízületi-betegség állatokban már bizonyított, antirheumatikus gyógyszerek hatásának tanulmányozására is használják laboratóriumi modellként. Human fertőzés során azonban főleg „arthralgia" vagy „myalgiás"-nak nevezett panaszok ismeretesek. Az eddig leírt *valódi arthritis*-ek száma igen kevés. Ezekben általában az ízületek *acut* és *átmeneti* megbetegedéséről számolnak be az alapbetegség idején. A betegség vándorló és polyarticularis jellegű volt az eddigi leírások szerint — és inkább a nagy ízületeket érintette. — 1974—75 során 38 mycoplasma okozta légúti megbetegedés miatt kórházban ápolt 6—43 éves beteghez intéztek utólagosan kérdést későbbi otthoni ízületi megbetegedés irányában. Valamenynyinél laboratóriumilag jól dokumentálható volt a lezajlott mycoplasma infectio. A kérdezettek közül *heten* jelentettek arthritisre utaló tüneteket. Ezeket ismét kivizsgálták a gyógyintézetben. Az anamnesisükből kiderült, hogy acut légúti betegségük után valamenynyinek fájdalmas ízületi duzzanata volt. Mindegyiküknek a *középnagy* ízületei (váll, boka, térd, könyök) voltak fájdalmasak és — általában reggelre — merevek. A panaszok migráló jellegűek voltak három betegnél, egynél a bőr is gyulladtnak látszott az érintett területen. Az ízületi manifesztációk 3—8 nappal az eredeti betegség kezdete után alakultak ki, és megjelenésük után nyolc héttel négy betegnél megszűntek, három betegnél azonban csak egy évvel később. Ez utóbbiaknál a klinikai és laboratóriumi kép igen változatos volt: „rheumatoid" és „septikus" jellegű arthritist észleltek, továbbá serum complement csökkenést valamint rheumatoid factort lehetett átmenetileg kimutatni egyik-másiknál — sőt egy betegnél radiologiai ízületi elváltozás is kialakult. Betegségük folyamán egyeseknél a mycoplasma pneumoniae fertőzést serologiai vizsgálattal: complement kötési próba titer emelkedésével is bizonyítani lehetett. A mycoplasma infectio során kialakuló arthritis jóindulatúnak mondható. Az ízületek rövidebb-hosszabb involvatio után *ad integrum* gyógyulnak.

Vadász György dr.

A gyermekkori mycoplasma pneumoniae tüdőgyulladás. Schulz, D. (Kinderklinik der Fakultät für klinische Medizin, Mannheim): Pädiat. Prax. 1977, *18*, 449.

A manapság „atypusos pneumoniá"-nak nevezett kórkép több kórokozó által okozott betegség, amely a klasszikus bacterialis pneumoniáktól klinikailag, röntgenológiailag és aetiológiailag is különbözik. A mi égtájunkon a kórokozók főleg vírusok (myxo, Coxsackie, picorna, reovírus), továbbá rickettsia Burneti; de a legnagyobb jelentősége — úgy látszik — a mycoplasma pneumoniae-nak van, amely egyes megfigyelések szerint *valamennyi* (tehát nemcsak az atypusos!) *tüdőgyulladás* 10—20 százalékáért felelős. Különösen nagy a fontossága az iskoláskorban. A különböző törzsek számos pathogen és apathogen változata ismert, és sokféle human megbetegedésért (szív, bőr és idegrendszer) vélik őket felelősnek, azonban csak a mycoplasma *pneumonia* bizonyított. Úgy látszik, a bacterium különös affinitással rendelkezik a légző tractus epithel-sejtjeihez, ezek rögzítik felületükön, és ezeknek okozza később a destructióját. Az invasio helyén peribronchialis és perivascularis lympho- és plasmasejtes, makrophag és histiocyta beszűrődés következik be, az alveolaris septumokat oedema duzzasztja meg. Az alveolusok, bronchiolusok és kisebb bronchusok hypertrophizálnak, majd tönkremennek. Kisebb atelectasiák is kialakulhatnak.

A klinikai kép szegényes; általános tünetek (láz, levertség és száraz köhögés) mellett fizikális tüdőlelet alig vagy egyáltalán nem észlelhető. A rtg-lelet egy- vagy kétoldali —, főleg az alsó tüdőmezőkre lokalizálódó perihilaris vagy foltos beszűrődés, a struktúra csíkos felszaporodása vagy diffúz nodularis strukturális elváltozások. A pleura részvétele igen ritka. A mycoplasma pneumoniát — bár több kísérlet történt — sem klinikailag sem röntgenológiailag nem sikerült speciális tünetek vagy symptoma kombinációk egységes csoportjába beosztani. A bullosus myringitis — bár ritka, de pathognomikusnak vehető, amennyiben a mycoplasma pneumoniával egyidőben alakul ki. A vérképre jellemző a kerekmagvú sejtek felszaporodása — normális vagy csökkent fvs.-szám mellett. A süllyedés azonban hol mérsékelten, hol jelentősen fokozott.

A *bacteriológiai* bizonyítás sokszor eredményes: a bronchus- vagy torokváladékból sokszor kimutatható a kórokozó; még inkább bizonyító ellenanyag kimutatása a serumból. Különösen a komplementkötési eljárás látszik megbízhatónak a különböző eljárások között: 1:128 titer feletti értékek mycoplasma infectio lezajlását igazolják. A hideg agglutinin vizsgálatot régebben a mycoplasmára specifikusnak tartották. Valóban az esetek 50—66%-ában kimutatható, de ez az eredmény — mint ismeretes — egyéb infectióknál is gyakori. Sajnos a serologiai bizonyítás csak hetek múlva eredményes. Ezért már előbb érdemes a kórokozóra gondolni, annál is inkább, mert — a vírus eredetű atypusos pneumoniákkal szemben — hatékony oki therapia jön szóba.

Tetracyclinek mellett erythromycin vagy lincomycin hatékony; a kezelés lényegesen lerövidíti a betegség időtartamát, amely egyébként therapia nélkül sem igen szokott szövődményeket okozni a gyermekkorban.

A kórokozó contagiositása mérsékelt, az incubatio ideje mintegy három hét. Gyakori a betegség tömeges fellépése kollégiumokban, iskolákban és kaszárnyákban. Az évszakos ingadozás nem bizonyított. Ezzel szemben kétségtelen, hogy banális felső légúti fertőzések vagy csak inapparens formák gyakoriak. Az immunitas mindössze néhány hónapig tart az infectio lezajlása után.

Vadász György dr.

Gentamicin resistens Klebsiellák kifejlődése közkórházban. Forbes, J., Gray, A., Hurse, A. (Royal Hosp. Melbourne): Med. J. Austral. 1977, *I/8*, 14—16.

A melbourne-i Királyi Kórházban 1975. március és december között Klebsiella pneumoniae járvány zajlott le, amely során kiderült, hogy a kórokozó nem reagált gentamicin kezelésre. 42 páciens váladékaiból mutattak ki Klebsiella pneumoniae törzseket, 24 beteg súlyos tüdőgyulladásban szenvedett közülük. A kórokozó minden beteg és latensen fertőzött egyén köpetéből kinőtt, de kitenyészett a vizeletminták jelentős részében is, sőt egy alkalommal a fertőzés katéterezéssel terjedt.

Még a kórokozó kitenyésztése előtt a 42 beteg közül 40 antibiotikum kezelésben részesült, s 22 gentamicint is kapott. A járvány egyébként keresztfertőzésekkel terjedt, a leküzdésére tett intézkedések (zárlat, gentamicin helyettesítése más, hatásosnak bizonyuló gyógyszerekkel) megakadályozták a megbetegedés sorozat tovaterjedését, s a kézirat lezárásakor már csak egyetlen beteg köpetében volt Kl. pneumoniae található. A járvánnyal kapcsolatban végzett laboratóriumi vizsgálatok során kiderült, hogy a Klebsiella törzs (Gm^r) gentamicin rezisztenciát közvetítő R faktort tartalmazott. Egyébként 22 akkor kitenyésztett törzsből 20 mennyiségi vizsgálattal 10 μg/ml gentamicinnel szemben teljesen rezisztensnek bizonyult.

Nikodemusz István dr.

Yersinia enterocolitica járvány New Yorkban. Szerkesztőségi közlemény. Morbid. Mortal. 1977, *26*, 53—54.

New York állam egyik közigazgatási egységében (Oneida County) öt egymáshoz közel levő iskola tanulói között ételmérgezés, ill. tömeges enteritis robbant ki 1976 szeptemberében. 218 hat-tíz év között levő gyermeken hasi görcsöket, hasmenést és lázat figyeltek meg. 33 beteget appendicitis gyanúja miatt kórházba utaltak és 13-nak ki is vették féregnyúlványát. 27 páciens székletéből Yersinia enterocolitica Serotyp 8-at tenyésztettek ki, s e mikrobát megtalálták 4 vizsgált kakaóminta közül 1-ben. A minták bontatlan állapotban kerültek vizsgálatra.

E terméket helybeli tejüzem állította elő, csokoládé öntetet kevertek pasztőrözött tejjel s a keveréket hűtés nélkül tárolták. A csokoládé mintákból, valamint az üzem dolgozóinak székletéből nem tudtak Yersiniát kitenyészteni.

Nikodemusz István dr.

Ételmérgezésekből és ételmintákból kitenyésztett Bacillus cereus serotypusok. Gilbert, R. J., Parry, J. M. (Centr. Publ. Hlth. Labor. Colindale, London): J. Hyg. Camb. 1977, *78*, 69—74.

A Bacillus cereus ételmérgezést okozó képességét nem régen írták le Angliában, azonban az itteni megbetegedések másképpen zajlanak le, mint a kontinensen. Az eddig leírt európai ételmérgezésekben a legfontosabb tünet a hasmenés volt, ami 4—6 órás lappangási idő után kezdődött és más tünetet alig találtak; a mérgezést számos élelmiszer terjesztette. Az angliai megbetegedéseket viszont eddig csak kínai éttermek különlegességei, amelyek rizst tartalmaznak, terjesztették s a betegség félórás lappangás után, hányásban nyilvánult meg; hasmenése csak a megbetegedettek egyharmadának volt.

A Londoni Közegészségügyi Intézetben kidolgozták a B. cereus szerotipizálását. Ezzel az eljárással meghatározták a különféle ételmérgezésekből kitenyésztett B. cereus törzsek jellegét.

Hét országban megfigyelt 84 ételmérgezésből 337 B. cereus törzs került vizsgálatra, ezek közül 283 (84%) tipizálható volt. Angliában észlelt hányással járó ételmérgezések közül elsősorban az 1-es serotypus volt a kórokozó 31 esetben egyedül, több alkalommal más serotypussal együtt találták meg, mellette előfordultak a 3-as, 4-es, 5-ös és 8-as serotypusok s az is előfordult, hogy a kórokozót nem lehetett kellően besorolni. A hasmenéssel járó nyugat-európai megbetegedések közül a 2-es, 6-os, 8-as, 9-es és 10-es serotypus volt található, előfordult ezenkívül a

TURINAL®

tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabl. 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

●

HATÁS

A Turinal a terhesség megtartására orálisan adható progesteron készítmény. Terhességmegtartó hatását a készítmény placentotrop aktivitása magyarázza. A Turinal növeli a trophoblast endocrin aktivitását, serkenti a placenta csökkent működését. Különösen olyan esetekben hatásos, ahol a terhesség megszakadását hormonalis dysfunctio okozza.

A Turinal nem okoz anyai virilisatiót, sem magzati masculinisatiót. Nem gátolja sem a gonadok, sem a mellékvese működését, a szervezet elektrolit egyensúlyát nem befolyásolja. Gastrointestinalis panaszokat nem okoz.

●

JAVALLATOK

Fenyegető vetélés, szokványos vetélés, fenyegető koraszülés.

●

ADAGOLÁSA

Fenyegető vetélés: naponta 3×1 tabletta 5—7 napon át, ill. a tünetek megszűnéséig. Szükség esetén az adag emelhető. *Szokványos vetélés:* napi 1—2 tabletta a kritikus időpont után még legalább 1 hónapon keresztül.

Fenyegető koraszülés: az adagolást minden esetben egyénileg célszerű meghatározni, sokszor fentieknél magasabb adagok alkalmazása szükséges.

MEGJEGYZÉS

✠ Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

●

CSOMAGOLÁS

20 tabletta térítési díja: 9,— Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

PANANGIN®

drazsé, inj.

ÖSSZETÉTEL

1 drazsé 0,14 g magn. asparagin. anh. (Mg^{++} = 11,8 mg), 0,158 g kal. asparagin. anh. (K^{+} = 36,2 mg);

1 amp. (10 ml) 0,4 g magn. asparagin. anh. (Mg^{++} = 33,7 mg), 0,452 g kal. asparagin. anh. (K^{+} = 103,3 mg)-ot tartalmaz.

●

JAVALLATOK

Angina pectoris kezelésében adjuvansként, szív-infarctusban rhythmus-zavar esetén és utókezelésében, digitalis okozta rhythmus-zavar, digitalis-intoxicatio. Rhythmus-zavarok: tachyarrhythmia, ventricularis extrasystolia.

●

ELLENJAVALLATOK

Akut és krónikus veseelégtelenség.

●

ADAGOLÁS

Naponta 3×2 drazsé, vagy 1—2×1—2 ampulla 50—100 fiziológiás konyhasó — vagy 5—10%-os glucose-oldattal felhígítva, lassan i. ven, vagy tartós cseppinfúzióban. — Prophylactikus és fenntartó adagja naponta 3×1 drazsé. — A Pananginnal együtt szükség esetén sztrofantin vagy digitaliskészítmény is adagolható.

●

MEGJEGYZÉS

✠ Drazsé: Vény nélkül egy alkalommal legfeljebb a legkisebb gyári csomagolás vagy annak megfelelő mennyiség adható ki.

Injekció: Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

●

CSOMAGOLÁS

50 drazsé, térítési díj: 3,80 Ft. 5 ampulla, 25 ampulla térítési díj: 2,— Ft és 20,— Ft.

✳

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

12-es és egy nem tipizálható törzs együtt.

Megvizsgáltak 400 rutin élelmiszervizsgálatból kitenyésztett B. cereus törzset, ezek közül csak 156 (39%) volt tipizálható. Leggyakrabban az 1-es típus fordult közülük elő (52 törzs), viszonylag gyakori volt a 17-es (17 törzs) és a 8-as típus (15 törzs), de mind az eddig ismert 18-féle csoport tagjait megtalálták.

Az összefüggések a törzsek típusa és az okozott ételmérgezések milyensége között további tanulmányozásokra szorulnak.

Nikodemusz István dr.

Atypusos lefolyású mononucleosis pancytopeniával és csontvelői granulomatosissal. Martin, M. F. R. és mtsai (Frimley Park Hospital, Camberley, Surrey): Brit. med. J. 1977, *2*, 300—301.

Egy 39 éves férfin nyirokcsomó- és lépmegnagyobbodás nélkül 40 fokos láz lépett fel. Jellegzetes volt a mérsékelt fokú pancytopenia, valamint a qualitativ vérképben a lymphocyták és atypusos monocyták számának relatív emelkedése. Kezdetben negatív Paul—Bunnel-reactiót találtak. Közben a beteg leánygyermekén typusos mononucleosis infectiosa lépett fel. Ekkor újra vizsgálták a Paul—Bunnel-reactiót, amely pozitívnak bizonyult, s erősen emelkedett volt az Epstein—Barr-vírus antitesttiter is. A csontvelő hypercellularis volt, ebben histológiai készítményben histiocytás granulomatosis volt felismerhető nem differenciált óriás sejtekkel és focalis necrosisokkal. A beteg végül is corticosteroidok adására leláztalanodott, az Epstein—Barr-vírus antitesttiter egy év után negatívvá vált.

Ellentétben a brucellosissal, sarcoidosissal és tbc-vel, a mononucleosisos granulomák rendszerint kicsinyek, óriás sejteket nem tartalmaznak. Ugyancsak szokatlan mononucleosisban a pancytopenia, sőt inkább erythroid, myeloid és megakaryocyta hyperplasia észlelhető. Esetük sajátos voltának okát nem tudták kideríteni.

Berkessy Sándor dr.

Coliformok és Pseudomonas aeruginosa által okozott tüdőgyulladás. Noone, P., Rogers, B. T. (Royal Free Hosp. London.): J. clin. Path. 1976, *29*, 652—656.

A szerzők 20 (11 férfi, 9 nő, 48—89, átlag 66 éves) betegen figyeltek meg tüdőgyulladást. A betegek daganat, műtét miatt kerültek kórházba, közülük 16-an részesültek chemotherápiás kezelésben.

Valamennyi betegen típusos pneumonia fejlődött ki, röntgenfelvétellel mind kimutatható volt. A megbetegedéseket Gram-negatív pálcikák idézték elő, ezek a köpetben közvetlen vizsgálattal is látszottak. A következő kórokozók tenyésztek ki: Ps. aeruginosa 12 esetben, Klebsiella aerogenes 5 esetben, E. coli 4 esetben, Enterobacter aerogenes és Proteus vulgaris 1—1 esetben, 3 esetben volt kettős fertőzés, 2 megbetegedés végződött halállal; az egyiket Ps. aeruginosa, a másikat Proteus idézte elő, mindkét alkalommal bacteriaemia következett be, mint szövődmény. Előfordult még 2 másik bacteriaemia, ezekben Kl. aerogenes volt a kórokozó, ezek a páciensek meggyógyultak, 5 alkalommal észleltek empyemát (1 Enterobacter, 2 Ps. aeruginosa s 2 Klebsiella), ezek a betegek valamennyien meggyógyultak.

A kezelés az esetek többségében gentamicinnel történt. Ha a vérszint elérte a 8 μg/ml mennyiséget, akkor a siker biztosítva volt. Káros mellékhatást nem észleltek.

Nikodemusz István dr.

Egy mindig időszerű féregfertőzés, a trichinosis. Szerkesztőségi közlemény. Ann. Hyg. L. Fr. 1977, *13*, 236—237.

A közlemény 3 gócban fellépő trichinosis esetet ismertet. Az elsőt Egyiptomban járt francia turisták körében észlelték, akik ottartózkodásuk végén nem kellően sült sertéshúst fogyasztottak. (A sertéshús fogyasztását éppen a Trichina fertőzés gyakorisága miatt tiltotta el a Korán. — *Ref.*) Mintegy 20 beteget ápoltak e trichinosis miatt különféle Párizs környéki kórházakban (1975. május).

A második esetet Itáliában észlelték a Pó-síkságon 1975 szeptemberében 89 egyén betegedett meg ennek kapcsán.

A harmadik eset Párizs környékén következett be 1976 januárjában, kb. 50 személy került kórházba és ennél többre tehető azoknak a száma, akik enyhe tüneteket mutattak, emiatt csak megfigyelés alá kerültek.

Az első esetben a fertőzés eredete minden kétséget kizáró, valamennyi résztvevő ugyanazt a nem megfelelő hőkezelést kapott sertéshúst fogyasztotta, a másik két esetben a fertőzést lóhús fogyasztása (keletről importált) okozta. (Nincs bizonyítva. — *Ref.*) Ebben a két esetben kiterjedt járványügyi felderítést végeztek utólag, s így jött a nem kellően hőkezelt lóhús gyanúba.

A trichinosis klasszikus klinikai tünetei, láz, izomfájdalmak, szemhéjvizenyő, a legtöbb esetben hiánytalanul megvoltak, a laboratóriumi vizsgálatok eosinophiliát és hyperproteinaemiát mutattak.

A betegek 1—3 hónap alatt meggyógyultak, a thiabendazol megrövidítette a gyógyulás idejét. Mellékvesekéreg hormonok adása csak súlyos esetben indokolt.

Nikodemusz István dr.

Gyermeksebészet

Az „ötödik nap syndroma" appendectomia után gyermekeken. Weber, Brigitte (Chirurgische Klinik des Städt. Krankenhauses im Friedrichshain, DDR—1017, Berlin): Zbl. Chir. 1978, *103*, 552—559.

Szövődménymentes appendectomia után, általában az 5. postoperativ napon, egy olyan tünetegyüttes kialakulását figyelte meg a szerző, amely hirtelen keletkezett erős hasi fájdalomban, gyorsan fokozódó hasfali feszességben, hányásban, a bélműködés megszűnésében, hőmérséklet-emelkedésben, szapora pulsusban és leukocytosisban nyilvánult meg. Francia szerzők (Block—Lain és Hertz, Pellerin és Boulard) már korábban felfigyeltek a jelenségre és az „ötödik nap syndroma" elnevezés is tőlük származik. A „syndroma" különlegességei: 1. Minden esetben chronikus vagy subacut appendicitis miatt történt a műtét 2. A műtét nem jelentett technikai nehézséget. 3. Várható volt a zavartalan gyógyulás. 4. A riasztó tünetek döntő többségükben az 5. postoperatív napon, hirtelen léptek fel. 5. A műtéti terület gyulladásmentes. 6. A klinikai kép diffus peritonitist imitál, radiológiailag korai postop. ileus véleményezhető.

Aetiológiája, keletkezése tisztázatlan. A francia szerzők eleinte az appendectomiás csonk elégtelenségére, a coecum-fal necrosisára vagy perforatiójára gondoltak, azonban az elvégzett relaparotomia ezeket a feltételezéseket nem igazolta.

A szerző 10 éves beteganyagában 2814 appendectomia szerepel, 12 esetben észlelte az „ötödik nap syndroma" jelenségét. Mind a 12 betegen subacut appendicitis miatt történt a műtét. A tünetegyüttes minden esetben drámai formában jelentkezett a teljes jólét közepette. Intenzív kezelés hatására (tartós gyomorszívás, célzott infusiós therapia, nagy dózisú antibioticum) általában 24, de maximum 48 óra elteltével a tünetek fokozatosan visszafejlődtek. A szerző két esetben végzett relaparotomiát, csonkelégtelenséget, necrosist vagy perforatiót nem talált, azonban a hasüregben zavaros exsudatum volt. Egyes esetekben megnagyobbodott mesenterialis nyirokcsomókat találtak már az appendectomia alkalmával.

A szerző véleménye szerint a tünetcsoport kialakulásában nem játszik szerepet műtéttechnikai hiba. Maga a szövődmény nagyon ritka, konzervatív kezeléssel többnyire megszüntethető, de számolni kell vele, ezért nem tanácsos a gyermekeket appendectomia után a 6. postop. napnál korábban elbocsátani.

(Ref.: Az exsudatum bakteriológiai vizsgálatáról nem történik említés a közleményben, ami min-

denképpen negativumot jelent. Mivel szinte kizárólag subacut és chronikus appendicitisek esetében fordult elő, felmerülhet a virális infectio lehetősége, vagy nagyobb valószínűséggel az anaerob fertőzés is, de ilyen irányú vizsgálat sem történt. Mindezek ellenére a tünetegyüttessel számolni kell és az eddigi közlések alapján tanácsos a kezelést lefolytatni.)

Léb József dr.

Egyszer egy shunt, mindig egy shunt? Hemmer, R., Böhm, B. (Neurosurg. Clinic of the University, D—7800 Freiburg, West-Germany): Develop. Med. Child. Neurol. 1976, *18*, Suppl. 37, 69—73.

Évek óta vitatott kérdés a központi idegrendszeri drainage (ventriculo-atrialis vagy ventriculo-peritonealis shunt) eltávolíthatósága, ill. ennek időpontja kommunikáló hydrocephalus vagy myelomeningoceléhez társuló hydrocephalus esetében. Az eltávolítás csak akkor történhet meg, ha a rendszer elzáródott és nincs klinikai jele az intracranialis nyomásfokozódásnak. Természetesen az elzáródás tényét valamilyen módszerrel igazolni kell.

A szerzők 15 év alatt mintegy 1000 shunt-műtétet végeztek és 444 gyermek közül összesen 40 esetében távolították el a shuntöt. 26 esetben ez kommunikáló hydrocephalus és 14 esetben myelomeningoceléhez társuló hydrocephalus esetében történt. Az előző csoportból 17 maradt kompenzált, az utóbbiból mind a 14. Egy gyermeken sem fordult elő rosszabbodás az iskolai előmenetelben vagy a mentális fejlődésben.

Hangsúlyozzák, hogy a valódi kompenzációt csak a kamrai nyomás folyamatos mérésével lehet igazolni, mely több órán keresztül, vagy szünetekkel napokon-heteken át kell hogy tartson, mivel hosszabb idő után is kialakulhatnak a megnövekedett intracranialis nyomás enyhe klinikai jelei.

Az a tény, hogy csak 9%-ban lehetett a shuntöt véglegesen eltávolítani, mutatja a régi mondás: „egyszer egy shunt, mindig egy shunt" változatlan érvényességét.

Léb József dr.

Anyagcserebetegségek

Diabetes mellitus-szal szövődött terhesség. Drury, M. I. és mtsai (Nat. Maternity Hosp. and Coombe Lying-In Hosp., Dublin, Ireland): Obst. Gynec., 1977, *49*, 519—522.

A két legnagyobb dublini szülészeti kórház 25 éves anyagában 300 diabeteses beteg 600 terhességéről szóló beszámolóban a szerzők áttekintik azt a haladást, amely 25 év alatt a szülészetben is, a diabetologiában is bekövetkezett.

Rendkívül fontosnak tartják a gravid diabetika rendszeres ellenőrzését legalább 2 hetenként diabetese és terhessége szempontjából, a 34-ik héttől pedig hetente. Betegeik korábban insulin lente készítményt kaptak, újabban kristályos és NPH insulin keverékével kezelik őket napi kétszeri adagban. Szülészeti szempontból rendkívül fontosnak tartják az amnion-folyadék lecithin-sphingomyelin arányának meghatározását a 38-ik terhességi hétben, s ha ez az arány 1,8 vagy több, az újszülött respiratorikus distress syndromájának rizikója alacsony. Sectio caesareát csak szülészeti indicatio alapján végeznek, ez 23% volt eseteikben.

A 300 diabetikából 272 szorult terhessége előtt insulinra, 26% primigravida, 30%-nak 5 vagy több szülése is volt már. Anyai halálozás nem fordult elő a szülések kapcsán. A terhességek közül 52 végződött spontán abortus-szal, 22 volt intrauterin halál (ebből 6 a 33-ik hét előtt, 8 a 37-ik hét előtt, többségében hyalin membran betegség miatt), 31 esetben a halál neonatalis volt, többségében ugyancsak hyalin membran betegség miatt (az amnion-folyadék L/S arányának vizsgálatát 1973-ban vezették be).

Veleszületett fejlődési rendellenesség 36 újszülöttön volt megfigyelhető, az incidentia 6,4%, nem diabeteses anyák újszülöttjein anyagukban 1%. Az 53 perinatalis halálesetre a fejlődési rendellenességből 10 jutott, többszörös rendellenesség 7 esetben fordult elő.

Tapasztalataik alapján a 9,5%-os magzati veszteséget még jobban le lehetne szorítani. Ennek érdekében javasolják a terhessé vált diabetika egészen korai terhességétől való ellenőrzését szülészeti és diabetologiai szempontból egyaránt.

Iványi János dr.

Diabetes mellitus és terhesség. Peters, F. D., V. M. Roemer (Univ.-Frauenklinik Tübingen): Geburtsh. u. Frauenheilk. 1977, *37*, 557—565.

Az insulin felfedezése előtt a cukorbeteg nők terhessége ritka volt, és ezért a primer sterilitásért az ovuláció nélküli ciklusokat, illetve más cikluszavarokat tettek felelőssé. Az első nagyobb közlés 1908-ból származik, amikor 63 cukorbeteg terhesből 22 halt meg anyagcsere-decompensatio miatt, az újszülöttek perinatalis mortalitása pedig 50%-os volt. Az insulin felfedezése által lehetővé vált jó beállítás a cukorbeteg nők fertilitását az egészségesekével tette egyenlővé. Az anyai halálozás 30—50%-ról 1% alá, a perinatalis mortalitás pedig 10—20%-ra csökkent.

A *terhesség diabetogen hatása* a magasabb oestrogen, progesteron és glykocorticoid szintre vezethető vissza, a magasabb insulinszintért pedig a pancreas direkt stimulációja, valamint az emelkedett glucagon synthesis és secretio tehető felelőssé. A HPL a lipolysis fokozása, a perifériás utilisatio gátlása révén hat insulin antagonistaként, de a placenta proteolytikus úton is inaktiválhatja az insulint.

A terhesség I. harmadában a szénhidrát-anyagcsere gyakran javul, ennek okaként a placentaris choriongonadotropin szerepét is feltételezik. A II. harmadban azonban már romlik, a 25. héttől pedig az insulinszükséglet jelentősen emelkedni szokott, és a legnagyobb insulinszükséglettel a III. harmadban kell számolni.

Gestatiós diabetesként egy időleges — nevezetesen csak a terhesség tartamára vonatkozó — glucose tolerantia zavart, illetve pathologiás cukorterheléses eredményt értékelünk. Tehát itt tulajdonképpen latens diabetesről van szó, amely a terhesség alatt kémiai diabetes formájában jelentkezik, illetve jelenik meg átmenetileg (*Ref.: ezért nevezik egyesek nagyon szellemesen a gestatiós diabetest tranzitcukorbajnak is*). A megszületendő magzat sorsa pedig nagymértékben attól függ, hogy a diabetesnek ezt a korai stádiumát felismerjük-e.

A *diabeteses terhesség szövődményei* közül a terhesség idejének megfelelő *makrosomia* a cukorbeteg anyák újszülötteinek 70%-ában fordul elő. Az *abortusok* gyakoriságát 10—20%-ban adják meg, amelyeknek oka a placentáció zavarában keresendő. Gyakrabban lép fel cukorbeteg terheseken *hydramnion*, előfordulását az irodalomban 20—100%-ban adják meg és létrejötte nagymértékben függ a cukoranyagcsere zavarától. Hydramnion esetén a *perinatalis mortalitás* különösen magas. Cukorbeteg terhességben a *fejlődési rendellenességek* gyakoribb előfordulását is látták, és ezek létrejötte nagymértékben függ az anyai érkomplikációktól. Cukorbeteg terhesek között többször fordul elő *gestosis* is, amelyet a hydramnion, húgyúti infectiók és vascularis szövődmények segítenek elő, sőt többek szerint ezekkel a perinatalis mortalitás is szoros összefüggésben van. Gyakrabban lép fel *intrauterin magzati elhalás* és a perinatalis halálesetek felét ez teszi ki.

Ma már minden kétséget kizáróan kiderült, hogy a diabeteses terhesség sorsa döntően az anyai diabetes beállításának milyenségén múlik. A terhesség elején mindig új beállítást kell kezdeményeznünk napi 3—4-szeri sima insulinnal a normoglykaemiás értékekre törekedve. A 25. héten az insulinigény megnövekedése miatt általában újabb beállítás, illetve felvétel válik szükségessé, a 32. héttől pedig már a belgyógyász és szülész szoros együttműködésére van

szükség. A *vizsgálati parameterek* közül a serum *HPL-concentratiója* nem mindig megbízható, mivel a placenta nagyságától is függ. Az *oestriol-meghatározás* diagnosztikus értéke viszont vitathatatlan, és ennek csökkenése vészjelként értékelendő. A *cardiotocogramm* (CTG) és *oxytocin-terhelés* eredménye is a szülészt a placenta elégtelenségről tájékoztathatja.

A *primer sectio indikációi* diabeteses terhességben a gestosis, a farfekvés, az óriásmagzat, az idős primipara, az igazolt diabeteses angiopathia (a vaginalis szülés nyomásával járó szemfenékbevérzés veszélye miatt).

A szülés idejét individuálisan az aktuális állapottól függően kell megállapítani. Mivel pedig a cukorbeteg szülőnők teje általában kevés és a mastitis veszélye is fokozottabb, a további tejelválasztást félszintetikus anyarozskészítménnyel CB 154 (bromocryptin)-nel gátolva megszüntetni javasolják. Ennek ugyanis — ellentétben az eddig használatos oestrogen tartalmú készítményekkel — nincs vércukornövelő hatása.

Angeli István dr.

Cardiorespiratiós bénulás és diabeteses autonom neuropathia. Page, M., Watkins P. J. (Diab. Dept. King's College Hospital, London SE5 9RS): Lancet, 1978, *1*, 14.

A szerzők 8 diabetes mellitusos betegen 12 alkalommal észleltek keringés-légzés megállást (életkoruk 31—41 év, diabetes tartam 14—32 év). A diabetes mellitushoz minden esetben társultak szövődmények: retino- nephropathia, perifériás neuropathia, neurogen lábfekély. Az autonom neuropathia tünetei közül a cardiovascularis reflexek zavara is fennállott.

Négy betegen általános, vagy epiduralis anaesthesiában végzett műtét után röviddel következett be a klinikai halál. Külső szívmasszázs és asszisztált légzés segítségével 7 beteg állapota rendeződött. Közülük egy maradandó agyi károsodás következtében egy hét múlva meghalt. Sem a klinikai vizsgálatok, sem a boncolás során nem észleltek hirtelen halált magyarázó szervi eltérést: myocardialis infarctust, cardialis arrhythmiát, hypoglikémiát. Kamrafibrillációt, vagy asystoliát ugyancsak nem igazoltak, amikor monitorozásra került sor, a betegek sinus ritmusban voltak.

Nem kideríthető okú hirtelen halált diabetes mellitusban mások is megfigyeltek. A szerzők vetik fel elsőként, hogy a keringés- és légzésbénulás oka a diabeteses autonom neuropathia. A hirtelen halálért elsődlegesen a respiratiós reflexek elégtelenségét teszik felelőssé. Két betegen a légzésbénulást asystolia nem kísérte. Az anaesthesia oki szerepe sem elvethető, bár sokféle gyógyszert alkalmaztak.

Javasolják, hogy az autonom diabeteses neuropathiában szenvedő beteg műtét esetén intenzív postoperativ megfigyelésben és cardialis monitorozásban részesüljön.

Holländer Erzsébet dr.

A hiányos vércukor reguláció az autonom diabeteses neuropathia szelektív megnyilvánulása. Campbell, L. V., Kraegen, E. V. (Inst. Med. Res., St. Vincent's Hosp. Sydney, Australia): Brit. Med. J. 1977, *2*, 1527.

A szerzők a glukoreguláció mechanizmusát vizsgálták insulin hatására kialakult hypoglykaemiában. A hypoglykaemia egészséges emberen és diabetes mellitusban (d. m.) catecholamin, glucagon, cortisol, növekedési hormon és prolactin-szint emelkedést okoz. A sympathikus idegrendszer károsodása esetén a catecholamin válasz elmarad, a glucagon felszabadulás azonban intakt n. vagus esetén zavartalan.

Tizennégy egészséges kontroll személy és 7 d. m.-ban szenvedő beteg (betegség tartam 4—16 év) kis dosisú insulint (2,4 E/óra) kapott infúzióban. A d. m.-os betegeken az autonom neuropathia egyéb megnyilvánulásait nem észlelték, 3 beteg retinopathiában, ill. peripheriás neuropathiában szenvedett.

A kontroll csoportban insulin hatására a vércukorszint enyhén csökkent, a glucagon koncentráció növekedett. Egészséges emberen — ennek alapján — a legfontosabb ellenregulációs hormon a glucagon.

Valamennyi d. m.-os betegen insulin hatására a vércukor kifejezetten csökkent, a glucagon-szint szignifikánsan nem változott. A glucagon válasz hiányát d. m.-ban a paraszimpatikus beidegzésű alfa-sejtek defektusára vezették vissza. A glucagon secretio növekedésének hiánya d. m.-ban az autonom neuropathia szelektív megnyilvánulása, a betegség gyakori és korai tünete.

Holländer Erzsébet dr.

A maximális gyomorsav secretio változása egészségesek hyperglykaemiájában és diabetes mellitusban. Markiewicz, K., Lukin, M. (Institut f. Innere Med. Med. Akad Lódz): Zschr. inn. Med. 1977, *32*, 563.

A gyomor-bél működés zavara diabetes mellitusban (d. m.) régóta ismert. D. m.-ben a gyomorsav secretio csökkent, az ulcus betegség ritka. Megelőzően már vizsgálták a glukóz éhgyomri savtermelést (BAO) gátló hatását, de tisztázatlan a maximális savtermelés (MAO) viselkedése a hyperglykaemiában.

A szerzők 25 egészséges férfin a basalis és a pentagastrinnal stimulált maximális sav- és elektrolytsecretiót mérték, majd a vizsgálatot megismételték 30%-os glukóz infúzióval fenntartott hyperglykaemiában. A d. m.-os betegeket azonos módszerrel vizsgálták. Itt 10 beteg frissen felfedezett, 10 pedig 3—30 éve fennálló d. m.-ben szenvedett.

Az egészséges csoportban hyperglykaemia hatására a MAO szignifikánsan csökkent. A változás oka a secretum mennyiségének csökkenése, a HCl koncentráció azonos maradt. Mindkét d. m.-os betegcsoportban az egészségesek arteficiális hyperglykaemiájához hasonlóan szignifikánsan csökkent a MAO az egészséges, normoglykaemiás kontrollokhoz viszonyítva. Az eltérő betegség tartamú d. m. csoportok között nem észleltek különbséget.

A hyperglykaemiás kontroll csoportban a gyomornedv Cl- és Ca-tartalmának növekedését, a K- és Mg-tartalom csökkenését észlelték. A frissen felfedezett d. m. esetekben szignifikáns K secretio csökkenést, a régóta fennálló d. m.-ban a gyomornedv K, Na, Cl, Mg és Ca tartalmának csökkenését figyelték meg.

Hyperglykaemiában a savsecretio zavarának pathogenesise tisztázatlan. Régebben a nyálkahártya atrophiát érelváltozásokkal magyarázták. Más feltételezések szerint a hyperglykaemia hatása a n. vagus közvetítésével érvényesül. Csökken az acetylcholin secretio, melyről ismeretes, hogy a parietalis sejteket szenzibilizálja a gastrin hatására. *Byrnes* vizsgálatai alapján hyperglykaemiában az endogen gastrin szint csökkent. A gyomornedv secretio csökkenésének okai között említik a hyperglykaemiás hyperosmolaritást is.

Holländer Erzsébet dr.

A diabetes kezelése guar-gumival: a vizeletcukor ürítés csökkenése. Jenkins, D. J. A. és mtsai (Gastroenterological Unit, Central Middlesex Hospital, London NW10 7NS): Lancet, 1977, *II*, 779—780.

A szerzők 6 insulinnal és diétával kezelt cukorbeteget (koruk 21—69 év, insulin szükségletük napi 38—92 E) és 1 csak diétára szoruló diabetesest (kora 50 év) vizsgáltak. Mérték a napi átlagos vizeletcukor ürítést otthoni és kórházi diétán, ill. napi 25 g guargumival kiegészített otthoni és kórházi étrenden. A kísérleti periódusok 5—5 napig tartottak.

Az otthoni ételekkel elfogyasztott guar-gumi hatására a 24 órás cukor ürítés 46%-kal csökkent, kórházi étrendhez adagolt guar-gumi mellett a betegek átlagos napi cukor ürítése 54%-kal mérséklődött.

Eredményeik alapján megállapítják, hogy a gélt képző, fel nem szívódó növényi polysaccharidákkal kiegészített étrend hasznos lehet a cukorbetegség kezelésében.

Pánczél Pál dr.

SZERKESZTŐSÉGI KOMMENTÁR

A magyar orvosi szaknyelv és orvosi gondolkodás védelmében

Lapunk múlt évi utolsó számában (a 3284. oldalon) felhivással fordultunk olvasóinkhoz, legyenek segítségünkre, hogy lapunk óvhassa a magyar orvosi szaknyelvet, annak tisztaságát és világosságát. Felkértük kollégáinkat, működjenek közre a lapban megjelenő cikkek utólagos, de nem nagyon sokkal megjelenésük utáni nyelvi kritikáiban, és azok lehetősége azután oda hathatna, hogy munkáikat a szerzők nyelvi szempontból is az eddiginél nagyobb gondossággal készítenék el.

A felhívásban nyelvi kritikáról szóltunk, de a sorok között, félig kimondva, kifejezésre jutott az a szándékunk is, hogy a kritikus visszajelentések terjedjenek ki tartalmi kérdésekre is, ne csupán a nyelvet védjük tehát, hanem azt is, amit a nyelv megtestesít, a gondolkodást.

Felhívásunkat kísérletnek szántuk. Nem tudhattuk, mennyire sikerül majd a nyelvi kritika, bizonytalanok voltunk a technikai kivitelezésben, nem lehettünk tisztában azzal, lesznek-e vállalkozók, akik hajlandók a bírálat nehéz feladatára (a szerkesztőhöz irott levelek nyomán tartottunk attól, kevesen vállalják majd el a kritikus állásfoglalást), de abban sem lehettünk biztosak, nem jelentkeznek-e mégis olyan sokan, hogy nehéz lesz számunkra a választás.

Ez a kísérlet még nem fejeződött be. Néhány olvasónk jelentkezett, vállalja a közreműködést, de a beérkezett levelek három számban közölhetők, anélkül, hogy ezáltal a szám összetétele lényegesen eltérne a szokásostól. Érdekes módon mindössze hárman jelentették be azt, hogy vállalkoznak a nyelvi bírálatra, várják a szerkesztőség irányitását (megérdemlik, hogy megírjuk nevüket — a jelentkezés érkezésének sorrendjében — Cholnoky Péter dr., id. Bugyi István dr. és Pál Endre dr.). A többiek nemcsak jelentkeztek, hanem máris hosszabb-rövidebb levélben fejtették ki gondolataikat a problémáról. Legtöbbjük máris tollhegyre tűzte a magyar orvosi szaknyelvben gyakran észlelhető hibákat.

A felhívás egy számban jelent meg egy sor nyelvi tárgyú levéllel, a leveleknek „Az orvosi szaknyelv ésszerű védelmében" címet adtuk, a felhívás hatására született újabb reflexiók nagyobb részben az ott megjelent levelekhez, azok állításaihoz szóltak hozzá.

A szerkesztőség most is azokat a szempontokat vallja és tartja aktuálisnak, amelyeket a felhivás utolsó nagyobb bekezdésében, és a levelekhez fűzött szerkesztőségi kommentárban irt. Most is úgy véljük, a magyar orvosi szaknyelv ügyének akkor használunk, ha előbb a súlyos hibákat, a szembetűnő idegenségeket próbáljuk kigyomlálni, és nem esünk valamilyen szélsőséges nyelvtisztitási düh áldozatául. Úgy gondoljuk, a határvonalak nem élesek, a nyelv eleven organizmus, az idegen szavak egy részét asszimilálja, más részében pedig a fogalom tartalma nem tükröződik híven az idegen nyelvű kifejezés szó szerinti fordításában, vagy amint legtöbbször történik: szolgai magyarítás sem segít.

Lényegében kísérletezéseknek, vitáknak kell tisztázniuk, hol húzhatók meg az ésszerű határok a nyelvvédelemben, ilyen értelemben is kísérlet tehát ez a kezdeményezésünk. Sajnos, most is azt érezzük, hogy a beérkezett levelek többsége túlzó álláspontot foglal el, nem túl lényeges nyelvi kérdéseket tárgyal, esetleg olyan javaslatokat hangoztat, amelyek a gyakorlatban nem megvalósithatók. Számos rossznak tartott idegenből vett szót nyelvünk már elfogadott, máskor a rossznak tartott magyar szó hivebben fejezi ki a fogalom lényegi tartalmát, mert jobb, mint az eredeti magyar szó (pl. a gerincoszlop szinte jobb a gerincnél).

A szerkesztőség most közreadja a bérkezett leveleket, a múlt évi utolsó szám hozzászólóinak most nem ad előre válaszolási lehetőséget (természetesen további véleménynyilvánítás lehetősége számukra is nyitva áll), és azokat a gondolatokat, amelyek az utolsó számban megjelent levelekre reflektálnak, most nem is kommentálja. A későbbiekben, reméljük, a vita folytatódni fog, bekapcsolódnak majd az egyes számok nyelvi bírálatára vállalkozó kollégák irásai, a szerkesztőségi állásfoglalás majd kiterjedtebb tapasztalatok, gondos mérlegelések alapján alakul ki, ennek során esetleg visszanyúlunk a most közölt levelek megállapításaihoz.

Először Széll Kálmán dr. tanulmánynak is beillő levelét kivételesen terjedelmében nem megkurtitottan tesszük közzé. Ez a levél a szaknyelvvel való elemző foglalkozás jelentőségét fejezi ki, ebben szóba kerül a szaknyelvben található gyakori hibák legtöbbje. E levél mellé már nem fér több, a további Horus rovattal nem bíró számokban következnek majd a rövidebb levelek, ezek között Hun Nándor dr. levele a legtartalmasabb, ez nyitja tehát meg a sort. E levelek többsége reflektál a múlt évi utolsó szám nyelvi leveleire.

A szerkesztőség véleménye leginkább Csonka Imre dr. levelének mondanivalójával egyezik, ezért Hun Nándor dr. levele után ezt soroljuk. A sort Timaffy dr. válasza zárja, ez a válasz felkérés nélkül érkezett, bár említettük, hogy a múlt évi 53. számban megjelent levelek tematikáját nem kívánjuk folytatni, az amúgy is visszakanyarodó levelek közé Timaffy dr. válasza is jól illik.

A harmadik szakaszban — külön számban — két olyan levelet teszünk közzé, Adler Péter és Simon Tamás dr.-okét, amelyek már eltávolodnak a szaknyelv szűkebb tematikájától, és a cikkek érdemi, tartalmi vonatkozásaival foglalkoznak. Ezeknek a leveleknek mi nagy jelentőséget tulajdonítunk.

Reméljük, hogy a levelek újabb hozzászólásokat indítanak el, és lassanként közelebb jutunk a probléma tisztázásához.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Orvosi nyelvünk problémáiról.

T. Szerkesztőség! Az *Orv. Hetil.* 1978. évi utolsó számában a Szerkesztőség az MTA elnökségének állásfoglalásán túlmenően számos hozzászólást ismertetett s együttműködésre szólította fel szakíróit és olvasóit. A kérdéskomplexum túl bonyolult ahhoz, hogy egyetlen hozzászólás akárcsak megközelítően is megoldhatná, hiszen számos kérdésben magam is tanácstalan vagyok, de *bízzunk a Szerkesztőség kezdeményezése alapján megihletett kollektív bölcsesség és a helyes magyar nyelvérzéken alapuló közízlés erejében.* Indíttatva érzem magamat a MTA elnökségének állásfoglalásától miszerint „a tudományos szaknyelv alakítása terén valamennyi tudományágnak jelentős teendői vannak", de *Trencséni dr.*-tól is, annál is inkább, mert magam is úgy vélem, hogy „nem érkezett el a magyar orvosi szaknyelv felszámolásának kora". Meggyőződésem, hogy *a szaknyelv is él és fejlődik, mégpedig a tudomány felgyorsulásával együtt robbanásszerűen. Ez jelenti a ma embere számára a különös veszélyt és ez kötelez bennünket e téren is fokozott éberségre és felelősségtudatra.*

Közösen osztozunk a felelősségben

Meggyőződésem, hogy orvosi nyelvünk milyenségéért elsősorban mi vagyunk felelősek. Azok, akik azt beszélik, írják, vagy az írásokat ellenőrzik. Felelőssége — ha tetszik bűnrészessége — van természetesen minden orvosi lapnak, könyvkiadónak, azok lektorainak és szerkesztőinek is. Nemrégen kaptam vissza pl. egy kéziratomat, melyben a lektor az „anaesthesia" szót — amelynek értelméről általában a laikus közvéleménynek fogalma sincs —, következetesen „anesztézia"-ként magyarosította, míg a „sympathikus"-t — ami viszont átment a széles köztudatba — idegen írásmóddal hagyta meg. Nem csoda tehát, ha *kiadott könyveinkben — még egyes kiadókon, sőt néha köteten belül is — az egységes orvosi helyesírás nyomai sem találhatók meg.* Sőt, tovább megyek! Nincs szinte két olyan írásom, amelynek helyesírása azonos lenne. Amikor manapság régi különlenyomataimat borzadva olvasom, önkritikusan meg kell állapítanom, hogy nem ritkán még egy cikken belül sem voltam mindig következetes. Ez részben menthető, hisz *az egyes lapok (kiadók) eltérő igénye teljesen összezavarja a szerzőket és olvasókat, de az is igaz, hogy szegény szerkesztőket is befolyásolja a különböző szerzők egymástól eltérő írásmódja,* s nem csoda, ha végül már ők maguk sem tudnak következetesen (helyesen) írni. Pedig *a kiadott könyvek (művek), közlemények stb., akaratlanul is tovább tanítják, példára serkentik, nevelik (vagy tudat alatt fertőzik?) a ma olvasóját, a holnap szerzőjét.*

Sovány vigasz, hogy az orvosi *nyelv kérdése szinte egyetlen nyelvben sem megoldott.* Még az angol és német nyelvek is erősen küszködnek a helyesírással és terminologiával, távolról sem egységes a nómenklatúrájuk. Mindez a szaknyelv és helyesírás általános problémáját jelzi s nem menthet fel minket saját nyelvi gondjaink megoldásának keresése alól.

Az anaesthesia szó írása pl. külföldön sem egységes. A német használja „Anaesthesie" és „Anästhesie", az angol „anaesthesia" és „anesthesia" formájában egyaránt. Az angol nyelvterületen e szó még orvosi folyóiratok címlapján is kétféle írásban jelenik meg.

Veress Alber dr. írása (Orv. Hetil. 1978. 3285.) számunkra igen példamutató és rokonszenves volt, mert teljes joggal mosta meg fejünket és egyben jó példát mutatott arra, hogy a határainkon túl élő magyar anyanyelvű olvasóknak is mennyire szívügye a magyar orvosi nyelv.

Közös célunk, hogy 1. *Orvosi nyelvünk szebb, magyarosabb, célszerűbb, szabatosabb legyen anélkül, hogy végletekbe vagy túlzásokba esnénk.* Ennek érdekében tegyünk bátran javaslatokat. 2. *Tisztázzunk olyan megoldatlan, vagy vitás kérdéseket, amelyekben ma még nincs egységes gyakorlat.* 3. Közismert, hogy saját hibáinkkal szemben érzéketlenek (immunisak?) vagyunk. Ha ez nem így lenne, nem követnénk el léptennyomon azokat. *Ha pedig saját hibáinkat nem is mindig vesszük észre (szerzői vakság), legalább másra hívjuk fel a figyelmet, abban a reményben, hogy mások majd a mienkre világítanak rá.* E vonatkozásban a lehető legtermészetesebb a *Littman Imre* professzor *(Orv. Hetil.* 1978. 3287. által — talán túlságosan is — hangsúlyozott *sine ira et studio,* amit egyszerűen kollegiálisan fel kell tételeznünk egymásról. (De aki ismeri *Littman dr.*-t, annak egyébként is feleslegesnek tűnik mentegetődzése.)

Mindenekelőtt előre bocsátom, hogy nem óhajtok a „tanítók" mezében tetszelegni, mert jól tudom, hogy saját írásaimban — nyilván ebben is — jócskán található hiba. Ezért írom át őket gyakran. Sajnos néhány heti „pihentetés" után rendszerint újra csak akad bennük átírni való. Ezért aztán vagy a hibák száma csökken (ez a ritkább), vagy a türelmem fogy el (sajnos ez a gyakoribb eset).

A hagyományos nemzetközi orvosi nyelv

A régi orvosi — főleg anatómiai és pathologiai — nyelv nemzetközileg használt és megértett szóhasználata *a görög és latin nyelvből kialakult, a nemzeti nyelv hatásaitól és annak végződéseitől deformált konyhanyelv volt.* Századunkban úgy tűnik, hogy ezen általánosan megértett sajátos nyelv mindjobban elkopik és háttérbe szorul. Hol vannak azok a „boldog idők", amidőn etimologiai elemzésbe bocsátkozva az ősi görög, vagy latin szótövekhez visszamenve próbáltunk egy-egy vitára, vagy rossz szóhasználatra — aránylag egyszerűen — fényt deríteni, vagy választ keresni? A latin nyelv éppen a latin eredetű nyelvekben (francia, olasz, spanyol stb.) esett először az anyanyelv áldozatává. Ez érthető is, hiszen a hasonlatosság csábítóvá, sőt kézenfekvővé tette az átállást. De szakított a latin—görög szóhasználattal az angol és orosz nyelvű irodalom is. *Sajnálatos, de meg kell állapítanunk, hogy ma már nincs az orvostudománynak mindenki által érthető nemzetközi nyelve.* A hagyományos nyelv helyett ma egyre inkább bizonyos — rendszerint nehezen lefordítható német, francia, de legfőképpen angol kifejezések (és sajnos rövidítések) árasztják el — mégpedig egyre riasztóbb mértékben az irodalmat. Ezek nem kis káoszt okoznak orvosi nyelvünkben és egyre nehezítik az irodalom olvasását is. A ma orvostanhallgatója ezért aránylag könnyen „megél" évekig tartó latin vagy görög előműveltség nélkül, noha ez még nemrégiben elengedhetetlennek, sőt elképzelhetetlennek tűnt. Még ahol a latint megtartották, kiejtését és helyesírását ott is módosították. Az angol és német nyelvben részben eltűntek pl. az „ae" hangok, helyette „e" vagy „ä" alakult ki, s az „oe"ből is „e" vagy „ö" lett. Nem csoda hát, ha a folyékony és klasszikus latinságáról közismert *Bugár Mészáros* tanár úr kifogásolja az angol—német—latin írástól megfertőzött felemás („ae" és „e") írásmódot és a rossz latinságot. Az általa felhozott hibákat szinte az összes diagnózis helyes elnevezésében (pl. a ca. coli, vagy colontos? stb.) lehetne folytatni, de attól tartok, hogy ma már *igazán nem is szabad egy előképzettséggel nem rendelkező, elkorcsosult keveréknyelvet beszélő orvostól a klasszikus latint számon kérni.* Persze alapvető fogalmakat azért illik tudni, pl. hogy helyesen histologia(s nem hystologia), vagy lithiasis (és nem lythiasis), stb.

A fogalmak egységes értelmezése és használata

Igazán egységes orvosi nyelv (nevezéktan) voltaképpen sohasem

volt, s a fejlődés tendenciája ma is inkább a dezintegrációt segíti elő. A kezdeti azonosságok is később az egyes nómenklatúrák, iskolák hatása, szóhasználata és értelmezése szerint eltávolodtak egymástól. E zűrzavar napjainkban tovább fokozódott. Így pl. a német iskola gyomor „resectió"-ról beszél, az angolszász „gastrectomiá"-ról. Nálunk „a „hasfali sérv" elnevezés terjedt el, míg külföldön a helyesebb „hegsérv" dívik inkább. Az angolszász irodalomban a collapsus és shock szinonimák, míg a német iskolában — és sajnos nálunk is — a köztük levő különbség szigorlati „forszkérdés". (Egyike az apáról fiúra szálló ostobaságoknak, hiszen az életben soha senki sem kerül olyan helyzetbe, hogy egy puszta ránézéssel is megállapítható, eszméletvesztéssel járó egyszerű ájulás és a shock közt bonyolult differenciáldiagnosztikai elkülönítésre kényszerüljön.) A syncope (ájulás) kifejezés tartja magát nálunk a klinikai halálra, míg az angol irodalomban helyette a „cardiac arrest" terjedt el, bár mi nevezhetnénk „váratlan keringésmegállás"-nak is. A „resuscitatio" és „reanimatio" az angol és a francia irodalomban legtöbbször szinonimák, de a reanimatiót (long term resuscitation) az intenzív therapiával is azonosítják. Ezen túlmenően „resuscitatio"-nak nevezi az angol csaknem minden vitalis funkció és súlyos állapot revitalizálását, ill. rendezését. Így, beszél a keringés, légzés, só-vízháztartás, shock, peritonitis, plasmavolumen stb. resuscitatiójáról. Hasonló, de nem precízen körülírt, ezért a gyakorlatban keveredő fogalmak az „exstirpatio", „amputatio", „resectio", „enucleatio". Mást ért „eventeráció" alatt a francia és a német orvosi nyelv. Mindebben jó lenne egységesnek lenni, bár ez nemzetközi szinten eleve reménytelen. *De talán nem elérhetetlen cél, hogy az országon belül legyünk egységesek.* Ez annál is inkább fontos, mert *egy kis ország többféle nyelv hatásának van kitéve, amelyeknek önmagukban is fellelhető, de egymás közt még fokozódó terminologiai káosza a mi nyelvünkben tovább hatványozódik.*

Célszerű volna tudatosan eldönteni, hogy mit, hogyan és miért fejezünk ki. A légcsőmetszést (és nem gégemetszést!) az angolszászok „tracheostomiá"-nak, míg a németek „tracheotomiá"-nak nevezik. Mi inkább az ún. német iskolához tartozván korábban szintén tracheotomiát használtunk, míg ma mindinkább a tracheostomia van terjedőben. A „-tomia" alatt valamely üreges szerv megnyitását, majd bevarrását (pl. diagnosztikus gastrotomia), míg „-stomia" alatt megnyitását és kiszájaztatását (tápláló gastrostomia) értjük. Kétségtelen, hogy a légcsőmetszés inkább az utóbbihoz hasonlít, tehát véleményem szerint inkább a „tracheostomia" a helyes elnevezés. Különösen ha a „bécsi intenzív therapiás iskolá"-t követjük, s a tracheát a bőrhöz mintegy ajakszájadékként kiszegjük. Két éven belül hazánkban két intenzív betegellátással foglalkozó könyv is jelent meg (bár maga az intenzív betegellátás állna olyan jó lábon, mint az irodalma!), s ezek után egyáltalában nem meglepő, hogy az egyikben „tracheotomia", a másikban „tracheostomia" szerepel, de könyvön belül (!) utóbbi sem következetesen. Ugyanígy meg kellene egyeznünk, hogy mi a helyes, az „appendectomia", „thrombopenia", „leukopenia", „lymphopenia" stb., vagy az „appendicektomia", „thrombocytopenia", „leukocytopenia", ill. „lymphocytopenia". (Magam az utóbbira tenném a voksomat.) Zavaró az „enterolithotomia" kifejezés *(Magyar Sebészet,* 1979. 44.) hisz voltaképpen nem a követ vágjuk fel, hanem a belet (enterotomia) a követ viszont eltávolítjuk (lithectomia).

Az angol térhódítás kérdése. Mennyire magyarosítsunk?

Akár tetszik nekünk, akár nem, akár befogadjuk, vagy védekezünk ellene, aligha tévedek abban, hogy a *legújabb orvostudomány uralkodó irodalmi és kongresszusi nyelve ma már nem a latin-görög, hanem az angol, vagy legfeljebb az angolosított latin.* Ez elől már nem lehet kitérni. Különösen egy kis ország nem teheti ezt, mert rá van utalva az angol nyelvű irodalom rendszeres olvasására. Éppen ezért *Cseh dr.*-nak (Orv. Hetil. 1978. 1447.) a fokozott latin tudást szorgalmazó javaslatát — *Tonelli Miklós*sal egyetértésben — nem tartom időszerűnek, *mert legalább olyan — ha nem nagyobb — szükség van az angolra, mint a latinra.* Az idegen nyelveken a latin szavak rendesen anyanyelvi végződéseket kaptak, anyanyelvi helyesírással (a németben pl. resektion) s ez a jelenség nálunk is fellelhető. Az angolban ezen túlmenően, ahol az eredeti szó meg is maradt, azt a kiejtés olykor felismerhetetlenné teszi. Pl. az eredeti „labilis"-ből származó — hazánkban is használt — „labil" szót az angol „lebájl"-nak ejti, ami már nem is hasonlít az eredeti latin szóhoz. A nevekkel még több bajunk van, mert ezek kiejtésére az angolban még kevésbé van szabály, mint egyéb szavaikra. A „Douglas" szó kiejtése valószínűleg „daglesz", de mi mégis konzekvensen „duglasz"-nak ejtjük. A sok szerzői név megtévesztő is lehet. Így történt meg, hogy az „egyszeri sebész" a kivájt ún. „vájt" szondát „White" szondának írta.

Problémát jelent, hogy milyen mértékben „hagyjuk magunkat" az angolosítás rohamától (sőt divatjától) leteperni? Mennyit őrizzünk meg sajátunkból és mennyit vegyünk át? Hogyan ejtsük az átvetteket? Hol van a határa a divatosan hangzó angolos ‚sikk"-nek és hol kezdődik a nyelvrontás? Mikor ártunk már az erőszakos magyarosítással és mely esetekben kell keresnünk megfelelő új magyar műszavakat?

Hadd hozzam fel *Timaffy Miklós dr. (Orv. Hetil.* 1978. 2471.) példáját. A „pacemaker" szó már közismert orvosi nyelvünkben. Mégis úgy hiszem, hogy ezen általános szó jogosan keres (kér?) magának — ha tetszik megérdemel — egy magyar megfelelőt. Az angollal rokon — ezért főleg újabban sok angol szót átvevő — német nyelv is keresett egy sajátot, bár könnyen elbánt a problémával, mert az angol kifejezést egyszerűen szó szerint lefordította (Schrittmacher). Mi nem követhetjük ezt a gyakorlatot, hiszen a „lépéscsináló" szó nemcsak célszerűtlen, de nevetséges is lenne. Hívhatnánk persze — *Timaffy* ajánlatára „ütemszabályozó"-nak, „műütemező"-nek vagy saját javaslatom alapján „ütemvezérlő"-nek, vagy „rhythmusvezérlő"-nek. Az utóbbi maga is felemás szó, bár a rhythmus (ritmus?) már meghonosodott szónak tekinthető. A pacemaker tulajdonképpen egy „mesterséges ingerkeltő" (azt hiszem *Trencséni dr.*-tól hallottam e kifejezést), de a két szóból összetett kifejezés a nyelv egyszerűsödési tendenciája miatt már eleve csak hátránnyal versenyezhet az egyszerű kifejezéssel. A *Timaffy* által ajánlott „műverő" sem jó, mert az eszköz nem ver, hiszen továbbra is a szív ver, a pacemaker legfeljebb veret. Kissé merész, de nem elképzelhetetlen műszó lenne az általam ajánlott „dobogtató" szó, hisz voltaképpen a pacemaker mesterséges elektromos ingerei valóban „dobogtatják" a szívet.

Nyilván lesznek olyan lefordított magyar kifejezések (pl. pozitív kilégzési végnyomású lélegeztetés), amelyeket befogadunk, másokat nem. Így volt ez már a nyelvújítás korában is. E vonatkozásban nem is tartom olyan rossznak a „búskomor" szót sem *(Orv. Hetil.* 1978. 3286.). Az epilepsia felsorolt alternatívái mellett alkalmazható talán a „rángógörcs" is, a „steal syndroma" lehetne „elszökéses tünet", a „sick sinus syndroma", ha nem is „beteg öböl tünetegyüttes" *(Orv. Hetil.* 1978. 3286.), de „gyenge sinus-tünet", hiszen ha angol—latin összetétel elfogadható, akkor a magyar—latin mégiscsak jobb. Kétségtelenül sok szóra akad jó magyar kifejezés. Ilyen pl. a „spike", amit nehézség nélkül „tüské"-nek vagy „tövis"-nek lehetne hívni. (Ha meggondoljuk, hogy meghonosodott a sebészetben a „cserebogár", a „buci" avagy a „paprika", akkor a „tüske" miért ne lenne jó?)Az „exit block" voltaképpen „kimeneti blokk" (a blokk már meghonosodott), vagy „kimeneti

zárlat", a „demand" lehetne talán „hívásos" (?) „alkalmi" (?), a „fix" „állandó" (bár a fix már átvett szó) stb. Attól tartok, hogy *Bánki M. Csaba dr.* kissé túlzottan fél a magyarosítástól.

Véleményem szerint *nem szabad feladni a harcot a megfelelő helyes magyar szavak keresésében.* A szokatlanság nem jelent feltétlen akadályt. *Picasso* és *Bartók* is meghökkentők voltak először, aztán megszoktuk és megkedveltük őket. Általánosságban megállapíthatjuk, hogy egy új idegen szó felbukkanása után *minél korábban keresünk magyar megfelelőt, annál nagyobb esélye van a megtapadásra és fordítva,* ha már meghonosodik az idegen szó, szinte már reménytelenné válik kiűzése orvosi nyelvünkből. De számos kevésbé jelentős mindennapi szavunk helyettesítése még ma sem késő, hiszen az egyetem és szakközépiskolák már az új kifejezést oktathatnák. Ilyen kifejezés a longetta = csík, a „Tupfer Stieltupfer" = törlő, nyeles törlő, szó szerint „mártó". Utóbbiból is látható, hogy nem feltétlenül szószerinti, hanem értelemszerű fordításra kell törekednünk. Van viszont olyan közismert szavunk, amelynek egyenesen jó, hogy általános jelentése van (pl. shock = ütés), ezáltal egy multikauzális sajátos tünetegyüttest jelezhet.

Valóban *ne a szellemi restségen múljék, hogy nincs magyar szavunk.* Ha pedig valóban nincs, akkor ne szégyelljük a kérdéses szót — sok máshoz hasonlóan — átvenni, amiként pl. átvettük a happy end („hepiend") kifejezést vagy a „football"-ban a „gól"-t stb. Lehet, hogy éppen a pacemaker (pészméker) kifejezésnek is ez lesz a sorsa. Sokszor az átvett szó is elmagyarosodik. Ki tudja ma már a „felcser"-ről, hogy az német „Feldscherer" (tábori borbély), az „obsit"-ról, hogy a német „Abschied" átvett, majd magyarosított változata.

Számos szerző úgy tér ki a magyar megfelelő változat nélküli idegen szavak elözönlésének szorongató problémája elől, hogy az általa ajánlott magyar kifejezést zárójelbe teszi (ez a helyesebb, de sajnos a ritkább eljárás), vagy a szóban forgó kifejezést idézőjelbe teszi mintegy kifejezvén, hogy nem adta ugyan meg magát az idegen (legtöbbször angol) térhódításnak, de jobbat nem tud. Ez az alapjában vett helyes gyakorlat azonban nem adhat menlevelet vagy felmentést a kritikátlan angliczimusnak. Az *Orv. Hetil.* 1977-es évfolyamában az 1831-es oldalon pl. ismételten olvasható, sőt a cikk összefoglalójában is szerepel a „pancreatitis-like" elnevezés. Bár némi mentséget jelent, hogy a szó „keresztapjaként" a szerzők más szerzőkre hivatkoznak, ami azonban nem lehet ok a szolgai átvételre. *E felemás, latin—angol—magyar szóösszetétel sehogy sem menthető és még idézőjellel sem helyeselhető,* mert hagyományosan, ill. magyarul is jól kifejezhető a „pancreatitis-szerű" vagy „hasnyálmirigy-gyulladásszerű" összetételekben. Valószínűleg hasonló dilemmával küzdött az *Orv. Hetil.* 1977-es évfolyam 3107. oldalán egy kongresszusi beszámoló is, melynek szerzője a „trial" és a „long term" szavakat idézőjelbe tette, noha a „kísérlet" és „tartós" kifejezések véleményem szerint szerencsésebbek lettek volna és sokkal magyarosabban fejezték volna ki a kívánt mondanivalót. Viszont véleményem szerint okkal tette idézőjelbe a cikkíró *(Orv. Hetil.* 1978. 1631.) a szűk „dosis range" (szűk dózis határok közti? vagy dózis sorozatú?) kifejezést.

A beszélt nyelv, mint a szakirodalom nyelvének „nyersanyaga"

A szaknyelv megrontója elsősorban nem az írott, hanem a beszélt nyelv. Előbbi csak tükre lehet utóbbinak. Orvosi nyelvünk tisztaságát a mindennapi beszédben kell meghonosítanunk, és védelmeznünk. Világos, hogy a *mindennapi élet orvosi nyelve, a leletek sajátos zsargonja, a zárójelentések stílusa s az előadások szövegezése óhatalanul is átkerül az irodalomba is.* Nem csoda tehát, hogy orvosi irodalmi nyelvünk is pongyola. Éppen ezért a kizárólagosan *az írott szövegre szorítkozó reformok eleve csak fél megoldást hozhatnak.*

A meghonosodott, idegen eredetű, keverék orvosi nyelvünk részben *maradiságra* épül, amelyben apáról fiúra száll a helytelen, nemritkán félrevezethető beszéd. Van benne egy adag *titkolódzás,* körülírás, amit a beteg nyugalmának igénye részben indokol és látszólag ment (bár a misztikus szavak sokszor éppen felizgatják a beteget), de tagadhatatlanul van benne jókora *indokolatlan ködösítés* (nagyképűség), *sznobizmus, felesleges idegenszó-használat vagy pontatlanság* is. Ezen az sem változtat, ha művelői mindezeknek nincsenek tudatában, tehát inkább szenvedői, mint okozói a nyelvrontásnak.

A *maradiság* jó példája a „bicarbonat", amelyet a vegyészek már régen „hidrogénkarbonát"-nak neveznek (vagyis a nevén), de mi erről vagy nem tudunk, vagy nem akarunk tudomást szerezni. A „mg %" fizikai képtelenség, mert valaminek a tömege vagy mg — azaz abszolút szám — vagy százalék, vagyis viszonyszám. Ezen egyedülállóan komikus ellentmondást már évekkel ezelőtt az *Orvosi Hetilap*-ban pellengérre állították, de kevés eredménnyel. Pedig a mg/100 ml kifejezéssel könnyen megoldható lenne a kérdés addig is, amíg a S. I.-rendszerre áttérünk. De felhozható a „hydrogen superoxid", a „nitrogen oxidul", a „Károly só", a „soda bicarbona", a „kalium permanganat, a „Sal Thebaici" stb. maradi szóhasználata is.

Félrevezető kifejezés pl. a „körlevegő", ami voltaképpen „légköri levegőt" akar jelenteni, csak éppen előbbinek semmi értelme sincs. A „fából vaskarika" tipikus példája a negatív vagy pozitív „bázishiány". Mert az még csak érthető, hogy — 20 Ft a pénzhiányom, de hogy + 20 Ft „pénzhiányom" (azaz többletem) van, az sehogy sem. (Mi — többekkel együtt — évek óta a „báziseltérés" kifejezést használjuk a BE magyar értelmezéseképpen, ami már valóban lehet negatív, vagy pozitív is.)

Egyáltalában a „negatív" és „pozitív" szavak rendkívül kedveltek. Egy klinikopathologiai konferencián hallottam, hogy a beteg „vércukorterhelése negatív volt", holott az lehet „kóros", „elhúzódó", de negatív nem. A családi anamnesis is gyakran negatív. Az *Orv. Hetil.* 1978. 1081. oldalán pl. „negatív haematologiai status"-ról, az 1977. évi *Orv. Hetil.* 455. oldalán „negatív EKG"-ról. olvashattunk. Szerintem még az EKG leletre sem helyes azt mondani, hogy „negatív" *(Orv. Hetil.* 1978. 3288.), legfeljebb a T-hullámra.

A felesleges *titkolódzásra* és *sznobizmusra* is sok példa hozható fel. Kórlapokban, zárójelentésekben, sőt előadásban is „előkelőben" hangzik az ilyesfajta szövegezés: „Mater elmondja, hogy...", „Pater a venereás betegségeket... nem említi", „Az egrotus alkoholizmust negál", a seb „dehiscal", Anaemiát nem tudunk „detektálni", „Eseménytelen graviditás". „Előrement műtét" stb. Nyilvánvalóan magyarosabban hangzanék, ha azt mondanánk vagy írnánk, hogy „Az édesanya (van-e ennél szebb magyar szó?) elmondja", „Apa szerint nemi betegsége nem volt", „A beteg úgy nyilatkozik, hogy szeszes italokat nem fogyaszt", „A seb szétnyílt", „Vérszegénységet nem találtunk", „Zavartalan terhessége volt" stb. Ami pedig a (lábon?!) „előrement" műtétet illeti, úgy hiszem, ennek lehetetlen hangzását szükségtelen kommentálni.

A mindennapi gyakorlatban *számos idegen szót feleslegesen használunk,* melyeknek semmi köze nincs a nemzetközi orvosi nyelvhez. Miért kell a vénát „strangulálni", amikor leszorítani is lehet, a beteget „emittálni", amikor egyszerűen haza lehet engedni. „A „drainálás", a „punctio", „incidálás" (incindálás), „suturázás", „narkotizálás" helyett lehet csövezni, csapolni, felvágni (feltárni?), altatni — a német „Rausch" helyett bódítani, ill. „Wasserstoss" helyett vízlökést alkalmazni stb.

Új idegen szavakat is szívesen képezünk. Ilyet olvastam pl. az *Orvosképzés* 1978. évi utolsó számában, ahol a szerző „adrenerg recepció"-ról ír, s arról, hogy az

anyagcsere növekedést „kupírozni" kell. (Az idegen szavak szótára szerint lovak vagy kutyák farkát szokás kupírozni, véleményem szerint az anyagcserét helyesebb csökkenteni, vagy gátolni). Ugyanitt olvasható, hogy „katecholizálódást intravénásan hyperalimentált betegeinknél nem észleltünk" („katecholizácio" új szó?). Itt szerepel az intenzív therápiás „rezsim" is, ami némi túlzással intenzív therápiás kormányt, uralmat, életmódot, vagy étrendet jelentene.

Nem vall következetességre a magyar és latin szavak keverése: pl. „congenitalis csípőficam" *(Orv. Hetil.* 1978. 2486.), mert vagy luxatio coxae congenitalis, vagy veleszületett, ill. világra hozott csípőficam. Ilyenek még a „congenitalis inguinalis sérv", „congenitalis strukturális dongaláb" (idézetek ugyanonnan) stb. Sajnos magam is használtam az asztronómiai hangzású „meteoros has" elnevezést, holott az helyesen meteoristikus, méginkább gázos lenne.

A *pontatlanságra* még több példa akad. Itt van mindjárt „a beteg exitált" szóösszetétel, ami szó szerint azt jelenti, hogy a beteg „kiment". (Átvitt értelemben az exitus még sikert, eredményt is jelképezhet!). Viszont az „exitus letalis" halálos kimenetelt jelent, amiből megmaradt az exitus. Azt is belátom viszont, hogy meggyökeresedett régi szavaink hasonló revíziója nem csökkentené, hanem csak fokozná a zűrzavart, mint ahogy ezt okozná pl. a „próbareggeli" „megreformálása" is, amelynek ma már semmi köze sincs a reggelihez. (Köszönöm szépen ezt a gumicsőből álló reggelit, amely nem adó, hanem elvevő, azaz „negatív" reggeli, amit a magam részéről — ha lehet — inkább nem „próbálok".)

A „fizikális" vizsgálat megszokott szó, de rendkívül idegenül hangzik. „Érzékszervi vizsgálat" talán jobb lenne, hisz az ún „fizikális vizsgálat" voltaképpen érzékszerveinkre (látás, tapintás, hallás, szaglás) támaszkodik.

Pontatlan a „gerincoszlop" elnevezés is. A német „csigolyaoszlop"-ról (Wirbelseule) beszél, míg a magyar „gerinc" már önmagában is ezt fejezi ki. (Ilyen természetű szava a németnek nincs is). Meghonosodott a köznyelvben ismeretlen „alszár" kifejezés, ami azért is értelmetlen, mert „felszár" sincs.

Egyik előadásban hallhattunk a „tápcsatorna folytonossági hiányának helyreállításáról", holott nyilván az előadó a tápcsatorna folytonosságának helyreállításáról, vagy a folytonossági hiány megszüntetéséről akart beszélni.

Nyelvünk él, új szavak bukkannak fel, mások elkopnak. Bizonyos szavak kimennek a divatból, de van olyan is, amit kiközösítünk. Divatjamúlt szóképet őriz pl. a „bujakór", amit bujálkodás nélkül, szinte ártatlanul is megkaphat pl. a luessel gyanútlanul „megajándékozott" feleség. Viszont mint magyar szót talán kár lenne elhagyni, hiszen még mindig szerencsésebb a megtévesztő „vérbaj"-nál. Kár, hogy elkopott az igen kifejező és a katheterezés korszakában újra jelentőssé váló „húgyláz" fogalma. Sajnálom, hogy száműzték a jó hangzású „bába" szót, amit a „szülésznő" helyettesít, mint ahogy a kocsmát az „italbolt", a gulyást a „tehenész", a kanászt a „disznópásztor" váltotta fel. A hajdani „kedves nővér" elnevezésből már nemcsak a „kedves", de a „nővér" is veszendőbe ment, s helyét a „középkáder" vagy a nehézkes hangzású „egészségügyi szakdolgozó" követte. Sok embernek gondot okoz a „lágyék" és „ágyék" szavak értelme és a köztük levő különbség. Nem tudom van-e értelme olyan szavakat konzerválni, amelyeket nem vett be sem a köz-, sem az irodalmi nyelv. Mert az ágyékkötő a lágyéktáját fedi (amit sokkal inkább „ágyék"-nak nevez a köz- és irodalmi nyelv, mint a hátul levő ágyéki gerincet). A „terime" vagy „bennék" szavakat is hiába kerestem a „Magyar Értelmező Szótárban". A „terime-szaporulat"-ról egyenesen valamiféle termelőszövetkezet „állatszaporulat"-át asszociálja a laikus. Inkább, mintsem valamely kóros képletet, szövet tömörülést, vagy tapintáskor észlelt kóros ellenállást. A „bárzsing" és „remese" magyar szavak ugyan, de ezeket ma már mégis erőltetettnek vélem a közhasználatú „nyelőcső" és „vastagbél" kifejezésekkel szemben. A számos idegen nyelvből lefordított „tizenkétujjnyi bel"-et sem vette be a magyar. Helyette patkóbél (sőt a nem világos eredetű „nyombél") használatos. Hagyjunk fel az olyan szavak erőltetésével, amelyek csak a szigorlatok számára gyökeresedtek meg. Mesterkélt szónak tűnik — bár szintén magyar szó — az „éhomi" is, noha lehetséges, hogy alkalmazásával színesítjük a magyar orvosi nyelvet. A legtöbb közönséges földi halandónak mindenesetre hiába mondanánk, hogy „éhomra" kell maradnia *(Orv. Hetil.* 1978. 1545.) s „éhomi" értéke ez és ez *(Orv. Hetil.* 1978. 1383.). Ismertebb és elterjedtebb az „éhgyomor" kifejezés, de igazán nem tudnék dönteni, hogy melyik a helyesebb.

Külön nyelvezete van a leleteknek. Véleményem szerint ezeknek csak olyan részleteket szabad tartalmazniuk, amelyek a klinikus számára mondanak is valamit, vagy therapiás konzekvenciájuk van. Így pl. nem tudom mit kezdjen a klinikus (és szegény beteg) a „horog" vagy „szarvalakú gyomor"-ral, (az lenne furcsa, ha az egyenes csőalakú lenne), vagy a „gastritises" redőkkel, hiszen a gastritist csak a szövettan igazolja, még a gastroscopia is csak utalhat rá. Meglehetősen misztikusan hangzik a „lefűző" perisztaltika, a „renyhén derülő tüdőcsúcsok" vagy „renyhén mozgó rekeszek" stb.

A köznapi orvosi nyelv szívesen, de legtöbbször feleslegesen használja a „meg" igekötőt. Így pl a beteget „megékágézik", „megpegezik", (pneumoencephalographiát végeznek), „meglumbálják", „megangiózzák", megvénázzák", „megrektoszkopizálják", „meginfundálják" stb. A Dunántúli Jubileumi Belgyógyász Vándorgyűlésen (1978. jún. 7—9.) hallottuk a rosszhangzású „megrandomizálni" szót.

Nem ritka a felesleges „be" igekötő sem. Főleg annak kettős — magyar—latin — változata különösen bántó. Ilyen pl. a „beintubálás", „beinfundálás", „beinhalálás" stb., ami szó szerint bebetubálást (csövezést), bebefolyatást, bebeléget stb jelent. Mindennapi szóhasználat a „betransfundált vér", a „bedrainált has", a „beindult" vizelet és bélműködés, „belázasodott beteg" (ez talán jó is?) és a kezelés „beindulása" sem. A „felállított" kezelési terv helyett is talán magyarosabb lenne csupán a „kezelési terv", sőt a „felállított kórisme" is jobban hangzanék úgy, hogy a kórismét megállapítjuk, megtaláljuk, vagy feltételezzük. Divat a lázas beteg hőmérsékletét „visszamérni" sőt a festéket is „visszamérni" *(Orvosképzés* 1978. 324). (Ennek logikus ellentéte az „odamérés" lenne.)

Néhány ismétlődő hiba

Előadásban és írásban egyaránt szívesen alkalmazzuk pl. az „esetében" szócskát. Az *Orv. Hetil.* 1978-as évfolyamában a 1087. oldalon az összefoglalóban olvasható pl.: „hét anaemia perniciosás beteg esetében". Nem lett volna egyszerűbb úgy fogalmazni, hogy „hét betegen" (vagy betegben?), hisz nem az „esetben", hanem a „betegben" találták azt, amit leírtak. Ugyanez évfolyam 1139. oldalán szerepel pl. az a mondat: „Utóbbiak esetében erre nincs szükség". Nyilvánvaló, hogy az „esetében"-re sincs szükség, hisz az „utóbbiakban erre nincs szükség" mondatrész nemcsak rövidebb, de helyesebb összetételű is. A *Magyar Sebészet* 1978. évi 331. oldalán ábra feliratként szerepel a „necrotikus üregtelődés pancreascysta esetében". Úgy érzem helyesebb, egyszerűbb s egyben magyarosabb lett volna az „esetében" helyett egyszerűen „pancreas cystában"-t írni. Ugyanez vonatkozik a *Magyar Sebészet* 1979. 66. oldalán olvasható címre. „Súlyos gyomorvérzést okozó késői leiomyoma esete". „A coronaria betegségek okozta halálozás" *(Orv. Hetil.* 1978. 1225.) helyett magyarosabb lett volna a „coronaria betegségek halálozása", bár maga a „coronaria betegség" sem pontos kifejezés. Hasonlóan kedvelt germanizmusunk a kisegítő szóként használt „vonatkozóan", vagy a rend-

szerint minden nehézség nélkül elhagyható „célozza", „célba venni" szóösszetétel. „Sokat tehetünk a rák korai felkutatása vonatkozásában" — nyilatkozta egyik ismert tudósunk az újságban. Nyilván ez a germanizmus (bezüglich) felesleges, mint ahogy a hasonló értelmű „illetően" is rendszerint elkerülhető. Az *Orvosképzés* 1978. évfolyam 329. oldalán olvasható a következő: „Nem szükséges megszorítást alkalmazni a K-bevitelt illetően". Helyesebben hangzanék a következő: „Nem szükséges az élettani igénynél kevesebb K-ot adni" (A gyakorlatban legfeljebb a „nadrágszíjat „szorítjuk meg", de nem a K-bevitelt, mégkevésbé „alkalmazunk megszorítást".). Ugyanitt a Szerző azt írja. hogy: „...dózisban ajánlanak steroidot adni". (Az adni felesleges szószaporítás, tehát elhagyható.) „A keresztülvitele" szó szintén germanizmus (durchführen). A *Varga—Btage—Giacinto—Széll* által szerkesztett „Intenzív betegellátás..." című könyvben pl. a centralis vénás nyomás „keresztülviteléről" olvashatunk.

Nyelvtanilag ugyan nem kifogásolható, de alkalmanként a szórend is zavaró lehet, különösen olyan esetekben, ahol az igekötő és az ige között egy másik szó van, s az igekötő ahhoz is hozzáképzelhető. Pl. az *Orv. Hetil.* 1978. 3160. oldalán olvashatjuk, hogy „meg kívánom jegyezni" vagy az 1139. oldalon „Hozzá kívánom fűzni", de ilyen az „el kívánom mondani" stb. szerkezet is, ahelyett, hogy azt írnánk, hogy „megjegyzem" — „hozzáfűzöm" — „elmondom" stb. Önmagában is szószaporítás, ha a szerző szándékát ismerteti (inkább tegye azt), pl. „előre kívánom bocsátani", „ki szeretném hangsúlyozni" stb. Rövidebb és egyszerűbb az „előrebocsátom" (de rendszerint ez is elhagyható), vagy a „hangsúlyozom" stb.

Azt hiszem teljesen felesleges valamely eset ismertetésekor az a látszatpontosságot sejtető konvenció, hogy a betegek kezdőbetűit megadjuk. Pl. „K. Gy. férfibeteg..." A kezdőbetűkre szorítkozó név részben az orvosi titoktartást igyekszik szolgálni s egyben a hitelességet akarja alátámasztani. Régen rossz azonban, ha a hitelesség ezen a két betűn múlik, hisz azt végső soron ki is lehet találni. (Az amerikai irodalomban legfeljebb a beteg színét, nemét és korát jelölik. Megjegyzem, hogy a felhozott példában a „beteg" szó is teljesen felesleges!).

Különösen vigyázni kell a közlemények címeire. Pl. az *Orv. Hetil.* 1978. évi 1093. oldalán a szerző felteszi a kérdést: „Dialysis vagy transplantatio, versus dialysis és transplantatio", ahelyett, hogy „versus" helyett „avagy"-ot használt volna. Az igazat megvallva „a kettős markerű elülső mediastinalis malignus lymphoma" (*Orv. Hetil.* 1978. 1081.) sem tetszik. Indokolatlanul sok benne az idegen szó (marker = jelző?). Ugyancsak az *Orv Hetil.* 1974. 2007. oldalán a közlemény címe a következő: „Renin meghatározás radioimmunmódszerrel patkány biopsiával nyert veseszövetében". Véleményem szerint: 1. a cím szükségtelenül hosszú és körülményes. 2. a kötőjel felesleges. 3. a cím értelemzavaró (patkány biopsia!?). Még az eredeti cím is helyesebben hangzana a következő változatokban: ....biopsiával nyert patkány veseszövet*ből*", vagy ...patkány*nak*, biopsiával nyert veseszövet*éből*. Figyelemre méltó, hogy a dolgozat az *Orv. Hetil.*-ban is a „Rövid experimentális közelmények" (miért nem kísérleti?) címszó alatt szerepel! „A klinikailag manifest orrmelléküregi osteomákról 15 éves beteganyagunk alapján" cím (*Orv. Hetil.* 1978. 1413.) is körülményes. A Szerző észrevehetően a címben mindent el akar mondani. A „klinikailag" nyugodtan elhagyható, de azt gyanítom, hogy a „manifest" is. S a 15 éves beteganyag a szövegből vagy össszefoglalóból úgyis kiderül. Véleményem szerint elegánsabb lett volna „Az orrmelléküregi osteomákról" írni.

A rövidítések áradata mint az egyes szakterületek kódjelei

Napjaink irodalma tele van rövidítéssel, amelyek legtöbbször angol eredetű szavak. Azt hiszem, nem tévedek, hogy ezek jelentik az irodalom olvasás legnagyobb csapdáját. „Megfejtésükben" már a szótárra sem hagyatkozhatunk. Betegségek, gyógyeljárások, hormonok és leletek egyaránt ömlesztve rövidített formában olvashatók. Ma már a német irodalomban sem mindig CN (carbamid nitrogen), RN (restnitrogen), hanem BUN (blood urea nitrogén) szerepel, de olvasható a VLDL=verly law density lipoprotein (*Orv. Hetil.* 1978. 3057.) és társai. Az ismertebb COPP kezelés mellett az *Orv. Hetil.* 1978. évi 2303 oldalán még 10 kombináció rövidítése lényegében a nem egyszer fantázia szülte gyógyszernevek kezdőbetűit vonja össze. A VACTERL-syndromában minden betű egy-egy anomalia kezdőbetűje, mégpedig részben igazi angol, részben angolosított latin. Így pl. az „R" jelenti a „rib" = bordát, de „renal" = vesét is. Voltaképpen egy önmagában értelmetlen „kóddiagnózissal" állunk szemben, amelynek azonban még mindig több értelme van, mint a szerzői nevek által fémjelzett tünetcsoportoknak és eljárásoknak, amelyek sok zűrzavart okoznak. Pl. a vörösvérsejtsüllyedést a cső alkalmazója után (?) „We"-nek (Westergren) az eljárás feltalálója alapján *Fahraeus*-nak, magyarosan süllyedésnek (S), latinosan—angolosan sedimentatiónak (Sed.) nevezik. A vérnyomás lehet RR (Riva Rocci), T (tensio, de ugyanez lehet temperatura is), BP (blood pressure) stb. Zavaró lehet, hogy ugyanazon rövidítésnek pl. több értelme lehet. Pl. „IC" jelenthet intracellularist, de immuncomplexet is (*Orv. Hetil.* 1978. 3105.).

A rövidítések özönét egyfelől racionális törekvés és a szóismétlések elkerülésének nemes szándéka, az olvasás egyszerűsítése, a cikkek rövidítése, papír- és időtakarékosság hívja életre, másfelől azonban a sok rövidítés áttekinthetetlenné válik, mely a nem bennfentesnek az eligazodását néha szinte lehetetlenné teszi. Igaza lesz lassan *Boulding-nek*, aki a tudományt „befalazott remeték gyülekezete birtokának" tételezi fel, ahol a tagok „sajátos különböző nyelveken mormolnak maguknak valamit, amit csak ők maguk értenek meg." De *Ortvay Rudolf* már 1940-ben azt panaszolta, hogy már egy tudományon belül is „bábeli nyelvzavar fenyegeti a tudomány haladását". A rövidítéseket már az anyanyelvét jól beszélő művelt ember, sőt képzett orvos sem képes követni, vagyis félig-meddig az egyes szakmák rejtjeleivé alacsonyodnak le. Sajnos, ezek ellen mi vajmi keveset tehetünk. Nem hinném, hogy általánosan követhető és járható út lenne ezeket egyszerűen magyarra fordítani s a magyar szót ismét rövidíteni. Ezek ugyanis nemzetközi szimbolumok, s a külföldi irodalmat olvasót ez a fordítás legkevésbé sem kímélné meg az idegen nyelvű rövidítések megértésétől és megtanulásától, ugyanakkor egyenesen sújtanánk a magyar olvasót egy újabb rövidítés megtanulásával. Másszóval nem csökkentenénk, hanem szaporítanánk a rövidítések számát. Ez nem jelenti azt, hogy egyes rövidítéseket ne magyarosítsunk, de ezeket jól gondoljuk meg. További nem kis problémát jelent, *hogyan ejtsük az angol rövidítéseket?* Kézenfekvő lenne, hogy ugyanúgy, mint ahogy az angolok, hisz a kongresszusi előadáson is csak így értjük meg őket. A nemzetközi gyakorlatban pl. a pozitív kilégzési végnyomású lélegeztetést (PEEP) az angolhoz hasonlóan „pip"-nek szokás ejteni, ami nehézség nélkül megy. Nem ennyire egyértelmű már a gyermekgyógyászatban szélesen elterjedt CPAP (continuous positive airway pressure) kiejtése. Ez angolul „szipiéipi" lenne, amit már érthetően nehezen fogadott be a magyar. Elterjedt tehát az angol rövidítés magyaros kiejtése a „cépap", ami érthető ugyan, de semmit sem mond s olyasféleképpen hangzik, mint a „covboj". Nyilvánvaló, hogy a rövidítések problémájából csak részben jelentene kivezető utat — bár feltétlenül kívánatos lenne — az orvosi rövidítések szótárszerű kiadása.

Egységes helyesírás

Világos, hogy először a *beszélt és írott orvosi nyelvben kell egy-*

ségesnek lennünk, a helyesírás reformja akkor már könnyebb kérdés. Csupán megegyezés, konzekvens végrehajtás és számonkérés kérdése az egységes orvosi helyesírás megteremtése. E vonalon máris történtek — sajnos eddig kevés visszhangra (követésre) találó — kezdeményezések pl. *(Brencsán* szótár), s ezt a dicséretes célt szolgálja a Magyar Orvosi Szaknyelv- és Helyesírási Bizottsága is. Ha végre e területen is egység születik, úgy a következetesség a helyesírást irányítóktól várható el elsősorban. Ma még távol állunk ettől. A „ventilatio"-t pl. minden nyelv egy „l"-el írja. Így szerepel az Orvosi Lexikonban, legtöbb szakkönyvünkben, az 1976-os *Brencsán*-féle Orvosi szótárban és az Orvosi Lexikonban is. Viszont a Helyesírási Tanácsadó Szótárban már a két „l"-es változatát találjuk meg. Mit tegyünk hát? A „veleszületett" még az 1975-ös Helyesírási Szótárban is két szóként szerepel, noha az vitán felül egy fogalmat jelent.

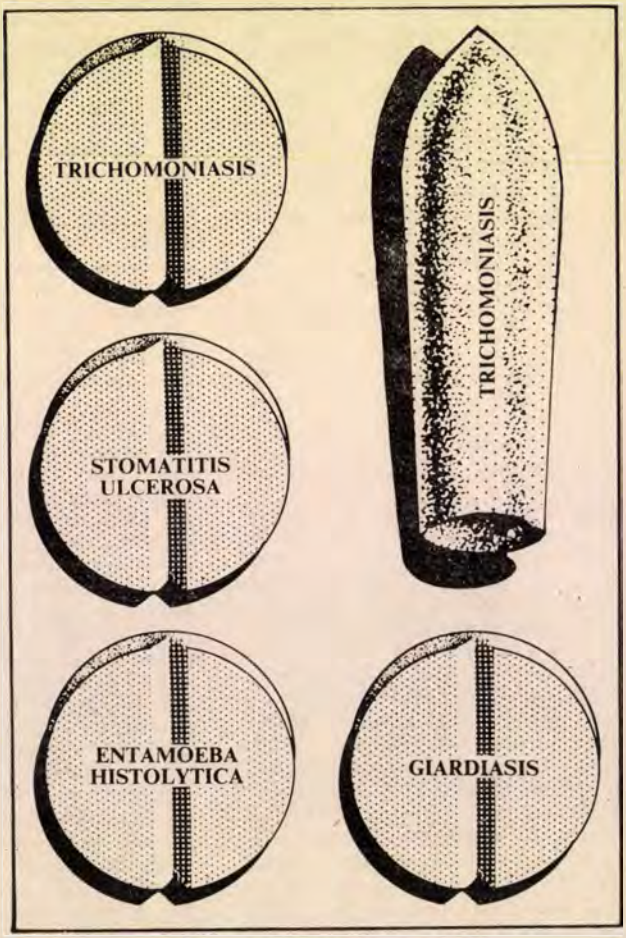
A nyelv helyessége szinte minden írásban megbírálható. Nyilván ebben is. Ezt szakmai vitákban szívesen használják fel „töltény"-ként is. Engem is jogosan leckéztettek meg *(Orvosképzés* 1977. 317.), hogy egy szövegemben „egyelőre" helyett „egyenlőre" szerepelt. Igazuk volt!. Egyetlen mentségem, hogy Vas megyében ez általános jelenség s számos író is osztozik velem e hibában. *Gárdonyi Géza* pl. egyenesen értelmetlennek találta az „egyenlőre" és „egyelőre" elválasztását, s az „egyelőré"-t „vadszó"-nak bélyegezve vele szembe állította a szerinte hasonlóképpen értelmetlen „egyhátra" szót. Kétségtelen azonban az is, hogy *Lőrincze* még nem hódolt be ebben a kérdésben a köznyelvnek, noha a két szó összetévesztése újságokban, sőt irodalmi művekben is gyakran fellelhető.

A helyes nyelv kialakítása nyilván nem várható egyes emberektől, csak elvi döntésektől és mindenekelőtt az azt egységesen megértő, támogató, betartó és számonkérő kiadóktól, szerkesztőktől, szakíróktól, olvasóktól és nem utolsósorban a mindennapi élet orvosától. Ebben is — mint sok másban — az *Orvosi Hetilap Markusovszky*-hoz méltó missziót vállalt magára, melyhez a siker reményében csak csatlakozhat mindenki, aki anyanyelvét szereti és a magyar orvosi nyelvet féltve ápolja. Szerény írásom is ezt a célt kívánta szolgálni.

Széll Kálmán dr.

KLION

tabletta, hüvelykúp



ÖSSZETÉTEL
1 tabletta 0,25 g metronidazolum-ot, 1 hüvelykúp 0,5 g metronidazolum-ot tartalmaz.

JAVALLAT
Férfi és női húgy-ivarszervi Trichomonas infestatio. Giardia lamblia fertőzések. Stomatitis ulcerosa. Entamoeba histolytica.

ADAGOLÁS
Trichomoniasisban reggel-este 1–1 tabletta 10 napon keresztül. Nők egyidejűleg 10 napon keresztül 1–1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe.
Giardia lamblia fertőzésben 2 × 1 tabletta, 5 napon át.
Entamoeba histolytica esetén 3 × 2 tabletta, 10 napon át.
Stomatitis ulcerosában 2 × 1 tabletta 3–5 napon át.
Gyermekeknek 0–1 éves korig naponta ½ tabletta, 2–4 éves korig naponta 2 tabletta 5 napon át, étkezés után, 2 részre osztva.
Entamoeba histolytica esetén naponta 2 × 1 tabletta.

MELLÉKHATÁSOK
Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.
A Klion – mint nitroderivatum – enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

FIGYELMEZTETÉS
A terhesség első három hónapjában ne adjuk!

MEGJEGYZÉS
✠ Csak vényre adható ki, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS 20 tabletta, térítési díj 6,60 Ft
10 kúp, térítési díj 7,50 Ft

OH 1166 Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

KÖNYVISMERTETÉS

Csákány György és Forrai Jenő (szerk.): **„Klinikai röntgendiagnosztika".** Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1977. 482 oldal, 317 rajzos ábra, 177 röntgenfelvétel reprodukció.

Mindig jelentős esemény ha magyar nyelvű röntgendiagnosztikai munkával gazdagodik orvosi irodalmunk, amely radiológiai tárgyú összefoglaló munkákban ugyancsak szegény. Ezért örülök a Csákány György és Forrai Jenő szerkesztésében napvilágot látott „Klinikai röntgendiagnosztika" című könyvnek.

A bevezetőben a szerkesztők utalnak arra, hogy a könyv a Területi Radiológus Továbbképzésre összeállított anyagot tartalmazza. A kilenc fejezetből álló munkát az egyes szakterületek kiváló művelői írták, sok éves tapasztalatuk alapján kifejtve a szóban forgó kérdésre vonatkozó felfogásukat.

Tekintve, hogy a továbbképzésben résztvevő előadók egyéni álláspontjukat ismertetik, ezért nem mindenki, így magam sem értek mindenben egyet a leírtakkal. Ennek a mellkasi rész vonatkozásában lektori véleményemben hangot is adtam.

Hasznos lett volna ha a Szerzők és Szerkesztők tisztázták volna azt, hogy érdemes-e csak a Területi Radiológus Továbbképzés céljára könyvet írni, vagy olyan könyvet kellene kiadni, amely tartalmazza a szakorvosképzés és továbbképzés anyagát. Én az utóbbi megoldást tartanám helyesnek, ehhez viszont bővebben és jobban arányosítva kellene feldolgozni a közölt ismereteket. Hiányokat kellene pótolni; csak példaképpen említem a csecsemő- és gyermekgyógyászati röntgendiagnosztikát, valamint azt, hogy mostohán bántak a nyelőcső perforáció röntgendiagnosztikájával, amely nem azonos a mediastinitis röntgenjeleivel. A mellhártya-daganatok is felvetnek diagnosztikai problémákat — ezekre, és egyebekre is ki kellene térni.

Dicsérendő az a törekvés, hogy egységesítsék a röntgendiagnosztikai terminológiát és azt általánosan el is fogadtassák. Amennyire egyetértek avval, hogy ki kell gyomlálni a semmit nem mondó, felesleges frázisokat, anatómiailag és patológiailag jól meghatározott magyar kifejezéseket kell használni, annyira ellenzem, hogy a meghonosodott görög-latin röntgendiagnosztikai terminológia helyett angol műszavakat alkalmazzanak, fokozva ezzel a felnövő orvosgeneráció értetlenségét az orvosi nyelv vonatkozásában.

Nagy gondot kell fordítani a korrektúrára. Ezt támasztja alá a megjelent hibajegyzék, amely elég terjedelmes, de még ebben a formában sem tökéletes.

Mindezt abban a reményben írom le, hogy a várható második kiadásban benne lesz mindaz ami szükséges a szakorvosi felkészüléshez, és ezáltal megszületik a régóta hiányolt magyar röntgendiagnosztikai kézikönyv.

A Medicina Kiadó tetszetős formában jelentette meg a könyv anyagát, a rajzok és röntgenábrák jók.

Erdélyi Mihály dr.

Münch, O. (Hrsg.): Biopsie-Ergebnisse und Probleme. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1977. 291 oldal. Ára: 39,— M.

A kiadvány a „Gesellschaft für experimentelle Medizin der DDR" Ergebnisse der experimentellen Medizin c. sorozatának 27. köteteként jelent meg és 47 dolgozatot közöl a tárgykörből. Az egyes írások szerzői túlnyomórészt az NDK, kisebb részben más szocialista országok pathológusai és klinikusai. A vesebiopsiát 9, a májbiopsiát 18, a gyomor-bél traktus nyálkahártyájának biopsiáját 10, a légzőszervekét 6, az izombiopsiát 3, az ujjbegy-biopsiát pedig egy közlemény tárgyalja.

A vesebiopsia klinikai rutindiagnosztikai alkalmazásáról G. Ditscherlein, a Charité nemzetközileg ismert kutatója ad kitűnő áttekintést. Kiemeli a félvékony metszetek vizsgálatának és az immunhistologia alkalmazásának a fontosságát. Prágai szerzők a vesebiopsia gyermekgyógyászati indikációit és értékelését tárgyalják. A további közlemények a pyelonephritisben, diabetesben, lupus erythematodesben és vesetransplantatio kapcsán található elváltozásokat tárgyalják.

A vak májbiopsia diagnosztikus korlátaira néhai Kettler professzor mutat rá bevezető áttekintő írásában; magyar szerzők (Schaff és mtsai) munkáját is idézi. Wohlgemuth a biopsiás anyagon alkalmazható speciális eljárásokat, köztük a ^{3}H-thymidinnel in vitro végzett autoradiographiát tárgyalja. Érdekes Lorenz és Meng észlelése, akik hyperthyreosisban a diabetesben előfordulóhoz hasonló magelváltozásokat találtak a májsejtekben. A gyermekkori májbiopsiával 3, anyagcserezavarokban végzett májbiopsiával 4 közlemény foglalkozik. Heidl α_1-antitripsin hiányos állapotban kifejlődő cirrhosisban megerősíti a májsejtek cytoplasmájában előforduló PAS-pozitív, diastase-resistens, eosinophil-testecskék diagnosztikus értékét.

A gastroscopos gyomornyálkahártya-biopsia jelentőségére a gyomorrák korai felismerésében David és mtsai mutatnak rá. Hangsúlyozzák, hogy minden 50 év feletti beteget, akinél maximális stimulációra sem következik be sósav-elválasztás, gastroscopos és biopsiás vizsgálatnak kell alávetni. A vékonybél-biopsiát tárgyaló 4 közlemény közül 3 a csecsemő- és gyermekkorban szerzett tapasztalatokkal foglalkozott. A vastagbél-biopsiáról 3 közleményt találunk, amelyek a rectumpolypokat, a colitis ulcerosát és megacolont tárgyalják. Utóbbi diagnosztikájában javasolják az acetylcholinesterase-aktivitás histochemiai vizsgálatának a bevezetését: az aganglionáris szűkült segmentumra az extramurális eredetű parasympathikus rostok erősen fokozott acetylcholinesterase-aktivitása jellemző. (A permanensen fokozott acetylcholin-hatás vezet a körkörös izomzat tartós contractiójához és ezáltal a szűkülethez.)

A légzőszervek biopsiájával foglalkozó részben a bronchoscopos katéter biopsia és a pleura-biopsia mellett külön említést érdemel a mediastinoscopos nyirokcsomó-biopsiát nagy anyagon bemutató közelmény.

Az izom- és ujjbegy-biopsiát zömmel érbetegségek igazolására alkalmazták az idevágó közlemények szerzői.

A kiadvány reális képet ad a biopsiás eljárások mai helyzetéről. A pathológia, nephrologia, gastroenterologia és pulmonologia művelőin kívül az általános belgyógyászattal és gyermekgyógyászattal foglalkozók érdeklődésére is számíthat.

Szarvas Ferenc dr.

Csaba György dr. (szerk.): **A biológiai szabályozás.** Medicina Kiadó, Budapest, 1978. 416 old., 167 ábra. Ára 114,— Ft.

A biológiai tudományok területén néhány évtizede bekövetkezett óriási fejlődésben két tényezőnek jelentős szerepe van. Az egyik a molekuláris biológia, a másik a kibernetika. Az élő rendszerek különleges biológiai organizációja, az életfolyamatok önfenntartó és önmegújító volta, a homoiostasis, mind olyan sajátosságok, amelyek térben és időben vezérelt és szabályozott program végrehajtását feltételezik.

A biológiai szabályozás felismerése nem új. Az idegi és humorális szabályozás jelenségeit az élettan idestova 100 éve tanulmányozza. Azonban alig néhány évtizede, hogy a kibernetika általános törvényszerűségeinek és az életfolyamatok molekuláris szintig levitt szabályozási-vezérlési alapjelenségeinek felismerése megnyitotta a

biológia számára azokat a távlatokat, amelyekben a biológiai evolúció is a szabályozás evolúciójaként tűnik fel. Úgy is meg lehetne fogalmazni, hogy a biológiai individualitás, a biológiai organizáció, és a biológiai szabályozás az egész természetben megnyilvánuló elvi adottságok vetülete az élő világra, s amelyek különleges minőségét a biológiai evolúció hívta létre, de amelyek praebiotikus formái a praebiotikus evolucióban más-más minőségben felbukkannak.

Csaba Gy. könyve ennek az általánosító, egységes természet szemléletnek alapján tárgyalja a biológiai szabályozás sokrétű vonatkozásait. Szerzőtársait a szerkesztő kitűnően választotta meg, mert mindegyikük a maga fejezetének megfelelő részt nemcsak kifogástalanul ismeri, hanem annak művelője is.

A könyv 11 fejezetre tagozódik. Minden fejezet önálló egész, s mégis belső logikai összefüggésük törésmentesen végigvezeti az olvasót a szabályozás történetétől, a kibernetikától mint a szabályozás-vezérlés általános elméletétől, az élet keletkezésének határmezsgyéjén felbukkanó molekuláris szuperrendszerek önszabályozó képességétől, a genetikai szabályozástól, az egyedfejlődés szabályozásától a hormonális és idegi szabályozáson át a magatartás psychológiai szabályozásáig és a szupra-individuális organizációig.

Az első fejezet (Vekerdi László) a szabályozás történetével, a kibernetika lényegével és modern irányzataival foglalkozik, a szerző ismert magas szintű, világos, élvezetes fogalmazású feldolgozásában.

A második fejezet (Gánti Tibor) a kémiai molekuláris szuper-rendszerek sajátosságait: önfenntartó, önszabályozó és önreprodukáló képességeit tárgyalja. A kémiai körfolyamatok és azok önreprodukciójának, munkavégzésének elemzése után a chemoton általa megalkotott fogalmához jut el, s ezzel azt a nagy szakadékot igyekszik áthidalni, amelyet az élettelen anyagrendszerektől a különleges tulajdonságú biológiai rendszerekig vezető úton még a tudomány mai állása alapján sem sikerült megnyugtatóan, egyértelműen átlépni. A *biológiai* szabályozás megértése csakis ennek a fejezetnek mint az anyagi evolúció fontos lépését tárgyaló résznek szemléletében lehetséges.

A könyv egyik legjobban sikerült fejezete a harmadik (Csányi Vilmos). A genetikai szabályozás kérdését dolgozza fel a maga bonyolult részleteivel, számos még teoretikusan felvetett megoldásával. A biológiai szabályozás molekuláris szinten mint a gén-funkció szabályozás jelentkezik, s egyben a felsőbb szintek történéseinek megértéséhez nélkülözhetetlen, a további fejezetek alapjául szolgál.

Az enzim-működés szabályozásáról szóló negyedik fejezet (Horváth István) az anyagcsere folyamatok szabályozását tárgyalja a modern ismeretek alapján. Tárgyalja a fehérje szintézis folyamatát bakteriális és eukariota szinten.

Az ötödik fejezet (Balázs András) a sejtbiológia egyik fontos és érdekes részéről, a sejtosztódás szabályozásáról szól. A világosan, korszerűen megírt fejezet kitér a sejtpopulációk növekedési problémáira, a sejtciklus-gátlás folyamataira és a daganatos sejt-szaporodásra is.

A szerkesztő, Csaba György írta a hatodik fejezetet az egyedfejlődés szabályozásáról. Ez a rész is a könyv egyik legkitűnőbb fejezete. Az egyedfejlődés, a fejlődési potenciák, a differenciálódás, a fejlődési indukció, a morfogenezis zavarai (fejlődési rendellenességek) a klasszikus fejlődés-mechanikai ismeretekre építve a molekuláris biológia és genetika segítségével, mint szabályozási problémák jelentkeznek. A szerző ezeket ismerteti és fejti ki.

A hetedik és nyolcadik fejezet (Farkas Gábor, Kondics Lajos) a hormonális szabályozás kérdéseiről szól a növényvilág, ill. az állatvilág vonatkozásában. A fiziológia egyik legrégibb és legalapvetőbb kérdését, a szervezet integrációs mechanizmusait a modern kibernetika alapján, az új ismeretek birtokában, egészen a molekuláris szintig vezetve tárgyalják a szerzők.

Az idegi szabályozás alapmechanizmusait feldolgozó kitűnő kilencedik fejezet Salánki János munkája. Az ideg-impulzusból mint jelből kiindulva a jel-generáláson át a funkcionális differenciáltság problémáihoz jut el, hogy a szabályozás mechanizmusait a neuronok közötti kapcsolatok területére vigye át.

A tizedik fejezet (Popper Péter) a magatartás pszichológiai szabályozásának kérdéseit elemzi. A reflex-szintű egyedi szabályozási formáktól az anya—gyermek kapcsolaton, majd a család és a magatartás vonatkozásain át a szociális szabályozás kérdéséig, az erkölcsi értékrendek és az attitüdök szabályozási szerepéig vezeti el az olvasót.

Az utolsó, tizenegyedik fejezet Juhász-Nagy Pál és Vida Gábor munkája, a szupraindividuális organizációról szól. Az organizációnak talán legnehezebb és még nagyrészben tisztázatlan problémái tartoznak ide. Jórészben ennek tudható be, hogy a könyvnek legtöbb szellemi erőfeszítést kívánó, legnehezebb része, ugyanakkor a szerzők számos olyan területet közelítenek meg a témában, amelyek a populációk, populációs kölcsönhatások megértése és további társulási- és populációs vizsgálatok, kutatások érdekében alapvetően fontosak. Az ember és az oikosystemák viszonylatainak e területen megnyilvánuló törvényszerűségeit megérteni és irányítani az emberi faj biológiai jövőjének egyik biztosítéka.

Ilyen gondolatokat vet fel a szerkesztő is a bevezetésben és ezzel feltétlenül egyet is kell értenünk.

A könyv ábráit külön meg kell említeni, annyira világosak, sokat mondók, tudományos dokumentációs erejűek.

Nagyon értékes a könyv minden fejezetéhez kapcsolódó irodalomjegyzék, amely az amúgyis forrásmunka-értékű művet az egyes részletek iránt érdeklődők számára még hasznosabbá teszi.

A könyv nem a könnyű ismeretterjesztő művek közé tartozik, bizonyos — és nem is alapfokú — ismereteket feltételez, de olyan egységes gondolati építmény, olyan magas nívójú összefoglaló mű, amely a legszélesebb érdeklődésre tarthat igényt. Orvosok, biológusok, pedagógusok, filozófusok, közgazdászok, felső-oktatási intézmények hallgatói és még műszaki képzettségűek is el kell, hogy olvassák, már csak a modern természettudományos világkép kialakítása vagy kiegészítése érdekében is.

A Medicina Kiadó gondos, kitűnő, kifogástalan munkája a könyv küllemében, tipográfiáján, hibátlan szedésén, jó papírján, szép borítóján tükröződik.

Kiszely György dr.

WHO kutatócsoport: Neisseria gonorrhoeae and gonococcal infections (A Neisseria gonorrhoeae és gonococcus fertőzések). World Health Organization, Geneva, 1978. 142 oldal, 18 táblázat, 2 ábra. Ára: 12 Svájci frank.

A könyvecske egy a WHO által 1976 novemberében rendezett hatnapos tudományos ülés anyagát tartalmazza. A rendezvény célja hármas volt: 1. a Neisseria gonorrhoeaera vonatkozó jelenlegi ismeretek összefoglalása, beleértve a kórokozó létrehozta fertőzéseket és komplikációkat; 2. a közegészségügyi szempontból fontos kutatási irányok és célok meghatározása; 3. javaslatok kezelési formákra különböző egészségügyi szervezettség és különböző járványtani helyzetek szerint.

A gonococcus antigénszerkezetét tekintve csillóantigénekkel, lipopolysaccharida, — fehérje természetű külső membrán — és enzym természetű periplasmatikus antigénekkel rendelkezik. A tok- és cytoplasmatikus membrán antigenitása még vitatott. Fluoreszkáló ellenanyag-vizsgálatok szerint a gonococcus törzsek három A, B, C csoportba, ezek két vagy több alcsoportba oszthatók. Érdekes, hogy a fertőzések több mint 10%-ában két vagy több elkülöníthető gonococcus clon mutatható ki egymás mellett. A baktérium csillóinak a nyálkahártyák felszínén való megtapadásukban van jelentősége. A

csillókkal való immunizálás egyelőre nem alkalmas a fertőzések kivédésére.

A gonococcusok behatolása a nyálkahártyák hámsejtjeibe a hámsejtek aktív phagocytáló tevékenysége útján történik. Chemotoxint a baktériumok nem termelnek, sem a megbetegedett szövetek, csak akkor keletkezik, ha a kórokozók a vérsavó természetes ellenanyagaival reakcióba lépnek. A gyulladás fellépését ezért a szöveti inváziónak kell megelőznie. Még nem bizonyos, hogy a gonococcust phagocytáló leukocyták szabadítanak-e fel chemotoxint. A csillóval rendelkező gonococcusok ellenállóbbak a phagocytosissal szemben mint a nem csillósak. A phagocytált kórokozók egy része a vacuolákban elpusztul, máskor a leukocyta megy tönkre és virulens baktériumok ürülnek belőle.

A gonococcus kutatást nehezíti megfelelő állati modell hiánya. A csimpánz fertőzhető, sőt a fertőzést szexuális úton át is adja, gonococcus elleni ellenanyagokat is termel. Mint kísérleti állat általában nehezen hozzáférhető. Gonococcusok kb. 10 napig megélnek tengerimalacok bőre alá beültetett kamrákban, akkor a megjelenő agglutináló ellenanyagok hatására elpusztulnak. A kórokozó-gazdasejt interakciók vizsgálatára ez a módszer nem alkalmas. Egerek intracerebralisan olthatók gonococcus suspensióval, a kórokozó az agyból, májból veséből, lépből az 5. napig visszatenyészthető. Az állatok 1—6 nap alatt elpusztulnak. Az eljárást sikerrel alkalmazták lipopolysaccharida vaccinálás hatásának vizsgálatára. Vaccinálás hatásának vizsgálatára oltott tyúkok tojásainak embrióit is sikeresen fertőzték gonococcusokkal. Kecskék emlőmirigyébe juttatott gonococcusok ott gyulladást okoznak, de csak 18 óráig tenyészthetők vissza. Fluorescens ellenanyaggal festve a kórokozók kb. 10 napig még kimutathatók. A gonorrhoeához klinikailag kissé hasonló betegséget okoz teheneken a Campylobacter fetus nevű Gram-negatív baktérium. Ez a fertőzés ugyancsak modellként használható.

A gonorrhoea gyakran recidiváló betegség, a fertőzés tehát kevés immunitást hagy maga után. Lymphoblastos transformatio gonococcus antigénnel 3—5 hétig mutatható ki, az intracutan bőrpróbák nem használhatók fel a gyakorlatban. A humoralis immunválasz területén gonococcus elleni secretoros IgA mutatható ki a húgycső nyálkahártyáján. A betegek savójában az opsonin aktivitás az esetek egy részében nő, gonococcus elleni IgG, IgM és IgA osztályokba tartozó ellenanyagok mutathatók ki. A serológiai reakciók sensitivitása nagyon változó, nem specifikusak, a gyakorlati diagnosztikában nem használhatók. Alkalmazhatók epidemiológiai felmérésre olyan populatióban, ahol a tenyésztés nem végezhető el. A serológiai reakciók javítása fontos feladat lenne.

A betegség epidemiológiai adatai egyes országokat (Anglia, Dánia) kivéve nagyon megbízhatatlanok. Az USA-ban az esetek kb. 80%-át magánorvosok kezelik s a kezelt esetek 90%-át nem jelentik be. A megbetegedések a 18—24 évesek között fordulnak elő legnagyobb számban. Statisztikai adatok arra utalnak, hogy egyes fejlődő országokban a gyakori meddőség gonorrhoeás epididymitissel illetve salpingitissel függ össze és penicillin kezelési kampányok után csökken. Disszeminált gonococcus fertőzéseket úgy látszik speciális törzsek hoznak létre, melyek ellenállóak a complement mediálta normál savó baktericid hatásának. Ezek a gonorrhoea esetek 1—3%-ában fordulnak elő. A gonorrhoeás morbiditás egyébként egyes országokban (Svédország, Dánia) 1971 óta csökkenni látszik, másutt egy szinten mozog. A csökkenés oka a következő lehet: 1. fokozódó condom-használat, amit a kereskedelmi adatok bizonyítanak; 2. a női gonorrhoea jobb felkutatása, amit a megemelkedett nő/férfi arány támaszt alá; 3. a betegek átlagos partnerszámának csökkenése; 4. az oralis ampicillin kezelés bevezetése. Új és még nem teljesen kiértékelt epidemiológiai adat, hogy egyes államokban szaporodnak azok a gonococcus törzsek, melyek csak arginin, hypoxanthin és uracil jelenlétében tenyésznek. Ezek gyakrabban okoznak asymptomás fertőzéseket, de ugyanakkor disszeminált fertőzéseket is. Penicillinérzékenyek.

Az asymptomás fertőzések szerepe a betegség terjedésében igen nagy. A sterilitással járó komplikációk előfordulása igen változó: kultúrállamokban 1—2% a többszörösen fertőzött férfiak között, egyes afrikai államokban ennek sokszorosa: ott az urológiai gyakorlat 65—75%-át ilyen betegek teszik ki. A női fertőzések között valószínűleg jóval kevesebb a tünetmentes, mint ahogy eddig hitték, csak a vizsgálat nem mindig elég alapos. A nők 9—20%-ában ascendáló fertőzés alakul ki, a salpingitisek 29—82%-ában találtak különböző szerzők gonorrhoeát. Gonorrhoeás anyák újszülöttjeinek szemfertőzését ma is legjobban az ezüstnitrát szemcsepp védi ki. Szisztémás tünetekkel járó disszeminált fertőzések az eseteknek kb. 3%-ában fordulnak elő, de ez a szám regionálisan erősen változó. Rectalis fertőzés a nőbetegek 40 százalékában fordul elő, az oropharyngealis fertőzés gyakorisága 7—25% különböző betegcsoportok szerint, epidemiológiai jelentősége azonban nem nagy. A postgonorrhoeás urethritist az esetek 80%-ában Chlamydia okozza.

A könyvecske részletesen ismerteti a gonorrhoea diagnosztikájában ajánlott módszereket, táptalajokat, identifikáló eljárásokat. A sokat vitatott rezisztencia kérdésben leszögezi, hogy a világ nagy részén a penicillinrezisztencia fokozódása a tendencia, bár egyes országokban (Skandinávia, Anglia, USA) ez az utóbbi időben megfordulni látszik. Már spectinomycinnel szemben is teljesen rezisztens törzseket is izoláltak. A rezisztencia vizsgálatára a WHO szakértő bizottsága standardizált módszereket dolgozott ki, melyeket a könyvecske ismertet.

A gonorrhoea ideális kezelése olyan 100%-os gyógyulást biztosító, mindkét nemben egy dózisban beadható, mérsékelt áru antibioticum lenne, melynél toxikus vagy allergiás mellékhatásokkal nem kellene számolni, mellyel szemben rezisztencia nem alakulna ki, mely meggyógyítaná az egyidejű syphilises és Chlamydia fertőzést is és megelőzné a postgonorrhoeás urethritist. Mindezen kívül ne legyen más súlyosabb betegség egyetlen hatásos gyógyszere. Ezeket ma egy gyógyszer sem nyújtja, nagyon kedvezőnek látszik az 1,0—2,0 g probenecidet 30 perccel követő penicillin adás, egy dosisban. Ez lehet 4,8 ME vizes procainpenicillin G, 5 ME benzylpenicillin G lidocainnal vagy oralisan adott 3,5 g ampicillin. Hátránya a penicillinallergia lehetősége, procain szenzibilizáció, továbbá, hogy nem hat a Clamydiára. A β-lactamase termelő törzsekre teljesen hatástalan. Ezekre is hat a spectinomycin. Utóbbi használatát korlátozza drágasága és a Dániában tenyésztett teljesen rezisztens gonococcus törzs. Fokozott alkalmazás esetén plasmid átvitellel rezisztens bélflóráról hasonló törzsek kialakulásával számolni kell.

Hasonló módon hatásos a kanamycin szulfát 2,0 g-os im. adagolásban. Még nem tisztázott, hogy β-lactamase termelő törzsekre miként hat. A tetracyclin hydrochloridot napi 4×500 mg dosisban kell adni per os $4^1/_2$ napon át, előnye, hogy a Chlamydiára is hat. A hazai Sumetrolimnak megfelelő készítmény is hat a gonorrhoeára, ajánlott adagja napi 6 tabl. egyszerre három napon át. Rezisztens törzsek kialakulásának megelőzésére a kutatócsoport javasolja synergista gyógyszerek kombinált alkalmazását a gonorrhoea kezelésében, a plasmid közvetítette rezisztencia megelőzése azonban nem megoldott.

A gonorrhoea elleni küzdelem stratégiája területenként változik. Fejlett országokban a cél a gyakoriság csökkentése, fejlődő országokban, ahol helyenként úgy látszik, igen nagy probléma, egyelőre a súlyos következmények (ophthalmia, belső nemi szervek gyulladásos folyamatai) megelőzésére kell szorítkozni. Ahol megfelelő rendelő és laboratórium hálózat van, a betegség leküzdésének eszközei: a szexuális partnerek felku-

tatása és epidemiológiai (preventív) kezelése, szűrővizsgálatok, óvszerek és felvilágosítás. A szűrővizsgálatok csak a veszélyeztetettek között (prostituáltak, ismételten fertőződő személyek) gazdaságosak. A szűrés tenyésztéssel történjék, a serológiai szűrés értéke egyelőre nagyon bizonytalan. Olyan területeken, ahol a szakmai és laboratóriumi hálózat nem áll rendelkezésre, a férfibeteg tünetei alapján, felesége és szexuális partnerei epidemiológiai alapon kezelendők. Olyan területeken, ahol a betegség prevalenciája magas (legalább 20%) ajánlják nemcsak a partnerek, hanem egész szexuálisan aktív csoportok epidemiológiai kezelését. Ez csak akkor lehet sikeres, ha a veszélyeztetett csoport nagy többségét sikerül rövid időn belül lekezelni. A reinfekciók veszélyét ismételt kezeléssel lehet csökkenteni. Vaccinálás gonorrhoea ellen elméletileg lehetséges, de az eddigi kísérleti eredmények gyakorlati alkalmazásához még elégtelenek.

A könyvecske a témakör minden kérdését felöleli, nagyon sok gyakorlati tanácsot, methodikai segítséget ad. Minden fejezet bőséges irodalmi utalást is tartalmaz. Venerológiával foglalkozók, de nőgyógyászok, urológusok részére is tanulmányozása melegen ajánlható.

Rácz István dr.

Blechschmidt, E: The Beginnings of Human Life (Heidelberg Science Library). Springer-Verlag Berlin—Heidelberg—New York, 1977. 128 old. 58 ábra, 8 kép. Ára: DM 15.

A könyv összefoglalóan ábrázolja az ember ontogenezisét és a szerző a folyamat mechanizmusáról kialakított elképzeléseit.

Az illusztrációk számomra igen tanulságosak voltak, de nem tudom, hogy mennyire jelentenének újdonságot egy embriológus számára. A könyv igazi tartalmát azonban az egyedfejlődés mechanizmusáról alkotott koncepció kifejtése jelenti. Szerző elgondolását a humán embrió ontogenezise során tapasztalt jelenségekre alapozza. Megfigyelései kizárólagosan morfológiai jellegűek, következtetései teljesen spekulatívak és bár — amint alább kifejtem — korlátozott érvényűeknek tartom, jó alkalmat nyújtanak arra, hogy ki-ki tisztázza önmagában a fejlődés, a differenciálódás mechanizmusáról kialakított elgondolását, amelyekkel a szerző foglalkozik. Külön kellene végig követni, hogy milyen gondolkodásbeli (filozófiai?) alapja van a könyv írója hibás elképzeléseinek, de most e helyett jellemzésként csak utalok azokra a furcsa megállapításokra, amelyek szerint szerző nem tudja magáévá tenni „az evolució konvencionálisan értelmezett teoriáját" és egyáltalán nincs arról meggyőződve, „hogy az élőlények történelme ezen a földön, csupán evolució lenne" és nem valami több, valami más is. Szerinte nem a szelekció, hanem a fajok valamiféle ritmikusan jelentkező számszerű növekedése és elszaporodása idézi elő az új fajok keletkezését, a régiek pusztulását. Még kevésbé látszanak megalapozottnak azok a megjegyzések, amelyek pl. a sejtmag ill. a cytoplazma membránra vonatkoznak. „A sejtmag, a cytoplazmában elfoglalt centrális helyzetének köszönheti és molekuláris stabilitásának, hogy a fő letéteményese az öröklődésnek, míg a sejthatárt képező membrán az adaptáció fő helye (kerrierje)". Nagyon sok egyéb megalapozatlan állítás, általánosítás váltja ki az olvasó ellenvetését, ellenérzését, de ezen ismertetés során inkább a könyv néhány pozitívumára hívnám fel a figyelmet.

Az embriológiában a morfológiai, leíró irányzat után kialakult a fejlődés mechanizmusára nézve az az általános elképzelés, amely specifikus induktorok, kémiai anyagok megjelenésében látta a differenciálódás szabályozásának lényegét, amely anyagok termelését a molekuláris genetikában felfedezett törvényszerűségek érvényesülése révén a gének szabályoznak. A könyv arra irányítja figyelmünket, hogy a szervek—szervezetek kialakulása során egyszerű mechanikai tényezők, faktorok döntő, szabályozó szereppel bírnak. A sejtek érintkezésének, egymásra kifejtett nyomó, húzó, stb. hatásának morfogenetikai, determináló szerepe van. A könyvben felhozott példák meggyőznek arról, hogy a mechanikai, dinamikai tényezők valójában formaképző hatással bírnak. Lényegesnek tartja azt, hogy a szervezetet kialakító sejtek a formát létrehozó folyamat során anyagcserét folytatnak, tehát helyzetük, amely meghatározza, hogy táplálékot, oxigént kapnak-e és mennyit, igen jelentős abban a funkcióban, amelyet az ontogenezis során fejtenek ki. A fejlődés során a kialakuló szövetek, szervek működése szereppel bír a fejlődés folyamatának szabályozásában. (Szerző szerint a mindenkori külső környezete a sejteknek indítja el a fejlődés újabb és újabb szakaszát.) A sejtek pl. abba az irányba proliferálódnak, a legkisebb ellenállás irányába, ahová ezt a mechanikai környezeti tényezők lehetővé teszik. Ha pl. az agy és a máj közötti távolság az ontogenezis során nő, akkor lehetővé válik a szív fejlődése. Az erekbe kerülő vér nyomása, lüktetése fontos alakképző hatással bír pl. a testi szegmentáció során keletkező képletek kialakításában. Ahol a különböző szövetek egymással érintkezésbe kerülnek, helyi szaporodásuk számára a feltételek rosszabbodnak és az epiteliális sejtek szétesnek, így jönnek létre a különböző testi nyílások.

Kétségtelen az, hogy a gének által determinált fehérjeszerkezet, fehérjebioszintézis szabályozásának megismerése (jóllehet eukaryota rendszerben még korántsem tisztázott) még nem ad megfelelő magyarázatot a morfogenezis mechanizmusára. Ezen űr kitöltésével sokan foglalkoznak manapság, jó kísérleti modellek segítségével. Az ismertetett könyvben a szerző is a differenciálódás mechanizmusára kíván magyarázattal szolgálni, de a túl korai általánosítás, megalapozatlan állítás nem sok segítséget nyújt további és gyümölcsöző vizsgálathoz.

Szabó Gábor dr.

„Nem lehetsz igazságos, ha nem vagy emberséges."

Vauvenargues

A **TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága** 1979. május 17-én, du. 2 órára tűzte ki *Simon Kis Gábor dr.:„A hazai gyógyszerellátás szervezeti és szervezési kérdéseinek elemzése a hatékonyabb gyógyszerbiztosítás érdekében"* c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA nagytermében.

Az értekezés opponensei: *Mányi Géza dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Zalai Károly dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1979. május 18-án, du. 2 órára tűzte ki *Schmidt Pál dr.: „Hasűri folyadék-sequestratio a sebészetben"* című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA nagytermében.

Az értekezés opponensei: *Ihász Mihály dr.*, az orvostudományok doktora, *Vallent Károly dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1979. május 18-án du. 2 órára tűzte ki *Horváth Szabolcs dr.: „Gyermekkori szociálpszichológiai tényezők jelentősége a felnőttkori neurózisban"* c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében.

Az értekezés opponensei: *Karmos György dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Szilárd János dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A **MEDEXPORT Tudományos Ismertető Iroda**, a **Vas megyei Tanács Markusovszky Kórház—Rendelőintézete, és Gyógyszertári Központja** 1979. május 14-én (hétfőn) 13.30 órakor Szombathelyen, a Kórház előadótermében (Hámán Kató u. 28.) rendezi meg a *IV. Szovjet Gyógyszernapot.*

1. *Iszajev V. G.* (Moszkva): A Rubomycin és Chlorbutin helye a vérképzőrendszer megbetegedéseinek kezelésében.

2. *Jakó János, Kiss Attila, Rák Kálmán* (Debrecen): A Rubomycin és a Chlorbutin alkalmazásával szerzett tapasztalatok heveny leukaemiában, illetve chronicus lymphocytás leukaemiában.

3. *István Lajos, Marton Éva* (Szombathely): Az intenzív polykemoterápia lehetőségei és határai különös tekintettel a Rubomycinre.

4. *Rakitszkaja, L. G.* (Moszkva): Az U-vitamin alkalmazása gasztroenterológiai megbetegedésekben.

5. *Bokor Nándor, Hollós Éva* (Szombathely): U-vitamin alkalmazása különböző eredetű gyomorpanaszoknál.

6. *Erdős János, Kelemen Andor* (Budapest): Klinikai tapasztalatok U-vitaminnal (osztályos kezelés és ambulanter követés).

A Magyar Arteriosclerosis Társaság 1979. május 22-én, 15 órakor, a Semmelweis OTE Gerontológiai Központ Könyvtárában (VIII., Somogyi Béla u. 33.) *tudományos ülést* tart.

Prof. G. Weber (Siena): Kísérleti atherogenesis és regressio ultrastrukturális jelenségei.

Meskó Éva: Cerebrovascularis kórképek belosztályi beteganyagon.

Zallel János, Várkonyi Sándor: Életet veszélyeztető ritmuszavarok sürgősségi (bed-side) pace-maker kezelése.

A Társaság tiszteletbeli tagságáról szóló oklevél ünnepélyes átadása *Weber* professzornak.

A **Debreceni megyei Tanács Kórház Ideg-Elme Osztálya** 1979. május 23-án, délután fél 3 órakor, a Kórház kultúrtermében (Bartók B. u.) *tudományos ülést* tart.

1. *Antal G., Oláh R.:* Cerebrovascularis megbetegedések értékelése az osztály betegforgalmában.

2. *Berecz Gy., Zsadányi O.:* Cerebrovascularis betegek alvásfiziológiai elemzése.

3. *Mezey I., Clemens B.:* Fiziológiás provokáló eljárások a convulsiv betegségek kórismézésében.

4. *Clemens B., Rosemberg Á., Milotta M.:* Diagnosztikai nehézségek a subacut progresszív panencephalitis kórismézésében.

5. *Kiss S., Harangi R., Gombos K.:* Csoport-therápiás tapasztalatok schizophren betegeken.

6. *Buris L., Poczkodi S., Zsadányi O.:* ADH változása alkoholista betegeken elvonókezelés során.

7. *Zsadányi O., Berecz Gy.:* Elmebetegek alvásának polygraphiás vizsgálata.

Hozzászólások — Vita

Az előadások időtartama 8 perc.

Az **első Holland—Magyar Szájsebészeti és Maxillo-Faciális Sebészeti Találkozó** 1979. május 24—25-én kerül megrendezésre Szegeden, az Ifjúsági Házban (Maros u. 3.).

Május 24., csütörtök, 9.00 óra

Ünnepélyes megnyitó

10.00 óra

Elnök: *Tóth K., van der Kwast, W. A. M.*

1. *Berényi B., Lelkes K.:* Chlorhexidinnel végzett kéz dezinfekció eredményességének vizsgálata.

2. *Verkerk, H. H.:* A szájfenék és mandibula laphámsejtes rákjai.

3. *Bánhidy F.:* A nyelvgyök rákokról.

4. *Kovács Á.:* Orbito-maxillaris resectio utáni rehabilitatio.

5. *Hovinga, J.:* Dysgnathiák miatt végzett osteotomiák utánvizsgálata.

Szünet

Elnök: *Berényi B., Tideman, H.*

6. *Mikó T., Adler P., Endes P.:* Rákot utánzó elváltozás az alsó ajkon.

7. *Tóth K.:* Az anamnézis fontossága a szájüreg malignus daganatainak diagnosztikájában.

8. *Vámos I.:* Tévedések az állcsontciszták diagnózisában és kezelésében.

9. *van der Kwast, W. A. M.:* Szájpad laesioi.

Szünet

Elnök: *Vámos I., Hovinga J.*

10. *Péntek Z., Radnai T.:* Xerosialographia.

11. *Szabó Gy., Péntek Z., Radnai T.:* Az a. carotis externa selektiv xeroangiographiája.

12. *Matkovics B., Sonkodi I.:* Folyadékkristályok szájsebészeti alkalmazása.

13. *Canji, V., Ristic, J., Hrabovski A., Siljic, M.:* Állcsont deformitások sebészi kezelése.

Május 25., péntek, 9.00 óra

Elnök: *Szabó Gy., Onland, J. M.*

14. *Tideman, H.:* Ajak- és szájpadhasadék másodlagos műtéte, LeFort I. és kombinált osteotomiák segítségével.

15. *Wes, B. J.:* Az alsó állcsontgerinc megnagyobbítása.

16. *Tamás F.:* Progénia új sebészi korrekciója.

17. *Kroon, F. H. M., van der Akker, H. P.:* Alsó állcsonttörések kezelésének értékelése különös tekintettel a rögzítés módszerére (5 éves felmérés).

Szünet

Elnök: *Adler P., van der Akker H. P.*

18. *Csiba Á.:* NMU hatása a szájban szíriai hörcsögökön.

19. *Ribári O.:* A fül-orr-gégészet és szájsebészet határterületei.

20. *Székely T.:* A nervus facialis jelentősége a parotis sebészetben.

21. *Voorsmit, R. A. C. A.:* A fájdalomérzés veleszületett hiánya.

Szünet

Elnök: *Kovács Á., Michels, L. F. E.*

22. *Van der Laan, R.:* Szájsebészeti problémák hámhiánnyal járó szájnyálkahártya betegségekben.

23. *Méray J.:* Nehézségek a szájsebészeti műtétek anaesthesiájában.

24. *van Berge Henegouwen, R.:* Szisztémás sclerosis.

25. *Greebe, R. B.:* Szájzár aetiológiája.

26. *Baart, J. A.:* A nyálretentio klinikai és mikroszkópos értékelése.

A találkozó nyelve angol.

Mindennemű felvilágosítás az alábbi címen: *Tóth Károly dr.*, egyetemi tanár, *Szeged*, Lenin krt. 64—66. 6720. Fogászati és Szájsebészeti Klinika.

A **Magyar Traumatológus Társaság** 1979. május 31—június 1., 2-án Kecskeméten, a Tudomány és Technika Házában (Rákóczi út 2.) *vándorgyűlést* rendez.

1979. május 31. (csütörtök) 17.00 óra

1. A vándorgyűlés vendégeinek és részvevőinek üdvözlése.
2. Elnöki megnyitó.
3. Tiszteletbeli tagok üdvözlése és díszoklevelének átadása.

Referátum:

4. *Prof. Dr. H. Willenegger* (Bern): Az operatív töréskezelés septicus szövődményei (profilaxis és kezelés, német nyelven, 45 perc).

„A" szekció

Az operatív töréskezelés septicus szövődményeinek megelőzése és kezelése

1979. június 1. (péntek) 8.30 óra

Üléselnök: *Szántó Gy.*
Titkár: *Bárány I.*

1. *Berentey Gy.* (Budapest): A töréskezelés septicus szövődményeinek okai és ezek jelentősége (10 perc).
2. *Kuner E. H.* (Freiburg): A krónikus posttraumás osteitis diagnosztikájának és therápiájának alapjai (német nyelven, 18 perc).
3. *Forgon M., Laky R.* (Pécs): Kezelési elveink az infect álízületek gyógyításában (10 perc).
4. *Dömötör E., Nagy L., Bárány J., Schulcz J., Tege A.* (Kecskemét): Az instabiiltás jelentősége a septicus szövődmények létrejöttében (10 perc).
5. *Kalabay L.* (Budapest): Halált okozó septicus szövődmények tanulságai (8 perc).
6. *Takáts Á.* (Budapest): Az Országos Traumatológiai Intézet Septicus Osztályának működése Mátraházán (8 perc).
7. *Takáts A., Bodrogi L., Sikó P.* (Budapest, Mátraháza): Septicus szövődmények létrejöttét elősegítő tényezők (5 perc).
8. *Mihala F.* (Tiszakécske): A titán szerepe az inplantátumok alkalmazásánál (8 perc).
9. *Frenyó S., Takáts Á., Jancsár L.* (Budapest): Szemléleti változások a posttraumás septicus szövődmények kezelésében (5 perc).
10. *Takáts Á., Gyárfás F., Bodrogi L.* (Budapest): Therápiás taktikai problémák a posttraumás septicus szövődmények kezelésében (5 perc).
11. *Czabafy L., Takáts Á., Viola T.* (Mátraháza, Budapest): A laboratóriumi vizsgálatok helye és szerepe a posttraumás septicus állapotok értékelésében (5 perc).
12. *Czabafy L., Takáts Á., Somorjai L.* (Mátraháza, Budapest): Bakteriológiai vizsgálataink eredménye posttraumás septicus szövődmények esetén (5 perc).
13. *Csernovszky M., Takáts Á., Frenyó S.* (Mátraháza, Budapest): Belgyógyászati problémák posttraumás septicus betegeknél (5 perc).
14. *Tóth E., Takáts Á., Jancsár L.* (Budapest, Mátraháza): A prognosztikai index használhatósága posttraumás septicus állapotok értékelésében (5 perc).
15. *Farkas T., Frenyó S., Nemes Gy.* (Budapest): Csontischaemia-, necrosis-, sequestratio (5 erc).

Vita — Szünet

Üléselnök: *Hőnig V.*
Titkár: *Nagy I.*

16. *Szabó L., Horváth B., Moldoványi I., Kaljuste Urmas* (Veszprém): Biztosítottak-e a korszerű osteosynthesis műtőbeli feltételei (10 perc).
17. *Frenyó S., Nemes Gy., Farkas T.* (Budapest): Az ultrasteril műtő hatása a septicus szövődmények alakulására (6 perc).

Az exponenciális levegő áramlása ultrasteril műtő működésében (film, 15 perc).

18. *Nemes Gy., Farkas T., Frenyó S.* (Budapest): A műtők korszerűsítésének szerepe az endoprothesis műtétek eredményeiben (6 perc).
19. *Benedek T., Kozma L., Serényi P.* (Budapest): A rizikófaktorok jelentősége a töréskezelés műtéti indikációjában (6 perc).
20. *Rigó J., Kiss L., Papp L., Biró B., Mándi A.* (Debrecen): Módszerek és lehetőségek a töréskezelés szövődményeinek csökkentésére (5 perc).
21. *Horváth L., Varga Istvánné* (Nagyatád): A septicus szövődmények megelőzésének néhány gyakorlati kérdése (8 perces színes hangosfilm).
22. *Juhász L., Jancsó G., Gábor A.* (Budapest): A fizikai erőbehatás jellegének és mértékének szerepe a postoperativ szövődményekben (8 perc).
23. *Kovalkovits I., Tőzsér K.* (Eger): Törekvéseink a nyílt törések septicus szövődményeinek megelőzésére (5 perc).
24. *Fraknói P.* (Budapest): A nyílt végtagtörések akut ellátásában alkalmazható korszerű műtéti módszerek a gyulladásos szövődmények megelőzésére.
25. *Süközd L., Tácsik I., Sass L.* (Budapest): A stabilitás és a nyitott kezelés jelentősége a nyílt törések septicus szövődményeinek megelőzésében (5 perc).
26. *Varga A., Ferencz J.* (Budapest): Szennyezett, nyílt bokaízületi törések elsődleges ellátása (5 perc).
27. *Majoros I., Révész I., Szücs A.* (Miskolc): Az atraumaticus műtéti technika jelentősége a septicus szövődmények megelőzése szemszögéből (5 perc).
28. *Piros K., Cziffer E., Szücs A.* (Budapest): Intézkedések az osteomyelitis megelőzésére a postoperativ szakban (5 perc).
29. *Bitó I., Huszár G., Szabó ??., Fraknói P.* (Baja, Budapest): Műtéti szövődményeinek elemzése és preventiv próbálkozásaink (5 perc).
30. *Nyirádi L., Sándor L.* (Szeged): Fertőzött álízületek megelőzéséről (5 perc).
31. *Dibó T., Kenyár I., Kapornai S.* (Kecskemét): Koponyacsont műtétek septicus szövődményeinek megelőzése.

Vita — Szünet

15.00 óra

Üléselnök: *Berentey Gy.*
Titkár: *Gréczy I.*

32. *Nagy E., Manninger J., Kazár Gy., Zolczer L.* (Budapest): Könnyen elnézhető csípőízületi fertőzés osteosynthesis után (10 perc).
33. *Minik L., Szántó Á., Benkő L.* (Budapest): 1500 osteosynthesis septicus szövődményei (8 perc).
34. *Lezák J., Illyés Zs.* (Nyíregyháza): Septicus szövődmények osteosynthesises beteganyagunkban (8 perc).
35. *Zathureczky Gy.* (Dunaújváros): Az operatív töréskezelés szövődményei és kezelése osztályunkon (6 perc).
36. *Oláh V.* (Siófok): Osteosynthesis utáni septicus szövődmények (6 perc).
37. *Kozma L., Kemenes É.* (Budapest): A torpid sepsis néhány esete sérülteknél (6 perc).
38. *Fejérdi G., Mocsai L.* (Budapest): Congelatio és gennyedés (5 perc).
39. *Antal J., Adonyi Á.*, (Budapest): A neuropathiás csont gyógyulási zavarai (5 perc).

Vita — Szünet

Üléselnök: *Forgon M.*
Titkár: *Fáy T.*

40. *Btage Zs., Takáts Á.* (Budapest): Az antibiotikus kezelés problémái septicus betegeknél (6 perc).
41. *Erdős G., Pokorny E., Takács Á.* (Budapest, Mátraháza): Detergens és antibioticum együttes alkalmazása öblítő drainage-ban (6 perc).
42. *Ihász M., Mézes M., Vidó S. Végh Gy.* (Szombathely): Az osteomyelitis szívó, öblítő kezelése Gentamycin-Neomycin-Polimixin B tartalmú oldattal (6 perc).
43. *Zádory A., Dömötör Gy., Cseri L.* (Kiskunhalas): Local Gentamycinnel kezelt eseteink (6 perc).
44. *Salamon A., Sarang I., Bárány Gy., Ihász M., Korcsmár J.* (Szombathely): A Gentamycin PMMA golyók alkalmazásával szerzett tapasztalataink a csont és a lágyrész infectiók kezelésében (8 perc).
45. *Pálkó Gy., Nemes* (Zalaegerszeg): A műtői zsilippel és a PMMA lánccal szerzett tapasztala-

taink a zalaegerszegi kórházban (6 perc).

46. *Toronyi É., Takáts Á., Sikó P.* (Budapest, Mátraháza): A GPMMA helye a posttraumás septicus szövődmények kezelésében (6 perc).

47. *Sárváry A.* (Budapest): Exogén osteomyelitis kezelése Gentamycin tartalmú Palacos golyókkal (6 perc).

48. *Mezei L.* (Tatabánya): A PMMA-Gentamycin korai alkalmazhatósága fertőződött csontműtétek után (6 perc).

Vita

1979. június 2. (szombat) 8.30 óra

Üléselnök: *Takács Á.*
Titkár: *Kenyár I.*

49. *Szarvas I., Selymes Z.* (Budapest): Homloktáji sérülések műtéti ellátásának septicus szövődményei (6 perc).

50. *Tamás F.* (Kecskemét): Osteosynthesis Progénia műtéteknél (5 perc).

51. *Bács P., Minik L., Varga D., Protzner K.* (Budapest): Kombinált szegezés és Enderszegezés sebgyógyulási szövődményeinek összehasonlítása (5 perc).

52. *Gaál J.* (Gyula): Új típusú combnyakszeg bemutatása, szegezések utáni septicus szövődmények kezelésére is (5 perc).

53. *Sárváry A.* (Budapest): Fertőzéses szövődmények előfordulása femuron különböző osteosynthesisek után (5 perc).

54. *László Gy., Verebélyi T.* (Budapest): Fedett felfúrásos velőűrszegezés szövődményeként fellépő clostridium perfringens infectio (5 perc).

55. *Révész L., Kazacsay F.* (Miskolc): Csőnecrosis mint a septicus szövődmény egyik oka (5 perc).

56. *Jókai I., Nyirády L.* (Szeged): Taktikai hibák nyílt lábszártörés (5 perc).

57. *Krasznai I., Nacsa I., Hermann K.* (Hatvan): Extrém súlyos nyílt lábszártörések műtéti kezelésével szerzett tapasztalatainkról (5 perc).

58. *Feczkó J., Pintér T., Zsolczai S., Kalotai J.* (Budapest): Fertőzéses szövődmények előfordulása lábszáron, különböző osteosynthesisek után (6 perc).

59. *Csonka L., Ladányi J.* (Szeged): Lábszártöröttek operatív kezelése kapcsán észlelt szövődmények (5 perc).

60. *Noviczki M., Skribek J., Bak Zs.* (Nyíregyháza): A bokatörések septicus szövődményei (5 perc).

61. *Vámhidy L.* (Pécs): Bokatörések infect szövődményeinek késői sorsa (5 perc).

62. *Badó Z., Tari G., Geönczeöl T., Papp L. Gy., Vekerdy M.* (Szentes): Alloplasztikáink septicus szövődményei (8 perc).

63. *Mammel E., Forgon M.* (Pécs): Korrekciós osteotomiák rosszul gyógyult törések után (8 perc).

64. *Szandányi I.* (Csepel): Fertőzött, szövődményes lábszártörések esetén alkalmazott tibia velőűrszegezés (5 perc).

65. *Tóth K., Molnár J., Kovács L.* (Pécs): Posttraumás osteomyelitisek kezelése velőűrszegezéssel (5 perc).

Vita — Szünet

Üléselnök: *Dömötör E.*
Titkár: *Sárkány J.*

66. *Wehner W.* (Karl-Marx-Stadt): Haladás a külső rögzítés indikatiójában (német nyelven, 10 perc).

67. *Salacz T., Zimmermann I.* (Budapest): Spongiosa plastica a fertőzött defect álízületek kezelésében (8 perc).

68. *Záborszky Z.* (Budapest): Septicus csontfolyamatokban a külső rögzítéssel szerzett tapasztalatunk (8 perc).

69. *Laky R.* (Pécs): Infect álízületek kezelési eredményei klinikánk anyagában (8 perc).

70. *Sándor L., Nyirádi L.* (Szeged): Álízületek gyógykezelésének problémái (6 perc).

71. *Habarovszky R., Nyirádi L., Sándor L.* (Szeged): Csonthiányos fertőzött álízületek gyógyítása (6 perc).

72. *Körmöczy I., Deák F.* (Miskolc): Külső rögzítők alkalmazása potenciálisan septicus és septicus állapotban levő csonttörések esetén (8 perc).

73. *Gyárfás F., Takáts Á., Ferencz J.* (Budapest, Mátraháza): Fixateur externek a posttraumás septicus szövődmények kezelésében (6 perc).

74. *Bárány I., Dömötör E., Sárkány J., Gréczy I., Schulcz J.* (Kecskemét): Eredményeink Fixateur externe és EPIGARD kezeléssel (8 perc).

75. *Krakovits G., Süközd L., Juhász J.* (Budapest): A fixateur externe és öblítő drainage alkalmazása a hosszú csöves csontok septicus álízületeinek kezelésére (8 perc).

76. *Süközd L., Borsay J.* (Budapest): A „külső rögzítő" — fixateur externe — septicus szövődményei (csőtályog, és kezelése, 6 perc).

Vita

Elnöki zárszó

„B" szekció

Kézsebészet

Ínsérülések

1979. június 1. (péntek) 15.00 óra

Üléselnök: *Manninger J.*
Titkár: *Juharosi L.*

77. *Salamon A.* (Szombathely): Az intransplantatumok sorsát befolyásoló tényezők (15 perc).

78. *Józsa L.* (Budapest): Ínsérülések okozta izomelváltozások (15 perc).

79. *Stryzewski, H.* (Poznan): Hajlítóín időleges prothesise kombinálva „Pulley-underlay" egységgel (angol nyelven, 10 perc).

80. *Dósa G., Endrődi J., Simonka J. A., Kiss Gy.* (Szeged): Az íngyógyulás korai szakaszának szövettani vizsgálata (8 perc).

81. *Simonka J. A., Endrődi J.* (Szeged): A hajlítóín mikroangiographiás vizsgálata (8 perc).

82. *Kiss Gy., Endrődi J., Simonka J. A., Dósa G.* (Szeged): Kísérletes ínragasztás cyanoacrylattal (8 perc).

83. *Endrődi J., Simonka J. A., Kiss Gy., Dósa G.* (Szeged): Hajlítóín sérülések ellátásának elméleti és gyakorlati kérdései (10 perc).

84. *Sántha E., Sántha A.* (Budapest): Korai kontrollált mobilizáció másodlagos ínvarrat után (8 perc).

Vita — Szünet

Üléselnök: *Renner A.*
Titkár: *Schulcz J.*

85. *Sántha E., Sántha A.* (Budapest): Rövid intransplantatum az ínhüvely területén (8 perc).

86. *Rácz S.* (Miskolc): Többszörös ínsérülések ellátásának egyik lehetősége (6 perc).

87. *Szőke P., Kuglicz J., Sólyomvári N.* (Szekszárd): Ínhüvelyképzés vénából, ínpótlással egyidőben (8 perc).

88. *Flaczhner J., László Gy., Lőrinc I.* (Budapest): Kétszakaszos ínátültetés (ínhüvelyképzés, szilikon rúd segítségével, 6 perc).

89. *Zadravecz Gy., Biró V.* (Pécs): A hüvelykujj hosszú hajlító inának diagnosztikus nehézséget okozó spontán rupturája.

90. *Csorba E., Rupnik J., Mády F.* (Budapest): A hajlítóín sérüléses beteganyagunk értékelése (8 perc).

91. *Rupnik J., Csorba E., Mády F.* (Budapest): Tandolysis javallatai és eredményei (8 perc).

92. *Szloboda J., Török I.* (Budapest): *Intrasplantalt sérültek rehabilitáció eredményei* (8 perc).

Vita

1979. június 2. (szombat) 8.30 óra

Üléselnök: *Biró V.*
Titkár: *Kapornai S.*

93. *Biró V., Zadravecz Gy., Mammel E., Vámhidy L.* (Pécs): Szempontjaink a kéz extensorapparátusa sérüléseinek (12 perc).

94. *Juharosi L., Tege A., Forgó M.* (Kecskemét): Radius töréshez társuló extensor sérülés (8 perc).

95. *Tácsik I., Kóthy J., Hepp F.* (Budapest): Extensor ín pótlásának lehetősége súlyos csuklótáji roncsolás után (8 perc).

96. *Eke Gy., Jancsó J.* (Győr): Tapasztalataink a hüvelykujj hosszú feszítőín sérülésének ellátásában (8 perc).

97. *Cserháti G.* (Mosonmagyaróvár): Extensor pollicis longus sérültek osztályunk 5 éves anyagában (10 perc).

98. *Barabás Z., Toronyi É.* (Budapest): Feszítőín sérülés a végpercen (10 perc).

99. *Király G., Bognár P.* (Győr): Ujj végízület fedett fesztítőín sérülésének ellátása dróttűzéssel (8 perc).

100. *Sántha A., Renner A.* (Budapest): Feszítőín pótlása protézis műtéttel egyidőben (8 perc).

Vita — Szünet

Ülöselnök: *Salamon A.*

Titkár: *Tege A.*

101. *Pancsovay J.* (Ráckeve): Ritka carpalis sérülés: az os lunatum törései (8 perc).

102. *Dömötör E., Fáy T., Juharosi L.* (Kecskemét): Matacarpus és phalangs osteotomiák új módszere (6 perc).

103. *Berényi A., Varsányi ??., Pálkó Gy.* (Zalaegerszeg): A proximalis interphalangealis ízület rándulásairól (8 perc).

104. *Farkas J., Záborszky Z., Cziffer E.* (Budapest): Minifixateur alkalmazása a hüvelykujj meghosszabbítására (8 mm-es film, 10 perc).

105. *Nyárády J., Gecser G., Szilágyi K.* (Pécs): Invaginatios mikroéranastomosis (8 perc).

106. *Szloboda J., Kómár J., Török I.* (Budapest): Intraoperatív neurographia jelentősége (8 perc).

107. *Kovácsy Á., Vilmos Zs., Törtely E.* (Pécs): A kéz érzőfunkciójának helyreállítása (8 perc).

108. *Pajz T., Farkas J., Fazekas T.* (Budapest): A potenciálisan infect kéz sérüléseinek kezelésében szerzett tapasztalataink (10 perc).

109. *Tamás A., Somogyi I.* (Szeged): A Dupuytren contractura és az epilepsia (8 perc).

Vita

Elnöki zárszó.

A Szovjetunió Kereskedelmi Képviselete
a Magyar Népköztársaságban
és a Medexport Külkereskedelmi Vállalat

SZOMBATHELYEN

a Művelődési és Sportházban
(Március 15. tér 5.)

SZOVJET GYÓGYSZERKIÁLLÍTÁST

rendez 1979. május 15—18. között

Nyitva: 10—18 óráig

MARIPEN *tabletta*

ÖSSZETÉTEL

1 tbl. 500 000 NE penomecillinum-ot (benzylpenicillin-acetoxy-methylester) tartalmaz.

JAVALLATOK

1 tbl. 8–10 órán át biztosít terápiás penicillinszintet és minden olyan fertőzés kezelésére alkalmas, amelyet G-penicillin-érzékeny kórokozó idéz elő (Streptococcus haemolyticus, Gonococcus, Pneumococcus, Staphylococcus stb.), tehát elsősorban: felső légúti infekciók, tonsillitis, pharyngitis, krónikus bronchitis, tüdőbetegségekkel párosult akut és krónikus bronchitisek, pneumoniák egy része, pyodermák stb. gyógyítására. Alkalmas penicillin profilaxis céljára: rheumás láz megelőzésére, továbbá általában penicillinérzékeny infekciókra hajlamosító megbetegedések kivédésére.

ELLENJAVALLATOK

Penicillinallergia.
Mint minden penicillin kezelésben, itt is figyelembe kell venni, hogy az in vivo és in vitro érzékenység nem mindig fedi egymást.

ADAGOLÁS

Napi 3–4-szer 1 tabletta, a klinikai tünetek megjavulása után naponta 3–4-szer fél tabletta általában elegendő.

Gyermekeknek: kezdeti adagolás naponta testsúlykg-onként:
6 éven alul 80 000–60 000 NE,
7–14 évesnek 50 000–40 000 NE napi három adagra elosztva.

(Gyermekeknél a magasabb egység a megadott korhatáron belüli kisebb testsúlyúakra vonatkozik.) Ezek az adagok is a klinikai tünetek javulása után – de leghamarabb a Maripen adagolás 3. napja után – megfelelően csökkenthetők. A Maripen mindig éhgyomorra adandó.
Súlyosabb esetekben parenteralis készítmény adagolása a helyénvaló.
A Maripen tabletta hatóanyagának mennyisége alapján két és félszer hatásosabb a Vegacillin tablettánál, ezért a fenti adagok a penicillinre érzékeny súlyosabb fertőzésekben is elegendők. Akut és krónikus bronchitisek esetén kezdeti kezelésre a fenti adagok a mérvadók, majd a köpetmennyiség csökkenésének állandósulása után fenntartó adagként a teljes tünetmentességig a fenti adagok fele javasolt.

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1979. máj. 15. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet előadóterme, IX., Nagyvárad tér 2.	délután 14 óra	*Orsz. Közegészségügyi Intézet*	1. *Kertész Magdolna, Morlin Zoltán, Rudnai Péter, Madlerné Kiss Ágnes:* A levegő policiklusos szénhidrogén szennyezettsége rutinszerű ellenőrzésének kérdése az eddigi vizsgálatok és a higiénés normák tükrében. 2. *Horváth Amanda, Gregor Gábor, Rudnai Péter:* A talaj policiklusos szénhidrogén szennyezettsége és a 3,4-benzpirén talajnorma megállapítása. 3. *Rudnai Péter, Kertész Magdolna, Börzsönyi Mátyás, Madlerné Kiss Ágnes:* PCH vegyületek együttes hatásának vizsgálata állatkísérletekben
1979. máj. 17. csütörtök	Főv. János Kórház tanterme, XII., Diósárok u 1.	délután 14 óra	*Főv. János Kórház Tudományos Bizottsága*	1. *Peres Aladár, Klement Katalin:* A parkinzonizmus kezelésének modern módszerei (filmbemutatással, 20 perc). 2. *Lencz László:* Az intenzív betegellátás helye, jelentősége és feladatai gyógyító intézményeinkben (30 perc). 3. *Süköst László:* Élménybeszámoló franciaországi tanulmányutamról (15 perc)
1979. máj. 18. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII., Mária u. 52.	délelőtt 8,30 óra	*Magyar Fogorvosok Egyesülete*	*Prof. Dr. V. Sicha* (Csehszlovákia): A fogászati ergonomia és jelentősége a szocialista társadalomban
1979. máj. 18. péntek	Főv. Heim Pál Gyermekkórház előadóterme, VIII., Üllői út 86., „H" ép.	délután 14 óra	*Főv. Heim Pál Gyermekkórház-Rendelőintézet Orthopaediai Osztály*	1. *Kecskés Rudolf, Éles László:* Az alkar fejlődési rendellenességeiről. 2. *Szepesi Kálmán, Valády Anna:* A habitualis patellaficam műtéti kezelése. 3. *Simon Erzsébet, Glausch Anna:* Inátültetések a lábon. 4. *Esetbemutatások*
1979. máj. 18. péntek	Semmelweis OTE Igazságügyi Orvostani Intézet tanterme, IX., Üllői út 93.	délután 14,30 óra	*Magyar Igazságügyi Orvosok Társasága Közlekedési Szekció*	*Bilkei Pál:* Reflextevékenység és közlekedésbiztonság
1979. máj. 21. hétfő	Pécsi OTE központi épület	délután 16 óra	*Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoporrja*	1. *Esetismertetés* (Gyermekklinika, 5 perc). 2. *Szilasi Anna, Tényi Jenő, Horváth Rózsa, Török Mariann, Schein Márta, Buda József:* Komplex lakosságszűrés módszere és gyakorlati tapasztalata Pécsett (20 perc). 3. *Sándor Jenő:* Egyszerű cardiovascularis vizsgálatok az autóbuszvezetői munkaterhelés fe'mérésére (10 perc). 4. *Rácz Lajos, Farkas László, Karátson András, Kocsis Béla:* Hasüri infectio és peritonealis dialysis (10 perc). 5. *Karátson András, Farkas László: Szalmásy Zsuzsanna, Frang Dezső:* Szemléletünk változása a heveny veseelégtelenség dialysis kezelésében (15 perc)
1979. máj. 22. kedd	Szegedi Akadémiai Bizottság Székháza ülésterme, Somogyi Béla u. 7.	délután 16 óra	*Szegedi Akadémiai Bizottság és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja*	1. *Szentistványi István, Rimanóczy Ágnes, Janka Zoltán:* Lithium hatása a ciklikus nukleotida rendszer aktivitására és a katekolamin-szenzitiv K^+ transzportra magvas vörösvérsejtekben. 2. *Janka Zoltán, Szentistványi István, Rimanóczy Ágnes, Juhász Anna:* Lithium felvétel és toxicitás idegsejt tenyészetben. 3. *Pető Zoltán, Hunya Péter:* Szociálpszichiátriai vizsgálatok könnyűipari termelő üzemben. 4. *Szász Anna, Sági László* (Orosháza): „Insect-wahn", mint psychosis vezető tünete. 5. *Engelhardt József, Szűcs Attila, Boncz István:* „Als" eseteinek klinikopathológiai elemzése. 6. *Lajkó Károly, Simon Zsuzsanna, Karcsu Sarolta:* Acut dialkylphosphat mérgezést követő késői polyneuropathia
1979. máj. 24. csütörtök	Főv. Péterfy S. utcai Kórház tanácsterme, VII., Péterfy S. u. 14. IV. em	délután 14 óra	*Főv. Péterfy Sándor utcai Kórhát-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága*	1. *Kartik Ilona, Gulyás Gusztáv, Máthé Ferenc, Takács László:* Arteria nyelű lebenyek alkalmazása bőrhiányok pótlására. 2. *Kancsik Margit:* A mitralis prolapsus syndroma és a functionalis regurgitatio. 3. *Korányi György, Krausz Judit:* Congenitalis toxoplasma fertőzés súlyos esetei

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 20 nappal!)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116-660
MNB egyszámlaszám: 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 jelzőszámlára.
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530
Előfizetési díj egy évre 432,— Ft, negyedévre 108,— Ft, egyes szám ára 9,— Ft

79.1134 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FISCHER ANTAL DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA 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.

*

120. ÉVFOLYAM

*

20. SZÁM

*

1979. MÁJUS 20.

TARTALOMJEGYZÉK

Buda Béla dr.:
Az orvosegyetemi oktatás kommunikációs kérdései 1179

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Tarján Jenő dr., Rostás László dr., Wagner Gyula dr., Blaskovich Erzsébet dr. és Gáborják Mária dr.:
Az atrio-ventricularis vezető rendszer vizsgálata His-köteg EKG-val 1187

ÖSSZEFOGLALÓ REFERÁTUMOK

Tariska Péter dr. és Rajna Péter dr.:
A felnőtt korban kezdődő epilepsiák néhány kérdéséről 1191

GENETIKA

Cserháti Géza dr. és Szilágyi János dr.:
Azonos típusú rosszindulatú daganat iker-, ill. testvérpáron 1195

RITKA KÓRKÉPEK

Rosdy Ernő dr., Sági Tamás dr. és Török Péter dr.:
A vese endometriosisáról 1199

HORUS

A kemoterápia fejlődésének megindulása ... 1203
Went Istvánra emlékezünk 1206
Anton von Tröltsch 1208
Adatok Dr. Mangold Henrik életrajzához ... 1209
A TMB hírei 1210
Halottaink 1210

Folyóiratreferátumok 1213
Levelek a szerkesztőhöz 1227
Könyvismertetés 1231
Hírek 1234
Pályázati hirdetmények 1211
Előadások, ülések 1236

BISECURIN *tabletta*

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethynil oestradiolumot tartalmaz.

HATÁS

Oralisan alkalmazható ovulatiogátló, anticoncipiens hatású oestrogen-gestagen hormonkombináció.

ELLENJAVALLATOK

Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegségek, chronicus colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlő-carcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

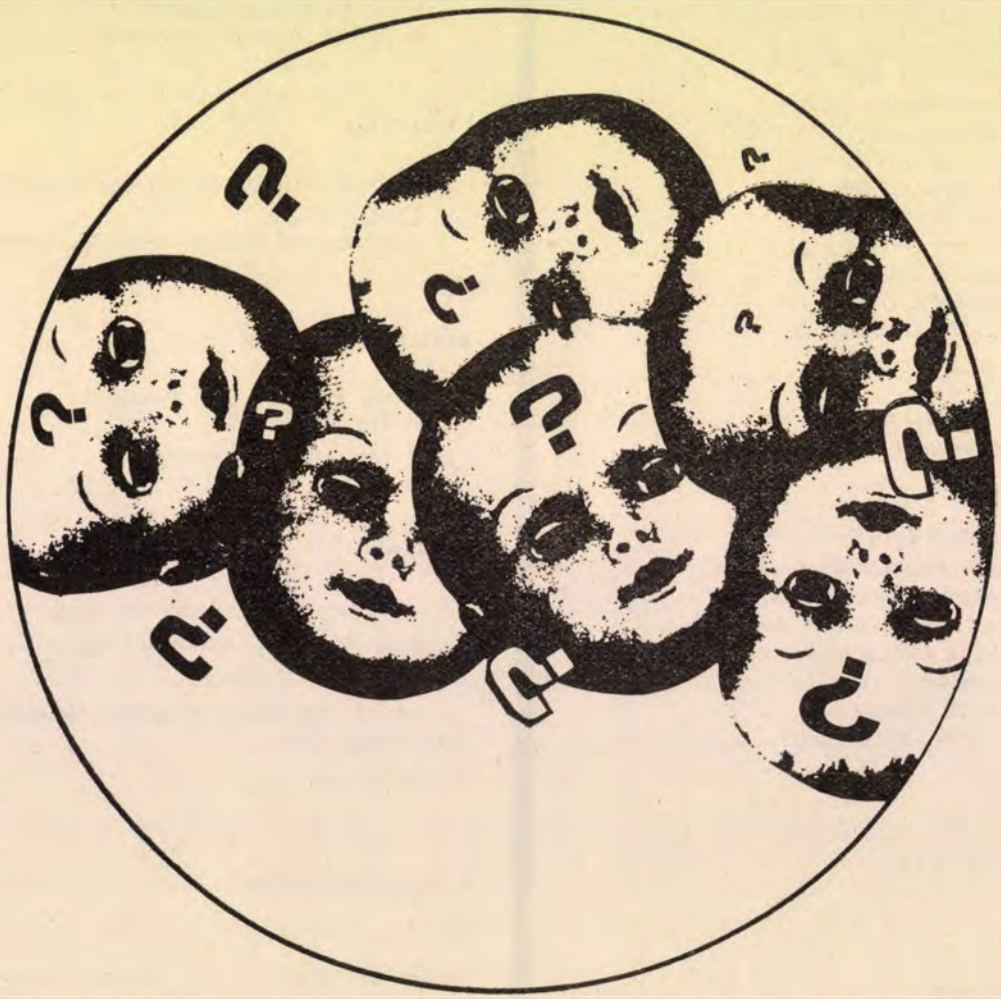
A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdeni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni mindennap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani.
Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség.

MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok a kúra kezdetén előfordulhatnak, s a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 21 db tabl., térítési díj: 2,90 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Országos Testnevelési és Sportegészségügyi Intézet
(főigazgató főorvos: Árky Nándor dr.),
Sportmentálhygiénés Osztály
(osztályvezető főorvos: Buda Béla dr.)

Az orvosegyetemi oktatás kommunikációs kérdései

Buda Béla dr.

Amikor Molière vígjátékában halljuk vagy olvassuk, hogy Monsieur Jourdain egy szép napon megdöbbenve fedezi fel, hogy ő voltaképpen egész életében prózában beszélt, tréfásnak tartjuk a dolgot, és jót nevetünk rajta. Pedig ez a tréfa — ha belegondolunk — rendelkezik komoly mondanivalóval is. Illusztrál egy olyan *ismeretelméleti mechanizmust*, amelynek a modern társadalomtudományokban mind nagyobb lesz a jelentősége, és amely így, közvetve, fontossá válik a medicina szempontjából is.

E mechanizmus a következő:

Az ember élettapasztalatai és egy társadalmi jelenségtartománnyal való rendszeres kapcsolata révén önkéntelenül is igen sok szociológiai és pszichológiai ismeretet szerez és sok ilyen készségre tesz szert. Ezek jól eligazítják mindennapi életében és tevékenységeiben, ám ezeknek szabályszerűségeit legtöbbször nem képes megfelelően tudatosítani. Ezeknek tapasztalati alapjai és logikai előfeltevései a tudat homályába vesznek, éppen azért, mert annyira jól ismertek, mert a gondolkodásnak nagyon nehéz eltávolítani és megismerési tárggyá tenni őket. Új jelenségek, új összefüggések megértésében vagy befolyásolásában azután ezek az ismeretek és készségek gyakran csődöt mondanak, tévedésekhez vagy hibákhoz vezetnek. Ezért a *modern szociológiai és pszichológiai kutatás* mind gyakrabban választja azt az utat, hogy az objektív szabályszerűségeket a mindennapi tudat és a mindennapi cselekvés rejtett („implicit") szerkezetének feltárásán át igyekszik megközelíteni, és ezzel nemcsak új tudományos elméletekhez jut, hanem a társadalmi gyakorlat különféle formáiba is haszonnal csatolódhat vissza. Ennek során legtöbbször az történik, hogy közismert dolgokat vizsgálnak egy új koncepció vagy fogalmi kategória fényében, és akkor azoknak — néha meglepetésszerűen, miként Jourdain úr számára — új vetületei és sajátosságai tűnnek elő.

Így történt ez ama felismerés esetében is, amely a *kommunikáció* szinte állandó szerepét, mindenütt jelenvalóságát emelte ki az emberi életben. Eszerint bármit teszünk, azzal együtt szükségszerűen kommunikálunk egymással, vagy pedig tevékenységünk lényege éppen a kommunikáció. E felismerés jegyében a kommunikáció fogalma természetesen kitágult, bonyolult elméletrendszer magja lett. A látszólag egyszerű tételből alapjában ismert jelenségek új összefüggései világosodtak meg, pl. számos emberi megnyilvánulásról kiderült, hogy elsődlegesen a kommunikáció szolgálatában állnak, és ezzel *az emberi kommunikáció új csatornái és kódjai* váltak ismeretessé (így többek között a *nem verbális kommunikáció* és a *metakommunikáció* csatornái és kódjai), továbbá az emberi *viselkedés* jelenségei összekapcsolhatók lettek az anyagi világ minden mozgásformájának általános törvényszerűségeit leíró elméletekkel, mint amilyen az *információelmélet*, a *rendszerelmélet* vagy a *kibernetika* (emlékezzünk csak Norbert Wisner híres munkájának, a *Cybernetics*-nek alcímére: *Controll and Communication in Animal and Machine!* — (21) stb. Mindezekből izgalmas, új felismerések születtek, kimunkálták pl. az emberi kommunikáció újfajta *személyiség- és társaslélektanát*, tisztázódott, hogy minden emberi kommunikáció alapfolyamata a *befolyásolás*, a másik megmozgatásának szándéka, és ezen át a másik feletti kontroll megszerzésének törekvése, és közel állunk a személyiségfejlődés (szocializáció), ill. a szociális ismeretanyag-átvétel olyan fajta — kommunikációs — programmodelljeinek kidolgozásához, mint amilyen pl. a biokémiában a Watson—Crick-modell (6, 8, 9, 20).

A komunikációelmélet új fejleményeinek és jelentőségének még sok vonatkozását említhetnénk, de talán ebből is kitűnik, hogy érdemes a kommunikáció fogalmi kategóriáját rendezőelvként új szempontként alkalmazni olyan gyakorlati problémákra is, mint *az orvosegyetemi oktatás*, ill. az *orvosképzés*, és megvizsgálni, hogy a kommunikációelmélet ismeretei és megközelítési módjai képesek-e hozzátenni valamit ahhoz, amit erről a problémakörről az oktató vagy a képzési folyamatot átélt hallgató tud.

Talán nem vonjuk magunkra a Molière-féle iróniát, ha az elmondottak értelmében azt állítjuk, hogy *az oktatás lényege és mátrixa a komunikáció.* Kommunikációs folyamat a tantermi előadás, kommunikáció szabályozza a tevékenységet a kiscsoportos gyakorlatokon mind az elméleti tárgyakban, mind a betegágy vagy a boncasztal mellett és sajátos kommunikációs rítus a megszerzett ismeretanyag és képességek ellenőrzésének módja, a vizsga is.

De tovább bonyolíthatjuk a képet. Az orvosi egyetemek nem egyszerűen *kommunikáción át* tanítanak, hanem sajátos *kommunikációs képességekre és módokra* is. Magának az orvosi munkának is kommunikáció a lényege, nagyon gyakran ez a tartalma és hatótényezője is. Az orvos ugyanis a vizsgálat során információkat szerez betegétől és annak hozzátartozóitól vagy környezetétől, már a vizsgálat során is kommunikáción keresztül kell biztosítania a beteg együttműködését, mint ahogyan ezt majd tennie kell a therapia jegyében is. A vizsgálatok és a kezelések érdekében sokszor bonyolult kommunikációs kapcsolatokba kell lépnie

Előadás a Pécsi Orvostudományi Egyetem II. Oktatási Konferenciáján, Pécs, 1979. március 2.

az egészségügy munkamegosztási rendszerének más tagjaival, más orvosokkal és az egészségügyi segédszemélyzet különféle rétegeivel. Mindezek *közvetlen* kommunikációs formák. De *közvetett* kommunikációs csatornák is áthatják mind az oktatási folyamatot (ilyen pl. az írott kommunikáció, amely tankönyveken, jegyzeteken, a hallgatók írásbeli beszámolóin át érvényesül), mind pedig az orvosi, ill. a betegellátó munkát (kezdve a kórrajztól egészen a szakirodalomig, amelyből az orvos ismereteit gyarapíthatja, vagy amelyben a munkája során felmerülő problémáknak utána nézhet).

Megintcsak szinte közhelyszerű és nyilvánvaló, hogy az oktatás kommunikációs folyamatainak meg kell tanítaniuk a jövendő orvost az orvosi munkával járó kommunikáció optimális képességeire. Itt van azonban az a pont, ahol fejtegetéseinket már a lényegre irányíthatjuk. Mi szükséges ehhez? Kellenek először is megfelelő *ismeretek* és *gyakorlati készségek*. Az orvosegyetemek évezredes hagyományai ezt állítják a középpontba, és a mai egyetemek tananyaga éppúgy racionális, megtanulható, összefüggéseket megvilágító ismereteket nyújt és tanrendje éppúgy a vizsgáló és gyógyító módszerek gyakorlásának terepeit és lehetőségeit biztosítja, mint ahogyan az ókori egyetemeké. De kell még sok egyéb is, sokféle *pszichológiai hatás* és *társaslélektani feltétel*, amelynek szerepe és fontossága általában nem tudatosul, és amelynek kialakítására nem irányulnak tudatos törekvések, és éppen ezért az egyetem ezeket gyakran bizonytalanul, gazdaságtalanul nyújtja. Éppen ezek azok a hatások és feltételek, amelyek az orvos munkájának és kommunikációjának optimalizálását szolgálják, ill. szolgálhatnák.

Az újabb kutatások mutattak arra rá, hogy a logikusan egymásra épülő ismeretek és az orvosi munkához szükséges képességek mellett a hallgatóknak meg kell tanulniuk *orvosként viselkedniük, érezniük és gondolkodniuk* is (2, 4, 15, 22). Ez öntudatlan, automatikus tanulási és gyakorlási folyamatokban történik meg. Ennek egyik oldala individuállélektani természetű, meg kell tanulni *feldolgozni* a betegekkel, a hozzátartozókkal és a kollégákkal való érintkezés különféle benyomásait, és az azok nyomán keletkező feszültségeket. Az orvosi munka ugyanis olyan élménymódokkal jár, amelyek a mindennapi életben ritkán és más formákban fordulnak elő. Elég, ha csak arra utalunk, hogy az orvos átlépheti a társas érintkezés intimitási korlátait, nemcsak a szemérem szabályait, hanem a másik ember testi épségének törvényesen védett normáit is (hogy fájdalmat, sérülést, funkciózavart okozó beavatkozásaival az egyén magasabb értékeit, pl. életben maradását szolgálja), tanúja lehet a szenvedéseknek, megtudhatja a féltve őrzött titkokat, vagy nemcsak tapasztalhatja, hanem tevőleges szereplőként is kísérheti végig a meghalás folyamatát stb. Olyan nagy hatalom adatik a megszerzett ismereteket és képességeket tanúsító diplomával együtt a kezébe más emberek felett, amilyen kevés más hivatás képviselőjének jut osztályrészéül. Ez azonban előhívja benne saját személyiségének belső problémáit, vágyak és tilalmak feszültségét szítja fel, az együttérzéssel negatív érzelmeket kelt, félelmeket és viszolygásokat mozgat. Ezeknek feldolgozásában teljesen magára marad, az orvosi egyetemek tradíciói közül általában hiányoznak azok a sémák, amelyekben az ilyen élményekről beszélni lehet, vagy amelyekben szakszerű segítséghez lehet folyamodni. Az orvosegyetemi évek alatt ezeket a dilemmákat a hallgatók érzelmi kívülmaradással, kisebbségi érzések kialakításával, és azokat kompenzálandó, egyfajta cinikus viselkedési álarccal (3, 11) oldják meg, vagy pedig ezekre különböző pszichés tünetekkel reagálnak (az orvostanhallgatók hagyományos hipochondriájának is itt vannak a pszichodinamikai gyökerei).

Az élményoldal feldolgozását az teszi különösen nehézzé, hogy az élmények, benyomások szerzésével egyidejűleg reagálni is kell, vagyis orvosi módon kommunikálni a beteggel. Sokféle célt kell ezzel elérni, a megtanult javaslatok és utasítások közlésén kívül a beteg bizalmának megnyerését, szégyenkezésének vagy ellenállásának oldását, szorongásainak csökkentését, együttműködésének biztosítását stb. Ez a hallgatónak, de majd sokáig a fiatal orvosnak is nehéz azért is, mert viszonya a beteggel nem önálló, hanem inkább jelképes, ő ugyanis a gyógyító teamnek csak másodlagos tagja, vele szemben a beteg nincs olyan függőségben, mint az „igazi" orvossal, aki intézményes keretekben legtöbbször a főorvos, vagy pedig a járóbetegellátásban a beteggel foglalkozó egyedüli orvos. Nagyon sok kommunikációs sémát, stratégiát kell a különböző esetekben az orvosoknak alkalmazniuk, és ezeket valahol meg kell tanulniuk.

Ezek megtanulását rendszerint az orvosi gyakorlat évei fejezik csak be, az egyetemek ehhez sajnos keveset adnak. Talán egészen a most idős orvosgenerációig az egyetemi hagyományok és a társadalmi struktúra viszonylagos állandóságai a szokások révén több feltételt biztosítottak ehhez. A társadalomban meglevő *tekintélymechanizmus*, a beteganyag összetétele és az orvosi tevékenység jellege könnyebben hozta létre a kontrollt a beteg felett, és váltotta ki annak együttműködését. Az egyetemi élet is jobban teret engedett bizonyos — később említendő — pszichológiai hatásoknak, amelyek a megfelelő orvosi kommunikációt megtaníthatták. Napjainkban azonban a társadalom gyors változása és a medicina meggyorsult fejlődése, valamint az egészségügyi ellátás társadalmiaskodása új és nagy léptekben tovább változó, átalakuló helyzetet hozott létre, ebben az orvosi munka más feltételek közé kerül, a viszonyok sokkal bonyolultabbá válnak. *Most már időszerű lenne, hogy az orvosi viselkedés és kommunikáció megtanulásában az orvosegyetem intézményes segítséget nyújtson,* és ne csupán a tradíciókra és az egyetem utáni időszak tapasztalataira hagyatkozzon.

A segítség módjai ma már koncipiálhatók, részleteikben a világ egyes orvosegyetemein meg is valósultak. Elsősorban az orvossá válás — ahogyan ezt az orvosi szociológia kifejezi: az orvosi pályára való szocializálódás, ill. az orvos-szerep megtanulása (2, 3, 4, 10) — élményvetületeinek és kommunikációs alapfolyamatainak *tudatosítására*

volna szükség. Ez korszerű és az orvosi kurrikulum során megfelelő korszakokra centrált *orvosi pszichológiai oktatáson* keresztül lenne megvalósítható. A korszerű orvosi pszichológiának feltétlenül része kellene legyen olyan szociálpszichológiai ismeretanyag, fogalomrendszer, amely az orvossal magával és az orvossá válással foglalkozik. Ennek segítségével lehetne a betegekkel való kapcsolat, ill. az orvosi munka élményanyagát kognitív feldolgozáshoz segíteni és felszabadítani a hatékony orvosi kommunikáció erőit a hallgatókban. Hátrányosnak és korszerűtlennek kell tekinteni azt a körülményt, hogy az orvosi pszichológiának tananyaga, már ahol oktatják (és így hazánkban is néhány egyetemen) kizárólag az objektivált normálélektant és a pszichopathológia ilyen alapismereteit mutatja be, mint ahogyan azt még fél évszázaddal előbb Kretschmer is tette, és nem irányítja a figyelmet az orvos személyiségére, viselkedésére, amely pedig quasi az orvos legfontosabb „műszere" és egyben a beteg viselkedésének, reakcióinak lényeges determinánsa is. Nincs olyan „objektív" pszichológiai esemény az orvoslásban, amely függetleníthető lenne az orvos és a beteg kapcsolatának erőterétől, és ha az orvosra magára nem vetül figyelem, a kapott lélektani ismeretanyag a gyakorlatban használhatatlan és nem több, mint az amúgy is túlzsúfolt tananyag növelése.

Ha viszont az orvostanhallgató megtanulna kissé önmagára figyelni, ha a kapott szempontok jegyében saját megnyilvánulásait tudatosítaná, ha ebben oktatójától kapna némi olyanfajta segítséget, amilyent a pszichotherapeuta nyújt pácienseinek, hogy azok jobban értsék önmagukat; ha mód lenne olyan *csoportfoglalkozásokra*, amelyekben a csoportdinamika erőit is felhasználnák az egyetemi élettel kapcsolatosan keletkező élmények verbalizálására és feldolgozására, akkor a tantárgy hatásfoka megnövelhető lenne. Tovább nőne ez a hatásfok, ha az orvosegyetemek mellett az orvosi pszichológiai oktatással azonos szemléletű és ezzel együttműködő *szakspecifikus pszichológiai tanácsadó és segítségnyújtó egységek* is működnének, amelyek ugyancsak csoportmódszerekkel, de ha kell, egyéni foglalkozásokkal is segítenének azoknak, akik ilyen segítséget igényelnek. Nyugat-európai egyetemek ilyen fajta tanácsadó szerveinek nagyon jók a tapasztalatai, de ezekből világosan kiderül az is, hogy az orvostanhallgatók mentálhygiénés szempontból veszélyeztetett társadalmi réteget képeznek, a már említett okok miatt.

Végül pedig az lenne szükséges, hogy az egyetemi évek alatt a hallgatók minél gyakrabban legyenek úgy önálló kapcsolatban a betegekkel, hogy élményeiket és benyomásaikat megfelelő szakemberrel megbeszélhessék, annak felügyeletével végezhessék munkájukat, továbbá minél többet *figyelhessék meg*, majd pedig az orvosi pszichológiai szakemberrel megbeszélhessék, feldolgozhassák tapasztalt klinikusok betegvizsgálatait, anamnézisfelvételeit, therapiás beavatkozásait. Erre oktató intézményekben nem lenne nehéz alkalmakat teremteni, különösen a rohamosan és örvendetesen terjedő audiovizuális technika segítségével.

A megfigyelés mozzanatánál érdemes időzni egy darabig. Mai pszichológiai ismereteink szerint komplex viselkedésmódok, bonyolultabb kommunikációs készségek, újfajta motivációk tanulása nem ennyire értelmi és induktív úton, hanem egy sajátos emberi tanulási mechanizmus, az *identifikáció*, az *azonosulás* révén történik. Ez nagyrészt öntudatlanul érvényesülő mechanizmus, a tanuló személyiség a modellt nyújtó személyiséggel mintegy azonosítva magát, átveszi annak érzelmi állapotait, és ez sajátos ösztönzővé válik az összetett készség elsajátítására. E bonyolult mechanizmus leírása itt nem célszerű, inkább szakirodalmára utalunk (1, 8, 12, 16), ez a mechanizmus az, amely segítségével a szülőkkel való kapcsolatban a gyermeki személyiség megtanulja a felnőttre jellemző társas viselkedést. Erre az azonosulásos tanulásra az orvosi viselkedés elsajátításában is igen nagy szerep jut, hiszen ma még nem is ismerjük annyira az ide vonatkozó szabályszerűségeket, hogy pl. az orvosi lélektan keretében megfelelő elméleti képet lehessen róluk nyújtani, ha azonban az azonosuláshoz megfelelő megfigyelési és kommunikációs alkalmakat nyújtunk, a komplex tanulás magától megindul, könnyen segíthető, fejleszthető.

A régi orvosegyetemek az ilyen identifikációs alkalmak sűrűbb biztosításával járultak hozzá akaratlanul is az orvosi magatartás oktatásához. A modern egyetem viszont fokozatosan mindinkább az írott tananyagra helyezi a hangsúlyt, az oktatás főleg ismeretközléssé válik, és a kiscsoportos gyakorlatokon gyakoroltatás folyik, de a valódi, gyógyító munka teljes folyamatának, és különösen a leglényegesebb epizódoknak, az anamnézisfelvételnek és az első orvos—beteg találkozásoknak megfigyelésére kevés lehetőség nyílik.

Még egy nagyon fontos tényező függ az elmondottakkal össze, ill. következik belőlük — különösen az identifikáció lélektanából — szervesen. Ez pedig az, hogy *nem minden megfigyelhető orvos, ill. oktató tud jó mintát nyújtani.* Csak az, aki valóban jól kommunikál, akinek *egyénisége* van, aki szenvedélyesen szereti a tárgyát és tudja is azt, aki töpreng, problémázik az oktatás kérdésein is és hallgatói lelkiállapotába magát beleélni igyekszik. A kommunikáció ismeretanyagából tudjuk, hogy az azonosulást leginkább a megfigyelt ember viselkedésbeli és kommunikációs hitelessége, *kongruenciája* hozza létre, *ez pedig a mélyen átélt, érzelmileg vállalt, belső érdeklődéstől fűtött magatartásmódok sajátja.* Itt is csak utalni lehet a probléma irodalmára (5, 8, 9), azonban az elmondottak alapján nyilván belátható, hogy az *azonosulásos tanulás* lehetőségeinek biztosításához hozzá tartozik az oktatói munka jó értelemben vett *kultusza*, becsületének fokozása. Ehhez a megfelelő oktatók *kiválasztása, továbbképzése* (különös tekintettel a kommunikációs és lélektani ismeretekre) — vagy talán még ezt sem utópisztikus mondani: *képzése, megfelelő dotációja*, más terhek és feladatok alóli kellő *tehermentesítése* kellene csatlakozzon.

E téren a világon a legtöbb egyetem rossz helyzetben van. Az oktatás becse a legkisebb a klinikai kötelességek között, a tudományos munka túlzottan és irreálisan felértékelt, mivel ez az elő-

rehaladás legfőbb eszköze. Ez főleg a közlemények hajszolásában nyilvánul meg. Eleve olyan helyzet ez, amelyben az oktatói személyiség kongruenciája nehezül, hiszen kevesebb ambícióval tanít, és az oktatásra fordított idő alatt más dolgainak feszültsége is levesz motivációiból. A legtöbb oktató nem tudatosítja magában ezeket az ellentmondásokat és pszichológiai szempontból vergődik ezek feszültségében, miközben kifelé görcsösen igyekszik a tudós szerepét játszani. Erről már sokat, sokan írtak (3, 7, 10), ez a tendencia azonban látszólag feltartóztathatatlanul halad előre, és így folyton csökkenti az egyetemen megtanulható kommunikációs készségek mérvét.

Az elmondottak summája az, hogy az egyetemi oktatás során a beteggel való és a beteggel kapcsolatos kommunikációk fajtáinak, változatainak alkalmait kellene sűríteni, és így a „loqui loquendo discimus" elv szellemében megtanítani a hallgatókat a megfelelő — gyakorlott és bizonyos önismerettel kísért — orvosi kommunikációra.

Az eddigi gondolatmenetben túlzott hangsúlyt kapott egyrészt az orvosi pályára való szocializáció arculata, másrészt viszont a beteget pszichológiailag kontrolláló, szabályozó orvosi kommunikáció mozzanata. Ebből az a félreértés támadhat, hogy ezeket a vetületeket nagyobb fontosságúnak tekintjük, mint az orvosegyetem más feladatait. Ez a hangsúly csak a probléma bemutatásának módjából következik, tisztán kell látni, hogy *a felsorolt javaslatok nem csupán, és talán nem is elsődlegesen a vetületek megtanítását célozzák, ill. segítenék elő.* A javaslatokban az orvosegyetemi oktatás általánosabb *szemléletváltásának* lehetősége rejlik, hiszen ezek révén jobban, korszerűbben megközelíthető az orvosegyetem néhány olyan célkitűzése is, amely már igen közel áll a mai egészségügy és a modern medicina vitális érdekeihez. Ugyanezek a módszerek ugyanis alkalmasak arra is, hogy az orvostanhallgatókat felkészítsék a majdani munkájuk nagy részét kitevő *neurotikusok* megértésére és kezelésére is, továbbá megtanítsák a medicina legfontosabb vizsgáló eszközének, az *anamnézisnek* helyes, magas szintű és korszerű használatára és megfelelő értékelésére, és ezen át elősegítsék a klasszikus, szomatikus orvosláshoz szükséges *gondolkodásmód* elsajátítását is. A helyes gondolkodásmód, a megfelelő orvosi szemlélet segítségével az egyetem kulcsot adhatna a hallgatók kezébe a tágan értelmezett *egészségügyi munkaszervezés* jelentőségének felismeréséhez, és ezen keresztül hozzájárulhatna az egészségügy néhány égető szervezési és gazdasági problémájának jobb megértéséhez és befolyásolásához.

A korszerű, az oktatás rendszerét is érintő orvosi lélektan érvényesítése úgy segítene a neurotikusok kezelésében, hogy középpontjába állíthatná az *empáthia* koncepcióját, ill. jelenségét. A fogalom jelentése: beleélés a másik ember érzelmi állapotaiba, annak egyedi, sajátos vonásainak megértése a saját személyiségünkbe történő introspekció révén. Az empáthia különleges kommunikációs folyamat, amelyben érzékenyen felfogjuk a másik jelzéseit, mind a nem verbális jelzéseket, mind pedig azokat, amelyek a szavakban kifejezett dolgok mögöttes szerkezeteiben rejlenek. Erre mindenki képes, de ez a képesség „inaktivitási atrófiába" kerül a legtöbb emberben, ha fiatal felnőtt korában nem kezd odafigyelni rá, nem gyakorolja. Viszonylag könnyű felszabadítani a gátlások alól és fejleszteni ezt a képességet, ezt az orvosi lélektan korszerű oktatása keretében, különösen csoportmódszerek és audiovizuális eszközök segítségével meg lehetne valósítani (8).

Tudjuk, hogy a pszichés panaszokban, a neurotikus megnyilvánulásokban a társadalmi létből, különösen az emberi kapcsolatokból eredő feszültségek, félelmek jelennek meg „rejtjelezett" formában, az egyén számára érthetetlen, többnyire szomatikus betegség képét idéző tünetekben vagy élménymódokban. Azt is tudjuk, hogy ezeken az állapotokon általában megtörik a szomatikus orvos igyekezete. A kórisme kialakításának szokásos „detektívmunkája" az ilyen esetekben nem találja meg a tünetek és a panaszok kórélettani magyarázatát, nincs tehát megfelelő therapia, a tüneti kezelési módok is többnyire sikertelenek. Jellegzetes az orvos és a beteg közötti *kommunikációs zavar*, melynek típusos formája a beteg szűnni nem akaró elégedetlen panaszkodása, amely csak fokozódik akkor, amikor az orvos az organikus betegség hiányáról, a testi egészség meglétéről tesz megnyugtató szándékú nyilatkozatot. A beteg befolyásolása csak sajátos, a szomatikus orvosi gyakorlattól eltérő kommunikációs taktikával lehet eredményes. A beteget feszültségben tartó körülményeket, az előtte is rejtett élményösszefüggéseket kell megérteni, és megértetni. Ez csak az empáthia segítségével történhet, mert itt a viszonyok egyéniek, lévén minden személyiség szinte önálló mikrokozmosz, hiszen egyénenként mások az ingerküszöbök, a sajátos érzékenységek (a személyiségfejlődés során kialakult módon). Az empáthiás megértés alapján lehet csökkenteni a beteg pszichológiai feszültségeit és olyan pszichológiai változásokat indítani el benne, amelyek a tünetek megszűnéséhez vezethetnek. Ez *az empáthiás megértés tehát a pszichotherapia alapja*, és a megértés képességére voltaképpen minden orvost meg kellene tanítani.

A gyógyító gyakorlatban ugyanis ilyen betegekkel az orvos gyakran és mind gyakrabban találkozik, akár tiszta formában, akár szomatikus elváltozásokra rakódott szuperpozícióként. Számos együttműködési nehézség is a betegek részéről neurotikus természetű. A neurotikus állapotok szaporodása bonyolult társadalmi okok következtében állt elő, ezzel igen nagy szakirodalom foglalkozik (3, 5, 8). Az orvos tehát kénytelen próbálkozni a „rejtjeles" neurotikus kommunikáció dekódolásával és az ilyen esetek kezelésével, noha ezt nem szívesen teszi, mert ebből sok kudarca és érzelmi nehézsége származik. Neurotikus állapotokkal függ össze az orvos és a beteg közötti konfliktusok nagy része, és a mind gyakoribbá váló öngyilkosságok hátterében is nagy szerepet játszik a neurózis (az öngyilkosságok lassanként világszerte vezető halálokká válnak, és a gyakorló orvos hovatovább pályája során számos szomatikus szakágban több beteget veszíthet el öngyilkosság miatt mint más okból).

A neurotikusokkal való bánásmódon kívül az orvosnak más célokra is szüksége van empáthiára, hiszen az olyan *kommunikációs* — perceptív — *érzékenységet* jelent, amely mindig előnyös és hasznos, ha valamilyen különleges, sajátos helyzetről van szó. Márpedig a gyógyítás interperszonális tere egyre bonyolultabb lesz, és ebben egyre több a különös, sémákba nem illő helyzet. Az egyéni orvos és beteg találkozás mindinkább csak epizóddá válik a gyógyító team, csoport munkájának rendszerében. Így az egyes betegek ügyében döntő, azokért felelős orvos mindinkább rászorul a szakmai információcserére, a szakmai kommunikációra. Másoktól kell megkapnia vizsgálati eredményeket, laboratóriumi adatokat, észlelések leírását stb. Egyes osztályokon és munkakörökben a kommunikációs láncolatok nagyon bonyolultak, nagyon sok lehetőség van bennük információs veszteségekre és torzításokra. Ezek gyakran az egészségügyi dolgozók nehéz helyzetéből, néha ellentmondásos feladatszabályozásából származnak. A gyógyító munkahelyek szervezeti rendjének az egyik legfőbb racionáléja a szükséges és kellően biztosított információáramlás irányítása, ám ez a szervezeti rend elsősorban hagyományokat követ, és így hamar elidegenedhet a valódi céltól, ha a munka feltételei megváltoznak. Ilyen esetekben állnak elő az említett veszteségek és torzulások, de előállhatnak egyes egészségügyi dolgozók tapasztalatlanságából, képzetlenségéből vagy mulasztásából eredően is (17). Az empáthiás készség ezeknek a helyzeteknek áttekintését és megértését is lehetségessé teszi, és ezáltal nemcsak egyes esetek ellátása válik jobbá, hanem mód nyílik szervezési változtatásokra is.

A gyakorlatban olyan nagy a betegellátó munka és az ahhoz szükséges információs hálózat szervezési elveinek és modelljeinek jelentősége, hogy az orvosegyetemi oktatásban tulajdonképpen ezzel is foglalkozni kellene. A gyógyító szervezet belső folyamatainak és szabályszerűségeinek kérdése megint olyan, amelyben öntudatlanul mozgunk, és amelynek oktatásában a gyakorlatra, a véletlenre hagyatkozunk. A véletlenre annyiban, hogy adott, partikuláris szervezeti formák viszonyait ismeri meg a gyakorlaton levő medikus vagy tanulja meg pályája első éveiben a fiatal orvos. Ő maga viszi azután tovább az esetleg már célszerűtlen vagy korszerűtlen hagyományt. Sokszor a hagyományoknak pszichológiai kielégülést nyújtó szerepük van, ilyenkor általában tovább fennmaradnak, mint ésszerű. Az ipari munkaszervezetek kutatásai mutattak rá, hogy előírt információs kapcsolatok vagy információs ellenőrzési állomások nem mindig a feladatmegoldást szolgálják, hanem gyakran a hatalom demonstrációjának eszközei, rangkülönbségek jelzői, néha éppen hátrányosak is a munka szempontjából. A *szociológiai szervezés- és vezetéselmélet* jegyében kiterjedt kutatások folynak arra vonatkozóan, hogyan lehetne a munkavégzés szervezett kommunikációs láncolatait optimálissá tenni és a szükségletnek megfelelően változtatni is, tehát rugalmasnak hagyni (8, 13, 19). Az egészségügyre sajnos még alig terjedtek ki az ilyenfajta vizsgálatok, bár az *orvosi szociológia* keretében többen bírálják az egészségügy túlzottan hierarchizált státusstruktúráját, a gyógyító team egyes rétegei közötti túlzott távolságot (pl. orvos és középkáderek között), a vizitek értelmetlen kommunikációs rituáléit, az orvosi magatartás szükségtelen, gyakran a beteggel való kommunikációt zavaró modorosságait stb. Ismét az a helyzet itt, hogy nincsenek biztos, egyszerű szervezéstani elvek, amelyeket jól oktatni lehetne, viszont lehetne foglalkozni a kérdéssel, lehetne bemutatni különböző szervezési formákat (pl. azonos szakmákon belül különböző kórházi osztályok munkarendjét, kommunikációs szokásait, vezetési módját), ezeket meg lehetne vitatni (esetleg a medikusok és az osztályok vezetői vagy orvosai között), és ez máris kissé tudatosabbá tenné a fiatal orvosok viszonyulását a közvetlen munkaszervezés problémáihoz. Így automatikusan képviselhetné az egyetem a gyakran idézett és valóban nagyon mélyértelmű brechti elvet: „Vizsgáljátok, szükségszerű-e az, ami megszokott!" A különböző szervezési és osztályirányítási megoldások szubjektív gyökereit az empáthiás képesség gyakran érthetővé tehetné.

Az empáthia érvényesítésének tere, közege általában először és leggyakrabban a beteggel folytatott *anamnézisfelvétel* és a betegvizsgálat. Ekkor vetődnek fel már a neurotikus élménymechanizmusok, a különféle interperszonális célokat követő panaszkommunikációk, vagy a személyiséget megterhelő, esetleg károsító korábbi hatások, pszichés traumák adatai. Nemcsak neurotikusként egyéni és egyedi minden beteg, de — ha kisebb mértékben is — objektív tüneteinek megfigyelésében, belső értelmezésében és előadásában is az. A beleélő megértés segít a fájdalom, a szenvedés, a betegség keltette egzisztenciális szorongás vagy a funkciózavar mértékének helyes megállapításában. Empáthiával könnyebb lehántani a beteg közléseiről a belső érzelmi — pl. a katathym — torzításokat és eljutni annak valódi megfigyeléséig, emlékeiig, amelyekből gyakran a kórfolyamat rekonstruálható és akár a kész kórisméhez is el lehet jutni. A helyes információátvételtől pedig nagyon sok függ, gyakran kockázatos diagnosztikus vagy therapiás beavatkozások döntése, vagy esetleg káros és veszélyes késlekedés.

Mint a beteggel való kommunikációt általában, az objektivitás szempontjából helyes anamnézisfelvételt is oktatni, tanítani lehetne a különböző szakágakban. Itt azonban jelentkezik egy lényeges tartalmi szempont is, a jó anamnézisfelvételkor az orvosnak kérdezni is tudnia kell, és hogy jól eligazodjon a kapott információk között, sajátosan kell alkalmaznia megszerzett ismeretanyagát. Valójában bonyolult belső „kérdőívséma" él a jó anamnézisfelvételkor az orvos fejében, és ügyesen, rugalmasan ennek kérdéseire kér a betegtől választ.

Az egyetemi oktatás sajnálatos hiányosságából ered, hogy ez a kérdezési program, ez a „kérdőívséma" csak lassanként, jórészt öntudatlanul alakul ki az orvosokban. Az anamnézisfelvételt ugyanis nem tanítják, sőt, kimondva vagy kimondatlanul inkább leértékelik. A diangózis megszerzésének sémája mindinkább az, hogy a betegben „megmerítik" a különböző laboratóriumi vizsgálatok, a röntgen és más vizsgáló eljárások „háló-

ját", és ami — pozitív leletként — ebben „fennakad", az lesz később diagnosztikus támpont, eszerint kezdenek el gondolkodni, mi baja is lehet a betegnek. Hipotézis, kivizsgálási stratégia, várható eredmények anamnézis és gondolkodás alapján történő előrejelzési kísérlete stb. mindinkább kimegy a divatból. A medicina látszólag afelé halad, hogy minél elrejtettebb szervekből vagy szövetekből lehessen biopsziás anyagot venni, vagy minél speciálisabb ereket és vezetékeket lehessen kontrasztanyaggal feltölteni, és természetes, hogy ebben a folyamatban az anamnézisnek — továbbá az orvoslás más ősi eszközeinek, pl. a gondos észlelésnek, az eset megtanácskozásának más orvosokkal, a testi funkciózavarok egyszerű adatait (testsúly, hőmérséklet, exkrétumok, általános állapot stb.) figyelő mérlegelésnek stb. — jelentősége halványul.

Valójában pedig nem veszett el az anamnézis értéke, sőt, az újabb diagnosztikus eljárások és újabb elméleti megismerések csak növelték fontosságát a medicinában. A valódi helyzetet klaszszikus tömörséggel fejezi ki Trencséni (18, 27. old.):

„Az anamnesis a klinikai orvostan legősibb, legértékesebb, legnélkülözhetetlenebb vizsgáló eljárása, amely a medicina egészét fogja át, és annak minden szakágazatában több vagy kevesebb hordereje, de mindenképpen alapvető jelentősége van. E szerepét a korszerű orvostanban sem vesztette el, sőt, annak szakadatlan és mind gyorsabb ütemű fejlődése, a gépi és laboratóriumi eljárások állandóan növekvő igénybevétele a beteg kikérdezésének még nagyobb súlyt ad. Az anamnézis a fizikális vizsgálattal együtt lehetővé teszi, hogy a diagnosztikai eljárások enormis sokaságából a szokásos rutinvizsgálatokon túl kiválasszuk a valóban szükségeseket, s ezzel egyrészt az egyes beteg ellátását a legszervezettebben tervezhessük meg, másrészt a korszerű diagnosztikai munkával óhatatlanul együttjáró iatrogénia mérvét is a legminimálisabbra csökkenthessük."

Az anamnézisfelvétel és az anamnézis felhasználása voltaképpen az orvosi gondolkodás tükre. Tanítása során lehetne oktatni a kérdezés logikai és szemantikai technikáját (pl. a kikérdezéses szociológiai vizsgálatok, ill. a szociológiai kérdőívek és kérdésprogramok tapasztalatait felhasználva; 14), de lehetne az ismereti „infrastruktúráját" is, a kapott adatok súlyozásának, vagy a kérdések fókuszálásának módját, ill. a következtetések logikai rendjét. A tanításra ugyanazok a módok kínálkoznának, mint amelyekről már szó volt. A szabályszerűségek tudatosítása, tehát az elméleti foglalkozás a témával, a gyakorló, tanuló tapasztalatok sokoldalú megbeszélése, és nem utolsósorban a *tapasztalt klinikusok bemutatása*, példaadása. Klinikai tárgyak tantermi előadásainak jó tárgya lehetne az ilyen bemutatás, a bemutatott esetek megbeszélése, majd követése a különböző vizsgálatokon, a lezajló kórfolyamaton át a beteg kibocsátásáig, műtétéig, esetleg a klinikopathológiai konferenciáig. De a kiscsoportos gyakorlatokban is lehetne az ilyen esetdemonstráció legalább olyan fontos, mint a fizikális vizsgálat vagy az önálló anamnézisfelvétel gyakoroltatása. Ismét a modellkövető, azonosulásos tanulás mechanizmusai lendülhetnének mozgásba, amellett, hogy az ilyen bemutatás különleges intellektuális élmény is, hiszen a hallgató in statu nascendi, ill. in processu átélheti a kóros történések feltárásának, megfejtésének izgalmát. Ilyen bemutatások segítségével a helyes klinikai gondolkodás számos jó sémájának, fogásának olyan fokú bevésését lehetne elérni, amilyent semmi más eszköz nem tud nyújtani (nem is beszélve arról, hogy az orvosi gondolkodás algoritmusairól a tankönyvek is alig adnak felvilágosítást, ezt csak a tapasztalat tanítja meg jelenleg, kinek gyorsabban, kinek pedig lassabban).

Az anamnézisfelvétel jellegzetes orvosi kommunikációjának bemutatása és annak nyomán az orvosi szemlélet érzékeltetése különleges, de nagyon nehéz és kockázatos lehetőség. Az ilyen bemutatást vállaló valóban „megméretik" a hallgatók által, hiszen predikciókat kell tennie, állítania kell dolgokat, szakmai, oktatói presztízsét teheti tehát kockára. Talán ezért is vállalkoznak rá olyan kevesen, talán ezért mondják el szívesebben a professzorok ugyanazt, amit már tankönyvükben megírtak.

Az anamnézis és ezen át a korszerű klinikai gondolkodás, vizsgálati és therapiás stratégia megfelelő egyetemi művelése és oktatása pedig segíthetné a medicinát abban, hogy ne csak extenzív, hanem — a szó a ma használatban levőtől („intenzív betegellátás") némileg eltérő értelmében — intenzív irányba is fejlődjön. Az orvos kommunikációs készsége és orvosi gondolkodása a jövő technikai haladásai közepette is alapvető és rendkívüli jelentőségű marad, és hogy ez érvényesüljön is, ahhoz az egyetemi oktatásnak fokozottan hozzá kellene járulnia. Úgy is mondhatjuk ezt, hogy az orvostól kedvezőtlen feltételek, körülmények mindent elvehetnek, pl. a műtőt, az EKG-t, vagy akár a sthetoscopot is, de az anamnézist, a fizikális vizsgálat elemi módszereit és az orvosi gondolkodást semmi sem veheti el tőle.

A kommunikációs szemléletű oktatás ezeket az ősi eszközöket méltó helyükre teheti, és ha ez sikerül, akkor valamit enyhített a modern egészségügy állandó és növekvő dilemmáján, a szükséges költségek és a rendelkezésre álló lehetőségek ellentmondásán is. A klasszikus módszerek, a csiszolt orvosi gondolkodás ugyanis csökkenti a diagnosztikus munka költségeit, és némileg helyettesítheti a hiányzó gépeket, eljárásokat.

A kommunikáció fogalmi kategóriájának még igen sokféle vonatkoztatási lehetősége lenne az orvosegyetemi oktatásra, de ebből is kitűnik, hogy az az egyszerű, közhelyszerű állítás, hogy az oktatás kommunikációs folyamat, amelyben a hallgató az orvosi munka kommunikációs készségeit és módjait is tanulja, nemcsak a tevékenység elveit és módszereit, igen messze vezető implikációkkal bír, az orvoslás pszichológiai és szociológiai közegének jelentőségét emeli ki, és az oktatás jelenlegi gyakorlatát más — helyenként kritikus — fénybe állítja.

Összefoglalás. A szerző a kommunikációelmélet szempontjából tekinti át az orvosegyetemi oktatást. Hangsúlyozza, hogy egyrészt az egyetemi oktatás is kommunikációs folyamatok rendszere, másrészt pedig az orvos legfontosabb képessége és munkaeszköze is, amelyet neki az egyetem adhat, a betegekkel és az egészségügyi személyzettel való kommunikáció képessége. Az orvosegyetem nem segíti elő kellőképpen az orvosi kommunikáció tanulását, mert nem foglalkozik az orvossá válás pszichológiai nehézségeivel, nem tanítja meg a beleélő megértés, az empátia készségeit. A jelenlegi orvosegyetemi oktatás fő hibája, hogy túl nagy súlyt helyez a laboratóriumi és műszeres vizsgáló eljárásokra, és elhanyagolja az anamnézis, és ezen át a helyes orvosi gondolkodás tanítását és gyakoroltatását. Pedig a helyes orvosi gondolkodás érvényesülése válasz lehetne a modern medicina és az egészségügy számos égető kérdésére. A kommunikációelméleti szemléletet a szerző fontosnak tartja az orvosegyetemi oktatás problémáinak megértése szempontjából.

IRODALOM: 1. *Bandura, A., Walters, R. H.:* Social Learning and Personality Development, 1963, Holt, Rinehart and Winston, New York. — 2. *Becker, H. S. és mtsai:* Boys in White. Student Culture in Medical School. 1961, Univ. of Chicago Press, Chicago. — 3. *Bloom, S. W.:* The Doctor and His Patient. A Sociological Interpretation. 1963. Russell Sage Fonudation, New York. — 4. *Bloom, S. W.:* The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1965, *46*, 143. — 5. *Buda B.:* Az orvos—beteg kapcsolat pszichológiája és a pszichoterapia alapjai. A gyakorló orvos enciklopédiája, szerk. Trencséni Tibor, 1973, I. köt. 39—74. Medicina, Budapest. — 6. *Buda B.* (szerk.): Komunikációelméleti szöveggyűjtemény. I. Általános kommunikációelmélet, 1974. Tankönyvkiadó, Budapest. — 7. *Buda B.:* Orv. Hetil. 1977, *118*, 2379. — 8. *Buda B.:* Az empátia. — A beleélés lélektana, 1978. Gondolat, Budapest. — 9. *Buda B.:* A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei. 1979. Második, bővített kiadás. Tömegkommunikációs Kutatóközpont. — 10. *Cox, C., Mead, A.* (eds.): A Sociology of Medical Practice. 1975, Collier—Macmillan, London. — 11. *Hall, O.:* The American Journal of Sociology. 1948, *53*, 327. — 12. *Hesnard, A.:* Psychanalyse du lien interhumain. 1957, PUF, Paris. — 13. *Huse, E. F., Bowditch, J. L.:* Behavior in Organizations. A Systems Approach to Managing. 1973, Addison—Wesley, Reading, Mass. — 14. *Hyman, H.:* Interviewing in Social Research. 1954, The Univ. of Chicago Press, Chicago. — 15. *Merton, R. K., Reader, G., Kendall, P. L.* (eds.): The Student-Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education. 1957, Harvard University Press, Cambridge, Mass. — 16. *Sears, R. R., Rau, L., Alpert, R.:* Identification and Child Rearing. 1965, Stanford Univ. Press, Stanford, Calif. — 17. *Stein, L. I.:* Archives of General Psychiatry. 1967, *16*, 699. — 18. *Trencséni T.:* Az anamnesis és a korszerű orvostan. A gyakorló orvos enciklopédiája, szerk. Trencséni T., 1977. Második kiadás, I. köt. 25—44. Medicina, Budapest. — 19. *Vardaman, G. T., Halterman, C. C.* (eds.): Managerial Control through Communications. Systems for Organizational Diagnosis and Design. 1968, Wiley, New York. — 20. *Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D.:* Pragmatics of Human Communication. A Study of International Patterns. Pathologies and Paradoxes. 1976, Norton, New York. — 21. *Wiener, N.:* Cybernetics: Control and Communication in Animal and Machine. 1948, Wiley, New York. — 22. *Zabarenko, R. N., Zabarenko, L., Pittenger, R. A.:* Psychiatry. 1970, *33*, 102.

Az

OMKER

Korszerű műanyagok a gyógyászatban

címmel kiállítást rendez a Bemutatótermében

(Budapest VI., Népköztársaság útja 36.)

A kiállítás nyitva:

1979. május 23-25-ig naponta 9-16 óráig

MINDEN ÉRDEKLŐDŐT SZERETETTEL VÁRUNK!

gamma

BUDAPEST

Alapítási év: 1920

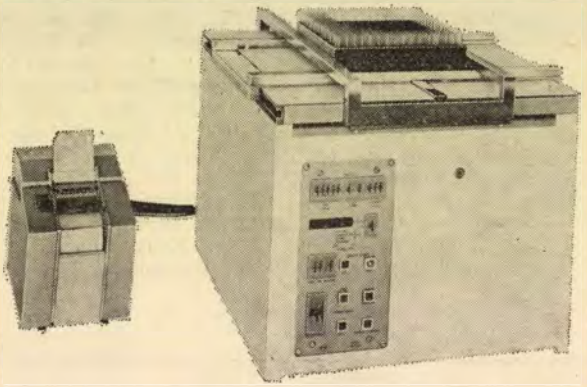
GAMMA MŰVEK több mint 20 éve állít elő nukleáris orvosdiagnosztikai berendezéseket

Gyártmányválasztéka felöleli az „in vivo" és „in vitro" mérési módszerekhez szükséges készülékeket a detektoroktól a regisztrálókig

Ajánlatunk:

NZ-322 tip. AUTOMATIKUS MINTAVÁLTÓ

a radioimmunoassay módszer alkalmazásának célműszere.

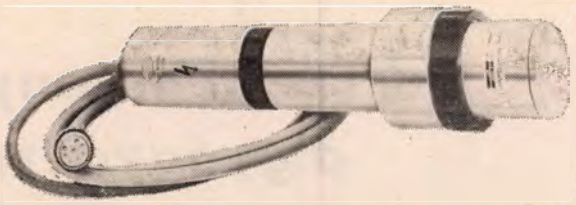


- **J^{125}-el jelzett minták mérése**
- **Befogadóképesség: 256 minta**
- **Asztali kivitelű**
- **Mérési eredmények nyomtatón, ill. perifériálisan számítógépen értékelhetők ki**

NZ-134 tip. ∅ 90 SZCINTILLÁCIÓS MÉRŐFEJ

in vivo mérésekhez (pajzsmirigy, májfunkció, radiocirkulográf stb.).

Alfa-, béta-, gamma-, neutron- és röntgensugárzás mérésére, detektálására



∅ 90 SZCINTILLÁCIÓS MÉRŐFEJET AZONNAL RAKTÁRRÓL SZÁLLÍTJUK!

Gamma Művek nukleáris orvosi izotópdiagnosztikai korszerű műszerei megtekinthetők a BNV A pavilonjában a 104/c standon, ahol szakembereink adnak felvilágosítást minden érdeklődő számára.

Cím: GAMMA MŰVEK

1509, Budapest, Pf. 1.
Telefon: 853-144; Telex: 22-4946.

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd,
I. Belgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Tarján Jenő dr.)

Az atrio-ventricularis vezető rendszer vizsgálata His-köteg EKG-val

Tarján Jenő dr., Rostás László dr.,
Wagner Gyula dr., Blaskovich Erzsébet dr.
és Gáborják Mária dr.

A His-köteg EKG (továbbiakban HKE) klinikai alkalmazása óta lényegesen bővültek electrophysiologiai ismereteink az atrio-ventricularis (a-v) vezető rendszerről (2, 8). Magyarországon meglehetősen késve, csak 1977-ben történt az első beszámoló sikeresen regisztrált HKE-ről (4, 7, 9). Joggal várjuk, hogy a technikai feltételek megteremtése után nálunk is fel tudjuk használni a HKE-t az arrhythmiák pontosabb elemzésére. Ebben a munkában első klinikai megfigyeléseinket ismertetjük.

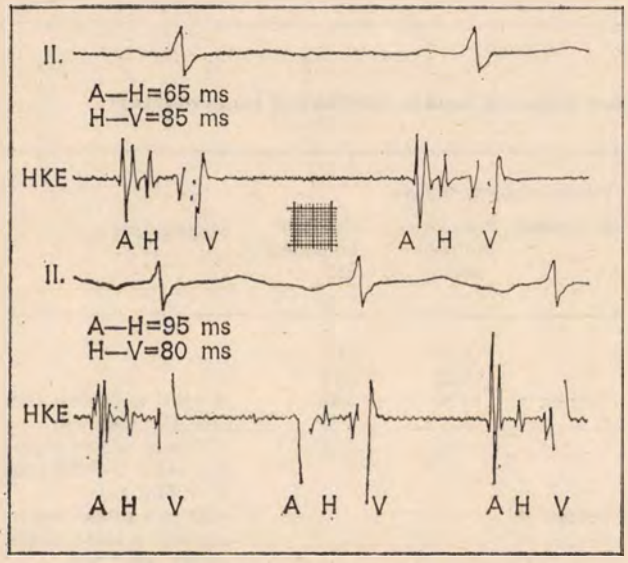
Anyag és módszer

Vizsgálatainkat 19 betegen végeztük (13 férfi, 6 nő) különböző ingerképzési és ingervezetési zavar miatt. Legfiatalabb betegünk 19 éves, a legidősebb 79 éves volt. A His-köteg aktivitás regisztrálása korábban ismertetett módszereinkkel történt (4, 7). A Cordis gyártmányú F 4-es bipolaris His-köteg elektródkatétert a jobb oldali vena femoralis percutan punctiója által juttattuk a jobb kamrába. Valamelyik kar-venán vagy vena subclavián át F 4-es Cordis elektródkatétert vezettünk a jobb pitvar felső részébe, pitvari ingerlés céljából. Az elektródkatéterek helyzetéről üregi EKG segítségével tájékozódtunk. A His-köteg EKG-n mértük a P—A, A—H és H—V időket. Normális értékek *Bellet* (1) szerint P—A: 25—45 ms, A—H: 68—114 ms, H—V: 35—45 ms.

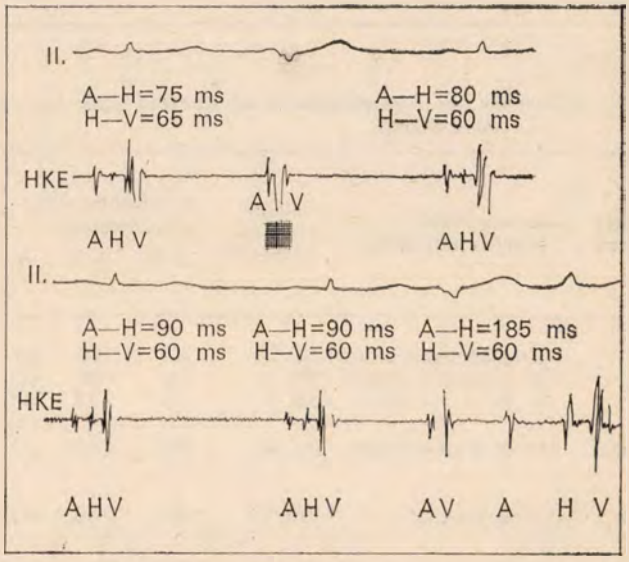
A pitvari ingerlést kb. 90—100/min frekvenciával kezdtük és fokozatosan emeltük átlagosan 150/min-ig. A pitvari ingerlés után meghatároztuk a praeautomatikus pausát. Értékét az utolsó spike (S) és az első P hullám kezdete közötti távolság adja meg. Normális felső értéke: 1000—12000 ms. Ha ebből kivonjuk a P—P időt, megkapjuk a korrigált feléledés idejét, melynek normális felső értéke: 500—550 ms. A His-köteg EKG-val synchron regisztrált V_1 és V_6 elvezetés segítségével vizsgáltuk a Tawara-szárak vezetési zavarait.

Eredményeink

Az ingerképzési zavarok csoportjában 13 beteg tartozott *(1. táblázat)*. Két sick sinus syndromában (1. és 2. sz. eset), két kamrai extrasystoliában (11. és 12. sz. eset) és egy supraventricularis extrasystoliában (3. sz. eset) az A—H időket normálisnak találtuk. A H—V szakasz a sick sinus syndromában rövidebb volt. A többiben az A—H és/vagy H—V idő kóros volt. Pitvari ingerlésre a



1. ábra: Az A–H és H–V idők változása sinus rhythmusban és supraventricularis tachycardiában.
P. Gy., 19 éves (1. tábl. 5. sz. beteg). Diagnózis: supraventricularis tachycardia. Felül: sinus rhythmusban is megnyúlt a H–V idő. Alul: supraventricularis tachycardia alatt az A–H idő növekedett, de még normális tartományban maradt. Jelzés: EKG II. elvezetés (II), His-köteg EKG (HKE). Papírsebesség: 100 mm/s



2. ábra: Pitvari extrasystole hatása az extrasystolét követő A–H időre.
S. J., 50 éves (1. tábl. 13. sz. beteg). Jelzés: EKG II. elvezetés (II), His-köteg EKG (HKE). Papírsebesség: 100 mm/s. Részletes magyarázat a szövegben

1.Táblázat. **Az atrio-ventricularis átvezetési idők és a pitvari ingerlés hatása különböző ingerképzési zavarokban**

Sor-szám	Az arhythmia analysis indicatiója	Betegek neme és kora (év)	Atrioventricularis átvezetési idők			Pitvari ingerlés hatása		Korrigált feléledési idő	Megjegyzés
			P–A	A–H	H–V	A–V block	Praeauto-matikus pausa		
1.	Sick sinus syndroma	Nő, 65	20	100	25		4760	4240	Eszméletvesztés nem volt
2.	Sick sinus syndroma	Nő, 70		110	30	Mobitz I–II.	1440	920	
3.	Supraventricularis ES-ek	Ffi, 57		80	45		900	460	
4.	Supraventricularis ES-ek	Ffi, 34		140	40		840	360	Junctionalis ES-k, retrograd P
5.	Supraventricularis tachycardia	Ffi, 19		65	85		1000	490	Ectopiás supraventr. ingerképzés alatt A–H:95 ms, H–V: 80 ms t
6.	Supraventricularis tachycardia	Ffi, 21		110	60	Mobitz I.	880	480	Pitvari ingerlés alatt A–H:120 ms, H–V:80 ms
7.	Supraventricularis tachycardia	Ffi, 31		100	60	Mobitz II.	1140	620	Pitvari ingerlés alatt A–H:180 ms, H–V:60 ms
8.	Pitvari flattern	Ffi, 70		110	30				A vizsgálat a cardio-versio után történt, az ideiglenes elektród-katéter eltávolításakor
9.	Pitvari fibrilloflattern	Ffi, 63	40	200	120				A vizsgálat az elektro-mos cardioversio után történt, az ideiglenes elektródkatéter eltá-volításakor
10.	Pitvarfibrillatio	Nő, 65		100	55				A vizsgálat a cardio-versio után történt, az ideiglenes elektródka-téter eltávolításakor
11.	Kamrai ES	Ffi, 69		110	45		1080	480	
12.	Kamrai ES	Ffi, 55	30	100	40		980	420	
13.	Kamrai ES	Ffi, 50	20	90	60		1170	620	

2. Táblázat. **Az atrio-ventricularis átvezetési idők és a pitvari ingerlés hatása különböző ingervezetési zavarokban**

Sor-szám	Az arhythmia analysis indicatiója	Betegek neme és kora (év)	Atrioventricularis átvezetési idő			Pitvari ingerlés hatása		Korrigált feléledési idő	Megjegyzés
			P–A	A–H	H–V	A–V block	Praeauto-matikus pausa		
1.	Sinuauricularis block	Nő, 52	20	110	30		820	212	
2.	Sinuauricularis block	Nő, 79	20	120	40		1080	360	
3.	1° és 2° a–v block	Ffi, 73	30	120	80	Mobitz II.	1120	480	A HKE készítése alatt csak 1° block volt
4.	1° és 2° a–v block	Ffi, 70	40	150	80		720	220	120/min pitvari inger-lés alatt S–A:80 ms, H–V:100 ms
5.	2° a–v block	Nő, 76	20	130	60	Mobitz II.			100/min pitvari inger-lés alatt a block a His-köteg felett van
6.	3° a–v block	Ffi, 63	20	100	60	Mobitz II. BTB			A vizsgálat 3 napos ideiglenes pacemaker kezelés után történt. A block megszűnt. Pitvari ingerlés alatt a block a His-köteg alatt volt. Időnként a bal Tawara-szárban is vezetési zavar mutat-kozott

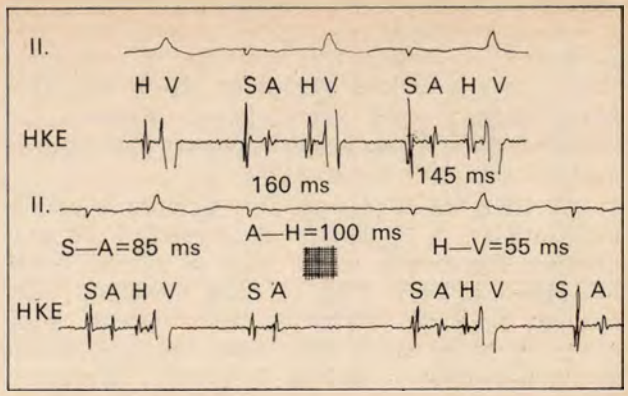
2., 6. és 7. sz. betegben jelentkezett Mobitz I. és II. typusú block. Pitvari ingerképzési zavar miatt 8 beteget vizsgáltunk. Közülük két esetben az A—H, ötben pedig a H—V idő meghosszabbodott. A 9. sz. betegen pitvari fibrillo-flattern miatt elektromos cardioversiót végeztünk. A cardioversio utáni napon mind az A—H, mind pedig a H—V időt jelentősen megnyúltnak találtuk. Az *1. ábrán* az 5. sz. beteg HKE-je látható sinus rhythmusban és supraventricularis tachycardia alatt. A sinus rhythmusban is megnyúlt H—V idő a tachycardia alatt gyakorlatilag nem változott, viszont az A—H idő megnövekedett. A 13. sz. beteg vizsgálata a periferiás EKG-n kamrai extrasystoléknak látszó arrhythmia miatt történt *(2. ábra)*. A PQ idő 150 ms volt, de ezen belül a H—V idő megnyúlt. Az ábrán felül látható, hogy a második A hullám a várt időben jelentkezik, azonban közvetlenül utána kiszélesedett kamrai depolarisatio következik. Ebben az esetben vagy accessorius nyalábon jut az ingerület a kamrára vagy az összefüggés véletlen, és kamrai extrasystoléról van szó. Az ábrán alul a harmadik pitvari activatio korábban jön létre, és közvetlenül utána a felül látható extrasystoléhoz hasonló kamrai depolarisatio következik. Az ez utáni A hullám az alapfrekvenciának megfelelő időben jön, de az A—H idő 185 ms-ra nyúlik, jelezve az a-v csomó vezetési zavarát. Mindezek alapján megállapítható, hogy nem kamrai, hanem supraventricularis extrasystoléról van szó, és az ingerület accessorius nyalábon át juthat a kamrára.

A vezetési zavarokban szenvedő betegek vizsgálati adatait a *2. táblázat* összegezi. A 6 beteg közül ötben az A—H és/vagy a H—V időt hosszabbnak, egyben a H—V időt rövidebbnek találtuk. Az 5. sz. beteg intermittáló 2° a-v blockja pitvari ingerléssel provokálható volt. Ingerlés alatt az A—H idő változó volt. A block a His-köteg felett alakult ki *(3. ábra)*. A *4. ábrán* látható, hogy ugyanennek a betegnek az A—H és H—V ideje sinus rhythmus idején is hosszabb. Carotis compressio hatására a block szintén a His-köteg felett jelentkezik.

Megbeszélés

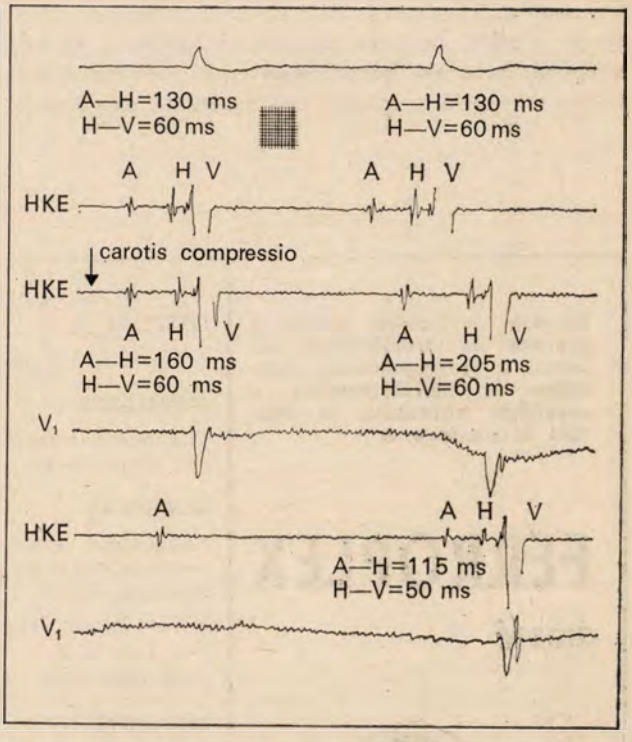
A HKE segítségével a felületi EKG-n nem láható a-v vezetési zavarok is felismerhetők. Normális PQ idő mellett lehet az A—H vagy H—V szakasz megnyúlt, jelezve a rejtett vezetési zavart (3, 6). Ezek felismerése gyakorlati fontosságú, mert pl. ha valakinek complet bal Tawara-szár blockja van, a PQ ideje normális, de a H—V szakasz megnyúlt, ez azt jelenti, hogy a jobb Tawara-szár is károsodott. Az ilyen betegben bármikor teljes pitvar-kamrai block alakulhat ki (5, 6).

Gavrilescu és mtsai (3) sinuauricularis blockban, *Narula és mtsai* (5) sinus bradycardiában mutatott ki HKE-vel a-v vezetési zavart. Anyagunkban a sinuauricularis blockban, a sick sinus syndromában az a-v csomóban nem volt vezetési zavar. Meglepő, hogy a 13 ingerképzési zavar közül 6-ban a H—V idő, 2-ben az A—H idő kórosan megnyúlt. Közülük csak egy betegnek (9. sz.



3. ábra: Pitvari ingerlés hatása az a-v vezető rendszerre. Zs. I.-né, 76 éves (2. tábl. 5. sz. beteg). Diagnózis: másodfokú a-v block. Felül: változatlan frekvenciájú pitvari ingerlés alatt az A–H idő változik. Alul: a pitvari ingerlés frekvenciája változatlan. A második pacemaker spike-ot (S) csak A hullám követi: a block a His-köteg felett van. Jelzés: EKG II. elvezetés (II), His-köteg EKG (HKE). Papírsebesség: 100 mm/s

eset) volt a PQ ideje hosszabb mint 200 ms. A beteg vizsgálatát a pitvar-fibrillatio miatt történt elektromos cardioversio utáni napon végeztük el, és az sem zárható ki, hogy a felületi EKG-n is felismerhető elsőfokú a-v block a DC shock kö-



4. ábra: Carotis compressio hatása az a-v vezető rendszerre. Zs. I.-né, 76 éves (2. tábl. 5. sz. beteg). Felül: sinus rhythmusban A–H és H–V idő megnyúlt. Középen és alul folyamatos regisztrátumon látható a carotis compressio hatása. Az A–H fokozatosan megnyúlik, majd a pitvari ingerület (A) a His-köteg felett blockolódik. A hosszú szünet utáni első A–H idő normális, H–V kissé megnyúlt. Jelzés: EKG II. elvezetés (II), V_1 elvezetés (V_1), His-köteg EKG (HKE). Papírsebesség: 100 mm/s

vetkezménye. Nem várt eredmény volt az is, hogy a három paroxysmalis supraventricularis tachycardiában szenvedő betegünkben (5., 6. és 7. eset) sinus rhythmusban a megnyúlt H—V idő, His-köteg alatti vezetési zavart jelzett. Közülük két betegben (6. és 7. sz. beteg) a pitvari ingerlés másodfokú a-v blockot váltott ki.

A HKE lehetővé teszi az a-v blockok pontos localisatióját. A *2. táblázaton* szereplő 5. sz. esetünkben figyelemre méltó, hogy a változó A—H idő éppen a block előtt és után normális, valamint az S—V idő egyforma. Ez azt jelenti, hogy a 2° a-v block egyik igen ritka esetével állunk szemben amikor a Mobitz II block a His-köteg felett alakul ki. A 6. sz. betegünk harmadfokú a-v blockja 1977 augusztusában jelentkezett, eszméletvesztés nélkül. A block hátterében coronaria sclerosist állapítottunk meg. Ideiglenes pacemaker kezelés a blockot megszüntette, és még pitvari ingerléssel sem tudtuk provokálni. A pacemaker-implantatiótól egyelőre eltekintettünk. Négy hónappal később újra harmadfokú a-v block jelentkezett, de ekkor már a betegnek szédüléses panaszai is voltak. Az elvégzett HKE vizsgálat bizonyította, hogy a block a His-köteg alatt van és a Tawara-szárak károsodottak. A beteg állandó pacemakert kapott. Valószínű, ha első alkalommal HKE vizsgálatot végeztünk volna, már akkor indikáljuk a pacemakerimplantatiót.

Eddigi eredményeink alapján megállapítható, nogy a HKE hasznos gyakorlati módszer az a-v vezetési zavarok kimutatására és localisatiójára, nemcsak speciális intézetben végezhető és veszélytelen beavatkozás. Szövődményt a HKE készítése miatt egy esetben sem észleltünk.

Összefoglalás. Különböző ingerképzési és ingervezetési zavar miatt 19 betegen His-köteg EKG-val vizsgálták az atrio-ventricularis vezető rendszert. A rejtett vezetési zavar és a sinus csomó feléledési idejének megállapítására pitvari ingerlést végeztek. Az ingerképzési zavarok csoportjába 13 beteg tartozott. 9 betegben az A—H és/vagy H—V idő kórosan megnyúlt. Pitvari ingerlésre 3 esetben jelentkezett Mobitz I. és II. typusú a-v block. 6 vezetési zavarban szenvedő beteg közül 5-ben az A—H és/vagy H—V idő megnyúlt. A szerzők eredményesen alkalmazták a His-köteg EKG-t a felületi EKG-val nem felismerhető vezetési zavarok kimutatására, a blockok localisatiójára.

IRODALOM: 1. *Bellet, S.:* Clinical disorders of the heart beat. Lea and Febiger. Philadelphia, 1971. — 2. *Farsang Cs., Böszörményi E.:* A His-köteg EKG és annak jelentősége. In Az orvostudomány aktuális problémái. Szerk.: Fischer A. 1973. 75. old. — 3. *Gavrilescu, S. és mtsai:* Cor Vasa. 1973, *15*, 161. — 4. *Kolta P., Tarján J.:* Előadás. Magyar Kardiológusok Társasága 1977. évi tudományos ülése, Balatonfüred, 1977. Előadáskivonatok. 149. old. — 5. *Narula, O. S. és mtsai:* Circulation. 1970, *41*, 437. — 6. *Narula, O. S., Samet, P.:* Amer. J. Med. 1971, *51*, 432. — 7. *Rostás L. és mtsai:* Orv. Hetil. Megjelenés alatt. — 8. *Scherlag, B. J. és mtsai:* Circulation. 1969, *39*, 13. — 9. *Wórum F. és mtsai:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 273.

Nemcsak terápiásan, hanem a gyermek- és serdülőkorban, valamint a terhesgondozási munkában is nélkülözhetetlen a vasellátás biztosítása. A BIOGAL készítménye, a

FERROPLEX
drazsé

ÖSSZETÉTEL
1 drazsé 0,03 g acid. ascorb., 0,05 g ferr. sulfur.-ot tartalmaz (= 10 mg Fe^{II}).

JAVALLATOK
Vasszegény anaemia, reconvalescentia, anaemia perniciosában a máj terápia kiegészítésére.

ADAGOLÁS
Felnőtteknek naponta 3 × 2 drazsé. Főleg an- és hypacid egyéneknek nikotinsav egyidejű alkalmazása ajánlható.
Gyermekadagok:

2–12 hónapos korig	3 × 1 drazsé/die
1–6 éves korig	4 × 1 drazsé/die
7–14 éves korig	3 × 2 drazsé/die

MEGJEGYZÉS
Vény nélkül is kiadható.

TÉRÍTÉSI DÍJ
100 db 2,– Ft.

BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN

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

A felnőtt korban kezdődő epilepsiák néhány kérdéséről

Tariska Péter dr. és Rajna Péter dr.

Az úgynevezett „késői epilepsia" alatt (synonimák: epilepsia tarda, l'épilepsie tardive, epilepsy of late onset, Spätepilepsie) egyszerűen felnőtt korban kezdődő epilepsiát értenek. Különös érdeklődésre ez a kategória azért tarthat számot, mert általános az a nézet, hogy a fiatalabb korban kezdődő epilepsiák okát többnyire nem sikerül meghatározni, a felnőtt korban kezdődők nagy száma viszont valamely kimutatható progressiv agyi folyamat következménye.

I. Fogalom, előfordulási arány

Az ún. késői epilepsiák alsó korhatárát a szerzők többsége 20 éves korban határozza meg. *Alajouanine és mtsai* szerint a nézet nem kellően megalapozott, hiszen nincs sem biológiai, sem más lényeges különbség pl. a 18 és 20 éves kor között. A célszerű alsó korhatár szerintük a 25. év (1).

A felnőtt korban kezdődő epilepsiák gyakoriságát éppúgy mint részletes jellemzőit azért nehéz átlagban megadni, mert — mint *Merlis* (25) irodalmi összefoglalásából is kitűnik — a szerzők válogatási módszere különböző.

Az előfordulási gyakoriság érzékeltetésére *Lennox* (19) adatait emeljük ki: 4000 betege közül 927-ben (23,2%) 20 éves kor felett, 420 betegen (10,5%) 30 felett, 175-ben (4,4%) 40 éves kor felett jelentkezett az első epilepsiás roham.

II. Rohamtípus

Nincs olyan rohamfajta, amely kizárólagosan jellemző lenne a felnőtt korban kezdődő epilepsiára. Leggyakoribbnak tartják (70—80%) a grand mal (későbbiekben GM) rohamot. Jól szemléltetik az átlagot *Krayenbühl* (16) adatai: 2336 huszonöt éven felüli betege közül 70%-nak GM, 11,2%-nak ún. temporalis és 18,7%-nak egyéb fokális rohama volt. *Feuerstein és mtsai* (9) rávilágít arra, hogy a partialis rohamok lényegesen nagyobb arányban fordulnak elő azokon a betegeken, akik első epilepsiás rohama 60 éves kor felett jelentkezik, mint akiké 20—59. évük között.

III. Vizsgálatok

A vizsgálatok eszköztára eléggé közismert. Irodalmi összefoglalásunkban csak az alapvető jelentőségű electroencephalographiás (továbbiakban: EEG), valamint a pneumoencephalographiás (továbbiakban: PEG) és a carotis angiographiás (továbbiakban: cAG) vizsgálatok részletezésére térünk ki.

a) *EEG vizsgálat*

Osztjuk *Hess* (11) nézetét, aki szerint az EEG vizsgálat a kórelőzmény és a rohamészlelés után az epilepsia harmadik legjobb diagnosztikai eszköze.

Az irodalmi adatok összegezése megnyugtatóan mégis csak a negatív leletekre vonatkozóan lehetséges. Az EEG irodalom általános tapasztalata szerint a negatív leletek előfordulása válogatás nélküli epilepsiás beteganyagon 30% körüli. Lényegében ugyanez érvényes a felnőtt korban kezdődő epilepsiákra vonatkozóan is. Az irodalomból hét szerző 2270 betgere vonatkozó adatát összesítettük: az EEG negativitás 30,3% húsz éves kor feletti betegeken (2, 5, 7, 9, 14, 28, 35). Minél magasabb az életkor az első roham idején, annál kisebb a negatív leletek aránya: akiken az első epilepsiás roham ötven éves kor felett jelentkezett az EEG — négy közlemény adatai összesítése alapján — már csak 20,6%-ban negatív (5, 7, 9, 35).

A pozitív leletek átfogó összegezését gátolja a közleményenként jelentősen eltérő csoportosítás, alkalmasint lényeges szempontok mellőzése. Az alapvető arányokat jól szemlélteti *Feuerstein és mtsai* (9) feldolgozása (578 olyan beteg adatait összegezték, akik első epilepsiás rohama 20 éves koruk felett jelentkezett): 118 felvételen (20,4%) volt az agyi elektromos tevékenység normális, 278-on diffus anomalia volt, e közül epilepsiára mutató jel 71-en. Fokális anomalia 202 felvételen volt megfigyelhető, 36 esetben paroxysmalis jelleggel.

A normális vagy közel normális EEG általában jó prognózis jele (14); ha az EEG kép romlik, ez általában romló prognózisra utal — ennek ellenére nem lehet közvetlen párhuzamot vonni az EEG és a klinikai kép alakulása között.

b) *PEG vizsgálat*

Elterjedt az a nézet, hogy minden epilepsiás betegen, de különösen akiken felnőtt korban kezdődik a betegség, valamilyen kontraszt röntgen- (továbbiakban rtg) vizsgálat elvégzése szükséges, határozott oldalisági tünet hiányában többnyire PEG. A PEG lehetőségeit és korlátait célszerű a két fő indikációs csoport: a térszűkítő és az atrophiás folyamat szerint taglalni.

Martin és *McDowell* (23) 245 beteg adatait elemezte. 190 betegnek csak GM rohama volt. Közülük olyan, akin a neurológiai, liquor, EEG és nativ koponya rtg-vizsgálat kóros eltérést nem mutatott

1. Táblázat. **Irodalmi adatok összefoglalása a felnőtt korban kezdődő epilepsiák egyes kóroki tényezőinek előfordulásai gyakoriságáról**

Szerző	eset-szám	kor	tumor		vasc.		trauma		egyéb		ismeretlen	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Walker, 1936	63	20—40	9	14,0	10	15,5	3	4,5	3	4,5	38	60,5
Natrass, 1943	57	20—40	7	12,2	2	3,4	0	0	7	12,2	41	71,9
Marshall, 1952	56	18—40	2	3,5	1	1,7	13	23,3	3	5,3	37	66,0
Trichet, 1955	200	25—55	20	10,0	12	6,0	43	21,0	60	30,0	66	33,0
Livingston, 1956	689	20—	2	0,3	83	12,1	21	3,1	56	8,1	527	76,4
Sheehan, 1958	1000	20—	140	13,9	89	8,9	73	7,3	208	20,8	490	49,0
Dusaucy—Bauloye, 1959	265	40—	52	19,6	21	7,9	23	8,7	17	6,5	152	57,0
Juul—Jensen, 1964	1020	20—	37	3,7	97	9,6	89	8,8	154	15,1	643	63,8
Kuhlo, 1968	115	45—	9	7,8	50	43,5	9	7,8	26	22,6	22	19,1
Bonduelle, 1970	51	60—	10	20,0	9	17,0	2	4,0	5	9,0	26	50,0
Feuerstein, 1970	492	20—59	39	8,0	34	7,0	108	22,0	299	61,5	158	32,0
	86	60—	6	7,0	45	52,0	9	10,5	34	39,9	18	21,0
Összesen*	3994/	4268/	333	7,8	453	10,6	392	9,2	871	20,4	2218	51,9

* A százalék végösszege több szerzőnél 100%-ot meghaladó, mivel a vizsgált tényezők közül egy betegen alkalmanként több is előfordult. A helyesbítés eredménye — 3994 beteg, 4268 adat — a táblázat összesítésénél szerepel.

és a pneumoencephalogrammon ennek ellenére tumorra utaló eltérés lett volna, egy sem volt. *Livingston* (20) 689 húsz éven felüli epilepsiás eset elemzése alapján úgy véli, hogy PEG vagy cAG az esetben végezhető tumor irányában informatív eredménnyel, ha pangásos papilla, neurológiai góctünet, fokális epilepsiás roham mutatható ki a klinikai vizsgálat során.

A másik fő PEG indikációs terület az atrophia bizonyítása lenne. Nehéz azonban állást foglalni abban, milyen súlyú ez a javallat, miután nincs párhuzam sem az agyi atrophia mértéke és intellectus szintje, sem pedig az epilepsia súlyossága, ill. fennállási ideje és a pneumoencephalogrammon észlelt elváltozások között (14).

c) *cAG vizsgálat*

Közismert tényt összegez *McRae*, (24) megállapítva, hogy az agyi angiographia leginkább azokon a betegeken nyújt lényeges felvilágosítást, akiknek rohamai koponyaüregi térszűkítő folyamat vagy arteriovenosus malformatio következtében jelentkeznek. A kis arteriovenosus angiomák kimutatása sokszor a serioangiographia technikáján múlik nagymértékben (gyors kazettaváltás). Szerinte a többi epileptogen laesióban jobbadán kizáró értékű a vizsgálat.

2. Táblázat. **Daganatok részaránya késői epilepsiák között**

Szerző	Szám	Kor	Tumor	
			szám	%
Krayenbühl, 1957	608	25—	343	56,4
Laplane, Castaigne, 1959	70	20—	3	4,3
Raynor, Paine, 1959	141	20—	16	11,3
Woodcock, Cosgrove, 1964	80	50—	29	36,3
Carney, Hudgins, 1969	92	60—	20	22,0
Bancaud, 1970	30	60—	11	37,0
Courjon és mtsai, 1970	150	60—	28	18,7
Vercelletto, Delobel, 1970	100	60—	6	1,0
Összesen	1271		456	35,9

IV. Kóroktan

Penfield és *Jasper* (26) klasszikus megállapítása szerint 20—35 éves kor között trauma, daganat, szülési károsodás, 35—55 éves kor között daganat, trauma és arteriosclerosis, 55 év felett arteriosclerosis és tumor az epilepsia leggyakoribb oka. Az *1. táblázatban* 11 szerző 3994 betegének ez irányú adatait összegeztük. Az áttekintés csak első közelítésbeni tájékozódásra alkalmas, mivel 1. a szerzők kritériumai nem teljesen azonosak az aetiológia elbírálásában; 2. az „egyéb" rovatban több szerző olyan betegségeket is felsorol, amelyeknek bizonytalan az oki összefüggése az epilepsiával, a közölt adatok viszont nem elégségesek ahhoz, hogy utólagos értékelést lehessen végezni; 3. a beteganyag válogatása éppúgy mint az alsó korhatár eltérő.

Az összesítésből — úgy tűnik — az alábbi fő következtetéseket lehet levonni:

— azon szerzőknek, akiknek esetszáma kicsi és nem reprezentatív az eredményei nagyfokú, átlagostól eltérő szóródást mutatnak;
— az adott intézet feladata (pl. idegsebészet) nagyfokban befolyásolja az eredményt; ezt — tumor vonatkozásában — a *2. táblázat* is szemlélteti;
— 50 év felett az ér- és keringészavarok számaránya szembetűnően megnő; a többi, a táblázatban feltüntetett kóroki tényező vonatkozásában ilyen korral összefüggő egyirányú változás nincs;
— a trauma aránya nem túl nagy, a tumoros aetiologia talán kevésbé gyakori mint a közfelfogás becsüli;
— az ismeretlen kórok magas: 50% körüli.

Merlis (25) 13 szerző 4323 betegének adatait összegezte — lényegében hasonló eredményt ka-

pott (hat szerző adatai szerepelnek mindkét összesítésben).

Az egyes kóroki csoportokról az alábbiakat emeljük ki:

1. *Az öröklés.* Az ismeretlen kórokú (genuinnak, essentialisnak is nevezett) csoportban biztosan szerepet játszik. Pontos felmérés a felnőtt korban kezdődő epilepsiák ezen vonatkozásáról nincs. Az ún. symptomás vagy acquirált epilepsiákban az öröklés pathogenetikai szerepe nem általánosan elfogadott.

2. *Veleszületett betegségek, szülési trauma.* Az epilepsia ritkán kezdődik felnőtt korban pl. cerebralis gyermekbénulás, corpus callosum agenesia, porencephalia, sclerosis tuberosa stb. eseteiben. Mint *Merlis* (25) összefoglalásából is kitűnik, a szülési trauma oka lehet felnőtt korban kezdődő epilepsiának is, leggyakoribb a temporalis epilepsia.

3. *Intracranialis tumor. Lennox* (19) rámutat: míg az agydaganat általában viszonylag ritka az epilepsiás betegek között (saját anyaga 3,5%-a), addig az agydaganatban szenvedők között az epilepsia gyakori (irodalmi adatok alapján 29—39% között). A daganatok előfordulási gyakoriságát késői epilepsiában szenvedő betegek esetén — idegsebészeti intézetek adatai alapján — a *2. táblázatban* is szemléltetjük. Mindezek alapján igen nehéz az átlagot megadni; osztjuk *Halász* és *Juhász* véleményét (10), akik szerint a felnőtt korban kezdődő epilepsiák 20—25%-ában kell tumoros aetiológiával számolni. Feltétlen kiemelésre kívánkozik az az észlelés, hogy a tumoros betegek egyharmad részében az epilepsiás roham az első betegségtünet (21). A legtöbb szerző szerint a fokális roham, a postictalis, múló (ún. Todd-féle) paresis és neurológiai góctünet irányíthatja leginkább tumorra a figyelmet. Az EEG gócos jellegű eltérést szokott mutatni, paroxysmalis elem nem, vagy alig fordul elő. Mint *Schmidt* és *Wilder* (31) is rámutat: epilepsia főleg a kéregközeli, lassan növő tumorok gyakori tünete.

4. *Vascularis kóreredet.* Arteriovenosus malformatio nem ritka tünete — amennyiben klinikai tünet egyáltalán van — a fokális epilepsiás roham (30). A legtöbb szerző abban is egyetért, hogy heveny vascularis katasztrófák kapcsán jelentkezhet epilepsiás roham. *Schmidt* és *Wilder* (31) szerint agyi ér-infarctus vagy vérzés esetén 10—15%-ban jelentkezik epilepsiás roham. A venás keringés heveny zavarai (sinus sagittalis thrombosis, hídvenathrombosis stb.) szinte kivétel nélkül epilepsiás rohamot eredményeznek (10). A hypertensiv encephalopathia tünetei között 20%-os előfordulási gyakorisággal szerepel az epilepsiás roham (30). Különösen értékes *Richardson* és *Dodge* (29) közlése. 178 vascularisan súlyosan beteg egyén klinikopathológiai elemzését végezték el. 104 esetben súlyos, gócos vascularis laesio (infarctus, vérzés), 74-ben súlyos arteriosclerosis volt kórbonctanilag megállapítható. Convulsiók a cerebrovascularis keringés zavarának acut stádiumában jelentkeztek döntő többségben, a rohamok mindössze 5,8%-ban ismétlődtek később. Az arteriosclerotikus csoportban 1,3% volt az epilepsia előfordulási aránya. A régebbi eredetű kérgi károsodás jelentőségére hívja fel a figyelmet az, hogy 22 olyan beteg közül, akiken ilyent kimutattak, hat (26%) esetében visszatérő epilepsiás rohamok jelentkeztek, míg 156 beteget számláló másik csoportban mindössze egyen (0,6%). Sarkalatos pontja a differenciáldiagnosztikának a vascularis eredetű károsodás és a tumor elkülönítése. *Woodcock* és *Cosgrove* (35) arra hívja fel a figyelmet, hogy fokális roham és fokális EEG anomalia nemcsak tumor, de vascularis kóreredet esetén is gyakori.

5. *Trauma.* Fiatal felnőtt korban a legjelentősebb arányú ismert aetiológiai tényező. A trauma és epilepsia oki összefüggésének megítélése sokszor nem könnyű. *Caveness* (6) irodalmi összefoglalásában alapvető jelentőséget a koponyasérülés természetének tulajdonít. Saját tapasztalatai szerint zárt koponyasérülés után 16%-ban, nyílt sérülések után 40%-ban fordul elő epilepsia (háborús sérülést szenvedett katonák adatainak elemzése alapján). A betegek 80%-ának a trauma után két éven belül jelentkezett első rohama. *Jennett* (12) 1000 olyan koponyasérülést szenvedett beteg adatait dolgozta fel, akiknél a trauma oka más mint lövés. Kétféle: ún. korai (sérülés utáni első napokban vagy hetekben jelentkező) és késői (a sérülés után több mint három hónappal jelentkezik az első roham) epilepsiát különít el. Késői epilepsiára praedisponáló tényezők: korai epilepsia, depressiós törés, a sérülés acut szakában koponyaűri vérzés. Általánosságban azt lehet mondani, hogy ha több mint két évvel a trauma után jelentkezik az első roham és főleg, ha a koponyasérülés nem járt bizonyíthatóan vagy valószínűsíthetően agykárosodással a posttraumás epilepsia diagnózis kimondása nagy óvatosságot igényel.

6. *Degeneratív betegségek.* Mint *Radermecker* (27) kitűnő összefoglalása is kiemeli: míg az epilepsia az Alzheimer-kórnak gyakori tünete (az esetek $^1/_4$—$^1/_3$-a), Pick-féle betegségben extrém ritka. Senilis dementiában kivételesen fordul elő és többnyire cerebrovascularis laesio jeleként. Külön figyelmet érdemel a subacut spongiformis encephalopathia (*Jones* és *Nevin*, 13), melynek a myoclonus epilepsia alapvető tünete. A kórkép elektroklinikai jellemzőivel elsőként magyar nyelven *Majtényi* és *Nagy* (22) közleménye foglalkozik.

7. *Infectio.* Elhanyagolható arányú kóroki tényező. Régebben a neurosyphilis elég gyakori ok volt (20, 34). Meningoencephalitis esetén (bacterialis, vírus eredetű stb.) az epilepsiás roham gyakori klinikai tünet. Az agytályog klinikai tünetei között kb. 50%-os gyakorisággal szerepel az epilepsia (26).

8. *Intoxicatio, anyagcsere-betegségek.* Felnőtt korban kezdődő epilepsiáknak ritkán okai, alkalmi görcsrohamok gyakoribbak. Az epilepsiás roham és epilepsia betegség különbsége nagy gyakorlati jelentőségű — részleteket illetően *Halász* és *Juhász* (10) monographiájára utalunk. A krónikus alkoholizmus aetiológiai szerepének megítélése az irodalomban nem egységes; általában itt is csak alkalmi convulsiókkal kell számolni.

9. *Ismeretlen aetiológia.* Számarányában is a legjelentősebb. Lényeges azonban itt is felhívni arra a gyakorlati tapasztalatra a figyelmet, hogy

ismételt részletes vizsgálatok az esetek egy részében tisztázhatják a kórokot. Szemléletes példa erre az, hogy *Kuhlo* és *Schwarz* (17) 115 negyvenöt év feletti betege közül hét esetben csak a 6—7 éves katamnesztikus feldolgozás során derült fény arra, hogy epilepsiájuk oka agytumor. Az időszakos EEG control sokban útmutató lehet; mindenképpen kívánatos ezért is az epilepsiások rendszeres EEG követése. Elsősorban azon betegek esetében, akiken tumor gyanúja felmerült, de a megelőző vizsgálatok ezt a gyanút nem igazolták, indokolt a vizsgálatok megismétlése, ha a klinikai kép és/vagy az EEG értékelhető progressiót látszik jelezni.

V. Gyógykezelés, prognózis

A kezelés alapelvei nem különböznek a fiatal korban kezdődő epilepsiákétól. Ha van kimutatható alapbetegség, annak lehetőség szerinti kezelése elsőrendű fontosságú.

A prognózis nagymértékben a kóroktól függ. Ha van ismert kóroki tényező, jobb a prognózis, mint ha nincs (14). Ha az ismert ok nem progressiv jellegű agyi betegség, hanem pl. trauma vagy cerebrovascularis laesio, a rohammentesség általában viszonylag könnyebben elérhető. Legjobb a kórjóslat, ha csak GM roham van, legrosszabb, ha temporalis gócra utal a roham. *Kiørboe* (15) irodalmi összefoglalása alapján: ha csak GM roham van tartós — egy éven túli — rohammentesség 60—70 százalékban érhető el, temporalis gócra utaló roham esetén 20%-ban. Temporolimbikus epilepsiákban igen gyakori a psychopathológiai tünet (10), a prognózist ez is rontja. *Kuhlo* és *Schwarz* (17) 115 negyvenöt éven felüli, antiepileptikus kezelésben részesült beteg katamnesztikus vizsgálata alapján megállapítja, hogy 37,7% három évig rohammentes volt, 38,7-ban a rohamok ritkultak és enyhébb lefolyásúakká váltak, 18,9%-ban csak ritkultak, 4,7% volt a resistens esetek aránya. A szociális beilleszkedésben alapvető jelentősége annak van, hogy az intellektus szintje megtartott legyen (14).

Az epilepsiások társadalmi problémáit nem részletezzük. Ez alól a közelmúltban megjelent monographia (10) ment fel, mely sokoldalú áttekintést ad erről a kérdésről.

Összefoglalás. A szerzők ismertetik a felnőtt korban kezdődő epilepsiák irodalmának fő megállapításait. Az epilepsiás betegek 20—25%-a tartozik ebbe a csoportba, a biológiailag célszerű alsó korhatár a 25. év. Egységesen jellemző rohamfajta nincs. Az electroencephalogrammon az esetek kb. 30%-ában nincs kóros eltérés. A kontraszt röntgenvizsgálatok javallata jól körvonalazható. Részletesen ismertetik a kóroki tényezőkre vonatkozó megállapításokat. Az ismeretlen aetiológia 50% körüli; fiatal felnőtt korban a trauma a leggyakoribb ismert ok; ötven éves kor felett a vascularis kórok a leglényegesebb. Kb. 20—25%-ban kell tumoros eredettel számolni, van, hogy csak megismételt vizsgálatok vezetnek a helyes diagnózishoz. A befejező részben a gyógykezelés és prognózis egyes kérdéseit beszélik meg. Szerzők véleménye szerint az úgynevezett késői epilepsiák bár több vonatkozásban speciális helyet foglalnak el, az epilepsia betegségen belül önálló betegségegységként nem foghatók fel (rohamtípus, EEG, gyógykezelés stb. nem különbözik alapvetően a fiatalabb korban kezdődő epilepsiáktól).

IRODALOM: 1. *Alajouanine, T., Castaigne, P., Laplane, D.:* Rev. prat. (Paris) 1959, *9*, 1377. — 2. *Alajouanine, T., Castaigne, P., Laplane, D.:* Rev. prat. (Paris) 1959, *9*, 1381. — 3. *Bancaud, J.:* Sem. Hôp. (Paris) 1970, *46*, 3138. — 4. *Bonduelle, M., Sallon, C., Guillard, J.:* Sem. Hôp. (Paris) 1970, *46*, 3141. — 5. *Carney, L. R., Hudgins, R. L.:* Arch. Int. Med. 1969, *124*, 707. — 6. *Caveness, W. F.:* Handbook of Clinical Neurology, ed. Vinken, P. J., Bruyn, G. W., North Holland Publ. Co., Amsterdam, 1974. vol. 15, 533. — 7. *Courjon, J., Artu, F., Zeskov, P.:* Sem. Hôp. (Paris) 1970, *46*, 3129. — 8. *Dusaucy-Bauloye, A., Sorel, L.:* Acta Neurol. belg. 1959, *59*, 448. — 9. *Feuerstein, J., Weber, M., Kurtz, D., Rohmer, F.:* Sem. Hôp. (Paris) 1970, *46*, 3125. — 10. *Halász P., Juhász P.:* Az epilepsia mindennapi klinikai problémái. Medicina, 1977. — 11. *Hess, R.:* Handbook of Clinical Neurology, ed. Vinken, P. J., Bruyn, G. W., North Holland Publ. Co., Amsterdam, 1974, vol. 15. 498. — 12. *Jennett, B.:* Epilepsy after non-missile head injuries. W. Heinemann Med. Books Ltd. London, 1975. — 13. *Jones, D. P., Nevin, S.:* J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1954, *17*, 148. — 14. *Juul-Jensen, E.:* Acta neurol. Scand. 1964, *40*, suppl. 148. — 15. *Kiørboe, E.:* Handbook of Clinical Neurol., ed. Vinken, P. J., Bruyn, G. W., North Holland Publ. Co., Amst. 1974, vol. 15. 783. — 16. *Krayenbühl, H.:* Schweiz. med. Wschr. 1957, *87*, 1. — 17. *Kuhlo, W., Schwarz, J.:* Arch. Psychiat. Nervenkr. 1971, *215*, 8. — 18. *Laplane, D., Castaigne, P.:* Rev. prat. (Paris) 1959, *9*, 1395. — 19. *Lennox, W.:* Epilepsy and related disorders. J. Churchill Ltd., London, 1960. — 20. *Livingston, S.:* New Engl. J. Med. 1964, *254*, 1211. — 21. *Lund, M.:* Epilepsy in association with intracranial tumor. Thesis. Munksgaard, Copenhagen, 1952. — 22. *Majtényi, Katalin, Nagy, T.:* Ideggyógy. Szemle. 1963, *16*, 1. — 23. — *Martin, H. L., McDowell, F.:* Arch. Neurol. and Psychiat. 1954, *71*, 101. — 24. *McRae, D. L.:* Handbook of Clinical Neurology, ed. Vinken, P. J., Bruyn, G. W., North Holland Publ. Co., Amsterdam, 1974, vol. 15. 533. — 25. *Merlis, K. J.:* Handbook of Clinical Neurology, ed. Vinken, P. J., Bruyn, G. W., North Holland Publ. Co., Amsterdam, 1974, vol. 15. 264. — 26. *Penfield, W., Jasper, H.:* Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain, Little, Brown and Co., Boston, 1954. — 27. *Radermecker, J.:* Handbook of Clinical Neurology, ed. Vinken, P. J., Bruyn, G. W., North Holland Publ. Co., Amsterdam, 1974, vol. 15. 325. — 28. *Raynor, R. B., Paine, R. S.:* Neurology (Minneap.) 1959, *9*, 111. — 29. *Richardson, E. P., Dodge, P. R.:* Epilepsia (Boston) 1954, *3*, 49. — 30. *Robb, P., McNaughton, F.:* Handbook of Clinical Neurology, ed. Vinken, P. J., Bruyn, G. W., North Holland Publ. Co., Amsterdam, 1974, vol. 15. 271. — 31. *Schmidt, R. P., Wilder, B. J.:* Epilepsy. Contemp. Neurol., F. A. Davies Co., Philadelphia, 1968. — 32. *Sheehan, S.:* Irish J. med. Sci. 1958, *390*, 261. — 33. *Vercelletto, P., Delobel, R.:* Sem. Hôp. (Paris) 1970, *46*, 3133. — 34. *Walker, A. E., Bailey, A. A., Bickford, R. G.:* Arch. Int. Med. 1936, *58*, 250. — 35. *Woodcock, S., Cosgrove, J. B. R.:* Neurology. (Minneap.) 1964, *14*, 34.

Városi Kórház, Mosonmagyaróvár,
Sebészeti Osztály
(főorvos: Szilágyi János dr.)

Azonos típusú rosszindulatú daganat iker-, ill. testvérpáron

Cserháti Géza dr. és Szilágyi János dr.

A morbiditási statisztikában a rosszindulatú daganatok igen előkelő helyet foglalnak el. E megbetegedések kutatása során a családi halmozódás lehetősége már közismert és a jó anamnézist felvevő orvosnak ez irányban is mindig tájékozódnia kell. Dolgozatunkban ismertetésre kerülő eseteink — egy ikerpár azonos típusú végbél- és egy testvérpár gyomor-carcinomája — véleményünk szerint érdeklődésre tarthat számot.

Esetismertetés

1/a beteg: Sz. F., 69 éves férfi, felvételét (1974. IX. 25.) megelőzően öt hónappal kezdődtek panaszai, naponta 5—6 alkalommal jelentkező véres, hasmenéses székletürítéssel. Fél év alatt 10 kg-ot fogyott. Rectális vizsgálatkor az anustól 3 cm-re az ampulla elülső falán zölddiónyi karfiolszerű daganatot tapintottunk. Rectoscopiánál a daganatból kimetszést végeztünk, melynek szövettani lelete adenocarcinoma recti volt. Az elvégzett cystoscopiánál a daganat hólyagra való ráterjedését nem észleltük. Vércsoportja: „AB", Rh pos. A laboratóriumi és a rtg-vizsgálatok elvégzése után műtétre készítettük elő a beteget. A műtét során abdomino-sacralis rectum exstirpatiót végeztünk (op.: *Szilágyi dr.*). A hólyag hátsó falával összekapaszkodó ökölnyi végbéldaganatot távolítottunk el úgy, hogy a hólyag hátsó falát is resecáltuk. A műtétkor sem regionális, sem távoli áttéteket nem találtunk. A műtét utáni szak kisfokú sebgennyedéstől eltekintve zavartalan volt. Másodlagosan gyógyult sebekkel, jó általános állapotban távozott osztályunkról. Az eltávolított daganat szövettani kórismeje adenocarcinoma recti volt *(Szabó Zs. dr.)*. Közleményünk megírásakor betegünk teljesen panaszmentes, hízott, otthoni munkáját ellátja.

1/b beteg: Sz. D., 69 éves férfi, előző betegünk ikertestvére. Első ízben egy külföldi sebészeti klinikára került felvételre (1974. IX. 3.). Ezt néhány héttel megelőzően naponta 3—4 alkalommal jelentkező véres, hasmenéses székletei voltak. Ez idő alatt 5 kg-ot fogyott. Rectális vizsgálatkor az ampullában tumort tapintottak. Rectoscopiánál az anus felett 7 cm-rel 4 × 2 cm-es karfiolszerű képletet találtak. Ezután a beteg a Semmelweis OTE I. sz. Sebészeti Klinikájára került. A laboratóriumi és a rtg-vizsgálatok elvégzése után műtétre készítették elő. Vércsoportja: „AB", Rh pos. A műtétkor abdomino-sacralis rectum exstirpatio történt (op.: *Perner dr.*). Regionális és távoli áttéteket nem találtak. A postoperativ szakban a jobb alsó végtagon mélyvénás thrombosis zajlott le. Gáti sebe másodlagosan gyógyult. Jó általános állapotban bocsátották haza. Az eltávolított daganat szövettani lelete: adenocarcinoma recti *(Jellinek H. dr.)*. A beteg pár hónap múlva otthonában meghalt. Boncolás nem történt, de a hozzátartozók szerint influenzás megbetegedés komplikációja, tüdőgyulladás okozta halálát.

2/a beteg: S. R., 63 éves férfi, 1975. VI. 27-én került felvételre kórházunk belgyógyászati osztályára jelentősen megromlott étvágy, gyengeség, szédülés és fogyás miatt. Az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok eredményeiből az anaciditást és az „A" Rh pos. vércsoportot emeljük ki. Gyomor rtg: a gyomor horog alakú, alsó pólusa a cristáig ér, a kishajlat sima, az antrumnál megrövidült, a pylorus a kontrasztanyagot csak vékony csíkban engedi át. Vélemény: neopl. ventr., amely a kishajlaton az angulus fölé terjed. Transfusiós és cardiális előkészítés után exploratiót végeztünk (op.: *Sidó dr.*), amelynek során az antrumban ökölnyi daganatot találtunk és a kisgörbület is egészen a cardiáig tumorosan infiltrált volt. A májban borsónyi-diónyi áttéteket észleltünk. Az incurabilitás miatt a hasüreget zártuk. Zavartalan sebgyógyulás után, kielégítő általános állapotban távozott. Néhány hét múlva heves fájdalmak és hányás jelentkezett, ami miatt ismét felvettük. Állapota rohamosan romlott és 1975. szeptember 15-én exitált. Boncolás a család kérésére nem történt.

2/b beteg: S. I., 60 éves férfi, előző betegünk testvére. 1977. I. 3-án vettük fel osztályunkra. Elmondta, hogy sokat fogyott, étvágya erősen megromlott, legyengült. Laboratóriumi leleteiből ugyancsak az anaciditást és az „A" Rh pos. vércsoportot emeljük ki. Gyomor rtg: a gyomor szarv alak. A kishajlaton peristaltika csak az antrum distalis harmadában észlelhető. Célzott felvételen az egész kishajlat az antrum középső harmadától felfelé merev. A cardia alatt közvetlenül diónyi félárnyék van. Vélemény: neopl. ventr. Előkészítés után exploratiót végeztünk (op.: *Szilágyi dr.*). A hasüregből 3 l ascitest távolítottunk el és carcinosis peritoneit találtunk. A gyomor antrumában és corpusban hatalmas, kétökölnyi daganat helyezkedett el, amely a környező szervekkel összekapaszkodott. Az incurabilitás miatt a hasüreget zártuk. Pp. gyógyult sebbel, kielégítő állapotban hazabocsátottuk. Néhány hét múlva nagy mennyiségű feszülő ascitese miatt ismét felvettük és több alkalommal 8—10 l folyadékot bocsátottunk le a hasüregből. Végül daganatos senyvesség tünetei között 1977. V. 12-én meghalt. Boncolás a család kérésére itt sem történt.

Megbeszélés

A különböző daganatok keletkezését illetően számos elmélet látott napvilágot. A daganatok familiáris halmozódása ismeretes (1, 2, 3, 4). *Bauer* (1) egy végbélrákkal operált férfi családjában három generációt átvizsgálva 11 vastag- és végbélrákos családtagot talált. *Szabolcs* (4) egy gyomorrákos betegének ikertestvére 13 évvel előbb ugyancsak gyomorrákban halt meg. *Videback* és *Mosbech* (cit.: *Szabolcs)* a gyomorrákosok leszármazottjainál a gyomorrák veszélyeztetettségét a normál populáció várható veszélyeztetettségének négyszeresében adja meg. *Friedman és mtsai* (2) közlik, hogy egy családban 4 férfi testvér betegedett meg és halt meg hasnyálmirigy rákban.

Eseteink közül a rectum carcinomás ikreknél a daganatos betegség szinte napra azonos időben jelentkezett. Részletes genetikai vizsgálatokra ugyan nem volt lehetőségünk, de minden valószínűség szerint egypetéjű ikrek voltak. Nemük és

vércsoportuk azonos volt és a rendelkezésünkre bocsátott fényképeken is nagyfokú hasonlóság volt felfedezhető. Azonos volt az eltávolított daganat szövettani szerkezete is.

A gyomorrákos testvéreknél daganatos betegség csaknem azonos életkorban jelentkezett, mindkettőjüknél a gyomor azonos területét foglalta el és egyformán igen gyorsan progrediált és szóródott. A tünetek jelentkezése után néhány hét múlva elvégzett műtéteknél a generalizált áttétek miatt már incurabilisak voltak. Vércsoportjuk és nemük azonos volt és náluk is felfedezhető volt az alkati és megjelenésbeli hasonlóság.

Az ikrekhez hasonló eset közlését az általunk hozzáférhető irodalomban nem találtunk, míg a gyomorrákos testvérekhez hasonló eseteket közöltek. Az a tény, hogy az ikreknél azonos időben, a testvéreknél hasonló életkorban azonos típusú daganatot észleltünk, azt a véleményünket támasztja alá, hogy a feltehetően genetikailag azonos típusú egyénekben a daganat keletkezése determinált lehetett. Miután sem a daganatkutatás, sem a genetika nem munkaterületünk, távolabbi következtetéseket eseteinkből levonni nem tudunk és megelégszünk azzal, hogy ezekre a figyelmet felhívjuk.

Köszönetnyilvánítás

Az 1/b esetünknél a klinikai adatok és a szövettani lelet rendelkezésre bocsátásáért *Szécsény Andor* professzornak, ill. *Jellinek Harry* professzornak hálás köszönetünket fejezzük ki.

Összefoglalás. A szerzők egy ikerpárnál azonos időben jelentkező szövettanilag azonos típusú rectum carcinoma esetét, valamint egy testvérpárnál közel azonos életkorban jelentkező azonos típusú gyomor-carcinoma esetét ismertetik. Távolabbi következtetést nem vonnak le, de feltételezik, hogy eseteikben a daganatkeletkezés genetikailag determinált lehetett.

IRODALOM: 1. *Bauer, K. H.:* Schw. Med. Wschr. 1962, *92*, 1973. — 2. *Friedman, J. M. és mtsai:* Clin. Genet. 1976, *9*, 463. — 3. *Lynch, H. T.:* Hereditary factors in carcinoma. Springer Verlag, Berlin—New York, 1967. — 4. *Szabolcs Z.:* A gyomorrák. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1966.

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 myalgiák esetében therapiás kiegészítésként.

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

FIGYELMEZTETÉS: A kezelés legalább egy héten át folytatandó. Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: ✠✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ: 25 gr 2,– Ft
50 gr 3,– Ft

QH
1196

Biogal

COLFARIT®

tabletta

antiphlogisticum, analgeticum

A mikrokapszulázott acetilszalicilsavat tartalmazó készítmény a vérlemezkék aggregációjának gátlásával akadályozza a thrombus-képződést. A mikrokapszulából történő késleltetett hatóanyag-kioldódás és -felszívódás eredményeként tartós vérszint alakul ki, ugyanakkor a gyomornyálkahártya irritációs veszélye csökken.

INDIKÁCIÓK:

Érbetegségekben profilaxisra és terápiás céllal alkalmazható
— trombózisveszély esetén;
— a vénás érterületen (visszértágulat, műtét utáni állapot);
— az artériás érterületen elsősorban a trombózisveszély rizikófaktorainak veszélyeztető jellegű fennállásakor (így pl. progrediáló arteriosclerotikus folyamatok);
— thrombophlebitisben, — vénás trombózisban } a Syncumar, illetve Heparin hatását nem pótolja! Így ezek alkalmazása elsődleges fontosságú marad.

Rheumatikus kórképekkel járó fájdalom és gyulladás.

ADAGOLÁS: — a felületi vénák gyulladásos folyamataiban általában 3×2 tabl. naponta. Az akut szak lezajlása után 3×1 tabl./die kb. 8 napig;
— vénás trombózisban általában 3×1 tabl./die, legalább 2 hétig; visszaesés veszélye esetén tartós kezelés ajánlatos;
— arteriás trombózis profilaxisára 1—3×1 tabl. naponta;
— postoperativ kezelésre általában 3×1 tabl. naponta.
Az adagot ilyenkor egyszerre vagy a nap folyamán részletekben lehet bevenni. A Colfarit-kúrát a műtét előtt egy nappal lehet kezdeni és az első felkelés után legalább 5—8 napig folytatni.
Rheumatikus betegségekben, ha az orvos másképp nem rendeli, felnőttek szokásos adagja napi 3×2 tabl. 6—8 órás időközökben. Szükség esetén a dózis növelhető, de a napi 4—5 g-ot ritkán szükséges túllépni.

A BEVÉTEL MÓDJA: A tablettákat egészben vízzel lenyelve, vagy folyadékban, szétesését megvárva, étkezés után kell bevenni. Ezt követően kb. fél pohár folyadék (pl. tej) ivása ajánlatos.

ELLENJAVALLATOK: Salicylat-túlérzékenység, haemorrhagiás diathesis. Gyomor- és bélfekély esetén — gondos orvosi ellenőrzés mellett — kivételesen alkalmazható.

MELLÉKHATÁSOK:

Gyomor-bél panaszokat okozhat, ill. vérzés léphet fel.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Kerülendő az együttadás:
— oralis anticoagulansokkal (anticoagulans hatás fokozódása)
— beta-blokkolókkal (a gyulladáscsökkentő hatást nagymértékben gátolhatják, pl. Trasicor, Visken)
— difenilhidantoinnal (a difenilhidantoin szérumszintje toxikusig emelkedhet)
— fenilbutazonnal (ulcerogen mellékhatás fokozódása, hyperurikaemia)
— heparinnal (anticoagulans hatás fokozódása)
— PAS-sal (PAS-koncentráció nő, toxikus tünetek)
— szulfonamidokkal, különösen a nyújtott hatásúakkal (Bayrena, Quinoseptyl szulfonamid-toxicitás növekszik).
Csak óvatosan adagolható:
— oralis antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye)
— szteroidokkal (ulcerogen mellékhatás fokozódása). A szteroid csökkentése vagy elhagyása után tanácsos a Colfarit dózisát csökkenteni az acetilszalicilsav-kiválasztás csökkenése miatt.

FIGYELMEZTETÉS:

Terhesség alatt, különösen annak korai szakában csak szigorúan mérlegelt orvosi javaslatra szedhető. A szülés várható terminusa előtti 4 hétben Colfarit adása kerülendő. Olyan műtétek esetében, melyekben maximális intraoperatív vérzéscsillapítás szükséges, a Colfaritot preoperatíve lehetőleg ne alkalmazzuk. Colfarit-kezeléskor ép alvadási rendszer esetében a vérzési idő 1—2 perccel meghosszabbodhat. A prothrombin- (Quick-) időt az ajánlott Colfarit-adagok általában nem befolyásolják. Colfarit alkalmazásával egyidejű alkoholfogyasztás fokozhatja a vérzés veszélyét.
Diabetesben szenvedőknél szükségessé válhat az oralis antidiabetikum adagjának újrabeállítása Colfarit-kúra alatt. Hosszabb időn keresztül vagy nagyobb adagokban a Colfaritot csak orvosi ellenőrzés mellett szabad alkalmazni.

MEGJEGYZÉS:

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

30 tabletta (à 500 mg acetilszalicilsav) 3,60 Ft
R = Bayer.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

SANEGYT®

tabletta 10 és 25 mg, injekció 10 mg — **antihypertensivum**

A guanethidinhez (Sanotensinhez) hasonló, de annál jobban felszívódó új, adrenerg neuronblokkoló.

ÖSSZETÉTEL:

1 tabletta 10 mg, illetve 25 mg guanazodinumot tartalmaz (guanazodinum sulfuricum alakjában);
1 ampulla 1 ml vizes oldatban 10 mg guanazodinumot tartalmaz (guanazodinum sulfuricum alakjában).

JAVALLAT:

középsúlyos és súlyos hypertensio kezelése.

ELLENJAVALLATOK:

abszolút ellenjavallt phaeochromocytoma esetén. Egyéni túlérzékenység előfordulásakor.
Óvatosság ajánlatos cardiovascularis megbetegedés (különösen cerebralis és végtagerek sclerotikus elváltozása) esetén és csökkent glomerulus-filtrációval járó állapotokban. Műtét előtt álló betegek Sanegyt-kezelését félbe kell szakítani, ha lehetséges már 2 héttel a sebészeti beavatkozás előtt.
MAO-gátlókkal (pl. Nuredallal) együtt nem adható, mert hypertoniás krízist okozhat. A MAO-inhibitor adagolását minimum 1 héttel a Sanegyt-kezelés előtt abba kell hagyni.
A guanethidin-antagonizmust mutató triciklikus antidepresszánsok és major tranquillansok a Sanegyt-kezelés eredményességét is ronthatják, ezért együttadagolásuk (pl. Melipraminnal, Teperinnel, Hibernallal, Sapilenttel) kerülendő.

ADAGOLÁS:

egyéni megítélést igényel.
Az első napokban a napi adag 10—20 mg, esetleg 2 részletben, melyet a hatás eléréséig fokozatosan és óvatosan kell növelni. A vérnyomás csökkenése általában a kezelés 5—6. napján, esetleg előbb jelentkezik; stabilizálódása az esetek többségében 10—15 nap.
Általában napi 30—40 mg-os dózis kielégítő, legfeljebb azonban napi 50—75 mg adható.
A készítmény salureticumokkal, más hypotensivumokkal, beta-receptor-blokkolókkal, spasmolyticumokkal kombinálható, de ebben az esetben a vérnyomás alakulásának megfelelően csökkenteni kell a dózist. Digitaloidokkal együtt adható. A tablettákat szétrágva, kevés vízzel kell bevenni.
Az injekció intravénás befecskendezése lassan (1—2 perc alatt) történjék; az ampullák tartalmát fiziológiás sóoldattal kell hígítani.
Angina pectoris jelentkezése esetén az injekció befecskendezését azonnal abba kell hagyni.
A vérnyomás csökkenése iv. adagolás esetén semiorthostatikus helyzetben gyorsabb és kifejezettebb. Szükség esetén az injekció 2 óra múlva megismételhető, illetve a kezelés tablettával folytatható. Az adagolás beállítása (különösen az injekció alkalmazása) lehetőleg intézetben, a további kezelés orvosi ellenőrzés mellett történjék.

MELLÉKHATÁSOK:

a guanethidin-készítmények alkalmazásakor tapasztalható orthostatikus vérnyomáscsökkenés, amely collapsushoz is vezethet, Sanegyt adagolásakor is előfordulhat. Ezek a panaszok a guanethidin-származékokra általánosan érvényes utasítások betartása esetén kevésbé kifejezettek, mint guanethidin adagolásakor.
Enyhébb esetben az orthostatikus tensio-csökkenés terápiásan is jól kihasználható, súlyosabb orthostatikus hypotoniánál Trendelenburg-helyzet alkalmazása javasolt.

Az orthostatikus tensio-esés mértéke a kezelés folyamán csökken. Iv. alkalmazásakor (elsősorban gyors befecskendezés után) átmenti, percekig tartó vérnyomás-emelkedés, meleg és ún. gyógyszeríz érzése, továbbá bradycardia (ez utóbbi oralis alkalmazás esetén is) előfordulhat.
Elsősorban nagyobb dózisok adásakor hasmenés, ritkábban potenciacsökkenés jelentkezhet, melyek a kezelés félbeszakítása után megszűnnek. Előfordulhat még gyengeség, szájszárazság, valamint az esetleges egyéni gyógyszertúlérzékenységből adódó allergiás tünetek.

FIGYELMEZTETÉS: a gyógyszer alkalmazása esetén kerülni kell a fekvő helyzetből történő hirtelen felállást!
Terhességben, különösen az első 3 hónapban adagolása nem ajánlatos.
A gyógyszer hatása alatt fokozott elővigyázatosság szükséges. A gyógyszer bevétele, illetőleg alkalmazása után 8—10 órán belül, vagy folyamatos kezelés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos.
Alkalmazásának, illetőleg hatásának tartama alatt szeszes italt fogyasztani nem szabad.
A Sanegyt-kezelés alatt álló betegeken az inzulin-érzékenység némi fokozódását figyelték meg. A kúra alatt ajánlatos a diabeteses betegek inzulinigényét ellenőrizni.

MEGJEGYZÉS: ✠✠ A 10 mg-os és 25 mg-os tabl., továbbá az injekció csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az injekciót azon szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

10×1 ml amp.	2,80 Ft
40×10 mg tbl.	2,90 Ft
20×25 mg tbl.	3,50 Ft

EGYT GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet,
Urológiai Osztály
(főorvos: Rosdy Ernő dr.),
Kórbonctani Osztály
(főorvos: Sági Tamás dr.)

A vese endometriosisáról

Rosdy Ernő dr., Sági Tamás dr.
és Török Péter dr.

*Endometriosis*ról, más néven *adenomyosis*ról akkor beszélünk, ha endometrium szigetek találhatók a méhnyálkahártyán kívül, akár a méhfalban, akár egyéb méhen kívüli szervben.

A lokalizáció szerint *Movers* (14) a következő felosztást ajánlja. A) *Genitalis endometriosis,* ide tartoznak: I. az endometriosis interna (pl. méhtest), II. endometriosis externa (petefészek, hüvely stb.). B) *Extragenitalis endometriosis,* lehet: I. intraperitonealis (belek), II. extraperitonealis (húgyhólyag, vese, tüdő stb.). Ez utóbbi csoport igen ritka.

Az alábbiakban részletesen ismertetjük egy élőben észlelt — klinikai, radiológiai és kórszövettani differential-diagnosztikai szempontból is érdekes — esetünket.

Esetismertetés

B. I.-né, 40 éves nőbeteg. B. o.-i vesegörcs miatt vesszük fel. Anamnesiséből: 1955 óta több ízben hólyaghurut, gyakori fejfájás, 1965-ben sectio caesarea, 1969-ben b. o.-i petefészek cysta eltávolítás és kétoldali salpyngectomia emelhető ki. A petevezető szövettani vizsgálata endometriosisnak bizonyult.

8 éve rendszertelenül visszatérő alhasi görcsei vannak, melyet haspuffadás, gyengeségérzés, verejtékezés kísér. 1977 áprilisa óta gyakran van kétoldali deréktáji tompa fájdalma, hányingere, borzongása. Ez idő óta subfebrilis, 10 hónap alatt 8 kg-ot fogyott. Felvétele előtt 1 héttel b. o.-i, deréktáji, combba sugárzó, erős fájdalmak miatt rtg-vizsgálatot végeztek. B. o.-i vesekövet találtak: ezért utalják osztályunkra.

Fizikális statusa: b. o.-i costolumbalis tájon kisfokú érzékenység, vizeletüledékében néhány fvs. Cystoscopia során mindkét oldalon szabad passage-t találtunk. Mellkas rtg: negatív. Nőgyógyászati vizsgálat: negatív.

Kiválasztásos urographia: b. o.-i vese normális helyzetű, hossza 11 cm. Vetületében több apró, kölesnyi, meszes concrementum látható. A kiválasztás lassú, elhúzódó. Az üregrendszer szabálytalan alakú, a felső és középső kelyhek szabálytalanok, felettük a velő-, ill. kéregállományban kb. $^1/_2$ cm átmérőjű, sima falú üregek telődnek *(1. ábra).*

1. ábra: Iv. pyelographia. B. o. deformált üregrendszer. A velő- és kéregállományban több sima falú üreg telődik

Retrograd pyelographia: a felső kehelycsoport tágabb. A kelyhek mentén számos kölesnyi, borsónyi üreg telődik fel, de a kiválasztásos pyelographián a velőállományban látható üregek ezúton nem telődnek *(2. ábra).*

A felmerült vese-tbc lehetőségét a sorozatos negatív vizelet Koch-tenyésztés nem erősítette meg. Ritka fejlődési rendellenességre, megacalyosisra vagy szivacsvesére gondolva vesefeltárást végeztünk, és a pusztulóban levő köves vesét eltávolítottuk. Eseménytelen postoperativ szak. P. p. gyógyult sebbel, panaszmentesen hazabocsátjuk a beteget.

Kő-analysis: sok szerves anyagban Ca-foszfát és carbonat-apatit keveréke.

Kórszövettani vizsgálat: 9 × 5 × 3 cm nagyságú, kettévágott vese. A felszín egyenetlen, rajta durva be-

2. ábra.
Retrograd pyelographia. A kelyhek mentén több kölesnyi üreg telődik fel

3. ábra: A vese velőállományában csillag alakú tágult mirigy cytogen stromától és simaizom-állománytól övezve

4. ábra: A vese velőállományában endometrium mirigyek átmetszete a cytogen stromában simaizom-állománytól övezve

süppedések. A parenchyma $^1/_2$ cm vastag. A velőállományban szétszórtan szürkésfehéres, vérbő gócok, ezen belül borsónyi-mogyorónyi üregek. A velőállományban mikroszkóp alatt különböző nagyságú, általában cysticusan tágult mirigyeket találunk. Ezek részben kerek átmetszetűek, részben redőképződés következtében csillag alakzatot nyertek *(3. ábra)*. A mirigyeket lelapult, ill. magas hengerhám béleli. Utóbbiakban a nyáktermelődés következtében a sejtmagok a basalis réteg közelében helyezkednek el. Több látótérben a hámbélés kettő, ill. több sejtsorossá vált, és metaplasiás jelleget ölt. A mirigyek körül endometrialis jellegű cytogen stroma, ill. simaizomszövet *(4. ábra)*. A környező gyűjtőcsatornák közvetlenül a mirigyek

Táblázat.

Sorszám	Szerző megj. ideje	Kor	Oldal	Előző betegs.	Panaszok fennállásának ideje	Lumb. fájd.	Dysmenorrhea	Haematuria Mikr.	Haematuria Makr.	Mens. alatt	Vese rtg.	Műtéti ill. patholó-giai lelet
1.	Marschall 1943	40	bal	—	3/4 év	+	—	—	—	—	tu.	Nagy cysta (bevérzett) több kis cysta
2.	*Maslow* 1950.	29	jobb	—	2 év	+			+	—	felső pólus cystikus tágulata	több nagy és kis cysta
3.	*Fruhling* 1951.	42	jobb	append. ovárium eltáv.	3 év	+	+	+			iv. nincs kiv. retr. hypopl. vese deform. üregrend.	hypoplasias vese több kis cysta, kis kő endometriosis
4.	*Blum* 1953	22	jobb	append.	7 nap	+	+				iv. néma vese retr. tág pyelum hypoplasia	hypoplasia, perinephritis, felső póluson cseresznyényi dudor (eltáv.;
5.	*Megyeri* 1962	37	bal		1/2 év		+		+			zsugorodott vese calyxok mellette borsnyi gócok, és cysták.
6.	*Kamajev* 1963	40	bal		1/2 év	+			+		iv. bo. néma retr. nem telődik, pyelum tu. gyanú	nagy vese pyelumban polypoid képlet, endometriosis
7.	*Miles* 1969	43	jobb	oophrectomia 7 éve	3 hó		+		+		pyelumban k. anyag kiesés pyelum tu. gyanú	a pyelumban polypoid növedék, kivülről cystikus tu.
8.	*Hajdu* 1970	49	bal	generalizált tu. adrenectomia	3 év					+		jellegű haemorrhagias cysták
9.	*Maurer* 1976	23	jobb		3 év	+					érszegény tu. (angiogr.) atypusos cysta, abscessus cystikus tágulatok	perinephritis, előddudorodó cysta, benne gennyes váladék secunder
10.	*Saját*	40	bal	sect. caes. salpingect.	1/2 év	+						nephrect. zsugorodott vese, pyelonephr. több cysta

szomszédságában néhol szabálytalanokká válnak, kitágulnak, és hámbélésük is kifejezettebb. Néhol a mirigyek és a csatornák között az előbbiekhez hasonló átmeneti alakokkal találkozunk. Dg.: endometriosis renis.

Megbeszélés

Esetünk érdekessége — ritkaságán túlmenően — abban rejlik, hogy mind klinikai megjelenésében, mind rtg-képe alapján eltér az eddig közöltekétől. Az általunk elérhető irodalomban összesen kilenc esetet találtunk, betegünk a tizedik. A tíz eset tapasztalata alapján érdemesnek látszik áttekinteni, hogy e ritka megbetegedésben milyen gyakorisággal jelentkeznek az egyes tünetek, melyek a megjelenési formái *(táblázat)*.

A kézikönyvek általában a tumort utánzó formát tartják jellemzőnek (3). A közölt esetek közül kettő boncolási melléklelet volt (5, 12). Mindkét betegnek volt vérvizelése, de a klinikai diagnosisban ismert alapbetegségükkel ez megmagyarázható volt, így a sectio előtt az endometriosisnak a gyanúja sem merült fel. A többi nyolc beteg helyes diagnosisát műtéti úton eltávolított vese kórszövettani vizsgálata alapján állították fel. A kivizsgálást indokló panaszok között deréktáji, alhasi fájdalom, hányás, haspuffadás egy esetet kivéve (13) mindegyikben megtalálható volt. Két beteg fájdalma oly erős volt, hogy appendicitisre gondoltak és appendectomiát is végeztek.

A fájdalmak mensessel egyidejű ciklusos jellege csupán két betegen volt megtalálható (1, 4): a menses első napjával a fájdalmak elmúltak, de egyidejűleg haematuria nem jelentkezett. Négy betegnek volt dysmenorrhoeája (1, 4, 12, 13). Haematuria csak az esetek felében (öt beteg) volt makroszkópos. Egy esetben intermittáló, és egy esetben volt a menstruációval egyidejű ciklusos jellegű (5).

A tíz beteg közül csupán három volt 20 és 29 év közötti, a többi 40 év körüli, azaz a menopausa előtti korban.

A panaszok általában fél és két év között állottak fenn. Három betegen néhány évvel megelőzően salpyngectomiát (1, 13 és saját betegünk) végeztek. Mindhárom esetben a szövettani vizsgálat endometriosist talált a kivett petefészekben. Csak betegünknél volt megelőzően (12 évvel ezelőtt) sectio caesarea. A folyamat négy esetben volt bal oldali, öt esetben jobb oldali és egy esetben kétoldali.

Az élőből diagnosztizáltak mindegyikén történt iv. pyelographia. Ez három esetben néma vesét mutatott, közülük kettőnél a retrograd pyelographiával hypoplasiás zsugorodó vesét találtak (1, 4). Egynél a kontrasztanyag nem jutott fel a vesemedencébe és ebből pyelum-daganatra gondoltak (7).

További háromnál vesetumort tételeztek fel, közülük egyiknél a pyelumtumor lehetősége (13) is felmerült, másiknál angiographiás vizsgálat alapján atypusos vese-cystára és vese-abscessusra is gondoltak (11).

Esetünkben ritka fejlődési rendellenességgel kapcsolódó kehelytágulatra lehetett gondolni: erre utaltak a normális tágasságú pyelum mellett a velő-, ill. kéregállományban levő sima falú üregek, melyek csak anterograd úton telődtek.

Összegezve azt mondhatjuk, hogy a nyolc — élőből diagnosztizált — eset felében szerepelt tumor feltételezés, de ez sem volt minden esetben egyértelmű. A tumort utánzó rtg-képet rendszerint nagyobb, bevérzett cysta adta, pyelum-tumor esetében polypoid szövet. Két esetben volt pyelonephritises zsugorodott vese, két esetben pedig fejlődési rendellenesség.

Vesekővel csak két esetben szövődött a kórkép, és csak saját esetünkben volt az műtét előtt diagnosztizálva.

Az eltávolított veséken makroszkóposan két megnyilvánulási forma különíthető el: 1. vesedaganatot utánzó solitaer, nagyobb, rendszerint bevérzett cystás formát; 2. kisebb cystákat, melyek benneke sokszor tiszta savó. Bár ezek majdnem mindegyik esetben megtalálhatók voltak, rtg-vizsgálattal csak esetünkben sikerült kimutatni. Mindkét megjelenési forma mellett a vese-parenchyma elvékonyodik, gyulladásos, hypoplasiás zsugorodó vese képét mutatja.

Rtg differential-diagnosztikailag a következők jöhetnek szóba: 1. vesetumor (pyelum-tumor); 2. cystás elváltozások; 3. vese-abscessus; 4. megakalyosis (Puigvert), ez congenitalis, nem obstruktív jellegű kehelytágulattal társuló velő-papilla hypoplasia); 5. szivacsvese (a veseszemölcsök csatornáinak multiplex cysticus tágulata) (8, 2); 6. kehelydiverticulum; 7. vese-tuberculosis.

Esetünk érdekessége klinikailag tehát a vesekővel való szövődés, a rtg-vizsgálattal az eddig közöltektől eltérő, inkább szivacsvesét utánzó kép, továbbá a korábbi sectio caesarea.

Az endometriosisok képződését illetően ma sincs még egységes elképzelés. A renalis lokalizációjú alakokban — azok ritkasága folytán — a pathogenetikai teóriák szerzőnként változnak. Így pl. *Marshall* (9) csíra tévedéssel, *Maslow* (10) és *Learner* metastasissal, *Fruhling* és *Blum* (4) metaplasiával magyarázza.

A metaplasiás elmélet szerint a károsodott vesében bizonyos behatásokra — regenerációs fázisban hormonális hatásra — a regenerálódó tubulushám endometrialis hengerhámmá alakul át, és ez másodlagosan a környező kötőszövetnek endometrialis stromává, ill. simaizommá való átalakulását váltja ki. Metastasis esetében a vér- és nyirokáramlás útján kerülhetnek az endometrium szigetek a szervezet különböző helyeire. *Javert* (6) szerint a tubán át is terjedhet, de a direkt invázió lehetősége sincs kizárva.

A dysgenetikus elmélet szerint vagy a Wolf-cső, vagy a Müller-cső maradványaiból képződnek, de a serosa-hámból is kialakulhat. Ez az embrionalis élet 6. hetében történik, mikor a Müller-cső közel van az ureter bimbóhoz, mely a későbbiekben az ős vese teleppel egyesül, és így lehetőség nyílik a sejtek szóródására.

Esetünkben a metaplasiás theoriát fogadjuk el. Egyes látóterekben ugyanis a gyűjtőcsatornák fokozatos tágulata és hámjának átalakulása gyanítható. A csatornák és az endometrium mirigyeihez hasonlító, többé-kevésbé cysticusan tágult mi-

rigyek közelsége és az előbbiekben említett transformatio nem zárható ki. A cytogen stroma és a simaizom-állomány részvétele valóban lehet másodlagos is. A jellegzetes cytogen — mirigy körüli — sejtdús stromát csak helyenként találtuk meg. A simaizomszövet kialakulásában a vesemedencét övező simaizomrostok is részt vehetnek, már csak azok közelsége alapján is.

Köszönetnyilvánítás

A rtg-filmek átengedéséért ezúton mondunk köszönetet kórházunk röntgenosztályának.

Összefoglalás. A szerzők irodalmi ritkaságnak számító, kővel szövődött, egyoldali, élőben diagnosztizált és gyógykezelt vese endometriosis esetet ismertetnek. Ez a világirodalomban a 10. közölt eset. Áttekintik a leggyakoribb tüneteket. A panaszok között deréktáji fájdalom legtöbbször szerepel. Makroszkópos haematuriát az eseteknek csak felében észleltek. A röntgen alapján 4 esetben tumort, 2 esetben pyelonephritises zsugorvesét, 2 esetben fejlődési rendellenességet lehetett feltételezni. Az endometriosis kialakulását metaplasiával magyarázzák, erre utal a szövettani feldolgozás során talált elváltozások jellege is.

IRODALOM: 1. *Blum, E., Fruling, L.:* J. de Chir. Paris (1953, *69*, 19. — 2. *Cacchi, R., Ricci, V.:* J. Urol. Nephrol. (1949, *55*, 497. — 3. *Campbell, M., Harrison, J. H.:* Urology. II—III. Philadelphia, London, Toronto, W. B. Saunders Co., 1970. — 4. *Fruhling, L., Blum, E.:* J. d'Urologie. 1951, *57*, 151. — 5. *Hajdú St. J., Koss, L. G.:* Am. J. Obstet. Gynec. 1970, *106*, 314. — 6. *Javert, C. T.:* Cancer. 1949, *2*, 399. — 7. *Kamaev, M. F., Vygorskii, Y. P.:* Urologia. Moszkva 1963, *28*, 56. — 8. *Lenarduzzi, G.:* Radiol. Med. (Torino) 1939, *26*, 346. — 9. *Marshall, V. F.:* J. Urol. (Baltimore) 1943, *50*, 652. — 10. *Maslow, L. A., Learner, A.:* J. Urol. 1950, *64*, 564. — 11. *Maurer, H. J., Maurer, B., Hallvang, R.:* Fortschr. Röntgenstr. 1976, *124*, 362. — 12. *Megyeri L.:* Magy. Seb. 1962, *15*, 187. — 13. *Miles, H. B., Falkoner, K. W.:* J. Urol. 1969, *102*, 291. — 14. *Movers, F.:* Die Endometriose. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1971. — 15. *Puigvert, A.:* Med. Clin. 1963, *41*, 294. — 16. *Smith, G. H., Graham, J. B.:* Am. J. Dis. Child. 1945, *69*, 369.

DEPERSOLON

kenőcs (0,25%-os)

A Depersolon kenőcs localisan alkalmazható, gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatású glycocorticoid hormonkészítmény.
Jó eredmény érhető el az ekzema különféle formáinál – allergénre és localisatióra való tekintet nélkül –, valamint a dermatitis különféle változatai esetén. 1 tubus (10 g) 0,025 g deperolonum hydrochloricumot tartalmaz, lemosható kenőcsalapanyagban.

MEGJEGYZÉS: ✠

„Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető."

Térítési díj: 3,30 Ft.

OH 1202 Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

A kemoterápia fejlődésének megindulása

Aligha ért még természettudóst hasonló elismerés mint *Paul Ehrlich*et, akinek tudományos munkásságát, munkamódszerét *Lenin* állította a *politikai* tevékenység példaképéül. Ezt bizonyítja néhány évvel *Ehrlich* halála után, 1919. június 28-án megjelent *A nagy kezdeményezés* című cikke (*Lenin: Válogatott művei*, Kossuth Könyvkiadó, 1967, 72. old.), melyben a következőket olvashatjuk:

„A lényeg az, hogy az új minden néven nevezendő hajtását támogatnunk kell, s majd az élet kiválasztja közülük a legéletrevalóbbakat. Ha egy tudósnak azért, hogy az embereknek a vérbaj legyőzésében segítsen, elég türelme volt ahhoz, hogy kipróbáljon 605 vegyi készítményt, amíg elő nem állította a 606-ot, azt a készítményt, amely megfelelt bizonyos követelményeknek, akkor azoknak, akik nehezebb feladatot akarnak megoldani, akik a kapitalizmust akarják legyőzni, elég kitartással kell rendelkezniük száz meg száz új harci módszer, eljárás, eszköz kipróbálásához, hogy ilyenformán kidolgozzák azokat, amelyek a legalkalmasabbak".

Lenin tehát a politikai előrehaladás módjára is alkalmasnak ítélte azt a tervszerű, lépésről lépésre haladó kutató és kísérletező munkát, amelylyel *Ehrlich* végül is elérte célját: elméletét a gyakorlatban igazolva *megvetette a kemoterápiás gyógyítás alapjait*, és ezzel a gyógyításban forradalmi változást indított meg.

Ehrlich életútja

Ehrlich 1854. március 14-én a sziléziai Strehlenben született. Középiskoláit Boroszlóban (a mai Wroclawban) végezte. Itt kezdte meg egyetemi tanulmányait is. Már medikus korában is különös figyelmet fordított az akkoriban rohamos fejlődésnek induló német vegyipar termékeire; ezek közül is elsősorban a festékek érdekelték. Orvosi oklevelét 1878-ban Lipcsében szerezte meg. Abban az időben még általános volt az a rendszer, hogy a doktori fokozat orvosoknál is külön disszertáció elkészítéséhez volt kötve (mint pl. a Német Szövetségi Köztársaságban napjainkban is). A fiatal *Ehrlich* témaválasztása az akkoriban sorra felfedezett baktériumok festési eljárásaira esett. Diplomájának megszerzése után klinikai tanársegédként Berlinben működött. Ebben az időben a vér — festési eljáráson alapuló — vizsgálatával foglalkozott; kidolgozott új eljárása elősegítette a vérkép analízisét, a fehérvérűség kimutatását. Máig is használatos a vizeletvizsgálat során alkalmazott diazo-reakciója.

Időközben azonban kutatásai során tbc-vel fertőződött. Másfél évig Egyiptomban gyógyíttatta magát. Hazatérve ugyan főorvosi állást kapott, de a gyógyító munka már nem elégítette ki. Talán saját hosszadalmas betegsége is hozzájárult ahhoz, hogy mást, többet akart elérni a tudomány akkori állásának megfelelő tapogatódzó, várakozó orvosi munkánál. Céltudatos gyógyítást akart megteremteni. Az volt az álma, hogy megtalálja, hogyan lehet a kórokozókat is „bűvös puskagolyókkal" úgy leteríteni, mint a vadászaton a vadakat; olyan fegyverekkel, amelyek mindig holtbiztosan célba találnak. *Dr. Phantasus*nak nevezték kollégái e miatt az akkoriban hihetetlennek látszó álma miatt. *Ehrlich* álmai azonban konkrét megfigyeléseken alapultak. Már medikus korában felfigyelt az idült ólommérgezés kórtanában arra, hogy az egyes szervek ólomtartalma különböző. Sőt, kísérletes úton is létrehozható ez a jelenség, mert a vizsgált szerveket híg ólomoldatban áztatva az ólomtartalom vonatkozásában ugyanaz a különbségi sorrend alakul ki. Ebből levonta azt az általánosító — és akkoriban igen merész — következtetést, hogy a biológiai életműködések specifikus kémiai affinitásokkal függnek össze.

Hogy közelebb kerüljön elképzelései megvalósításához, *Robert Koch* hírneves intézetében vállalt állást. Ekkoriban publikálta a párizsi Pasteur Intézetben dolgozó *Emile Roux* (1853—1933) azt a felfedezést, hogy a diftéria tüneteit a kórokozó által termelt toxin okozza. E felfedezés nyomán Berlinben *Koch* két tanítványa: *Emil von Behring* (1854—1917) és a japán *Kitasato* (1852—1931) már egy évvel később, 1889-ben kimutatta, hogy a tetanusz baktérium ugyanígy toxintermelő. 1890-ben pedig bebizonyították: mesterségesen fertőzött kísérleti állatokban mindkét toxin ellen specifikus ellenanyag (antitoxin) termelhető.

Ehrlich ezzel a kutatási területtel kezdett el részleteiben foglalkozni. A maga precíz módszereivel csakhamar kimutatta, hogy a toxinok antitoxinnal történő semlegesítése mennyiségileg jól meghatározható folyamat. Ezzel vált lehetővé a diftéria gyógyszeres kezelése. 1891 karácsony éjszakáján adták be egy berlini klinikán az első injekciót egy gyermeknek.

A célt sikerült elérni: az állatokból nyert oltóanyag eddig nem tapasztalt hatású fegyvert adott az orvosok kezébe a diftériával szemben. Ennek a sikernek a nyomán lett *Behring* 1901-ben az első Nobel-díjjal kitüntetett orvos.

A siker egyben kiindulópontja lett a további kutatásoknak. A német kormány 1896-ban szérumkutató intézetet létesített a Berlin környéki Steglitzben. Ennek az intézménynek *Ehrlich* lett a vezetője.

Az oldallánc elmélet

Az intézet — profiljának megfelelően — a szervezet védekezőkészségének kutatásával foglal-

kozott. Ennek a jelenségnek a kifejezésére *Ehrlich* használta először az *immunitás* fogalmát. Szemléletes magyarázatául kidolgozta híres, ún. oldallánc elméletét. E szerint az emberi szervezetben a fehérje természetű anyagok olyan vegyületeket alkotnak, amelyek a kórokozókkal szemben ellenanyagként viselkednek, azaz semlegesítik a kórokozók mérgező termékeit, gátolják szaporodásukat, bénítják életműködésüket. Ezek a hatásos vegyületek a szervezetben a fehérjemolekulák felszínéhez kötve helyezkednek el — oldalláncszerűen — és szinte ugrásra készen várják, hogy mikor kell akcióba lépniük. Ha a szervezetet fertőzés éri, az oldalláncok azonnal leválnak a fehérjemolekulákról, sőt ezzel egyidejűleg az utánpótlás biztosítására a fehérjemolekulák újabb oldallánctermelést is elindítanak. Ezek az oldalláncok elárasztják a szervezetet, majd miután elvégezték feladatukat, egy idő múlva eltűnnek a szervezetből. Ha újra fertőzés éri a szervezetet, az oldalláncok még hevesebben reagálnak, szinte úgy, mintha a kórokozókkal vívott harcban már gyakorlatra tettek volna szert. Ugyanez a folyamat zajlik le *Ehrlich* elmélete szerint akkor is, ha nem fertőzés, hanem vakcina oltás éri a szervezetet. Éppen emiatt kell a védettség fenntartása és minél erőteljesebbé tétele érdekében a védőoltásokat a legtöbb kórokozóra vonatkozóan megismételni.

Ehrlich elméletét kortársai nem fogadták el általánosan. Kétségtelen — és azóta bebizonyosodott —, hogy az immunitás biológiai reakciói *Ehrlich* elképzelésénél sokkal bonyolultabbak. Elméletének jelentőségét — ennek ellenére — az határozza meg, hogy az általa felállított — egyszerűsített — modellnek az alapján sikerült *egzakt mennyiségi törvényszerűségekkel* kifejezni az addig megérthetetlen immunológiai folyamatokat. Ennek alapján vált lehetségessé az üzemi méretű antitoxin termelés és ezzel lett gyógyszer a felfedezésből. Az aktív és a passzív immunizálás közti különbség felismerése, az oltóanyagok standardizálása is *Ehrlich* nevéhez fűződik, aki ez irányú eredményeit 1897-ben megjelent könyvében foglalta össze.

Az oltóanyag-kutatás egy időre elvonta *Ehrlich*et kedvenc témájától: a festékektől. Rövidesen bekövetkező állásváltoztatása azonban lehetővé tette számára, hogy ismét hozzáfogjon élete nagy tudományos álmának megvalósításához.

Kemoterápiás kutatások

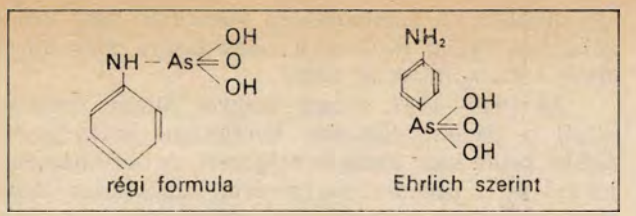
1899-ben Majna-Frankfurtba került, ahol később egyszerre két intézményt is vezetett. Állami vonalon a Kísérleti Terápiai Intézet élére került, néhány évvel később pedig egyidejűleg irányított egy gazdag magánbankház által alapított gyógyszervegyészeti intézményt *(Georg Speyer — Haus für Chemotherapie)*. Ez megfelelt annak az elképzelésnek — amit nyíltan is hangoztatott —, hogy az eredményes kutatáshoz négy G kell (Geld, Geduld, Geschicklichkeit, Glück; azaz pénz, türelem, ügyesség és szerencse). E jól felszerelt kutatóintézet, mely az akkori világ egyik tudományos központjává nőtte ki magát, teret biztosított számára azoknak a régi elképzeléseknek a megvalósításához, amelyekhez az állami intézmény kerete és lehetőségei szűknek bizonyultak. Amint azt már az intézet neve is megjelölte, az akkor már elismert tudós visszatért fiatalkori elképzelése megvalósításához, a „bűvös golyók" megkereséséhez.

Ennek érdekében lankadatlan erergiával *Shiga* japán orvossal együtt hatalmas, újszerű kísérletsorozatba kezdett. *Ehrlich* makacsul ragaszkodott ahhoz a feltételezéshez, hogy léteznie kell olyan vegyi anyagnak, amely az emberi szervezet sejtjeit, szöveteit nem támadja meg, de ugyanakkor az emberre nézve ártalmas kórokozókat megfestve, azokkal olyan kémiai reakciókba is lép, amelynek következtében e kórokozók végül is elpusztulnak. Kvantitatív gondolkodása alapján hitt abban, hogy léteznie kell az egyébként mérgező kémiai vegyületek között olyanoknak, amelyeknek meghatározott mennyiségei már elpusztítják a kórokozókat, de még nem károsítják a gazdaszervezetet.

Más megfogalmazás szerint: léteznie kell olyan anyagnak, amely inkább *parazitotrop* mint *organotrop*. A kísérletek során az állati eredetű kórokozók közül a tripanoszomáknak, e számos trópusi állati és emberi betegség előidézőinek leküzdése került előtérbe. E kórokozókkal egereket fertőztek meg, majd intravénásan alkalmazott különféle szerves festékekkel kezelték őket. Közel 500 anyagot próbált végig a hallgatag, de lankadatlan szorgalommal dolgozó japán orvos, az oly nagyon várt eredmény azonban nem mutatkozott. Ekkor előtérbe lépett *Ehrlich* fiatalkori vonzódása a kémiához. Az eddigi sikertelenségek okát abban látta, hogy az alkalmazott festékek nehezen oldódtak és így nehezen is szívódtak fel. A jobb oldhatóság érdekében a festékekbe egy szulfo-csoport beépítését képzelte el. Az akkor már fejlett német vegyipar rövidesen a gyakorlatban is kivitelezte az elméleti elképzelést. Az új vegyülettel a kísérletek eredményeiben fordulópont következett be. A befecskendezést követően a mikroszkópos vérkép döbbenetes változást mutatott: az addig csak úgy nyüzsgő tripanoszomák az egér véréből csakhamar eltűntek és a fertőzött egér életben maradt. Soksok év óta ez volt az első átütő siker, amely igazolta azt, amiért évtizedek óta küzdött: a kemoterápiás gyógyszerelés minden elképzelést felülmúló hatásosságát.

Az öröm azonban még korai volt. A felhasznált tripánvörös és tripánkék festék még nem volt minden szempontból megfelelő. Abban az esetben ugyanis, ha az először alkalmazott adag nem pusztította el teljes mértékben a kórokozókat, azok a további kezelésnek már ellenálltak — ma ezt úgy mondanánk: rezisztensekké váltak.

Ehrlich e festékek hatását a vegyületbe beépített nitrogénatomnak tulajdonította. Ez vezette a nitrogénhez kémiailag bizonyos rokonságot mutató *arzéntartalmú* szerves vegyületekhez. Az alkalmazott arzénvegyületek között volt egy, amelyet kevésbé mérgező voltáról *atoxil*nak neveztek el. *Ehrlich* felderítette ennek a már régebben is ismert, de addig helytelenül definiált vegyületnek a valódi szerkezeti képletét.



Ma már nincs kétség afelől, hogy a szerkezet helyes megítélésében *Ehrlich*nek volt igaza. E készítmény azonban — neve ellenére — meglehetősen toxikus volt, mert azok az adagok, amelyek elegendőek voltak a paraziták elpusztításához, már a gazdaszervezetet is károsították. *Ehrlich* kitartó munkával a legkülönfélébb szerkezeti változtatások végrehajtásával igyekezett a molekulát használhatóvá tenni.

Nagy előrehaladást jelentett az a felfedezés, hogy az 5 vegyértékű arzént tartalmazó arzénvegyületek csak a kísérleti állatokon *(in vivo)* képesek gyógyszeres hatást létrehozni, míg kémcső-kísérletekben hatástalanok: *in vitro* kizárólag a 3 vegyértékű arzénvegyületek hatásosak. Ebből adódott az a következtetés, hogy a szervezetben az 5 vegyértékű arzén nyilvánvalóan előbb 3-as vegyértékűvé alakul át. Ilyen körülmények között jutottak el 1909 májusában a 606. vegyület előállításához. *Ehrlich* vezető munkatársai ekkor a japán *Hata* és a német *Bertheim* voltak. *Ehrlich* maga a világ legismertebb tudósai közé tartozott, alig egy éve, hogy 1908-ban *Mecsnikov*val együtt megkapta „az immunitás terén végzett munkájuk elismeréséül" a Nobel-díjat.

A 606. kísérlet

Időközben történtek azok a nagy jelentőségű felfedezések, amelyek a szifilisz kórokozójának megismeréséhez vezettek. Egy zoológus, *Fritz Schaudinn* (1871—1906) fedezte fel 1905-ben az oly sokáig hiába keresett kórokozót. Egy másik nagy jelentőségű felfedezés is előkészítette a talajt a kemoterápiás gyógyszerelés első nagy győzelméhez. *August Wassermann* (1866—1925) a róla elnevezett és máig is alkalmazott reakcióval a beteg véréből ki tudta mutatni a betegséget akkor is, amikor az látható tüneteket nem okozott.

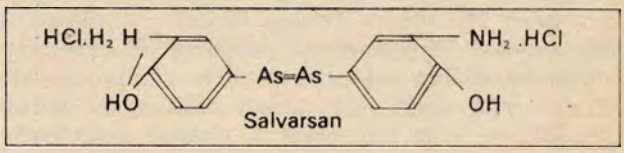
Ehrlich asszisztense, *Hata* jött rá arra, hogy a tyúkok spirillózisa a tripanoszomákhoz hasonlóan vegyszeresen támadható és az ahhoz hasonlóan is viselkedik. Ettől már csak egy lépés volt, hogy a vérbaj kórokozóját, a spirochaeta pallidát is megvizsgálják ugyanebből a szempontból.

1909. augusztus 31-én következett el a nagy kísérlet napja. Az előzetesen megfertőzött kísérleti állat egyetlen 606-os injekciót kapott és másnapra egyetlen kórokozót sem tudtak benne kimutatni.

Ehrlich teljesnek érezte sikerét.

Az új vegyület nem látszott toxikusnak, a szükséges gyógyító adag többszöröse sem okozott mérgezést. Az eddig oly precíz alapossággal előrehaladó tudós most hirtelen türelmetlenné vált, mielőbb embereken akarta kipróbálni „bűvös golyóit". Várakozásának megfelelően az embereken végzett kísérletek káprázatos eredményeket hoztak. Egyetlen befecskendezésre eltűntek a rettegett kórokozók. Akkor még nem tudták, hogy nem örökre.

Az új gyógyszert: az Ehrlich 606-ot salvarzánnak, megváltó arzénnak nevezték el. Kémiailag: 3,3'-diamino-4,4'-dihidroxi-arzenobenzol-dihidrochlorid, rövidített nevén *arsphenamin.*



1910-ben már 65 ezer beteget kezeltek vele. Bár mutatkoztak nem kívánt mellékhatások — sőt halálesetek is előfordultak —, ez nem minden esetben csak az anyag tulajdonságára, hanem a nem kellően óvatos adagolás hibájára is visszavezethető volt.

A készítmény ugyanis levegőn gyorsan bomlott, mert a levegő oxigénjének hatására oxidálódott. Ezért leforrasztott porampullákban hozták forgalomba; ezeket felbontásuk után azonnal fel is kellett használni. Az elkészített vizes oldat savanyú kémhatását a felhasználás előtt kellett nátronlúggal semlegesíteni. Erre azért volt szükség, mert a gyógyszer csak intravénásan volt alkalmazható, viszont a savanyú kémhatás miatt ez az érpályákon belüli kicsapódás veszélyével járt. Ez pedig emboliához, halálos szövődményekhez vezetett.

A mindennapos orvosi gyakorlatban ennek a fokozott körültekintést kívánó eljárásnak a hátrányai csakhamar jelentkeztek. Ezért *Ehrlich* iskolája most már azon dolgozott, hogy könnyebben alkalmazható készítményt állítsanak elő. E kísérletek eredménye a 914. sz. vegyület volt, mely a neosalvarzán nevet kapta. Ez a sárga por is közömbös gázzal töltött ampullákban került forgalomba, de már vízben vagy híg cukoroldatban is könnyen és gyorsan oldódott. Bár a készítményt ugyancsak intravénásan kellett alkalmazni, mert izomszövetbe jutva a salvarzánhoz hasonlóan a sejtek elhalását okozta, mégis, egy fél évszázadon át is használták.

A világhír útján

Az addig legyőzhetetlen évszázados betegség új gyógyszerének alkalmazása szokatlan gyorsasággal terjedt. Angliában *Fleming* (a penicillin későbbi felfedezője) felismerte korszakos jelentőségét és egyike volt azoknak, akik elsőként alkalmazták; erről a The Lancetben cikket is írt. Sőt, ő szerkesztett az intravénás alkalmazás megkönnyítésére a mai infúziós palackokhoz hasonló szereléket is.

Figyelemre méltó, hogy hazánkban is gyorsan tért hódított az új gyógyszer. Erről — leghitelesebb forrásként — a Budapesti Kir. Orvosegyesület *Jubiláris Évkönyve* (1837—1937) című kiadvány 259. oldalán a következőket olvashatjuk: „Számos ülésen keresztül óriási érdeklődés kíséretében foglalkoznak az „Ehrlich-féle szer"-rel (salvarsan) és a vele elért gyógyeredmények magyarázatával. A

november 5-i ülésen legelsőül *Basch Imre* mutat be 3 ilyen szerrel kezelt beteget, miután a Közkórházi Orvostársulat október 19-i ülésén már előzetesen beszámolt idevonatkozólag. Utána *Spatz Elek* előadása következett: „Az Ehrlich—Hata-készítménnyel végzett gyógykísérletek és azok eredményei" címmel. Harmadiknak *Preis Károly* szerepelt: „syphilis gyógyítása az újabb tudományos vívmányok alapján" című előadással. A következő, november 12-i ülésen *Torday Ferenc* „A veleszületett bujakór arsenobenzol kezelésé"-t ismerteti, amelynek elhangzása után minden szempontra kiterjedő vita indul meg, amely csak a november 19-i ülésen nyer befejezést a vitában résztvevők tekintélyes száma miatt".

A siker évei azonban rövidek voltak. 1915. augusztus 20-án *Ehrlich* meghalt.

Jelentősége

Ehrlich és iskolája az egyik első példája a megváltozott viszonyoknak: annak, hogy századunkban már egy-egy kimagasló képességű tudós sem képes egyedül jelentős felfedezésekre, mert a differenciálódott szakterületekről teljes áttekintése senkinek sincs. Az eredményes kutatás mindinkább különféle szakemberek szoros együttműködésének eredményévé vált.

Eredményeivel *Ehrlich* egy új iskola: a kemoterápiás gyógyszerelés megalapítója lett. Ennek a módszernek nemcsak az elmélete, de az elnevezése is tőle származik. *Hatával* együtt írt munkájában a kísérletes kemoterápia alapjait fektette le és ezzel megnyitotta az utat a későbbi nagy felfedezések, a szulfonamidok, sőt az antibiotikumok előtt is.

Kempler Kurt dr.

Went Istvánra emlékezünk

Aradon született 1899. március 30-án. Édesatyja a magyar államvasutak mozdonyvezetője volt, akinek áthelyezéseivel a család lakhelye több ízben változott. Ennek megfelelően középiskolai tanulmányait *Went István* Nagyszebenben kezdte, Aradon folytatta, majd a temesvári kegyesrendi főgimnáziumban fejezte be. Az I. világháború derekán, 1917-ben érettségizett, az iskola padjaiból a császári és királyi 28. sz. vadászzászlóaljhoz vonult be rövid kiképzésre, amit egyéves frontszolgálat követett. 1918 novemberében szerelt le mint tartalékos zászlós.

Közben beiratkozott a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi karára, ahol 1923-ban avatták orvosdoktorrá.

Már negyedéves medikus korában — 1921-ben — felvették a Bakteriológiai és Általános Kórtani Intézetbe, melyet akkor *Preisz Hugó* professzor, a magyar mikrobiológia kiemelkedő egyénisége igazgatott. Külföldi tanulmányútjaitól eltekintve *Went István* több mint egy évtizedig *Preisz* professzor munkatársa volt, akinek irányítása és buzdítása indította el *Went* kísérletes kutatásait. Az immunagglutinatio mechanizmusára vonatkozó első vizsgálatokat *Preisz* professzor bátorítására még mint orvostanhallgató tette közzé.

Az 1926—1927. évben magyar állami ösztöndíjjal a párizsi egyetem kórélettani intézetében *Labbé* professzor mellett dolgozott. A serumfehérjékkel és a lipoid-anyagcserével kapcsolatos élettani és kórtani működéseket vizsgálták.

1927—1929 között a Rockefeller Alapítvány ösztöndíjával az Amerikai Egyesült Államokban a Harvard School of Public Health élettani laboratóriumában *Drinker* professzor mellett keringés- és légzésélettani tanulmányokat folytatott. A vértérfogat meghatározására kidolgozott festékhígításos mikromódszerével, valamint a pulmonalis arteriás nyomás mérésével laboratóriumi kisállatok shocktüneteinek keletkezéséhez és értelmezéséhez világított meg új szempontokat. Kutatási eredményeinek elismeréseként a Harvard Egyetemen „research fellow in physiology" kinevezést nyert.

1930-ban a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem a „Válogatott fejezetek a kórélettan köréből" c. collegiummal magántanárrá képesítette. 1930—1931 között a Rockefeller Alapítvány ösztöndíjával Angliában és Észak-Európában tett tanulmányutat, ennek keretében fél éven át a koppenhágai Carlsberg laboratóriumban *Sörensen* professzorral a fehérjék fiziko-kémiai tulajdonságait vizsgálta.

Viszonylag fiatalon — 33 éves korában — de a leírtak alapján vitathatatlanul széles látókörrel, bőséges tudományos tapasztalat birtokában nevezték ki 1932-ben a Debreceni Tudományegyetem Élettani Intézetének igazgatójává előbb mint egyetemi rendkívüli, majd néhány év múlva mint egyetemi rendes tanárt. 31 éven keresztül vezette az egyetem Élettani Intézetét, az első 16 esztendőben pedig — mint helyettes — irányította az Általános Kórtani Intézetet is.

Példamutató emberi tulajdonságai, kivételes nevelői erényei és páratlanul eredeti kutatási irányai ez idő során a debreceni intézetekben bontakoztak teljes egészükben. Az 1942—1943. tanévben a Debreceni Tudományegyetem Orvostudományi Karának dékánja volt, 1956—1958 között az önállósult Debreceni Orvostudományi Egyetemnek a tudományos kutatásokért felelős prodékáni, majd további 3 éven át prorektori teendőit látta el. A Magyar Tudományos Akadémia 1948-ban választotta levelező tagjává, az átszervezéskor tanácskozó taggá minősítették, majd 1954-ben ismét levelező taggá választották. 1953-ban a Felsőoktatás Kiváló Dolgozója kitüntetést, 1957-ben Kossuth-díjat kapott, 1962-ben pedig Munka érdemrenddel tüntették ki.

A hivatalos elismeréseknél azonban munkatársainak, barátainak és ismerőseinek megbecsülő szeretetét mindig fontosabbnak értékelte. Vonzó emberi tulajdonságai között emellett józan higgadtsága, nagyvonalú, messzetekintő optimizmusa, bölcs humora, veleszületett demokratizmusa nemcsak a saját életében felbukkant nehézségeket tette könnyebben elviselhetővé, de környezetének tagjait is segítette a válsághelyzetek, a megpróbáltatások kiegyensúlyozásában. Feltétlen bizalmát él-

vezte mindenki, amíg arra méltatlanná nem vált, és ez a bizalom hasonló érzést gerjesztett kisugárzója iránt is. A két világháború pusztításait személyesen tapasztalt humanista a béke meggyőződéses védőjévé és a szocializmus aktív építőjévé érlelődött, aki a saját nevelő példamutatásával sok-sok szövetségest szerzett e nemes célkitűzésekhez.

Az orvostanhallgatók oktatását és nevelését a Went-intézetek alapfeladatnak fogták fel, a professzor ösztönzésére megírt „Élettani Gyakorlatok" és „Kórtani Gyakorlatok", ezek a kitűnően használható igényes tartalmú segédkönyvek az elméletileg megalapozott korszerű laboratóriumi tevékenység céljait szolgálták. 1938-ban jelent meg az „Általános Kórtan" c. tankönyvének első kiadása, 1946-ban tette közzé „Élettan" c. tankönyvét. A magas szintű orvosképzés követelménye, a vizsgatapasztalatokra épülő didaktika, a választékosan világos, pontos fogalmazás tette e tankönyveket a hazai szakirodalom kiemelkedő termékeivé, évtizedeken át az élettani és a kórtani oktatás irányjelzőjeként hatottak. Ezekkel a tankönyvekkel a gyakorlatban realizálta többször elmondott, szarkasztikus elvi állásfoglalását, mely szerint „felelőtlenül önhitt az a tanár, aki 5 éves oktatói tapasztalat nélkül vállalkozik tankönyv készítésére; viszont lusta kötelességmulasztó, ha 15 éves tanári tevékenységének tapasztalatait nem rögzíti írásban az egyetemi orvosképzés érdekében."

Az orvostanhallgatók évfolyamaiból kiválogatott kutatójelölteket optimista bizalommal irányította, bátorította és lelkesítette. Hamar kaptak önálló feladatokat, a kutatás során felbukkanó nehézségek elhárításához pedig segítséget is, az eredmények értékeléséhez viszont objektív, kritikus, sokoldalú ellenvetéseivel is számolni kellett. Utóbbiakból gyakran fejlődtek ki termékeny, új kutatási irányok. *Went* professzor tudományszeretető egyéniségének lelkesítő varázsa a fiatal kutatókból álló utánpótlást a legnehezebb körülmények között is biztosította. Saját kutatásainak eredményeinél mindig többre becsülte munkatársainak teljesítményeit, ezekkel büszkélkedett hivatalos értekezleteken és baráti beszélgetések közben; arra volt hiú, hogy milyen hozzáértéssel látta meg a fiatal externistában a kutatásra való képességet, és milyen tervszerűen, céltudatosan segítette elő az ígéret kibontakozását. A tanítványok felé sugárzó bizalom és megbecsülés biztosan szerepelt abban, hogy öt tanszékvezető egyetemi tanár mellett a Went-iskola több neveltje a kísérletes elméleti orvostudomány művelését választotta élethivatásának.

Sokrétű saját kutatásai az élettan és a kísérletes kórtan nagy területeit érintették, az eredményeket mintegy 100 közleményben és 2 monográfiában tette közzé, hazai és nemzetközi kongresszusok előadásaiban ismertette. Minden fórum nagyra értékelte ezekben a közleményekben egyesülten érvényesülő vaslogikát, a fáradhatatlan szorgalmat, az eredeti szemléletet, az új perspektívákat feltáró ambíciót. Így az anaphylaxiás shock ingerelméletével kapcsolatban elsőnek bizonyította be, hogy izolált szervek anaphylaxiájában egyes szervekből (pl. a szívizomból) nem histamin-, hanem cholinszerű mediátorok szabadulnak fel. Az

akkoriban általánosan uralkodó histamin-elmélettel ellentétben álló kísérleteket eleinte szkeptikusan fogadták, de az utánvizsgálók megerősítése után tankönyvi adattá vált.

A thyreoglobulinnak, ill. az adrenalin, a histamin és a novocain mesterségesen előállított fehérjevegyületeinek kísérletes vizsgálatával bebizonyította, hogy ezek a komplexek immunizálás esetén chemospecifikus antigénekként viselkednek — olyan értelemben, hogy a keletkezett ellenanyagok specificitását a fehérjéhez kapcsolódó, biológiailag aktív molekula szabja meg. Elvi jelentőségű, hogy a thyreoglobulin és a histaminnal conjugált fehérje parenteralis adagolására termelődő chemospecifikus antitestek a thyroxin, ill. a histamin élettani hatásait kifejezetten gátolják. A histamin mesterségesen előállított fehérjevegyülete mint antianaphylacticum is alkalmazható, mindazokban az allergiás folyamatokban, melyek pathomechanizmusában a histamin felszabadulásának döntő szerepe van, az Antallerg néven bevezetett histaminazobenzolazoprotein a tüneteket enyhíti, ill. megszünteti.

Élete utolsó szakaszában az ún. kémiai ellenregulációval *Went* professzor az életműködések szabályozásának új elvére mutatott rá, amikor igazolta, hogy a biológiai hatóanyagok, ill. mediátorok (histamin, acetylcholin, adrenalin) ingerére a szövetből ellentétes hatású szabályozó anyagok szabadulnak fel, melyek ellensúlyozzák a végrehajtó sejteket érő kémiai ingerek excessiv hatását. Így pl. adrenalin adására a szervezet histamint liberál, ami korlátozza az adrenalin okozta vérnyomás-emelkedést, és megóvja a szervezetet az extrém keringési szituációtól. Mivel ezt az ellenregu-

lációs kontrollt az ép idegrendszer egyes elemei irányítják, a neurohumoralis ellenreguláció a keringés szabályozásában fontos tényező. Kiesése a denervatiós túlérzékenységet egyszerűen értelmezi.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Élettani Intézetében az igazgató professzor 31 éven át töretlen munkabírással, fáradhatatlan lelkesedéssel és teljes energiával munkálkodott a maga elé tűzött nemes feladatok maradéktalan megoldása érdekében. Élete utolsó napján is — 1963. május 13-án — szokása szerint az állatműtőben dolgozó munkatársaival szándékozott a kísérlet személyes megtekintése közben tárgyalni, de megjegyzéseit, tanácsait már nem mondhatta el...

Ez év március 30-án töltötte volna be 80. életévét. Tanítványainak, barátainak és ismerőseinek — a mai emberi átlagos életkor ismeretében — fájdalmasan nehéz elfogadnunk, hogy immár 16 éve születésnapján csak emlékét idézhetjük magunk elé. Mindössze az ad némi vigasztalást, hogy korai távozása ellenére sem maradt életműve torzó. Kutatásainak eredményei a kísérletes orvostudományt gazdagítják, tanítványai a megkezdett irányokat tovább folytatják. Egyeteme az experimentális orvostudomány — különös tekintettel az élettan és kórélettan területére — művelésében és oktatásában elért kimagasló eredményeket „Went István Emlékéremmel és jutalomdíjjal" tünteti ki.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem, a magyar orvosképzés, az élettan és a kórélettan hazai és nemzetközi műhelyei tisztelettel emlékeznek *Went István* professzorra és életművére.

Kesztyűs Lóránd dr.

Anton von Tröltsch
(1829—1890)

Tröltsch würzburgi professzor a nagy egyéniségekben bővelkedő 19. század kiemelkedő orvosai közé tartozott, és a modern otiatria egyik megteremtőjeként emlékezünk rá születésének 150. évfordulója alkalmából. Halála munkásságban tartalmas élet végére tett pontot.

Könnyebb érthetőség céljából röviden ismertetnünk kell az otiatria történetét. Mint típusosan foraminológiai szakma, a megvilágítás szempontjából két fejezetet különböztetünk meg történetében. Természetesen egy pillanatra sem szabad szem elől tévesztenünk, hogy az otiatria történetét mindig az egyetemes medicina fejlődésébe beépítve kell felfognunk.

Az otiatria *első fejezete* alatt azt a korszakot értjük, amely a beeső fényben történő vizsgálatok, ill. beavatkozások idejét. illeti. Már az ókorban történtek vizsgálatok, manipulációk beeső fény mellett. A pompeji sebészház műszerei között találtak paracentézis lándzsát, csipeszeket, kanalakat, horgokat, szondákat, amelyek mind az akkor gyakorolt fülészetre utalnak. Ismeretes, hogy a római orvosok — mint a görög orvosok utódai — igen specializáltak voltak; így akadtak otológusok is, méghozzá nem is a legrosszabb hírnévvel.

Ilyen előzmények után szinte bámulatos, hogy a középkor medicinája mindezekről nem akart tudomást venni, és a középkor folyamán végig „sötétségben" maradt a hallójárat ill. a dobhártya és a dobüreg.

Ez a helyzet egészen a 19. század közepéig tartott, amikor *Czermák* a gégetükör feltalálásával lehetővé tette az otoszkópiának bevetített fény által történő kivitelezését. Ekkor lépett az otiatria a második, a *modern korszakába*, melynek haszonélvezői napjaink is. Természetesen a modern otiatria története sem egységes, ezen belül is meg kell különböztetnünk rövidebb periódusokat mint pl. az 50-es években elinduló hallásjavító műtétek időszakát.

Az első otiatriai korszak végén három angol orvos tűnt fel e téren: *J. Toynbee, W. Wilde* és *J. Hinton*. Mind a három jeles fülorvos megegyezett abban, hogy sebészi képzettséggel rendelkeztek, hiszen a fülészet főleg a sebészetből fejlődött ki, szemben a gégészettel, amely a belgyógyászatnak volt sokáig mostohagyermeke. Megegyeztek továbbá abban is, hogy bár mind a hárman az otológia lelkes harcosai voltak, de otológiai tevékenységük munkásságuknak csak egy részét töltötte ki: *Toynbee* kiváló filantrop, természetbúvár és társadalmi reformátor volt; *Wilde* a szépművészetek barátja, szépirodalmár. Megjegyezzük, hogy *Oscar Wilde* az ő fia volt, *Hinton* pedig több filozófiai és metafizikai írás szerzőjeként jeleskedett. Így tehát mind a hárman polihisztorok voltak, mint a nagy emberek legtöbbje. Polihisztor volt a szóban forgó *Tröltsch* is, de ilyen típusú egyéniség volt a magyar *Krepuska Géza* is, akit mesteremként ismerhettem és tisztelhettem. Ilyen orvosok bábáskodtak a modern fülészet megszületése körül, és utána is.

Tröltsch professzor 1829-ban Schwabach városában született Bajorországban. 18 éves korában az erlangeni egyetemen jogot tanult, majd Münchenbe ment, hogy ott természettudományokkal foglalkozzék. De ez sem elégítette ki a tudnivágyó fiatalembert, ezért Würzburgban 1838-ban elvégezte az orvosi egyetemet, majd Berlinben és Prágában szemészettel foglalkozott. Ez utóbbi akkoriban is az otiatria határterületeként szerepelt, és nem egy szemorvos foglalkozott fülészettel. Azután Angliába utazott, hogy *Toynbee* és *Wilde* híres fülorvosoktól elsajátítsa a fülészetet. Erre talán fülbaja is késztette (idült dobűri hurut), melynek következtében hallása fokozatosan romlott. 1857-ben Würzburgba tért vissza, ahol önálló fülészeti észlelésekbe és búvárkodásokba kezdett. 1859-ben kurzusokat tartott fülbántalmakról; a következő évben a fülészet magántanárává habilitálták, 1864-ben pedig rendkívüli tanárrá léptették elő. 1875-ben egyhangúlag nyilvános rendes egyetemi tanárrá nevezték ki, de ő egészségi állapotára való tekintettel elhárította magától a katedrát és megelégedett a poliklinikán rendkívüli tanársággal. Ebben a pozícióban megélhetését és munkásságát biztosítottnak látta. Itt azonban kezdeti nehézségekkel találta szemben magát, mert kevés betege lévén, sem fülészeti klinikával, sem magánpraxissal nem

tudott kellőképpen foglalkozni, ezért a hallószerv bonctanának tanulmányozására szentelte idejét. Az ő nevéhez fűződik a dobűri nyálkahártyák által képzett Tröltsch-féle tasak leírása, mely búvóhelyül bizonyult a lappangó középfülgyulladások számára.

A direkt fültükrözés céljából *Wilde* egy kürtőcskét szerkesztett, melynek hasadékán át a fényt direkt a hallójáratba és a dobhártyába vetítette. Később már a homloktükörhöz hasonló, középen nyílással ellátott tükör segítségével vetítette be a fényt. Az első fültükrök a mai orrtükörhöz voltak hasonlók, vagyis a két csőrszerű részt bevezetve a hallójáratba, s azokat a szárak összenyomásával távolítva a hallójáratot tágítani lehetett. A *Tröltsch* által szerkesztett fültölcsér már a ma használatos fültölcsérnek egyik típusa volt.

Tröltsch első könyvét „Die Anatomie des Ohres und ihre Anwendung auf die Praxis, usw." francia és orosz nyelvre is lefordította. 1862-ben tankönyvet írt a fülbántalmakról, mely 7 kiadást is megért. A könyv modern beosztásban és fejezetekben tárgyalja az egész fülészeti anyagot. Ebben a terjedelmes munkájában akadémikus előadásokként írta meg saját búvárkodásainak és tapasztalatainak eredményeit, megbírálva az előtte ismert nézeteket. Könyve a mai fülorvos számára is izgalmas olvasmány, különösen a könyv előszava és bevezetője. Ezekben a szerző rámutat a fülbetegségek szociális viszonylataira, sokkal gyakoribb voltára, mint ahogy addig a köztudatban szerepelt. Behatóan foglalkozott a járványos betegségekben jelentkező komplikációkkal, a fülbetegségeknek az egyén testi és szellemi fejlődésére való kihatásával és nemegyszer az életet veszélyeztető szövődményekkel (szepszis, agytályog, meningitis stb.). Elpanaszolja, hogy Németországban nincs lehetőség arra, hogy a gyakorló orvosok elsajátítsák a praxisukhoz szükséges fülészeti ismereteket és a szakma nincs egyetemi szinten képviselve. Erősen kifogásolja, hogy a nagyothalló embereket kigúnyolják, sőt a fülészettel foglalkozó orvosok is gúny tárgyát képezik. Itt kell megjegyeznünk, hogy *Böke Gyula* fülorvos ebben az időben a Rókus kórházban ágytól ágyig járó fülész, majd magántanár volt, és 1867-ben a világon az első fülészeti tanszék vezetője lett.

Tröltsch professzor *Gerhard* gyermekgyógyász professzor gyűjtő munkájában megírta a gyermekkori fülbetegségekkel foglalkozó fejezetet. 1864-ben létesült „Archiv für Ohrenheilkunde" mint a fülorvosok első szaklapjának szerkesztője alkalma nyílt irodalmi munkásságának folytatására. Ő írta ebben a nekrológot a nagy angol fülorvosról, *Toynbee*ről 1865-ben.

Toynbee és *Tröltsch* klinikai és makroszkópos megfigyelések alapján írták le azt a különleges fülbetegséget, melyet *Tröltsch* otoszklerózisnak nevezett el. A betegségnél negatív otoszkópiai lelet mellett a beteg megsüketült. *Politzer* volt az, aki szövettani vizsgálatokkal rámutatott a betegség lényegére: a labyrinth csontos falán végbemenő elsődleges csontbántalomra, amelynek kimenetele stapes anchylosis.

Mindezek után azt hiszem, mai szóhasználattal élve *Tröltsch*öt jogos a fülészet legnagyobb propagandistájának nevezni. Nemcsak fáradhatatlanul küzdött a fülészet elismeréséért, hanem anatómiai kutatásaiban újat is adott, és irodalmi tevékenységén kívül nagy gyakorlati munkával is szolgálta szakmáját. Nekünk magyar fülorvosoknak ez évforduló alkalmával az a megtisztelő feladat jutott, hogy megemlékezzünk e nagy orvosról, miként azt halála idején *Szenes Zsigmond* magyar fülorvos tette ugyancsak az Orvosi Hetilap hasábjain.

Alföldy Jenő dr.

Adatok Dr. Mangold Henrik életrajzához

Az Orvosi Hetilap február 25-i, 8. számában (120. évf., 473. old.) *Szállási Árpád dr.* tartalmas ismertetést közölt Mangold Henrik dr.-ról, akinek valóban nagy érdemei voltak a füredi savanyúvizes kúrák elterjedésében, hírverésében. Bár a Gyógyászat nekrológja már 1912-ben közölte, helyes volna, ha nevét Oesterreicher dr. füredi tábláján megörökítenék, *„máig várat magára"* az elismerése. A cikkíró ezen megállapítása javításra szorul.

Képes levelezőlapok tömege bizonyítja, hogy Mangold dr.-nak már a halála után egy évvel emléket állítottak. Tisztelői összegyűjtöttek annyi pénzt, hogy egy bronz mellszobrot készíttettek, amelynek betonalapja most is látható a Tagoresétány szélén. Ezt a mellszobrot 1944. őszén, a Bácskából idemenekült nyilasok, akiknek lelkiismeretét sok helyi kivégzés, vérengzés terheli, ledöntötték, a szobrot összetörték és valószínűleg elküldték beönteni. Hiába kerestettem ugyanis a felszabadulás után a fürdőtelepen mindenütt, nem találtuk meg.

Szomorú sors jutott Oesterreicher táblájának is, mert azt is összetörték. Még egy darabka sem maradt belőle. Ami ma ott látható az állami kórház falán, azt 1954-ben a Veszprém megyei Idegenforgalmi Hivatal csináltatta. Miután megtudtam, hogy a fényképe megvan a Zsidó Múzeumban, onnan kértem egy másolatot és egy veszprémi kőfaragó ugyanabban a nagyságban, azonos betűkkel készítette el, mint amilyen az eredeti volt.

Mangold dr. szobrának talapzata azonban megmaradt. Ott hevert a bokrok között, azt nem törték össze. Mi legyen vele? Új szobrot nem tudott akkor a hivatal öntetni, viszont közeledett *Eötvös Károly*nak, a kiváló balatoni írónak egy évfordulója. Megtudtam, hogy a budapesti Zsidó Múzeumban van egy szép márvány mellszobra, amelyet a tiszaeszlári per után — ahol ő volt a védőügyvéd — a budapesti izr. hitközség készíttetett *Gerenday Antal* szobrászművésszel. Az akkori antiszemita városvezetőség nem adott engedélyt a mellszobor felállítására, az a múzeumba került. Egy gipszmásolat ellenében az Idegenforgalmi Hivatal megkapta a mellszobrot és azt felállította a Gyógy-téren, a Mangoldszobor-talapzat felhasználásával.

Itt említem meg közbevetőleg, hogy a füredi orvosok emlékének megörökítése nem minden esetben járt szerencsével. *Huray István dr.*-nak, Jókai sógorának, *Mangold dr.* vetélytársának — akiből a hivatalos fürdőorvos lett — halála után mellszobrot akartak készíteni. Az összegyűjtött pénzből *Csikász Imre* szobrász kapott már 5000 Koronát — akkor nagy összeget —, de tüdőbajban elhunyt. A szobor kis mintáját elkészítette, alapnak a Kisfaludy Színház egyik oszlopát akarta felhasználni. Ez rossz lett volna!

A kiváló művész korai halálával és a felvett előlegekkel úgy látszott, megáll a szobor ügye. Tisztelői azonban újból összegyűjtötték a szükséges összeget. 1916-ban (Huray halála után öt évvel) megbízták *Rajki István* szobrászművészt, aki szintén nagy előleget vett fel. A Balaton c. lap (1941. 8. sz. 32. old.) szerint a „szobrász meglógott a pénzzel", emlékmű ismét nem lett. Harmadszor is összegyűjtötték a pénzt, az meg a háború végével elvesztette értékét. Tihanyban van *Huray dr.* családi kriptája, de még ennek a falán levő márványtáblán sem olvasható az ő és a felesége neve.

Mangold dr. nevét nem szabad rávésni Oestereicher táblájára, mert ezzel elrontanánk azt! *Az úgy jó, ahogyan van.* Melléje, másik két ablak közé el tudnék képzelni egy egyszerű márványtáblát, különösen, ha áll az, amit a Vasárnapi Újság 1905. évi 33. számában olvastam *Mangold dr.* jubileumáról. Csak egy sort idézek: *„Az országszerte ismert jeles orvos 1848-ban mint honvédhadnagy küzdött a hazáért, az ötvenes években mint koleraorvos működött Kecskeméten és Szarvason."* Új adat, hogy igaz-e, nem tudom megállapítani. Ha igen, most a szabadságharc 130. évfordulóján ő is megérdemelne egy emléktáblát, amint rövidesen felkerül a kórház falára *Böszörményi Ernő dr.* prof. főig. főorvos buzgólkodása révén *Orzovenszky Károly dr.*-nak, Huray dr. elődjének az emléktáblája. Ő bizonyítottan honvédorvos volt, *Than Mór* Görgeyt és vezérkarát ábrázoló rajzán is látható. A szabadságharc után az Újépületben raboskodott *Balassa Jánossal* egy időben, ugyanakkor van ott, amidőn *Batthyány Lajos* miniszterelnök. Kiszabadulása után lett — éppen *Balassa János* ajánlatára — füredi fürdőorvos, majd mint intézeti főorvos működött haláláig. Valóban szép volna, ha két szabadságharcos orvos emléktáblája díszítené a kórház falát. Egyik meglesz, de hogy *Mangold dr.* emléktábláját ki készíti el, nem tudom. Úgy vélem, hogy a helyi Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének igen szép feladata lenne ennek a táblának a létrehozása, hiszen nem kerülne sokba.

Zákonyi Ferenc dr.

A TMB hírei

A Tudományos Minősítő Bizottság disszertációjuk alapján

Áhi Olgát („A hypophysis és mellékvesekéreghormonok szerepe a glaucoma pathomechanizmusában") az orvostudományok;

Bellyei Árpádot („A veleszületett dongaláb, az idiopathiás adolescens scoliosis és a veleszületett csípőficam kóreredete") az orvostudományok;

Bruzsa Mihályt („Az autóbuszvezetők tevékenységének és funkcionális állapotának vizsgálata") a pszichológiai tudományok;

Dóra Erzsébet („Az agy károsodásának mechanizmusa különböző hypoxiás állapotokban és véreztetéses shockban") az orvostudományok;

Durst Jánost („A listeriosis járványtana Magyarországon") az orvostudományok;

Fraknói Pétert („Kiterjedt roncsolással járó végtagsérülések korszerű sebészi ellátása") az orvostudományok;

Gács Gábort („A vér glukóz és inzulin szintje gyermekkorban normális és pathológiás körülmények között") az orvostudományok;

Hamar Jánost („A vékonybél vérellátása és anyagcseréje vérkeringési shockban és hypoxiában") az orvostudományok;

Horváth Imrét („A perinatalis élet physiologiájában elért legújabb eredmények adaptálása a kórházi gyakorlatban") az orvostudományok;

Husz Sándort („A szérumfehérje-eltérések és a B-sejt szubpopulációk megoszlásának jelentősége a bőrgyógyászati kórismézésben") az orvostudományok;

Konyár Évát („Mucopolysaccharidosisok, mucolipidosisok, sphingolipidosisok fény-elektronmikroszkópos morphológiája és histochemiája") az orvostudományok;

Kubászova Tamarát („Ionizáló sugárzás hatása a Golgi-komplex funkciójára") az orvostudományok;

Láng Istvánt („Az antitest dependens cellularis cytotoxicitás (ADCC) és klinikai vonatkozásai") az orvostudományok;

Loós Tibort („BCG-oltott gyermekek és serdülők tbc-s fertőződésének kockázata a jelen — egyre javuló — epidemiológiai helyzetben") az orvostudományok;

Madácsy Lászlót („A cukorbetegség korai, labilis szakaszában levő gyermekek veseműködése, különös tekintettel a farmakokinetikai összefüggésekre") az orvostudományok;

Pintér Lászlót („A tényleges szemnyomás és a corneoscleralis szemburok rigiditásának összehasonlító tonometriás vizsgálata") az orvostudományok;

Rubecz Istvánt („Kis súlyú újszülöttek orális és intravénás táplálásának energia- és tápanyagforgalmi hatásai") az orvostudományok;

Schlammadinger Józsefet („Az Escherichia coli lac. operonja expressziójának differenciális gátlása a promotor génre ható anyagokkal") a biológiai tudományok;

Smid Istvánt („Intrauterin synechiák [Asherman-syndroma]") az orvostudományok;

Szelényi Zoltánt („Az agyszövet szerepe a thermoregulációs hőtermelésben") az orvostudományok;

Szendei Ádámot („Egészség és tömegkommunikáció") az orvostudományok;

Szűcs Jánost („Calcitonin és az uraemiás csontdystrophia") az orvostudományok;

Vastag Endrét („A légúti obstructio mechanizmusa és funkcionális diagnosztikája") az orvostudományok kandidátusává nyilvánította.

Halottaink

Korpits Júlia dr. (szül. 1896) főv. IX. ker. nyugdíjas iskolaorvos 1978. szeptember 19-én;

Kovács Kálmán dr. (szül. 1950) Orsz. Onkol. Int. orvos 1978. december 22-én;

Kramolin Gyula dr. (szül. 1895) Főv. Péterfy S. u. Kórh. nyugdíjas főorvos 1978. október 11-én;

Lázár Károly dr. (szül. 1904) Pest megyei területi nyugdíjas szül. főorv. 1978. november 24-én;

May Jakab dr. (szül. 1912) főv. VII. ker. körzeti orvos 1978. szeptember 15-én;

Malák György dr. (szül. 1913) Orsz. Onkol. Int. szaktanácsadó 1979. január 3-án;

Mandl Sándor dr. (szül. 1899) Főv. V. ker. Rendelőintézeti nyugdíjas fogszakorvos 1978. október 13-án;

Márton Kálmán dr. (szül. 1921) OBNI tud. főmts. 1978. október 24-én;

Mikuska Tibor dr. (szül. 1940) pásztói kórházi adj. 1978. november 4-én;

Miskolczy Dezső dr. (szül. 1894) nyugdíjas ideggyógyász egy. tanár 1978. december 31-én;

Mózer János dr. (szül. 1940) Főv. X. ker. Rendelőintézeti orvos 1978. szeptember 4-én;

Nagy Mihály dr. (szül. 1908) Főv. Péterfy S. utcai Kórh. nőgyógy. szakorvos 1978. december 28-án;

Nagy Sára dr. (szül. 1896) Főv. Péterfy S. utcai Kórház nyugdíjas labor főorvos 1979. I. 3-án;

Pandúr Ilona dr. (szül. 1922) garai Gyermekotthon nyugdíjas ig. főorvosa 1978. szeptember 10-én;

Péter László dr. (szül. 1902) bácsbokodi nyugdíjas körzeti orvos 1978. november 28-án;

Péteri Lajos dr. (szül. 1937) Főv. XIII. ker. KÖJÁL-orvos 1978. szeptember 13-án;

Poros Zoltán dr. (szül. 1938) Főv. MÁV Kórh. seb. adjunktus 1978. november 9-én;

Papp Lajos dr. (szül. 1942) Dunakeszi körzeti orvos 1978. október 10-én;

Ruzicska Andor dr. (szül. 1900) Főv. II. ker. Ideggondozó nyugdíjas főorvos 1978. november 11-én;

Schein Róbert dr. (szül. 1946) Tatai Kórh. seb. orvos 1978. november 1-én;

Somló Ernő dr. (szül. 1899) OTKI EKG nyugdíjas egy. docens 1979. január 9-én;

Somogyi Aladár dr. (szül. 1902) Főv. V. ker. nyugdíjas körzeti orvos 1979. január 23-án;

Strenger József dr. (szül. 1902) pécsi nyugdíjas körzeti orvos 1978. október 29-én;

Surtya Károly dr. (szül. 1917) Főv. XX. ker. Rendelőintézeti felülv. főorvos 1978. szeptember 30-án;

Szabó Gyula dr. (szül. 1901) szentesi nyugdíjas körzeti főorvos 1978. november 16-án;

Szirmai Nóra dr. (szül. 1896) Főv. VIII. ker. Rendelőintézeti nyugdíjas belgy. szakorvos 1979. január 12-én;

Takács Sándor dr. (szül. 1902) Főv. Apáthy Kórh. nyugdíjas gyermekgy. főorvos 1978. szeptember 18-án;

Tánczos Eszter dr. (szül. 1921) szolnoki körzeti orvos 1978. november 7-én;

Tompa Kálmán dr. (szül. 1898) Főv. XII. ker. nyugdíjas orvos 1978. szeptemberben;

Varga Endre dr. (szül. 1915) cseméi körzeti főorvos 1978. november 2-án;

Veres János dr. (szül. 1903) Főv. XII. ker. nyugdíjas felülvizsgáló főorvos 1979. január 29-én elhunyt.

Emlékezzünk kegyelettel rájuk, hivatásukat hűségesen és becsülettel teljesítő kollégáinkra!

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(207/c)

Újkígyós nagyközségi Közös Tanács elnöke (Újkígyós, Kossuth u. 41. 5661) pályázatot hirdet **körzeti orvosi** állásra Szabadkígyós községben.

Bérezés a 3/1977. EüM—MüM sz. együttes utasítás szerint.

Az álláshoz 3 szobás komfortos szolgálati lakás biztosítva.

Az állás azonnal betölthető.

Bálint Istvánné dr.
szakig. szerv. vezető

(215/b)

Ózd városi Tanács Kórház—Rendelőintézet Egység igazgató főorvosa (Ózd, I., Béke út 1.) pályázatot hirdet: egy fő központi laboratóriumban megüresedett **orvosi** állásra.

Illetmény és besorolás a 3/1977. EüM—MüM sz. együttes utasításnak megfelelően a szolgálati idő és esetleges szakképesítés figyelembevételével.

Lakás megbeszélés szerint.

Az állás azonnal elfoglalható.

Gavallér István dr.
kórház—rendelőintézeti egység
h. igazgató főorvosa

(233/a)

Dunakesz városi Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet igazgatója meghirdeti az üres **6 órás gégészeti** állást.

Budapestről is ellátható.

Illetmény a 3/1977. EüM—MüM sz. rendelet szerint.

Tölgyesi Ferenc dr.
igazgató főorvos

(236)

Dunaújvárosi Tanács Kórház igazgató főorvosa (Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4—6.) pályázatot hirdet a Bőr- és Nemibeteggondozó Intézetben **1 fő szakorvosi** állásra.

Az illető vezető helyettesi beosztásban fog dolgozni.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Mellékállás lehetséges.

Illetmény kulcsszámnak megfelelően.

Csák Endre dr.
kórház—rendelőintézet
igazgató főorvos

(237)

A Szolnoki városi Tanács Egyesített Egészségügyi Intézmény igazgató főorvosa (Szolnok, Liget u. 4. 5000) pályázatot hirdet:

egy **körzeti gyermekorvosi** állásra, besorolás kulcsszám szerint,

— egy **felnőtt körzeti orvosi** állásra, besorolás kulcsszám szerint,

— egy **szülész-nőgyógyász szakorvosi** állásra az intézmény központi terhesgondozójába, besorolás kulcsszám szerint, megfelelő feltételek esetén csoportvezetői kulcsszámra történik a besorolás.

A körzeti orvosnak a tanács OTP lakást, a körzeti gyermekorvosnak kertes házban szolgálati lakást biztosít. Orvosházaspár előnyben részesül.

Ábrahám László dr.
igazgató főorvos

(238)

Szarvas városi Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény igazgatója (Szarvas, Szabadság u. 11.) pályázatot hirdet **csoportvezető belgyógyász felülvizsgáló főorvosi** állásra.

Bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EüM—MüM sz. együtes rendelet alapján.

Közegészségügyi érdeklődésű házastárs részére is biztosított az állás.

Gyermekgyógyász házastárs esetén 3 szobás, kertes központi fűtéses lakás áll rendelkezésre, egyébként lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Sebestyén István dr.
igazgató főorvos

(239)

A Zalaszentgróti Szülőtotthon (Zalaszentgrót, Dózsa György u. 8.) vezető főorvosa pályázatot hirdet a szülőotthonban megüresedett egy fő **szülésznői** állásra.

Az állás azonnal elfoglalható. Bérezés a szolgálati időnek megfelelően kulcsszám szerint.

Lakás megoldható.

Pályázati kérelmeket Szülőotthon, Zalaszentgrót címre kérem küldeni.

Ádám József dr.
vezető főorvos

(240)

Budapest XIII., Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézményének Budapest XIII., Róbert Károly krt. 82—84. 1134 főigazgató főorvosa pályázatot hirdet. Áthelyezés folytán, a III. Szülészeti osztályon megüresedett **szülész-nőgyógyász szakorvosi** állásra.

A szabályszerűen felszerelt pályázatokat a XIII., Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézménye főigazgató főorvosához kell beküldeni.

Illetmény kulcsszám szerint.

Selmec Imre dr.
főigazgató főorvos

(241)

A MÁV Kórház- és Központi Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Budapest, Rudas L. u. 111. 1062) pályázatot hirdet 1 fő **szemész szakorvosi** állás betöltésére, mely azonnal elfoglalható.

Bérezés a 3/1977. EüM—MüM sz. együttes utasítás alapján.

Pályázó és családtagjai részére MÁV arcképes igazolványt biztosítunk.

Vajda György dr.
főigazgató főorvos
c. egy. docens

(242)

Miskolc megyei városi Tanácsa V. B. Semmelweis Kórház—Rendelőintézet (Miskolc, Csabai kapu 9. 3501) igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

1 fő fertőző szakorvosi,
3 fő felnőtt körzeti orvosi állásra.

A fertőző szakorvosi állásra szakképesítés nélküliek is pályázhatnak.

Az állások azonnal betölthetők.

Besorolás a 3/1977. EüM—MüM sz. együttes utasítás szerint, szolgálati időtől függően.

Szükség esetén az orvosszálláson elhelyezést biztosítunk.

Orvosházaspárok jelentkezése esetén orvos-garzonban való elhelyezés lehetséges.

Körzeti orvosoknál év végén 6000—10 000,— Ft-ig terjedő jutalom lehetséges.

Jánváry Anna dr.
kórházigazgató főorvos

RUBOMYCIN *injekció*

Antineoplasicum

ÖSSZETÉTEL: Ampullánként 20 mg liofilizált rubomycinum hydrochloricumot tartalmaz.

JAVALLATOK: A Rubomycin alkalmazása javasolt chorioepithelioma, akut leukaemia, reticulosarcoma esetén.
A készítmény egyéb cytostaticumokkal (cyclophosphan, 6-merkaptopurin, methotrexat) valamint sugárkezeléssel is kombinálható.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS:

A KÉSZÍTMÉNY INTRAVÉNÁSAN ALKALMAZANDÓ.

GYERMEKEKNEK: Első ciklus: naponta 1 mg/ts-kg, öt napon keresztül. Ezután 7—10 nap szünetet tartunk. Amennyiben a vérképben nem mutatkozik változás, megkezdjük a második ciklust. Második ciklus: A készítmény az előbbi dózisban, 10 napon keresztül másodnaponként adagolandó. Amennyiben a beteg a gyógyszert jól tűri, a dózis felemelhető 1,5 mg/ts-kg adagra. A ciklus befejezése után 2—3 hét szünet következik.
Kedvező hatás és mellékhatás-mentesség esetén, a második ciklus adagolásával és adagolási szüneteivel analóg 3., 4. és 5. ciklus következhet.

FELNŐTTEKNEK: Öt napon keresztül naponta 0,8 mg/ts-kg dózisban adjuk, azután 7—10 nap szünet következik.
A dózis — a beteg toleranciájától függően — 1,0 mg/ts-kg értékig növelhető.
Pozitív eredmény és mellékhatás-mentesség esetén a kezelés a fenti dózisokkal és adagolási szünetekkel folytatható.

A RUBOMYCIN ÖSSZMENNYISÉGE A 25 MG/TS-KG ÉRTÉKET NEM HALADHATJA MEG!
A kezelést szigorú haematológiai kontroll mellett kell végezni. Akut leukaemiás betegnél kéthetenként, vagy szükség esetén gyakrabban kell csontvelővizsgálatot végezni.

ELLENJAVALLAT: Végső stádiumban levő megbetegedések, erősen leromlott beteg, leukocytopenia (már 3500-nál kevesebb leukocyta/mm³), thrombocytopenia (már 150 000-nél kevesebb thrombocyta/mm³).
Szervi károsodások, terhesség.
Korábbi cytostatikus kezelés következtében létrejött leuko-, illetve thrombocytopenia esetén a Rubomycinnel való kezelést csak a normális vérkép visszaállása után két héttel lehet megkezdeni.

MELLÉKHATÁS: A készítmény jellegzetes mellékhatása a vérképzés gátlása. Gyakran kifejezett leukocytopenia jelentkezik, a thrombocytopenia ritkább. Leukaemia esetén az antibiotikum első adagja után a perifériás vérképben a leukocytaszám gyorsan csökken, annál nagyobb mértékben, minél magasabb volt a kiindulási leukocytaszám.
A thrombocyták számának csökkenése lassúbb. A leuko- és thrombocyták száma a kezelés befejezése után általában 8—10 napig még csökken.
A Rubomycin adagolás megkezdése után a betegek egy részénél émelygés, hányás, fejfájás jelentkezik, különösen túladagolás esetén.

RENDELHETŐSÉG: Csak fekvőbeteg-gyógyintézetek részére kerül forgalomba.

CSOMAGOLÁS: 1 amp. (0,020 g) **TÉRÍTÉSI DÍJ:** 31,40 Ft.

Forgalomba hozza: *GYÓGYÉRT*

Információ: *MEDEXPORT Tudományos Ismertető Iroda*

Budapest, Balassi Bálint u. 25. 1055
Tel.: 122-867, 316-531

Exportálja: *V/O MEDEXPORT, Moszkva*

Traumatologia

Ujjak és végtagrészek replantatiója. Technika és eredmények. E. Biemer: Chirurg 1977, *48*, 353—359.

A sebészek régi törekvése a csonkolt végtagok, vagy végtagrészek replantatiója. A replantatio nagyobb mérvű és főleg eredményekben is megmutatkozó elterjedését csak a mikroszkópos érsebészet tette lehetővé.

A közleményből megismerjük a mintegy 15 évre visszatekintő és a mikroszkópos sebészeti technikára alapuló replantatio múltját, kezdve a kínai sebészek vonatkozó publikációjától a szerző munkáját tükröző eredményekig. A téma eddigi történetének időrendi felsorolása megkönnyíti tájékozódásunkat.

A bevezető ismerteti a replantatiós sebészethez elengedhetetlen *egységes definiciót s a replantatiók beosztását.* „Nagy replantatio": a csukló-, illetve az ugróízülettől proximalisan csonkolt végtag replantatiója. „Kis-replantatio" az említett határvonaltól distalisan eső csonkolások és ezek replantatiója.

A replantatiót mindkét csoportban 3 szempontból kell megítélni: 1. replantatio-képesség (a beteg állapota, az ischaemia ideje, a csonkolt rész állapota); 2. a replantatio indicatiója; 3. technikai kérdések.

A *műtéti indicatio* kérdése napjaink nagyon is élénken vitatott témája. A szerző állást foglal e fontos kérdésben. A napi gyakorlatban gyakrabban találkozunk a „kis-replantatio" körébe tartozó sérülésekkel. Részletesen ismerteti azokat az objektív és szubjektív tényezőket, amelyek az indicatiót befolyásolják. Így elemzi a beteg állapotát, a replantatio kockázatát, az elérhető eredményt, a szervezési problémákat, anyagi szempontokat, végül a legtöbbet mondó statisztikai adatokat. A „nagyreplantatio" körébe tartozó végtag amputatiókról egyértelműen kijelenti, hogy itt mindig indikált a replantatio, de annak keresztülvitelét döntően befolyásolja a beteg általános állapota, a csonkolt rész ischaemiás károsodása stb. Abszolút contraindicatiót a beteg vitalis functióinak a veszélyeztetettsége jelent.

Mindkét csoportra vonatkozóan megismerjük a prae-, intra-, és postoperatív kezelés lépcsőfokait, a sebészi kezelés menetét, végül mindkét csoportra vonakozóan ismerteti a szerző az elért eredményeket. A táblázatokon összehasonlító adatokat találunk más szerzők elért eredményeiből.

A szerző egy év alatt 184 replantatiót végzett. A replantált rész megmaradási aránya 87%. Összehasonlítva más szerzők eredményeivel, ez igen jónak mondható.

(Ref.: Egy közlemény kis terjedelmű, szűkszavú ismertetése még a témában járatos szakember számára sem mindig adhat teljesértékű tájékozódást. Fokozottan érvényes ez a replantatio nagyon is összetett, eredményeit és értékét tekintve vitatott kérdésében. Referens az elmúlt évben tevékeny részese volt a replantatiós munka izgalmas élményének, éppen a szerző vendégeként. Rendkívüli, de igen fáradságos élmény a nem ritkán 6, 8, 10, vagy még több óráig tartó műtét. Felemelő érzés látni az eredeti helyére replantált élő ujjat, végtagrészt. Az eredményeket illetően messzemenően egyetértünk a szerzővel: csak nagyszámú eset igen precíz functiós analízise alapján lehet a replantatio értékéről véleményt mondani.)

Renner Antal dr.

A mikrosebészeti technika bőr- és lágyrész transplantatiónál. K. Wilhelm, H. Bohmert: Chirurg 1977, *48*, 360—368.

A mikroszkópos sebészeti technika változatos alkalmazási területei közül még igen rövid múltra tekinthet vissza a szövetek transplantatiója az ellátó erek anastomosisával. A közlemény bevezetőjében megismerjük azokat a sebészeket, akik az elmúlt 15 évben részben experimentalisan, részben a klinikai gyakorlatban sokat tettek a mikrosebészet elterjesztéséért.

A mikrosebészet objektív alapját az operációs mikroszkóp, a mikrosebészeti instrumentárium, a bipolaris microcoagulator, az atraumatikus varróanyagok jelentik. A mikrosebészeti program megvalósításához a felsoroltakon kívül speciálisan kiképzett, jó manualitású, kiegyensúlyozott sebészek szükségesek.

A szerzők pontosan körvonalazzák azt a „training-program"-ot, amelyet minden sebésznek el kell végeznie, hogy a klinikai gyakorlatban is eredményesen dolgozhasson. A begyakorláshoz ideális kísérleti alany a patkány, amelyen 10 program valósítható meg, többek között arteria-, véna-, ureter varrat, szabad lebeny transplantatiója stb.

A mikrosebészet gyakorlati alkalmazásáról szólva a szerzők két nagyobb területen szerzett tapasztalataikat ismertetik:

1. Az amputált kéz replantatiójával kapcsolatban 15 pontban foglalják össze a szükséges tennivalókat, azok sorrendjét. A közleménynek ez a része is rendkívül világosan tárgyalja, lépésről lépésre követve magyarázza a replantatio egyes lépcsőfokait, a gyakorlati buktatókat. Jól érthető ábrákon mutatják be az erek, idegek, inak varrat-technikáját.

2. A mikrosebészeti technika másik nagy alkalmazási területe a lágyrészhiányok pótlása: *a)* a nagycseplesz transplantatiójával, vagy *b)* szabadon átültetett bőrlebenynyel. A klinikai gyakorlatban az utóbbinak van nagy jelentősége.

A teljes vastag, zsírszövettel bíró bőrlebeny szabad átültetése arteria és véna anastomosissal, számos előnyt biztosít a hagyományos bőrpótló eljárásokkal szemben. Az adóterület szerint megkülönböztetnek: 1. lágyéklebenyt; 2. deltapectoralis lebenyt; 3. deltoideus szigetlebenyt; 4. neurovascularis szabad lebenyt a láb dorsalis felszínéről (ennek gyakorlati jelentősége a tenyér és a mutató, illetve középső ujj palmaris bőrhiányánál van).

Az említett négy bőrlebeny szabad átültetésének csak az képezheti ellenjavallatát, ha a bőrlebenyt ellátó és az adóterületről magával hozott erek, valamint a befogadó területet ellátó arteria és véna között nagy kaliber különbség mutatkozik. A szerzők a négy bőrpótlási lehetőséget szellemes ábrákon mutatják be s mindegyiknél részletes műtéttechnikai leírást mellékelnek.

Végezetül ugyanebbe a csoportba sorolnak még két transplantatiós lehetőséget: 5. lábujj szabad átültetése a kézujj (általában hüvelykujj) pótlására; 6. szabad izomátültetés neurovascularis anastomosissal (a musculus gracilis átültetését említik a nervus facialis sérülésénél).

Renner Antal dr.

---

938 bimalleolaris ficamos bokatörés. Késői eredmények műtéti kezelés után és ennek alapján a műtéti technikára vonatkozó tanulságok. Nonnemann, H. C., T. Bräutigam (Chir. Abt. des Städtischen Auguste-Viktoria Krankenhaus, Berlin): Chirurg 1977, *48*, 389—394.

Ahhoz, hogy e közlemény tanulságait elemezni lehessen, vissza kell lapozni a munka első részére, mely *R. Maatz* és *H. C. Nonnemann* tollából ugyancsak a Chirurgban olvasható (1973, *44*, 456—460.) A fentebb leírt kórházi osztályon 1956—1970 között 938 bimalleolaris ficamos bokatörést kezeltek. *Maatz* a régi Lauge—Hansen-féle beosztást egyszerűsítette. Négy csoportot képzett, mert úgy gondolta, hogy ebbe az összes törés kb. 98%-át be lehet osztani. Az

AO, illetve *Weber* javaslatát a közlemény írásakor azért nem alkalmazták, mert szerintük ez a konzervatív kezeléshez nem adott elég segítséget.

Saját felosztásuk szerint az anyagban supinatiós-adductiós törés fordult elő 8,9%-ban (ez felel meg a Weber A csoportnak). Pronatiós-abductiós törés volt 14,5%, míg pronatiós-eversiós 58,1% (e kettő együtt alkothatja a Weber B csoportot 72,6%-kal), míg a Weber C csoportnak megfelelő pronatiós-eversiós csoportba soroltak 15,9%-ot és 2,6%-ot nem tudtak a felosztás egyik csoportjába sem sorolni. A feldolgozás 14 éve alatt jelentősen változott a ficamos törések műtéti kezelésének aránya. 1959-ig csak 8%-ot, 1964-ig 20,8%-ot, 1968-ig már 43,2%-ot, míg 1970-ig, (tehát a feldolgozás utolsó két évében) már a sérülteknek 65,4%-át műtéttel kezelték! 250 operált zárt törés közül egy esetben észleltek fertőzéses szövődményt (0,4%), míg 37 nyílt törés után 14% volt a fertőzés előfordulása.

Először a fibulát operálták, mert véleményük szerint a külboka, illetve a fibula stabilizálja a felső ugróízület szerkezetét. A külbokán létrejött megrövidülést minden esetben igyekeztek megszüntetni. A feldolgozott anyagban általában 0,5 cm-es metszésből képerősítős ellenőrzés mellett Rush szöget vezettek a külboka csúcsa felől a reponált törésen át a fibulába. Kb. 15 cm hosszú szöget használtak. Nagy jelentőséget tulajdonítanak a szög megfelelő görbítésének, mert a szögnek a külboka élettani hajlását kell követnie. Eljárásuk előnyeként említik a kis feltárást és a fedett rögzítési mód egyéb ismert hatásait. Kitérnek arra, hogy darabos törés esetén ritkán pontos a fedett repositio, ezért az AO által ajánlott lemezes rögzítés ilyenkor előnyös lehet. Ugyanez a helyzet, ha túl szűk velőüregű a fibula. A belboka letört darabját feltárták, és az AO ajánlásai szerint malleolarcsavarral vagy feszítőhurkos módszerrel rögzítették.

A tibia hátsó peremének letört darabját akkor rögzítették külön hátsó feltárásból, ha az ízfelszínnek harmadát a letört darab hordozta. Maatz-féle rugós alátétes csavart alkalmaztak a letört hátsó perem helybentartására. Ahol a syndesmosis szétválása feltűnő volt, közvetlenül a tibio-talaris ízület síkja fölött, azzal párhuzamosan a fibula felől csavart vezettek be, melynek feje alá ugyancsak rugós alátétet helyeztek el. A csavart nem húzták meg nagyon, ezért a fibula és a tibia egymáshoz illesztése rugalmas maradt annak érdekében, hogy a szalagmeszesedést elkerüljék. Az operált betegeket, ha a műtéttel kellő stabilitást értek el, korán tornáztatták, de csak a 6. hét után engedték meg az operált végtag terhelését.

A szerzők az összefoglalásban megemlítették, hogy tapasztalataik alapján a cikk megírásakor odáig jutottak, hogy minden bimalleolaris ficamos bokatörést műtéttel kezelnek, ahol műtéti ellenjavallatot nem találnak.

A második közleményben 1977-ben számoltak be a szerzők arról, hogy az 1956—1970 között operált 256 bokatöröttet késői utánvizsgálatba kívánták vonni, de az csak viszonylag kevés betegen sikerült, mert még a fellelhető 121 betegből is 12 csak a kérdőívet küldte vissza és a vizsgálaton nem jelent meg.

Így csak 109 beteg (42,6%) klinikai és röntgenvizsgálata alapján közlik értékelésüket. Az ellenőrző vizsgálat 3—13 évvel a sérülés után történt. A vizsgált csoportokat mind a nemek megoszlása, mind az életkor tekintetében az egész csoportra nézve reprezentatívnak tekintették. A saját felosztásuk szerinti csoportokból megjelenteket is reprezentatívnak fogadták el, mert a leggyakrabban műtéttel kezelt supinatiós-eversiós és pronatiós-eversiós csoportokból való volt a késői utánvizsgálatba vontak 88%-a.

A betegek szubjektív panaszait a súlyosság szerint 5 csoportba sorolták és 1—5-ig pontozták. Az objektív tüneteket is ugyanígy osztályozták. Az operált oldalról készített 2 irányú röntgenfelvételt is értékelték és a röntgentünetek alapján az arthrosis mértékét és az anatómiai szerkezetben való eltéréseket külön pontokkal jelölték. Vizsgálták a belboka illeszkedési hibáinak és a külboka pontatlan repositiójának késői hatását és az arthrosis kialakulásában elfoglalt szerepét. Értékelték a tibia hátsó perem törésének hatását is a késői eredményben.

Az eredmények azt mutatták, hogy elsősorban a Weber B csoportba sorolható bokatörés műtétje során a Rush szögeknél jobb eredmény várható a pontos repositio után a csontra helyezett, modellált fémlemez alkalmazásától. A pronatiós-abductiós haránttörés valamint a pronatiós-eversiós supramalleolaris fibulatörés belső rögzítéséhez a Rush szöget megfelelőnek tartják.

A belboka letört darabjának rögzítésére használt csavarnak hátrányos hatását nem észlelték. Megjegyzik, hogy a csavarnak a tibia lateralis corticalisában is rögzülnie kell ahhoz, hogy kellő szilárdsággal rögzíthesse a letört bokanyúlványt. Ha a letört darab kicsiny, feszítőhurkot javasolnak. A belbokánál megmaradt 1—2 mm-es egyenetlenség nem volt szignifikáns hatással a késői eredményre.

A hátsó tibiaperem letört darabját hátsó feltárásból rögzítették és a csavar alá rugós alátétet helyeztek. Ha 1 mm-nyi lépcső maradt az ízfelszínen, az esetek 50%-ában ez az idők folyamán kiegyenlítődött. Tapasztalataik alapján a harmadnyi ízfelszínt hordozó darabok mellett az ennél kisebb darabok műtéttel való rögzítését is ajánlják (áttértek az „egyötöd" ízfelszín alapján történő operálásra), mert ezáltal a késői eredmények szerintük javíthatók.

Megállapították, hogy általában az eversiós törések során csak a lig. tibio-fibulare anterius szakad el. Az utánvizsgált betegek között olyan nem volt, akinél a sérült szalagot varrták volna. Mivel a késői ellenőrzés során nem találtak szalagelégtelenségre utaló jelet, ebből arra következtettek, hogy a szalagvarrat nem szükséges. Ha a syndesmosis szétválása a sérüléskor jelentős volt, akkor a fibulát a tibiához illesztő rugós alátéttel szerelt csavart alkalmaztak, mely nem vezetett a szalag elcsontosodásához, mert nem okozott nyomás alatt merev rögzítést.

2 betegen a tibia ízfelszínen a keletkezett impressiót nem vették észre és ezért nem történt az első ellátáskor spongiosaplasztika sem. Mindkét esetben súlyos arthrosis lett a késői következmény. A szerzők összefoglalva megállapítják, hogy vizsgálataik fényt derítettek a kezelési módszerek előnyeire és hátrányaira és ennek alapján változtattak a műtéti technikán is.

[Ref.: Napjainkban a ficamos bokatörések Weber szerinti felosztása világszerte ismertté vált. A Lauge—Hansen-féle felosztást csaknem teljesen elhagyták, ezért utaltam mindenütt a Weber beosztással való összefüggésekre is. A két tanulmány jól példázza, milyen változás ment végbe az utóbbi 20 évben a bokatörések kezelésében világszerte, így hazánkban is. A második dolgozat értékelése saját tapasztalatainkkal is egybehangzó. Egyetértünk a szerzőkkel abban, hogy a ficamos bokatörést műtéttel kezeljük, ha a műtétnek nincs ellenjavallata. A pronatiós típusú (Weber B, C csoportok) bokatörés műtéte során a külboka tört darabjainak rögzítésére a lemez a legalkalmasabb. Hazai tapasztalatok szerint célszerű a szakadt syndesmosist a külboka feltárásakor adaptáló öltésekkel egyesíteni. A letört hátsó tibiaperemet a repositio után elölről bevezetett csavarral is jól lehet rögzíteni. A közlemény tanulságaival egyezően az egyötödnyi ízfelszínt hordozó peremdarabot már célszerű külön csavarral helybentartani.]

Berentey György dr.

Traumás eredetű masszív májvérzés elállítása az arteria hepatica selectiv embolisatiójával. B. E. Rubin, B. T. Katzen (George Washington University Medical Center, Washington): American Journal of Roentgenology 1977, *129*, 253—256.

Canesten®

hüvelytabletta

Széles spektrumú antimycoticum és Trichomonas elleni szer

ÖSSZETÉTEL:

Clotrimazolum 0,1 g tablettánként.

JAVALLATOK:

Különböző Candida-fajok, főleg Candida albicans, valamint Trichomonas okozta fluor és colpitis. Különböző, Canestenre érzékeny kevert fertőzések esetei.

ELLENJAVALLATOK:

Esetleges túlérzékenység.
Terhesség esetén az első 3 hónapban adagolása megfontolandó, bár teratogén vagy embriotoxikus hatására semmiféle utalás nincs.

ADAGOLÁS:

Naponta 1 tabletta este, mélyen a hüvelybe bevezetve, hat egymást követő napon keresztül. Szükség esetén napi 2 tabletta is alkalmazható (reggel és este 1—1) 6—12 napon át.

MELLÉKHATÁS:

Ritkán előforduló nyálkahártya-irritatio.

FIGYELMEZTETÉS:

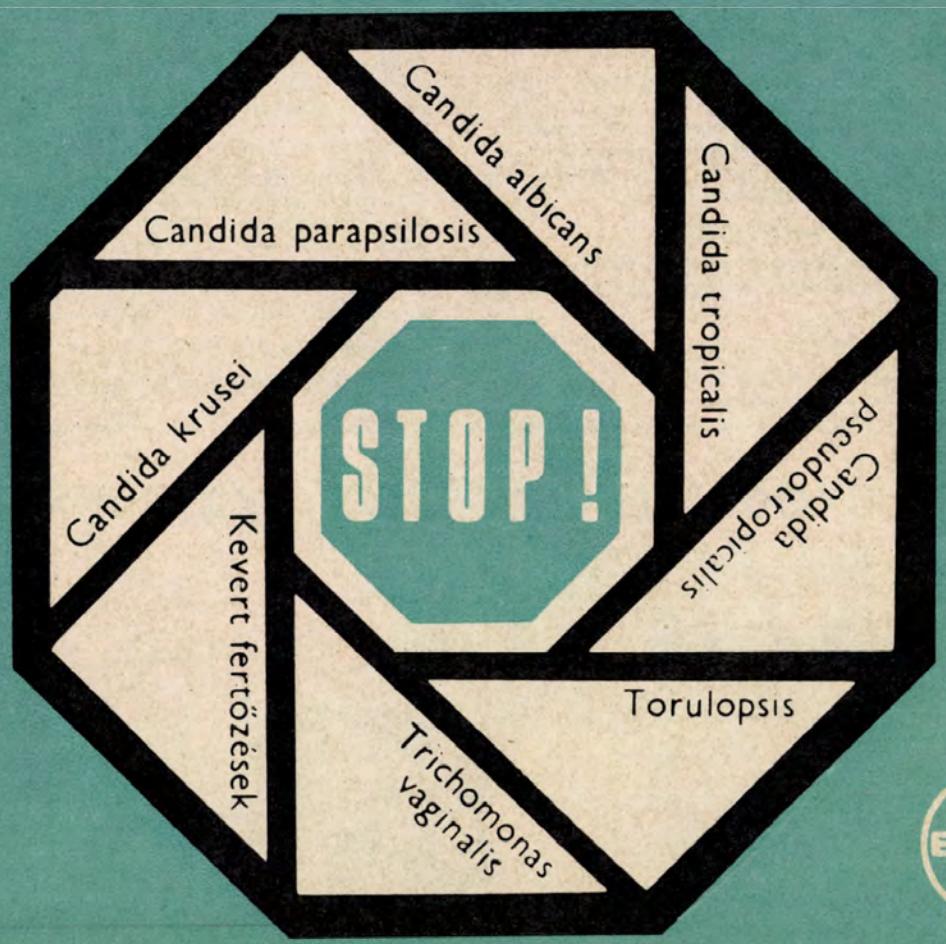
A reinfekció elkerülése végett szükséges a partner egyidejű lokális kezelése Canesten kenőccsel.
Az intravaginalis applikáció kiegészítéseképpen ajánlatos a vulva és az analis terület napi kétszeri Canesten kenőccsel való kezelése.
Makacs Trichomonas-fertőzések eseteiben mind a beteg, mind a partner kezelésére ajánlatos kiegészítésképpen oralisan metronidazolt (Klíont) adagolni.
Alkalmazása menstruatio idején mellőzendő.

MEGJEGYZÉS: ✠

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

6 db hüvelytabletta 10,80 Ft.



EGYT

BAYER

EgyT GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

BRICANYL®

injekció, tabletta

A Bricanyl elsősorban a bronchiális béta$_2$-receptorokra ható, bronchusgörcsoldó szimpatomimetikum. Hatástartama hosszabb a hasonló tulajdonságú készítményekénél. Fenntartó dózisban folyamatos bronchustágító hatást biztosít.

JAVALLATOK:

asthma bronchiale, bronchitis chronica, emphysema és a tüdő hörgő-spasmussal járó megbetegedései.

ELLENJAVALLATOK:

hyperthyreosis. Bár teratogén hatást az állatkísérletekben nem észleltek, adása a terhesség első három hónapjában nem ajánlatos.

ADAGOLÁS:

Injekció:
½ ampulla (0,25 mg) subcutan legfeljebb háromszor naponta.
Tabletta:
Felnőtteknek általában naponta 2—3-szor 1—2 tabletta. A szimpatomimetikus aminokkal szembeni érzékenység lehetősége miatt a betegek kezelését ajánlatos napi 2,5 mg-mal (1 tablettával) kezdeni. Ha megfelelő hörgtágulat nem jön létre, az adag két tablettára növelhető.
Gyermekeknek 3—7 éves korig ¼—½ tabletta;
7—15 éves korig ½—1 tabletta;
15 év felett 1—2 tabletta, naponta 2—3-szor.
Túladagolás esetén: propranolol 1 mg/ml iv. inj. ½—1 ml/perc (max. 5 ml) adandó.

MELLÉKHATÁSOK:

A mellékhatások gyakorisága csekély. Rendszerint a szimpatomimetikumokra érzékeny egyéneken tremor, palpitatio fordulhat elő. Ezek tartós orális kezelés folyamán rendszerint az első héten megszűnnek.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

Az egyéb szimpatomimetikus aminokhoz hasonlóan a Bricanyl esetében is számolni kell gyógyszerkölcsönhatások lehetőségével.

TILOS EGYÜTT ADNI:

— MAO-bénítókkal (hypertoniás krízis);
— adrenalinnal status asthmaticusban;
— β-receptor blokkolókkal (egymás hatását megfordítják);
— corticosteroidokkal glaucomában, tartósan (szembelnyomás fokozódása).

KERÜLEDNŐ AZ EGYÜTTADÁS:

— anyarozsalkaloidokkal (extrém magas vérnyomásemelkedés);
— egyes antihypertonikumokkal: guanethidin és származékai, reseprin, α-methyldopa (a hypotensiv hatás csökkenése);
— triciklikus antidepresszánsokkal (szimpatomimetikus aminok hatását fokozhatja); glaucomában együttes adásuk tilos.

CSAK ÓVATOSAN ADAGOLHATÓ:

— digitalis-glykozidokkal (cardialis arrhytmia);
— halogénezett anaestheticumokkal (cardialis arrhythmia);
— inzulinnal és oralis antidiabeticumokkal (vércukorszint változása).

FIGYELMEZTETÉS:

Adása óvatosságot igényel hypertonia, myocardialis insufficientia esetén. A beteg szimpatomimetikus aminokkal szembeni érzékenységére figyelemmel kell lenni! Diabetesben alkalmazva szükségessé válhat az inzulin vagy oralis antidiabetikum adagjának újrabeállítása.

MEGJEGYZÉS: ✠

A Bricanyl injekció és tabletta csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. A tablettát asthma bronchialéban szenvedő betegeknek a tüdőbeteggondozó, belgyógyászati, gyermekgyógyászati szakrendelés szakorvosa, valamint a belgyógyász, gyermekgyógyász csoportvezető főorvos kórházi javaslat alapján térítésmentesen rendelheti.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

10×1 ml ampulla (à 0,5 mg terbutalinum sulfuricum) 3,70 Ft
20 tabletta (à 2,5 mg terbutalinum sulfuricum) 2,90 Ft.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

A szerzők egy 21 és egy 38 éves férfi esetét ismertetik. A polytraumatizált sérültek vizsgálata során az izotóp máj-scintigraphia a jobb májlebenyben kiesést mutatott. A selectiv arteriographia lokalizálta a vérző eret, melybe contrastanyaggal jelzett gelfoam darabkákat juttattak a katéteren keresztül. Mindkét esetben sikerült a vérzést teljesen elállítani, amit kontroll angiographia igazolt. További vérátömlesztésre nem volt szükség. Az embolisatio előtt kóros májfunctiós értékek fokozatosan rendeződtek. Sebészi beavatkozásra nem volt szükség. Mindkét beteg gyógyultan távozott, 4—5 hónappal később tünetmentesek.

(Ref.: Ugyanezen folyóiratban egy hasonló esetről számolt be H. P. Jander és mtsai „Emergency embolization in blunt hepatic trauma" címen.)

Laczay András dr.

Hibák és szövődmények hosszú csöves csontok zárt töréseinek kezelésében. Trubnyikov, V. F. és mtsai (Kharkovi Orvostudományi Egyetem Ortopéd—Traumatologiai és Tábori sebészeti tanszéke): Ortop. Travmat. Protez. 1977, *5*, 30—39.

A szerzők 1966—1975 között kezelt 1040 törés-esetet dolgoztak fel: 161 felkar-, 133 alkar- 212 comb- és 534 lábszártörést. 853 beteg került közvetlenül a sérülés helyéről felvételre. A sérültek 57,6%-a volt férfi, 42,4%-a nő.

46,8%-ot gipszkötéssel, 27,0%-ot extensióval, 26,2%-ot műtéttel kezeltek. A felkartörések 20%-át, az alkartörések 52%-át, a combtörések 44%-át, a lábszártörések 13%-át operálták meg. A törések több mint 98%-a konszolidált.

A hibákat egyrészt szervezési, diagnosztikai és kezeléstaktikai, másrészt kórház előtti, kórházi és rehabilitációs hibákra osztották.

A szervezési hibák közül kórház előtt a szállítási rögzítés hiánya és az elkésett kórházi elhelyezés volt leggyakoribb (mindkettő alkartörésekben) és legjelentősebb. Kórházban a késői kezelésbevétel volt a leggyakoribb hiba (comb- és lábszártörésben). A rehabilitációs időszakban a funkcionális kezelés elmulasztása (minden 4. esetben) és nem korszerű eljárások alkalmazása (minden 2—3. esetben) jelentette a fontosabb hibákat.

A kórismézési hibák közül kórház előtt a törés, szövődmény, kísérő sérülés fel nem ismerése fordult elő (a törés fel nem ismerése combtörések 9%-ában!). Kórházban hiányos vagy elkésett röntgendiagnosztika, szövődmény fel nem ismerése szerepelt, de valamennyi ritkán fordult elő. A rehabilitációs szakban a késői szövődmény fel nem ismerése játszott szerepet (lábszártörések 5%-ában).

A kezeléstaktikai hibák közül a meg nem felelő kezelésmód (alkartörések 13%-ában gipszrögzítés műtét helyett, combtörések 9%-ában extensio műtét helyett), valamint műtéttechnikai hibák fordultak elő (alkartörésekben leggyakrabban, 13%-ban). Különösen gipszkötésben és extensióban találtak elégtelen repositiót, valamint elégtelen rögzítést (ezek a hibák elsősorban alkar- és felkartörésre voltak jellemzőek). A rehabilitáció hibái közé tartozott, hogy a gyógytornát, fiziotherápiát, gyógyfürdőkezelést nem alkalmazták eléggé.

A helytelen kezelés következményei között 1,2%-ban szerepel osteomyelitis. (Szövődmény leggyakrabban lábszártörés után mutatkozott). További gyakoribb szövődmények voltak: rossz helyzetű gyógyulás (2,7—7,5% között az egyes töréstípusokban), elhúzódó gyógyulás (2,5—8,4%), contractura (3—6,4%). Ritkább szövődmények voltak: refractura, neuritis, szeggörbülés, -törés.

A kórház utáni kezelés legfőbb hiányossága az ellátó kórház és a rehabilitációs szakrendelés közötti együttműködés hiánya, ami elnyújtotta a gyógyulást, súlyosbította a következményeket egyes esetekben.

Kazár György dr.

Végtag visszaültetés máj és dializátor segítségével. Kosztandjan és mtsai (Kemerovszki Orvostudományi Egyetem Traumatológiai—Orthopaediai—Tábori Sebészeti Tanszéke): Orthop. Travmat. Protez. 1977, *7*, 52—56.

A replantáció egyik súlyos problémája, hogy ha a műtétre azonnal nem kerülhet sor, úgy a végtagban óráról órára mindjobban felhalmozódó toxikus anyagok visszaültetés után a sérült életét veszélyeztetik.

A szerzők ezért kutyakísérleteket végeztek, melyekben 25 °C hőmérsékleten 6 órán át tartott végtag replantációját végezték. A vizsgálati csoportban (25 kutya) a végtagot egy óráig perfundálták replantáció előtt heparinos és nátriumbikarbonátos saját vérrel, a rendszerbe háromlemezes dializátort és egy másik kutya máját is bekapcsolták. A kontroll csoportban (15 állat) a perfusiót dializátor és máj nélkül végezték.

A végtag körfogata és a vér fehérjetartalma szignifikánsan kisebb mértékben növekedett meg a kísérleti, mint a kontroll csoportban. A vér és az ischaemiás izomzat biokémiai vizsgálatának egyéb indexei is jelentős különbségeket mutattak.

Ennek megfelelően az állatok túlélésében is jelentős volt az eltérés. A kontroll csoport állatai átlagosan 6 óra alatt mind elpusztultak, a kísérleti csoport átlagos túlélése 18 óra volt, de volt állat, amely megmaradt. Összességében azonban az alkalmazott módszerek is — egy kivételével — csupán időlegesen javították meg az állapotot.

Kazár György dr.

A haemobilia nem sebészi kezelése. Lockwood, T. E. és mtsai (Dept. of Surg., Univ. of Texas Health Science Center, Dallas, Texas 75235, USA): Ann. Surg., 1977, *185*, 335—340.

Sandblom 1972-es kiadású könyvében 137 haemobiliás esetet gyűjtött össze az irodalomból. Ő alkotta meg a máj sérülésére visszavezethető traumás haemobilia fogalmát is. A gyógykezelés az esetek többségében sebészi: a sérülés helyének megkeresése és ellátása. Újabban azonban különbséget tesznek masszív és kisebb tünetekkel járó haemobiliák között, utóbbiakban nem mindig szükséges sebészi ellátás.

A dallasi szerzők olyan beteg kórrajzát ismertetik, akinek májsérülését pisztolygolyó okozta *(Ref.* Dallasban vagyunk!). A 22 éves fiatal férfibetegen a máj jobb lebenyét ért sérülést elvarrták és a sebet drainálták, s a beteget az ötödik postoperatív napon elengedték. 3 nappal később typusos haemobilia tüneteivel (kólikás fájdalom, sárgaság, jelentős anaemia) került ismét felvételre, a leszívott gyomornedv guajak-pozitív volt, a Hgb-szint ekkor 9,7 g%. Endoscopia során a Vater ampullából spriccelő vérzést láttak. Coeliaca angiographiát végezve a máj jobb lebenyében 5,5 cm-es telődési hiányt, posttraumás haematomát, pseudoaneurysmát és arteriobiliaris fistulát találtak. A haematomát sonographia is megerősítette. A serum amylase és a májenzymek emelkedettek voltak.

A kezelés vérpótlásból, antacidum adásából és ágynyugalomból állott. A beteg általános állapota ezen kezelés mellett kielégítő maradt, a 13 g%-os Hgb-szintet tartotta, s a háromhetes kórházi benttartózkodás alatt tünet- és panaszmentessé vált, az emelkedett alkalikus phosphatase-szint 6 hét alatt normalizálódott. Az arteriographiákat 4 és 8 hét múlva ismételték meg. Már 4 hét múlva a telődési hiány jelentős megkisebbedését látták, 8 hét múlva pedig teljes gyógyulást. A beteg 6 hónap múlva történő kontrollja során semmiféle objektivizálható eltérést nem mutatott.

Szerencsésen végződő esetről volt szó, melyben a konzervatív kezelés is eredményes volt. A műtéttel kezelt esetek mortalitását 19%-osnak mondják, a vérzés kiújulását pedig 23%-osnak.

Iványi János dr.

Égés kimetszése széndioxid-laserrel. Jackson, D. M., Cason, J. S. (MRC Industrial Injuries and Burns Unit, Birmingham Accident Hospital, Birmingham B15 1NA): Lancet, 1977, *I*, 1081—1084.

„Sharplan 791" típusú, 50 W teljesítményű széndioxid-laserrel harmadfokban égett bőrt metszettek ki a szerzők. Kilenc esetben az égést követő 11 napon belül — átlagosan az 5. napon —, két alkalommal pedig halasztottan, 22 napon belül került sor a kimetszésre. A kimetszett felszín a testfelület 1,5—9%-ára terjedt ki. Kontrollként a laseres kimetszéssel egyidejűleg a test szimmetrikus felszínén is kimetszettek azonos kiterjedésű égett bőrt hagyományos kimetszési módszerrel. Mindkét sebfelszínen félvastag bőrrel bőrpótló műtétet végeztek. Vizsgálták a kimetszés időtartamát, az elvesztett vér mennyiségét és a transzplantatumok megtapadási arányát.

29%-kal több időt igényelt, de 27%-kal kevesebb vérvesztéssel járt a laseres kimetszés. A transzplantatum megtapadási aránya 77%-os volt a laseres és 85%-os a késsel történt kimetszést követően.

A szerzők véleménye szerint nagyobb előnyt jelent a kisebb vérveszteség, mint a laser alkalmazásával összefüggő — hosszabb műtéti idő és nehézkesebb műtéti technika. Az utóbbiak kiküszöbölhetők nagyobb teljesítményű laser használatával.

Papp Tibor dr.

A diagnosztikus peritonealis öblítés alkalmazása a gyermekkori traumatológiában. Bivins, B. A. és mtsai (Univ. of Kentucky, College of Medicine, Lexington): J. Trauma, 1976, *16*, 739—742.

A gyermekkori tompa hasűri sérülések diagnosisa, ha késve történik, ez az irodalmi adatok szerint az esetek 13,5%-ában fordul elő, súlyos következményekkel jár a balesetet szenvedett gyermek számára. A szerzők a peritonealis öblítés megbízhatóságát (10 hónap—16 év, 46 beteg) hasonlították össze a szokásos klinikai és diagnosztikus eljárások megbízhatóságával.

A 0,5 cm-es bőrincisio és a hasüregbe történő tű-bevezetés helye a köldök alatt 3 cm-rel a középvonalban voltak. A hasüreg kiöblítésére általában 25 ml/kg izotóniás oldatot használtak. A beteg jobbra-balra történő óvatos ismételt forgatásával érték el a bevitt folyadék és a hasüregben levő esetleges vér megfelelő keveredését. Az eredményt poz.-nak tekintették, ha az öblítő folyadék véressé vált, vagy akkor, ha annak haematokritértéke meghaladta az 1%-ot. A peritonealis öblítés megbízhatóságát 87,8%-nak, a klinikai diagnosisét 71%-nak találták.

A szerzők a módszert megfelelő tű alkalmazása esetén bármely életkorban alkalmazható eljárásnak tekintik.

Pintér András dr.

Anaesthesiologia

A műtőtermi gázszennyeződés és a chromosomák. Rosenberg, P. H., Kallio, H. (Dept. Anesth., Univ. Central Hospital, SF-00290 Helsinki 29.): Lancet, 1977, *2*, 452.

Több adat utal arra, hogy a műtőkben dolgozó nők spontán abortusok és veleszületett rendellenességek szempontjából fokozottan veszélyeztetettek.

A szerzők chromosoma-vizsgálatot végeztek 20 műtősnőtől, akik 5—22 éve folyamatosan ugyanazon műtőben dolgoztak, és 20 nővértől, akik legalább 5 éve nem dolgoztak műtőben. A műtősnők vérében 0,42—6,1 μg/dl dinitrogénoxid és 0—0,85 μg/dl halothan concentratiót találtak, egyébként életkor, dohányzás, gyógyszerszedés stb. terén nem volt különbség a két csoport között.

Készítményenként 100 metaphasist elemezve egyik csoportban sem találtak kóros karyotypust. A chromosoma-törések is azonos számban fordultak elő, főleg az A-, B- és C-csoportbeli chromosomákban. A gáz-szennyeződés tehát nem okozott károsodást a mitotikus chromosomákon, de feltehetőleg a meiotikusokban sem. Valószínű, hogy a műtőben dolgozók reproductiós kudarcait inkább a munkakörrel járó fizikai és emotionalis stress okozza.

Méhes Károly dr.

Anaestheticumok használatával összefüggésbe hozható congenitalis anomáliák és rákos megbetegedések. T. H. Corbett (Research Service, United States Veterans Administration Hospital, Ann Arbor, Michigan 48105, USA): Annals New York Academy of Sciences 1976, *271*, 58—66.

A kórházi műtők személyzete olyan illékony kemikáliák és gázok krónikus expozíciójának van kitéve, amelyek toxicitását eddig még nem határozták meg. Az anaesthetikus gázok között lehetnek carcinogén, embrioletalis, teratogén, vagy mutagén tulajdonságúak is.

Az újabban végzett vizsgálatok során igen figyelemreméltó észrevételek születtek. Pl. a Szovjetunióban *Vaisman* azt tapasztalta, hogy 31 terhes anaesthesiológus nő közül 18-nál spontán vetélés következett be és 2-nél koraszülés, ezenkívül egy újszülöttön fejlődési rendellenességet észleltek. A dániai vizsgálatokban 20%-os vetélést észleltek az altató orvosnők és ápolónők között. *Cohen* és munkatársai arról számoltak be, hogy az altatónővérek spontán abortusza 38%, volt, míg a műtős nővéreké 30%, ugyanakkor a kontrollként vizsgált kórházi orvosnők és nővérek abortusz-aránya csak 10 és 9% volt. A kontrollokhoz viszonyítva a műtősnők és a műtőkben dolgozó orvosnők vetélései hamarabb is következtek be. A szerző szerint ez összefüggésbe hozható az anaesthetikus gázok fetális letalitást előidéző tulajdonságával.

Megvizsgáltak 563 férjezett anaesthesiológus orvosnőt és 828 férjezett, de nem anaesthesiológus orvosnőt és azt tapasztalták, hogy az altatóorvosoknál nagyobb százalékban fordult elő spontán abortusz (18,2%), a kontrollként vizsgáltaknál csak 14,7% volt a spontán vetélés.

Michigan államban megvizsgálták az altatónővérek gyerekeinél előforduló születési rendellenességek gyakoriságát és azt tapasztalták, hogy a 695 újszülött közül 434-nek volt születési rendellenessége. Ezeknél a gyermekeknél az anyák a terhesség ideje alatt is dolgoztak, s csupán 261 olyan gyermeken észleltek rendellenességet, akinek az anyja a terhesség ideje alatt nem dolgozott. A terhesség ideje alatt dolgozó anyáktól származó két gyermeken észleltek neoplasmát (thyroid és parotid neuroblastoma), s egy gyermeken leukémiát, a leukémiás gyermek anyja is altatónővér volt, de a terhesség ideje alatt nem dolgozott.

Az érzéstelenítő szerek carcinogenitásáról már számos közlemény jelent meg. Az anaesthesiológusok között gyakoribbak a reticuloendothelialis és lymphoid daganatok, az 1947 és 1966 közötti időszakban összesen 441 anaesthesiológus halotti leletéből is ez volt megállapítható.

A vegyészeknél jelentkező rákos megbetegedések száma is lényegesen magasabb, mint a más foglalkozást űzők között. Mind az anaesthesiologusok, mind pedig a vegyészek illó kemikáliák és gázok alacsony expozíciójának vannak kitéve munkájuk során; a vegyészek halotti leletéből kiderült, hogy a halálesetek mintegy fele rosszindulatú lymphomák és a pancreas rákos megbetegedése folytán következett be.

A Foglalkozásbiztonsági Intézet támogatásával az Amerikai Anaesthesiológus Társaság országos felmérést készített, amelynek során 50 000 műtőben dolgozó személyt és 30 000 nem műtőben dolgozó, de egészségügyi foglalkozású személyt vizsgáltak meg. A felmérésből kiderült, hogy a rákos megbetegedések száma magasabb volt az anaesthesiologus orvosnőknél és nővéreknél, a kontrollokhoz viszonyítva 1,3, illetve 2-szer annyi volt a daganatos megbetegedések száma. Ebből a felmérő vizsgálatból is az derült ki, hogy a női al-

tatószemélyzetnél a vetélések és a gyermekeiken előforduló születési rendellenességek gyakorisága, valamint a májkárosodások előfordulási aránya nagyobb volt, mint a vizsgálatban szereplő kontrolloknál.

Az anaestheticumok teratogén hatásának vizsgálata céljából Sprague—Dawley patkányokat kéjgáz expozíció hatásának tettek ki a vemhesség 8. napjától kezdve napi 24 órán át az 1., 2., 4. és 6. napon. Az expozíciós idő növekedésével arányosan nőtt az embrioletalis és a teratogén hatás is. A foetusok vertebrális csontosodásában zavarok mutatkoztak. Amikor a halothan, methoxyfluran, cyclopropan és diethylether expozíciónak tettek ki csirkeembriókat, ugyanezt a hatást észlelték.

Az anaestheticumok carcinogén hatását is vizsgálták. A trichlorethylen pl. kémiai struktúrájában igen hasonló a carcinogén hatásáról már ismert vinylchloridhoz, így fennáll annak a lehetősége, hogy mindazok az anaestheticumok, amelyek ilyen kémiai hasonlóságot mutatnak a vinylchloriddal, carcinogének lehetnek.

A szerző beszámol egy olyan vizsgálatáról, amelyet ennek felderítése céljából isofluran inhalációval végzett. A kísérlet eredményeként a vizsgálathoz használt Swiss/IRC egereken megnövekedett számban észlelt pulmonalis adenomákat, csak az exponált állatok mutatták ezt a képet, a kontrollok nem, amikor a kísérlet harmadik hónapjában vizsgálta az állatokat. A kísérlet 6. hónapjában 2—3-szor annyi adenomát talált az exponált állatokban, mint a kontrollokban, a 9. hónapra 3—5-szöröse volt az adenomák száma a kontrollban találtaknak, de ez statisztikailag nem volt szignifikáns különbség. Emiatt újabb vizsgálatok elvégzését látják szükségesnek, de felhívják a figyelmet arra, hogy az általános érzéstelenítő szerek használatakor a carcinogenitás lehetőségével számolni kell.

Dési Illés dr.
Varga Györgyné dr.

Inhalatiós narcoticum-gőz elszívó rendszerek. Armstrong, R. F. és mtsai (Univ. College Hosp., London): British Medical Journal 1977, 1, 941—943.

A műtőlevegő inhalatiós narcoticum-gőz szennyezettségének csökkentésére az angol egészségügyi minisztérium elszívó berendezések alkalmazását ajánlotta.

A szerzők három passzív elvezető rendszert (Enderby gyűjtő szelep, Penlon—Papworth rendszer, Penlon gyűjtő szelep) és két aktív elszívó rendszert (BOC, Dräger) vizsgáltak meg, az utóbbiakat nyílt és félig zárt rendszerben is. Vizsgálatukban az altatókészülékek tömítetlenségét megszüntették, ez a rutin használatban — sajnos — lehetetlen. A műtők halothan szennyezettségét átlagosan 18 ppm-nek találták. Ezt valamenyi megvizsgált elszívó-berendezés szignifikánsan csökkentette ($P < 0{,}001$). Leghatékonyabbnak az aktív berendezéseket találták félig zárt narkózisrendszerhez csatlakoztatva. Így a halothan szennyezettség 1 ppm alá szorítható. (Amerikai szerzők megengedhető értékként halothanra 1 ppm-et, dinitrogénoxidra 30 ppm-et ajánlanak.)

Az elszívó rendszerek használatát a szerzők is ajánlják, de megjegyzik, hogy az önmagában nem elegendő. Az altatókészülékeket nem lehet teljesen tömíteni, a párologtató feltöltése és az ébredő beteg által kilégzett narcoticumgőz is szennyezi a műtőlevegőt. Hatékony légkondícionálásra és a szennyeződés folyamatos ellenőrzésére is szükség van.

Barna Béla dr.

A kontrollált hypotensio mai helyzete. Marcus, Ch., Kalff, G. (Az aacheni technikai-főiskola orvosi fakultásának anaesthesiologiai osztálya): Anaesthesist. 1977, *26*, 212.

A szerzők irodalmi adatok alapján igyekeznek fényt deríteni arra, hogy a kontrollált hypotensio milyen helyzetet foglal el a ma anaesthesiológusának fegyvertárában. Mindenekelőtt a különféle technikák és gyógyszereknek a szervek funkciójára való hatását vizsgálják. A vizsgálatok során kitűnt, hogy a szív, agy, máj, vese és a splanchnikus érterület a vérnyomás ingadozásokat nagymértékben tolerálja. Alsó határként normotoniás emberen az 50 Hgmm-es középnyomást vehetjük.

Néhány évvel ezelőtt igen elterjedt a halothan segítségével létrehozott hypotensio, ennek mellékhatásai azonban olyan jelentősek lehetnek, hogy az eljárást emiatt egymagában ma már nem alkalmazzák. A halothan dosisától függően vérnyomáscsökkenést hozhat létre, azonban a vérnyomáseséssel párhuzamosan megfigyelhető, hogy a szív kontrakciós ereje csökken, ugyanakkor az erek összellenállása alig csökken.

A ganglionblokkoló szerek önmagukban való használatát ma már szintén nem ajánlják. A halothanhoz hasonlóan, ha nem is olyan mértékben, de ezek is deprimálják a szív izomzatát. Ugyanakkor hypotenzív hatásuk, az Arfonad kivételével, nehezen szabályozható. Az Arfonad-nak viszont vannak egyéb mellékhatásai is. Így például a histamin-felszabadító hatás és a bronchusellenállás növelő képessége erősen csökkentik az alkalmazhatóságát. A két szer, a halothan és az Arfonad kombinált alkalmazása lényegesen csökkenti a szövődményeket és jól kontrollálható hypotensio létrehozását teszi lehetővé.

Ma úgyszólván egyedül a natrium-nitroprussid felel meg azoknak a követelményeknek, amelyeket a hypotensiv gyógyszerekkel szemben támasztunk: selektiv vasoplegikus hatású, nem érinti az autonom centrumokat, nem zavarja a szív működését, a szív percvolumenét nem csökkenti. Alkalmazásakor ennek ellenére óvatosnak kell lenni. A natrium nitroprussid lebomlásakor fennáll a potenciális cyanid mérgezés lehetősége. Ezért alkalmazásának kontraindikációi a máj betegségei, vagy a B_{12}-vitamin-felhasználás zavarai. Maximális dosisa 10—15 μg/l testsúlykilogramm. Összmennyiségben nem szabad a 3 mg/testsúlykilogramm dosist túlhaladni. Ajánlatos az alkalmazáskor profilaktikus okból B_{12}-vitamin adása.

Forgács István dr.

Mély hypotensio alkalmazása a középfül sebészetében. Kerr, A. R.: Brit. J. Anaesth. 1977, *49*, 447.

A szerző a középfül sebészetében szükséges vértelen műtéti terület biztosítására (mikroszkópos műtét) 700 alkalommal végzett kontrollált hypotensiót. A hypotensiót thiopental-halothan-dinitrogénoxid-oxigén-narkózis és pentolinium tartarát segítségével hozta létre. 84%-ban az eljárás kitűnő eredményű volt. 12%-ban az eredmény közepes és 4%-ban az eljárás nem vált be. Férfiakban sokkal több volt a nem megfelelő eredmény (22,8%), mint a nőkben (11,4%). Annak ellenére, hogy a vérnyomást igen jelentős mértékben csökkentették a műtétek során, sem mortalitás, sem morbiditás nem volt kimutatható, amely a hypotensiós technika rovására lett volna írható.

Forgács István dr.

Idős korú betegek anaesthesiájának problémái. Poppelbaum, H. F. (II. Inst. f. Anästh., II. Chir. Klinik im Städt. Klinikum Berlin-Buch): Zbl. Chir. 1977, *102*, 278—282.

Napjainkban a 80 év fölötti populációban a műtéti „gyakoriság" 2%. Ezt elsősorban a modern medicina újabb eredményeinek — antibiotikus, folyadék- és elektrolytkezelésnek, kíméletes anaesthesia módszereknek — köszönhetjük.

A degeneratív elváltozások és szerv(rendszer) functiocsökkenések okozta teljesítményromlás tárgyalása után a szerző rámutat a gondos műtéti előkészítés jelentőségére: a tervezett (= előkészített, — *Ref.)* műtétek 13%-os letalitásával szemben az idős korban végzett sürgős műtéteké 47%! Az utóbbi műtéti csoportban 89% volt azon esetek letalitása, melyekben a praeoperativ shocktalanítás sikertelen volt, és a betegnek ileusa vagy peritonitise volt.

Az anaesthesiologusnak mindenkor törekednie kell a sebész minél aktívabb segítésére a megmentendő beteg érdekében. Ennek példájára a szerző ismerteti egy igen rossz keringési állapotú, arhythmia absolutában szenvedő aggkorú mechanikus ileusos beteg anaesthesiáját. A szívmegállás veszélye miatt — relaxans mellőzésével — local anaesthesiában végzett intubatio után a spontán légző betegnek 1 tf%-nyi — nálunk is ismert — azeotrop keveréket (halothan:aether = 2:1) és O_2-t adagoltak. A strangulatio gyors felszabadítása utáni hasfalzárás már javuló keringési állapotban következhetett — nem kis részben az óvatos narkózisvezetés eredményeként.

A szerző megerősíti azt az ismert tényt, hogy a műtét és anaesthesia időtartama agg betegek postoperativ szövődményeit és letalitását nagymértékben befolyásolja. Kiegészíti ezt azzal a szemponttal, hogy tulajdonképpen *a műtéti megoldás meghatározza a választandó érzéstelenítési eljárást* (utóbbi összetevőit minőségben és mennyiségben, sőt a műtét közben szükségessé váló anaesthesiologiai módosításokat is — *Ref.*).

Habis György dr.

Szülészet – nőgyógyászat

A magzat nemének meghatározása a magzatvíz testosteron és FSH-szintjének vizsgálata útján. Beliste, S., Fencl, M., Tulchinsky, D. (221 Longwood Ave., Boston, Massachusetts 02115.): Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, *128*, 514.

Prostaglandinnal indukált abortusok kapcsán 130 terhestől nyertek magzatvízmintát a 14—20. gestatiós héten. A nem conjugált testosteron koncentrációját fiúmagzatok esetében 202 pg/ml-nek (70 és 580 pg/ml között az esetek 95%-ában), leánymagzatok esetén csak 41 pg/ml-nek (11 és 125 pg/ml között az esetek 95%-ában) találtak. A magzatvízben található FSH szintje fiú magzatok esetében átlagosan 0,7 m I. U. (0,5—3,4 m I. U./ml között az esetek 95%-ában), leánymagzatok magzatvizében viszont középértékben 7,5 m I. U./ml (az esetek 95%-ában 1,3—42,2 m I. U./ml között). Fiúmagzatok magzatvizében az esetek 88%-ában 2,0 m I. U./ml-nél kisebb koncentrációban találták az FSH-t.

A magzatvízminták 7%-ában egyidejűleg sem a testosteron, sem az FSH-meghatározás eredménye nem felelt meg a magzat nemének, ezért önmagában egyik eljárást sem tarthatjuk hibátlannak, más eljárások kiegészítőjeként azonban mindkettő alkalmas lehet az intrauterin magzat nemének meghatározásához.

Berkő Péter dr.

Oralis contraceptivumok hatása a terhesek vérének folsavszintjére. Martinez, O., Roe, D. A. (Division of Nutritional Sciences, Sarage Hall, Cornell University, Ithaca, New York 14853): Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, *128*, 255.

Többen is bizonyították már, hogy az oralis contraceptivumokat szedők plasma- és vv.-test-folát szintje alacsonyabb a fogamzásgátlókat nem szedők hasonló értékeihez viszonyítva. Lehet-e a contraceptivumok eme káros tulajdonságának jelentősége a fogamzásgátlók elhagyása után várt és bekövetkezett terhességben? A szerzők 83 első trimesterbeli terhes nő véréből végeztek fólsav-meghatározást. Mivel télen táplálékunk érthetően zöldfélében szegényebb, a vizsgálati anyagot két csoportra osztották: nyári és téli fiatal terhesekre. Azt vizsgálták, hogy van-e különbség a teherbeesés előtti 6 hónap valamelyikében még gyógyszert szedők és a fogamzásgátlót nem szedő kontroll csoport adatai között.

Eredményeik: A terhességük előtt gyógyszert szedők plasma-folátszintje a 4,4 mg/ml (télen 4,3), a gyógyszert nyáron nem szedőké 6,2 mg/ml (télen 6,5). A vv.-test-folát szintje az első csoportban nyáron 205,4 mg/ml (télen 161,6), a gyógyszert előzőleg nem szedő terheseken 254,6 mg/ml (ill. 206,0). A különbség szignifikáns, a következtetés világos: *a fogamzásgátlók elhagyását követő 6 hónapon belül teherbe eső asszonyok még fólsavhiánnyal indulnak a terhességnek.* Mivel pedig a fólsavra a magzat egészséges fejlődéséhez elengedhetetlenül *szükség van*, ilyen esetekben fokozottan *szükséges a fólsavfelvétel gyógyszeres kiegészítése*, különösen a téli hónapokban.

Berkő Péter dr.

Haematológiai problémák terhességben. V. A szülészeti transzfúziós terápia. Cooley, J. R., Kitay, D. Z. (402 Bronson Medical Center, Kalamazoo, Michigan 49006): Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, *128*, 476.

1970—1974 közötti időszak 37 186 fős szülészeti beteganyagának adatait feldolgozva a szerzők megállapították, hogy a transzfúzió gyakorisága ezen rövid idő alatt is 63%-kal csökkent. A változás azért feltűnő, mert a szülészeti vérzési rendellenességek, toxaemia, szülészeti nagyvérzések, lázas megbetegedések, antepartum anaemiák gyakorisága nem csökkent, sőt a császármetszés-frekvencia még 77%-kal nőtt is. A javulást azzal magyarázzák, hogy a spontán abortusok ellátásához szükséges transzfúziók gyakorisága 70%-kal csökkent, s a legális művi abortusok során már alig fordul elő transzfúziót igénylő szövődmény. Legnagyobb jelentősége feltehetően a terhességi anaemiák korszerű és általánosan bevezetett vaskezelésének (és fólsav-kezelésének) és a régebben még forszírozott gyermekágyi transzfúziós kezelések indikációs köre beszűkülésének van.

Berkő Péter dr.

A nyugalmi (nonstress) állapotban végzett antepartum cardiotocographia klinikai jelentősége. Tushvizen, P. B., Stoot, J. E. G., Ubachs, J. M. H. (Department of Obstetrics and Gynecology, De Wever Hospital, Heerlen (L) The Netherlands): Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, *128*, 507.

Több adatunk van már a stresshatások (oxytocin-terhelés, vajúdás) alatt végzett cardiotocographiás (CTG) vizsgálatok jelentőségéről. A szerzők most azt vizsgálták, hogy van-e jelentősége a nyugalomban jelentkező Braxton—Hicks contractiókkal és a magzatmozgásokkal kapcsolatba hozható magzati szívfrekvencia változásoknak.

Abnormálisnak minősítették a CTG-s leletet, ha: 1. az alapvonalfrekvencia 120 alatti vagy 160 ütés/perc feletti volt, 2. 30 másodpercnél hosszabb ideig tartó, vagy 30 ütés/perc-nél nagyobb amplitudójú deceleráció fordult elő, 3. nincs alapvonal oscilláció, vagy hiányzanak a magzatmozgásra (vagy más spontán, vagy külső behatásra, például hasűri nyomásfokozódásra, nyomatásra) normálisan jelentkező acceleratiók (60 másodpercnél rövidebb ideig tartó szívfrekvencia szaporulatok).

A terhesek magzatainak sorsát 3 csoportban vizsgálták: N = normális antepartum CTG lelet mellett, A = 1 abnormális lelet mellett, RA = ha szülés előtt 2 vagy több abnormális CTG lelet fordult elő. Az esetszámok: N = 325, A = 37, RA = 24. *Perinatalis mortalitási arányok a három csoportban: N = 1,54%, A = 8,14%, RA = 37,5%!* Császármetszés frekvenciák: N = 6,2%, A = 2,7%, RA = 25%. A különbségek szignifikánsak.

Az antepartum kóros CTG leletek tehát antepartum és intrapartum *intrauterin és neonatalis elhalás* (ill. asphyxia, acidosis) *lehetőségére és veszélyére figyelmeztetnek*, ismétlődések esetén a terhesség mielőbbi befejezésére kell hogy ösztönözzenek.

Berkő Péter dr.

Az emlőhőmérséklet változásai a gestatiós periódusban. Burd, L. I. és mtsai (Michael Reese Hospital and Medical Center, 29th St. and Ellis Ave., Chicago, Illinois 60616): Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, *128*, 272.

210 nő emlő-temperatúráját vizsgálták és hasonlították össze teherbeesés előtt, terhesség alatt és

a gyermekágyban. A termográfos vizsgálatok eredménye: nem terhesek középhőmérséklete 33,3° C a terhesség 9. hetében már 34,2 °C ($p < 0,01$), terminusban a különbség már $p < 0,001$-nél szignifikáns, s a gyermekágyban az emlőhőmérséklet termográffal 35,4 °C. Az eredmények a terhességgel és a lactatióra felkészüléssel járó anyagcsere- és localis keringésváltozásokat jelzik.

Berkő Péter dr.

Coagulatio és fibrinolysis molaterhességben. López-Llera, M. és mtsai (Nicolás San Juan 1031, 12, D. F., Mexico): Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, *127*, 855.

14 esetben végezték el a szokásos coagulatiós és fibrinolytikus teszteket molaterhességek adekvát kezelése előtt és után. Adataikat normális terhességekben nyert adatokkal hasonlították össze. Legfeltűnőbb eltérés a tromboplastinidő megrövidülése és thrombin-idő megnyúlása volt. A méh kiürítése előtt és után végzett vizsgálatok eredményei alapján megállapítható volt a thrombocyta-szám (21,4%) és a fibrinogén-szint esése, (15,8%) különösen azokban az esetekben, ahol előzetesen kifejezett fájástevékenységet regisztráltak. A méh kiürítése előtt relatíve normális volt a thrombocyta-szám és a fibrinogen-szint. Adataik alapján molaterhességben hypercoagulabilitást tételeznek fel, a keringő fibrinogen- fibrin degradatiós termék szint emelkedett volta miatt pedig arra következtetnek, hogy ez a comsumptio kompenzált marad.

Úgy vélik, hogy a coagulatio és fibrinolysis változásainak molaterhességben multifactorialis a pathogenesise, nagyon valószínű azonban, hogy a molaterhességben fokozottan jelentkező focalis degenerációs elváltozások során felszabaduló, s az intervillosus keringésbe jutó anyagok oki szerepe az elsődleges. A méh kiürülését követően észlelt változások pedig azt bizonyítják, hogy az abortus mechanizmusa (a contractiók, a méhűri vérzéssel növekvő lepényi hypoxia és trophoblast necrosis, a medencei vénákba jutó aktív anyagok) a consumptio hirtelen fokozódását váltja ki.

Berkő Péter dr.

A hydrocortison hatása a magzatvíz lecithin/sphingomyelin-arányára. Zuspan, F. P., Cordero, L., Semchyshyn, S. (The Ohio State University Department of Obstetrics and Gynecology, 410 W. 10th Ave., Columbus, Ohio 43210.): Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, *128*, 571.

17 harmadik trimesterbeni terhesnek adtak 6 óránként 4 alkalommal 1—1, tehát összesen 4 g hydrocortison-succinátot intravénásan. A kezelés előtt, majd 48—72 órával utána amniocentesist végeztek és L/S-arányt számítottak. A szigorú kritériumok alapján válogatott személyek magzatvizében az L/S-arány változást csakis a gyógyszerhatásnak tulajdoníthatták. 12 esetben emelkedett a magzatvíz L/S-aránya, 5 betegen (4 esetben 3, 1 esetben 2 nap elteltével) nem észleltek változást. Szignifikáns ($p < 0,01$) volt az emelkedés, átlagosan 1,21-ről 2,31-re nőtt az L/S-arány.

Felvetődik a kérdés: intravénásan hydrocortisont, vagy intramuscularisan betamethasont adjunk-e inkább. Az anyai vizelettel ürített oestrogen mennyiségének változásai alapján a szerzők úgy tartják, hogy *a hydrocortison gyorsabban fejti ki hatását* a magzat hypothalamus-mellékvese tengelyére. Egy kérdés azonban még tisztázatlan: a corticosteroid terápia távoli hatása a magzat növekedésére és fejlődésére.

Berkő Péter dr.

Perinatalis kérdések

A magzati légzőmozgás. Dawes, G. S. (Nuffield Institute for Medical Research, University of Oxford, Oxford, England): Amer. Rev. Resp. Dis. 1977, *115*, 5—10.

A báránymagzat légcsövébe helyezett katéterrel megállapították, hogy az állat az anyaméhben szabálytalan légzőmozgásokat végez, és azokat élénk szemmozgás követi. A mellkasfal mozgása olyan, mint az emberi magzaté légúteléglelenségben. A légzés száma és mélysége változó. Nappal gyorsabb, éjjel lassabb. A magzati légzés hypercapniában fokozódik, hypoxaemiában pedig megszűnik. Az anyajuh oxigénnel való lélegeztetésére a magzat légzése nem változik. A magzati légzés típusából következtetni lehet az állat egészségi állapotára. A magzati légzésszám szaporodását az állatban az érlökés emelkedése követi. Nincs bizonyíték arra, hogy a magzati légzést chemoreceptor működés szabályozná. Afferens idegingerlésre vagy hideg hatására a magzat légzésszaporulattal reagál. Az utóbbi években az emberi magzat légzésének a mérésével is kísérleteznek. Mind a három módszer az ultrahangon alapszik. Az első kettő, az A-scan és a valódi idő B-scan a magzat mellkasának a légzőmozgásait, a harmadik a folyamatos Doppler-módszerrel pedig a hörgőfában a folyadéksebességet rögzíti. Megállapították, hogy iv. glukóz oldat hatására a magzati légzőmozgás fokozódott, egy-két cigaretta elszívása után másfél óra múlva csökkent.

Pongor Ferenc dr.

A magzat és az újszülött vérkeringése a tüdőben. Rudolph, A. M. (Cardiovascular Research Institute and the Departments of Pediatrics, Physiology, and Obstetrics-Gynecology and Reproductive Sciences, University of California, San Francisco, CA 94143): American Review of Respiratory Disease. 1977, *115*, 11—18.

Az újszülött életben maradása nemcsak az alveolaris ventilatiótól, hanem a tüdő megfelelő vérkeringésétől is függ. A megszületés után a teljes vérmennyiség részt vesz a keringésben, a magzatban a vérnek csak egy kis töredéke jut be a tüdőbe, hiszen a gázcserét a méhlepény bonyolítja le. Fontos azoknak a tényezőknek az ismerete, amelyek a magzat csökkent és az újszülött teljes vérkeringését szabályozzák.

A magzat tüdejében az 5—6. rendű arteriákban a simaizom vastagsága ellenáll a vérnyomásnak. A terhesség 60—150. napján bárányban a verőtérfogatnak csupán 3—4%-a kerül a tüdőbe, ami a terhesség végén 8—10%-ra emelkedik. A vérnyomás a báránymagzat tüdejében a terhesség utolsó harmadában nagyobb mint az aortában, ez azonban a szülés idejére lecsökken. A magzatban a tüdő vérkeringésére az autonóm idegrendszernek nincs hatása. A tüdőben az erek összehúzódását a hypoxaemia és az acidaemia szabályozza. Levegő vagy oxigén belégzésére a tüdő érellenállása csökken. Báránymagzat tüdejében az angiotensin II fokozza, az acetylcholin, a histamin, az isoproterenol és a bradykinin viszont csökkenti a tüdő ereinek ellenállását. Újabb vizsgálatok szerint a prostaglandinoknak is szerepük van a magzat-újszülött korban a tüdő vérkeringésének az alakulásában.

Pongor Ferenc dr.

Hyalin membran betegség. Tooley, W. H. (Cardiovascular Research Institute and the Department of Pediatrics, University of California, San Francisco, CA 94143): American Review of Respiratory Disease. 1977, *115*, 19—28.

A szerző munkacsoportja 1958 óta foglalkozik a hyalin membran betegség kóroktanával. Azzal kezdték, hogy az újszülött tüdejét gyorsan felfújták, majd az orrát befogták, hogy a kilégzést megakadályozzák. Erre az újszülött kapkodott ugyan a levegő után, lélegezni azonban nem tudott. 1959-ben a figyelmük a tüdő felületfeszültségi anyaga felé irányult. A következő 3 évben megállapították, hogy ez az anyag főleg dipalmitoyl lecithinből áll, amit az alveolaris epithel-sejtek termelnek. Élettani kutatásaik során kiderült az is, hogy az arteria pulmonalis egyik ágának a lekötése után a tü-

dő érintett területében hypoventilatio, atelectasia keletkezett vizenyő, vérzés és hyalin membrán képződés kíséretében. Ezt azzal magyarázták, hogy a véráramlás megszűnésének a hatására a tüdőben csökkent a felületfeszültségi anyag termelés. 1963-ban közölték elméletüket a heveny hyalin membran betegség keletkezéséről. E szerint születés előtt vagy közben a hypoxia és az acidosis szűkületet okoz a tüdő arterioláiban, csökken a tüdő vérkeringése (Q) és ischaemia keletkezik. Ennek a hatására megváltozik a sejtanyagcsere (M) és megszűnik a tüdő felületfeszültségi anyag (S) synthesise és kiválasztása. Így csökken a tüdő térfogata és rugalmassága (Cl), a légzés munkája egyre nehezedik, az újszülött képtelen a normális légzésre (V), a növekvő hypercapnia és hypoxaemia tovább fokozza a tüdőben az érszűkületet. Ez a körfolyamat bármelyik láncszemnél elindulhat.

1963-ban kísérletet kezdtek a hyalin membran beteg újszülöttek dipalmitoyl lecithin aerosol kezelésével, amire a tüdő rugalmassága a kétszeresére emelkedett, a tüdő térfogata azonban változatlan maradt. 15 kezelt gyermek közül 10 meghalt. Ezután a tüdőér-relaxans acethylcholin infusióval próbálkoztak. Erre 12 súlyos beteg újszülött tüdő vérkeringése, rugalmassága javult, az arteriás oxigéntensio emelkedett, a széndioxid tensio csökkent. A 12 beteg közül már csak 5 halt meg. Ezen tapasztalatok alapján a következő 3 évben figyelmüket a tüdő vérkeringésének a javítására fordították. A hypovolaemia csökkentésére albumin infusiót vagy teljes vért adtak. Az újszülöttet intenzíven kezelték, az arteriás vér pH értékét 7,30 vagy ennél magasabb szinten tartották, acidosis esetén a köldök arterián át szódabikarbóna oldatot adtak, és a hyalin membran beteg újszülöttet a tüdő kitágítása céljából intubálták. Ezzel a módszerrel a halálozás 50%-ról 5%-ra csökkent. Az 1000—1500 g testsúllyal születettek halálozása azonban továbbra is 50% volt.

1967-ben kezdték el kísérleteiket az újszülöttek őrzőszobájában a tüdő folyamatos pozitív nyomásos lélegeztetésével, aminek a kedvező eredményéről 1970-ben számoltak be. Módszerüket a világ minden táján átvették. Közben *Liggins* arról számolt be, hogy báránymagzatban a hypophysectomia késleltette, a magzatba adott adrenocorticotropin hormon pedig siettette a szülést. Szerinte a glycocorticoidok javították a tüdő szövetének a felépítését és fokozták a tüdő felületfeszültségi anyag termelését. Előbb állatoknak, majd szülő nőknek adagoltak glucocorticoidokat és azok hatására a hyalin membran betegséggel születettek száma jelentősen csökkent.

Hyalin membran betegségben az éretlen tüdő nem képes a méhen kívüli élethez alkalmazkodni. A szöveti képben a tüdőben tágult hörgőcskéket, vastag interstitialis septumokat és csökkent légzőfelületet láthatunk. Ehhez a tüdőzenyő maradványaként másodlagosan hyalin membran társul. A plasma alacsony fehérje szintje fokozza a folyadéknak a tüdőből való kiáramlását. Therapiás teendőink: gondoskodni kell az újszülött normális légzéséről, a tüdő vérkeringésének az egyensúlyban tartásáról mindaddig, amíg az oxigén-tensio normális légzés mellett élettani nem lesz. A modern komplex gyógyeljárások alkalmazásával 1965 óta sikerült elérniük azt, hogy jelenleg a 2000 g testsúlyon felül hyalin membran betegséggel születettek közül egy sem halt meg, az 1000—1500 g között születettek közül pedig 92% életben maradt.

Pongor Ferenc dr.

A glucocorticoid hatása a magzat tüdejére. Ballard, P. L. (Cardiovascular Research Institute and Department of Pediatrics, University of California, San Francisco, CA 94143): American Review of Respiratory Disease. 1977, *115*, 29—36.

Liggins mutatta ki először 1969-ben, hogy az a báránymagzat, amelyik a megszületése előtt egy hónappal dexamethason infusiót kapott, életképesen született meg. Azóta megállapították, hogy a szülés előtt alkalmazott steroid gyorsítja a tüdő normális fejlődését, fokozza a II típusú epithel-sejtekben a lamellaris testek szaporodását, az alveolusokban a felületfeszültségi anyag termelést és a koraszülött állatok túlélését. Ezt a folyamatot az endogen corticosteroid töménység szabályozza, éspedig a tüdőben levő glucocorticoid receptorok útján. A glucocorticoid aktivitást a tüdőben az L—2 sejtek bonyolítják le. Ezek a sejtek a II típusú epithel-sejtekből származnak. Állatkísérletek szerint nyúlmagzat tüdejében glucocorticoid adása után a lecithin nagy mennyiségben cholint kebelez be, ami indukálja a lecithin biosynthesist, valamint a phosphatid-sav phosphatas enzym képződését.

Ugyancsak *Liggins és mtsa* közölte 1972-ben, hogy a terhes nők szülés előtti corticosteroid kezelésével az újszülöttben az idiopathiás légútbetegség csökkenthető volt. San Francisco három kórházában 1977-ben a szülés előtti betamethason kezeléssel a 750—1750 g testsúllyal született magzatokban a légútbetegség syndroma 50,4%-ról 17,5%-ra csökkent, az újszülöttek túlélése pedig 78,4%-ról 95%-ra javult. A terhes nőnek naponta adott 12 mg betamethasonnak sem az anyára, sem az újszülöttre káros mellékhatása nem volt.

Pongor Ferenc dr.

Az agy vérkeringése újszülöttben. Cross, K. W. (Department of Physiology, London Hospital Medical College, London, England): American Review of Respiratory Disease. 1977, *115*, 49.

A szerző és mtsa már 1974-ben feltételezte, hogy a hőtermelés a legnagyobb az újszülött agyában. Ezt a feltevésüket azzal a megfigyelésükkel támasztották alá, hogy a magzat fülében magasabb a hőmérséklet, mint a légcsövében, a végbelében vagy az aortájában. Megállapították azt is, hogy az újszülött táplálása után a fül hőmérséklete emelkedik, amit ugyanakkor az agy vértartalmának csökkenésével magyaráztak. Elméletük igazolására *Whitney* módszerével higanyszálat tartalmazó szalagrendszert helyeztek el az újszülött feje köré az agy vérmennyiségének mérése céljából és valóban: az újszülött táplálása után félóra múlva az újszülött fején a homlok-tarkó átmérő csökkent.

Pongor Ferenc dr.

A ductus arteriosus (Botall) korai functionalis záródása és a koraszülöttek mérsékelt súlyosságú respiratiós distress syndromája. D. W. Thibeault és mtsai (Harbor General Hospital, UCLA School of Medicine, 1000 W Carson St., Torrance, CA 90509): Am. J. Dis. Child. 1977, *131*, 741.

Régóta ismert, hogy míg érett újszülöttek zöménél a ductus arteriosus záródása az első 24 órán belül bekövetkezik, addig sok koraszülöttnél ez a záródás csak napok, sőt hetek múltán történik meg. A késői záródás kedvezőtlenül befolyásolja a koraszülöttek respiratiós distress syndromájának (RDS) gyógyulási folyamatát. A szerzők választ keresnek arra, hogy a koraszülöttek RDS-e és nyitott ductus arteriosusa között van-e összefüggés, ill. hogy az RDS nélküli koraszülöttek ductus arteriosusa korán záródik-e functionalisan. Klinikai megfigyeléseket végeztek 144, 25—34 hetes gestatiós korú koraszülöttön. A vizsgálatokba csak olyan koraszülöttek kerültek, akiknek a ductus arteriosus zárt vagy nyitott állapota biztosan megállapítható volt klinikai vizsgálattal, vagy retrográd aortográfiával. Az utóbbi vizsgálatot köldökarteria katheteren keresztül végezték. Megállapították, hogy a 48 órásnál fiatalabb koraszülöttekből 59 esetben zárt, 85-nél nyitott a ductus arteriosus. A zárt ductus arteriosusú koraszülöttek között súlyos RDS-es nem fordult elő, csupán háromnak volt enyhe RDS-e. Ezzel szemben a nyitott ductus arteriosusúak felében (85 közül 43-ban) súlyos RDS állt fenn. Anyaguk további elemzése során megállapították, hogy 33 dysmaturus közül csupán 11-nél volt nyitott ductus arteriosus,

viszont a 111 terhességi időnek megfelelő születési súlyú koraszülött közül 74-nél. Feltűnő, hogy a záródott ductus arteriosusúak Apgar-pontszáma szignifikánsan magasabb volt, mint a nyitva maradottaké, ebből következik, hogy utóbbiak mortalitása is lényegesen magasabb volt (59-ből 7, ill. 85-ből 32 halt meg). Arra a következtetésre jutottak, hogy az accelerált surfactant képződést bizonyára együtt jár a ductalis szövetek maturációjával is, így a korai functionalis ductus arteriosus záródás bekövetkezhet igen éretlen koraszülöttben is, amely az RDS incidentia csökkenésével társul.

Gagyi Dénes dr.

Antenatalis glucocorticoid kezelés a respiratiós distress syndroma megelőzésére koraszülöttekben. Block, M. F., Kling, O. R., Crosby, W. M. (Department of Gynecology and Obstetrics at the University of Oklahoma College of Medicine, Oklahoma City, Oklahoma): Obstetrics and Gynecology. 1977, *50*, 186—190.

Egyre több állatkísérlet és klinikai megfigyelés bizonyítja, hogy a glucocorticoidok gyorsítják a magzati tüdő érését, s ezért ma már széles körben alkalmazzák az idiopathiás respiratiós distress syndroma (IRDS) megelőzésére. A glucocorticoidok e célból történő alkalmazásának azonban vannak potenciális veszélyei is. Kiemelt helyen kell megemlíteni azokat az állatkísérleteket, amelyekben kimutatható volt, hogy a terhesség alatt adott glucocorticoidok a foetus növekedését lassították, valamint, hogy az antenatalis glucocorticoid kezelés hatására a tüdősejtek száma kevesebb lett, mint a kontroll csoportban.

Ez utóbbi aggályok miatt a szerzők igen kritikus szemmel vizsgálva tettek megállapításokat az IRDS steroid prophylaxisáról. Vizsgálataikban 128 különböző gestatiós korú koraszülött szerepel. Ebből 49 betamethasont, 35 methylprednisolont, 44 pedig fiziológiás NaCl inj.-t kapott. IRDS gyakoriság a beta-methasonos csoportban 10,2%, a methylprednisolonos csoportban 28,6%, a kontroll csoportban 27,3% volt.

IRDS gyakoriság a gestatiós hetek szerint: betha-methasonos csoportban, ha a a gestatiós idő kisebb mint 32 hét, 30,7%, ha a gestatiós idő 33—37 hét, akkor 2,7%. A methylprednisolonos koraszülöttek között ugyanez a csoportosítás 53,3%, illetve 10,0%, míg a kontroll csoportban 47,3%, illetve 12,0 százalék volt. Az átlagos kezelési idő a beta-methasonos csoportban volt a legkisebb, ahol a legjobb eredményeket érték el.

A therapia megkezdése előtt a magzatvíz L/S arányt is meghatározták. 2,0 alatti L/S arány esetén a beta-methasonos csoportban 25, a methylprednisolonos csoportban 71,4%, a kontroll csoportban pedig 70,5%-os gyakorisággal lépett fel az IRDS.

Az idő előtti burokrepedés szerepét vizsgálva az IRDS megjelenési gyakoriságában, azt találták, hogy a beta-methason szignifikáns kedvező hatása csak az intakt burok eseteiben volt kimutatható.

A perinatalis halálozásban szignifikáns különbséget nem észleltek; igaz, a beta-methasonos csoportban a 32. gestatiós hétnél fiatalabb koraszülöttek között kevesebb volt a halálozás, de ez nem volt szignifikáns. Meg kell azonban jegyezni, hogy az esetszám nagyon kicsi, így nem lehet reálisan értékelni. Viszont váratlanul megszaporodott az intra partum elhaltak száma a beta-methasonos csoportban.

A szerzők hangsúlyozzák a steroid kezelés jó hatását az IRDS prophylaxisában, s ezt a szignifikánsan kevesebb IRDS, az intakt burokkal bíró csoport, valamint a magzatvíz L/S arány vizsgálata mutatta különösen jól. A steroid hatásosságát bizonyítja az a megfigyelésük is, hogy a beta-methasonos csoportnak volt a legrövidebb az átlagos kezelési ideje.

A methylprednisolon hatástalanságát több tényezővel magyarázzák: 1. a placentán kisebb mennyiségben jut át, 2. lassú a felszívódása, 3. így kisebb koncentrációban van jelen a foetalis tüdősejtekben, amely nem elég a kellő hatás kifejtéséhez. Viszont olyan esetekben, amikor az anya terhessége alatt steroid kezelést igényel, de nem kívánatos, hogy az a magzaton is kifejtse hatását, a methylprednisolont lehet alkalmazni.

Horváth Imre dr.

Fokozódó hypoxia újszülöttekben tartós pozitív végnyomású respiratiós kezelés alatt. Nelson, R. M., Egan, E. A., Eitzman, D. V. (Department of Pediatrics, Division of Neonatology, University of Florida College of Medicine, Box J—296, JHMHC, Gainesville, FL 32610): The Journal of Pediatrics. 1977, *91*, 87—91.

Az újszülöttkori RDS pozitív végnyomású (PEEP) respiratiós kezelése (CPAP, PPV) napjainkban igen elterjedt. Ismeretes, hogy nem ritka szövődménye a pneumothorax, az interstitialis emphysema és a szív perctérfogatának csökkenése, mely szövődmények a therapia effektusát rontják. 1975 óta azonban olyan közleményeket is olvashatunk, amelyek e therapiás beavatkozás alatt egyre fokozódó hypoxiáról számoltak be, holott a fenti szövődmények egyike sem volt kimutatható. Jelen közlemény is 5 ilyen esetet ismertet és foglalkozik e paradoxon lehetséges okával, valamint pathomechanizmusával.

A közleményben szereplő 5 IRDS-ben szenvedő koraszülöttnél a szokásos pozitív végnyomású respiratiós therapiát kezdték el és azt tapasztalták, hogy az elégtelennek bizonyult, a pozitív végnyomás emelésével párhuzamosan nem javult a betegek oxygenisatiója, ellenkezőleg, egyre hypoxiásabbak lettek. A szóba jövő szövődmények kizárása mellett a jobb-bal shunt értéke ($Q_s : Q_t$) mutatott nagyfokú növekedést. Ha csökkentették vagy megszüntették a pozitív végnyomást, a betegek oxygenisatiója javult és ugyanakkor a shunt aránya is lényegesen kisebb lett.

A szerzők véleménye szerint ez úgy magyarázható, hogy a hyperexpandált alveolusok között a tüdőkapillárisok kompressziója jön létre, ami megnöveli a pulmonalis vascularis resistentiát. Így egyrészt intrapulmonalisan, másrészt pedig extrapulmonalisan a fenti következményekkel járó shuntök alakulnak ki. Az intrapulmonalis shuntök úgy jönnek létre, hogy a hyperexpandált alveolusok megváltoztatják a véráram útját, mégpedig úgy, hogy az a hyperventilált alveolus területeket kikerülve, a kevésbé vagy nem ventilált alveolusok irányába halad. E mechanizmus létezését több közlemény is megerősíti. Az extrapulmonalis jobb-bal shuntök pedig a jól ismert foramen ovalén, valamint a ductus arteriosuson keresztül alakulnak ki.

Végül egy harmadik mechanizmus is hozzájárulhat a hypoxaemia növekedéséhez. Ez a szív perctérfogatának a csökkenése, mely nagyobb arterio-venosusos oxygen gradienst fog létrehozni és ezáltal a PaO_2 értéke alacsonyabb lesz. Sőt, elméletileg az ebből következő hypoxaemia jelentőségét nem is lehetne megkülönböztetni a shuntök által létrehozott hypoxaemiától? Van azonban egy lényeges vonása ennek, amely arra utal, hogy e mechanizmus mégiscsak kicsiny jelentőséggel bír. Ez pedig a shunt-arány ($Q_s : Q_t$) változás nagysága, mely mindenképpen meghaladja azt az értéket, melyet a percvolumen változás létre tud hozni.

A szerzők nem akarnak vészharangot kongatni a túlnyomásos respiratiós therapia felett, csupán felhívják a figyelmet egy paradox jelenségre.

Horváth Imre dr.

A gestatiós kor és a klinikai állapot hatása újszülöttek bilirubin kötő kapacitására. W. J. Cashore és mtsai (50 Maude St. Providence, RI 02908): Am. J. Dis. Child. 1977, *131*, 898.

43 klinikailag jó állapotú és 45 beteg, 26—41 hetes gestatiós korú újszülöttben Sephadex G—25-tel mérték a teljes bilirubinkötő kapacitást. A jól levő újszülöttekben a bilirubinkötő kapacitás, a serum

albumin koncentráció és az albumin-bilirubin kötő moláris arány egyenes összefüggésben volt a gestatiós korral. Beteg újszülöttekben a bilirubinkötő kapacitás és az albumin koncentráció ugyancsak összefüggésben volt a gestatiós korral, azonban a 32—41 hetes gestatiós korú betegek középértékei szignifikánsan alacsonyabbak voltak, mint a jó állapotban levő újszülötteké. Beteg újszülöttekben az albumin-bilirubin kötő moláris arány ugyancsak alacsonyabb volt a jól levő újszülöttekénél és nem volt összefüggésben a gestatiós korral. Az eredmények jól egyeznek a korábbi klinikai megfigyelésekkel, amelyek az éretlen koraszülöttek fokozott mag-icterus kockázatára utalnak alacsony serum bilirubin szint mellett és hasonlóan a súlyos beteg érett újszülöttnél is kialakulhat magicterus 20 mg% alatti serum bilirubin érték esetén is.

Gagyi Dénes dr.

A vércsere újabb indikációi. Adamkin, D. H. (Dept. of Pediatrics, University of Louisville School of Medicine, Louisville, Kentucky): Ped. Clin. N. Amer. 1977, *24*, 599.

A szerző áttekinti a súlyos hyalin membran betegségben és a disseminált intravascularis coagulatióban újabban alkalmazott vércsere kezdeti tapasztalatait és taglalja elméleti alapjait. A vércserének a hyalin membran betegségben kifejtett előnyös hatását a következőkkel magyarázza:

1. A súlyos beteg koraszülött vére jórészt Hb F-et tartalmaz, melynek oxigénaffinitása nagyobb, mint a felnőtt véré. Ennek oka a 2,3-diphosphoglycerat hiánya. A túlnyomórészt Hb F tartalmú vér fokozott oxigénaffinitása tökéletlenebb szöveti oxigenizációt eredményez, ezért elméletileg ennek felnőtt vérrel való helyettesítése előnyös. Kísérletes tanulmányok azonban nem találtak összefüggést a vércserével kezeltek túlélése, vérük Hb A tartalma, valamint 2,3-DPG szintje között.

2. Vércsere után a belégzett gázkeverék oxigéntartalmát (FiO_2) csökkenteni lehetett, ezt a tüdő ventilatiójának és perfusiójának javulásával magyarázza, melyet a vércsere során kiürült vasoaktív anyagok (vasopressin, prostaglandin F_2) eliminációjával hoz összefüggésbe. Érvelését *Boda és mtsai*nak peritoneális dialysissel elért kedvező eredményeivel támasztja alá.

3. A hyalin membran betegségben gyakran észlelhető véralvadási zavarok a vércsere folyamán rendeződnek, így csökken a letális kimenetelű pulmonalis és cerebralis vérzések száma.

A disseminált intravascularis coagulatio az újszülöttkorban Gram-negatív sepsis, acidosis, hypoxia és hypotensio következtében jöhet létre. Tekintettel arra, hogy az újszülöttkori DIC-et a felnőttkorban jól bevált heparin kezelés kevésbé befolyásolja, a következő megfontolások alapján lehet előnyös a vércsere:

1. Alvadási faktorokat és thrombocytákat szolgáltat,
2. eliminálja a fibrin hasadási termékeket és a DIC-et előidéző toxikus anyagokat,
3. csökkenti a hypoxiás szöveti károsodás valószínűségét.

Gagyi Dénes dr.

Mellékvese daganat magzati alkohol syndromában. Hornstein, L. és mtsai (Dept. of Pediatrics, Univ. of Cincinnati): Lancet. 1977, *II*, 1292.

Felnőttekben ismert, hogy alkoholistákban a száj, garat, gége és oesophagus rákjának előfordulása gyakoribb. A szerzők észleltek egy 13 éves leányt, akinél alkohol syndroma sok tünetén kívül mellékvese-carcinomát találtak. Az anya 39 éves, krónikus alkoholista. Terhessége alatt rengeteget ivott, főleg sört. Az újszülött súlya 1446 g volt, a 36. gestatiós héten. Strabismus és lassú motoros és mentalis fejlődés jellemezte. A craniofacialis dysmorphián kívül hemihypertrophiája volt. Súlyos retardatio és meglassult beszédfejlődés volt még megállapítható.

A beteg 13 éves korában fokozódó karfájdalom (b. o.) és a felkar csökkent mozgása miatt jelentkezett a klinikán. A vizsgálatok nem secretáló mellékvese-carcinomát mutattak ki csont-, tüdőáttéttel. A beteg 41 napos cytostatikus kezelés közben meghalt.

A szerzők felvetik, hogy tud-e az intrauterin alkohol-expositio az alkohol-embriopathián kívül még malignus tumort is okozni?

(Ref.: Minderre csak az alkohol-embryopathia széles körű megismerése és a betegek longitudinalis megfigyelése fog választ adni.)

Korányi György dr.

Átmeneti tricuspidalis insufficientia újszülöttben: a megviselt újszülöttek myocardialis dysfunkciójának egyik formája. Bucciarelli, R. L. és mtsai (Department of Pediatrics, University of Florida College of Medicine, Gainesville): Pediatrics. 1977, *59*, 330—337.

Burnard, valamint *Rowe* közleményei óta ismert, hogy a perinatalis ártalmak közül az asphyxia és a hypoglykaemia átmeneti szívműködési zavart okozhat. A szerzők 14 olyan érett újszülött kórtörténetének elemzéséből nyert észleléseikről számolnak be, melyek közül 5 súlyos állapotúnál (1. csoport) szívkatheterezéssel, kilencnél a klinikai kép (2. csoport) alapján diagnosztizálták a tricuspidalis insufficientiát. Eseteik kétharmadában az 1 perces Apgar-érték 6 alatti; egyharmadában pedig a vércukor érték 30 mg/dl alatti volt. Mindenkinél hallották a tricuspidalis insufficientia jellegzetes zörejét: a sternum bal alsó szegélyétől jobb oldalra sugárzó, nagy frequentiájú crescendo típusú systolés zörejt, amelyhez nem társult peckelő pulzus. Tíz esetben cyanosist, 9 alkalommal decompensatiós szívelégtelenséget figyeltek meg. Cardiomegaliát egy kivétellel minden betegükön megállapítottak, míg a tüdő vascularisatiós eltérései nem mutattak jellegzetességet. Az EKG leletek csaknem minden betegnél a jobb kamra hypertrophiájára és a jobb pitvar dilatatiójára utaltak, míg az ST depressio és T hullám inversio a myocardium hypoxiájának jeleiként 9 újszülöttön jelentkezett. Minden betegüket digitalizálták és diuretikus kezelésben is részesítették. A 12 túlélő cardiomegaliája, cyanosisa és zöreje a második hét végére szűnt meg; EKG eltéréseik második hónapos koruk végére normalizálódtak. Egyik betegüket vérzéses tüdő-oedemában, a másikat hyalin membrán betegségben vesztették el. Mindkét boncolt szíven a tricuspidalis billentyű elülső papillaris izomzatában foltos necrosist észleltek.

A betegség aetiopathogenesiséről vallott nézetek *Schiebler* 1968-as első megfigyelése óta megváltoztak, mivel sem a születést követő hirtelen ductus arteriosus és foramen ovale záródásához társuló pulmonalis vascularis resistentia-fokozódás, sem a tricuspidalis billentyű fejlődési zavara nem igazolódott. A persistáló foetalis keringés syndromától eltérően ezen állapotban nem találtak jobbról balra shuntöt, fokozott pulmonalis vascularis resistentiát, míg a tricuspidalis billentyűknél a regurgitatio jelentősnek bizonyult.

A szerzők feltételezik, hogy a megviselt újszülöttek átmeneti myocardialis dysfunctiója a hypoglykaemiával társuló vagy anélkül jelentkező súlyos hypoxia eredménye. Ennek alátámasztására azon experimentalis tényekre hivatkoznak, mely szerint: az újszülött myocardium a hypoxia és hypoglykaemia hatására durván károsodhat, de nagyobb a regeneratiós készsége mint a felnőtteké; a szív glycogen tartaléka gyorsan elfogy az asphyxia során, és a túlélés az asphyxia mértékétől nagymértékben csökkentett myocardialis glycogen mennyiségétől függ; az asphyxia során a szív glycogen változásai olyan EKG eltéréseket okoznak, melyek a felnőttkori myocardialis ischaemia kapcsán észlelhetők; a papillaris izomzat érzékenyebb lehet a hypoxiára.

Végül a közleményben utalnak arra, hogy az egész szívet megviselő ártalom jelentkezhet a bal kamra dysfunctióját is kiváltva, vagy mint közölt eseteik: izo-

láltan a jobb kamra működészavarait előidézve. Ismereteik szerint a perinatalis ártalom regisztrálása, a tricuspidalis elégtelenség zöreje és a myocardialis dysfunctio további tényei alapján szívkatheterezés nélkül is a diagnózis valószínűsíthető és a konzervatív kezelés bátran indikálható.

Wilhelm Ottó dr.

Női tej és a kis súlyú koraszülött. Fomon, S. J. és mtsai (Dept. of Pediatrics College of Medicine, Univ. of Iowa City, IA 52242): Amer. J. Dis. Child. 1977, *131*, 463.

A szerzők megállapítják, hogy az elmúlt években az orvostudomány sok eredményt ért el a kis súlyú koraszülöttek életben tartása terén. Az ő táplálásukban szerzett újabb tapasztalatokat összegzik jelen munkájukban.

A női tejet előnyösnek tartják az újszülöttkori fertőzések megelőzése szempontjából. A védőhatást a női tej complement, lysozym, lactoperoxydase, lactoferrin és specifikus zsírsav tartalmának, valamint sejtes komponenseinek tulajdonítják. Védőhatását tapasztalják a kis súlyú koraszülöttekben egyébként gyakran letális kimenetelű necrotizáló enterocolitissel szemben. A női tejnek vonzó sajátossága alacsony osmolalitása, amely kevésbé terheli az éretlen vesét.

Hátrányosnak találták a női tejet különösen azon súlyos betegségen átesett koraszülötteknek, akik jelentős ásványi anyag- és nitrogénveszteséget szenvedtek betegségük során. Így szembetűnően alacsonyabb a női tej nátrium és calcium tartalma, amely a lactatio folyamán tovább csökken. Emiatt a rachitis veszélye fenyeget, ha D-vitamin kiegészítést nem kap a koraszülött. A tehéntej tápszeres táplálás mellett a súlygyarapodást gyorsabbnak találták, mint női tej táplálás mellett, s ez nemcsak a magasabb minerália tartalomnak, hanem a magasabb fehérje tartalomnak is köszönhető.

A szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy a női tejet nem tanácsos kiiktatni a koraszülöttek táplálásából, azonban a hiányzó komponensek pótlásáról is gondoskodni kell. Ajánlatosnak tartják a koraszülöttek súlyfejlődésének ellenőrzését a kórházi ápolás utáni időszakban is. A kizárólagos tápszeres táplálást veszélyesebbnek tartják, mint a kizárólagos női tejes táplálást, mert a tápszerek magasabb fehérje tartalma hosszú távon lassult intellektuális fejlődés veszélyével járhat.

Gagyi Dénes dr.

Koraszülött táplálás. Heird, W. C. (Dept. Pediatrics, 630 W 168 St. New York, N. Y. 10032): Amer. J. Dis. Child. 1977, *131*, 468.

Az 1940-es években a koraszülött-táplálásban általánosan női tejet alkalmaztak. Az 1940-es évek közepén *Gordon* és *Levine* kimutatták, hogy a magasabb protein tartalmú tápszer adása esetén gyorsabb a súlygyarapodás, ezután ez a táplálási mód vált általánossá. A nagyobb súlygyarapodást egyes szerzők a tápszerek magasabb minerália tartalmának tulajdonították, azonban *Kagan és mtsai* 1972-ben kimutatták, hogy a 7—28 napos koraszülöttek testvíz tartalmával arányosan nő a szárazanyag-tartalom is. Magas (6 g/kg/die) fehérjebevitel esetén gyakran észleltek oedemát és azotaemiát koraszülöttekben. További vizsgálatok azt igazolták, hogy 2,5—4 g/kg/die fehérjebevitel tekinthető adaequatnak.

A neonatológusok álláspontja újabban változott a koraszülött-táplálás terén. Újra népszerűbbé vált a szoptatás, mert védőhatást fejt ki a necrotizáló enterocolitissel szemben, mert előnyösebbnek találták az intenzív anya—csecsemő kapcsolat kialakulását, s főleg mert legújabban kiderült, hogy a súlygyarapodás éppoly gyors a női tej táplálás mellett, mint tápszeres táplálás esetén. A tápszerrel tápláltakon fordul elő metabolikus acidosis vagy azotaemia, esetleg hyperaminoacidaemia.

A szerző rámutat, hogy a *Fomon és mtsai* által felújított vita: tápszeres vagy női tejes táplálás-e a helyesebb a koraszülöttek számára, nem válaszolható meg egyértelműen. Tudomásul kell venni, hogy minden tekintetben jó táplálék, amely a koraszülött igényeit kielégítené, egyelőre nincs. Női tejes táplálás mellett a koraszülött nem éri el az intrauterin növekedés ütemét, azonban a szerző is azt tartja, hogy károsabb a magas fehérjetartalmú tápszer anyagcsere következménye, mint ennek hiányában — anyatejes táplálás mellett — a lassúbb súlygyarapodás.

[Ref.: Újabban több közleményből az derül ki, hogy Nyugaton reneszánszát éli az anyatejes táplálás. Az ismertetett két összefoglaló közlemény is ezért látott napvilágot. Kórházi gyakorlatunkban a koraszülött-táplálás terén kezdettől fogva alkalmaztuk a lefejt női tejet. Azt találtuk, hogy biológiai védőhatása akkor érvényesül, ha forralatlanul adjuk. Forralás esetén hőlabilis faktorai denaturálódnak. Ilyen időszakban fordult elő az 1950-es évek közepén E. coli járvány, amelyet csak az ismét nativ női tej alkalmazásával sikerült megfékezni. Az 1970-es években végzett bakteriológiai vizsgálatok a lefejt női tej gyakori szennyezettségét állapították meg, ezért terjedt el az anyatejgyűjtő állomásokon a pasztőrözés. Frank és mtsai szerint a pasztőrözött női tej nemcsak csíramentessége, hanem megtartott biológiai értéke miatt is előnyös. Az ugyancsak Frank által kezdeményezett tápszeres kiegészítést alkalmazzuk jelenleg is koraszülötteink táplálásában (korábban Adapta, jelenleg Robolact) és a súlygyarapodás ütemét megfelelőnek találjuk. D-vitamin adagolást — anyatejes vagy tápszeres táplálástól függetlenül — alkalmazunk az idevágó módszertani levél instrukcióinak megfelelően, és rachitist csak elvétve észlelünk.]

Gagyi Dénes dr.

Magzati veszteség, ikerszülés és a születési súly alakulása oralis fogamzásgátlók szedése után. Rothman, K. J. (Department of Epidemiology, Harvard School of Public Health, 677 Huntington Ave, Boston, MA 02115): The New England Journal of Medicine. 1977, *297*, 468.

Néhány korábban megjelent közlemény adatai szerint az oralis fogamzásgátlókat szedett nők csoportjában, a gyógyszerszedés megszakítását követően létrejött terhességekben kisebb a magzati veszteség (spontán abortus, halvaszülés) és gyakoribb az ikerterhesség. Az említett közlemények azonban nem egészen meggyőzőek, ezért e kérdés tisztázása végett a szerzők újabb adatokat próbáltak gyűjteni.

Postán küldött kérdőívek segítségével 8616 olyan terhes nő magzati veszteségét, ikerszülési gyakoriságát és az újszülöttek születési súlyának adatait dolgozták fel, akik terhességük előtt oralis fogamzásgátlókat szedtek, s ezt kontroll csoporttal hasonlították össze. A kapott adatokat egyrészt az oralis fogamzásgátlás össz-időtartama, másrészt pedig az oralis fogamzásgátlás megszakítása, valamint az ezt követő teherbe esés között eltelt időtartam szerint vizsgálták.

Az oralis fogamzásgátlókat szedett nők csoportjában a spontán abortus 8%, a halvaszületés 0,1%, míg a kontroll csoportban 13%, illetve 0,4% volt. Az oralis fogamzásgátlók szedésének össz-időtartama és a megszakítás, valamint a teherbe esés között eltelt idő hossza nem volt kimutatható hatással a magzati veszteségre.

Az ikerterhességek gyakorisága az oralis fogamzásgátlókat szedett nők csoportjában 1%, a kontrollban 1,1%. A gyógyszer szedésének össz-időtartama nem volt hatással az ikerterhességek gyakoriságára, de a gyógyszerszedés megszakítása és a teherbe esés között eltelt idő tartama már észrevehető különbséget okozott az ikerterhességek gyakoriságában. De ez a különbség csak abban a csoportban jelentkezett, ahol a gyógyszerszedés megszakítása és a teherbe esés

között eltelt idő egy hónapnál rövidebb volt. Az ikerterhességek gyakorisága e csoportban 1,6%, s ezen belül is a különnemű ikerpárok 2,9-szer gyakoribbak voltak az Egyesült Államok ide vonatkozó adatainál. E különnemű ikerpárok mindegyike olyan anyától született, akik az oralis fogamzásgátló gyógyszert összességében 13—25 hónapon át szedték.

Az újszülöttek születési súlyában nem okozott észrevehető változást az oralis fogamzásgátlás.

A közlemény kérdőlapos módszerének hiányosságai ellenére a szerzők pozitívan értékelik vizsgálataikat, mert amellett, hogy anyagukban is kisebb volt a magzati veszteség, biztosan igazolni tudták, hogy e gyógyszerek nem veszélyeztetik a foetalis életet. Továbbá az ikerterhességek megszaporodását a nevezett csoportban gyógyszerhatásnak tulajdonítják, s ezt igazolja a különnemű ikerpárok megszaporodása is.

Horváth Imre dr.

Hypothyreosis felismerése újszülöttkorban, beszárított vérből végzett TSH meghatározás alapján. Illig, R. és mtsai (Kinderspital, Steinwiesstr. 75, CH-8032, Zürich): Helv. paediat. Acta 1977, *32*, 289—297.

Svájcban 1977. január 1-én vezették be az újszülöttek hypothyreosis szűrővizsgálatát. A szűrési metodika: szűrőpapírra szárított vérmintából TSH meghatározás radioimmunoassay segítségével. 20 fokon végzett 38 órás inkubálás után a kötött és a szabad TSH kettős antitest precipitáció során egymástól elválik. Jelenleg egy TSH meghatározás költsége 4.40 sFr. A szükséges reagensek kereskedelmi forgalomban kaphatók és ezek ára a költségek kb. 15%-át teszi ki. 1977 első 8 hónapjában 21 862 újszülöttet vizsgáltak az 5. életnapon a Guthrie-teszttel egyidejűleg. Hét esetben diagnosztizáltak hypothyreosist 100 μE/ml feletti TSH szint alapján. A diagnózist klinikailag nem állították fel egyetlen esetben sem, noha valamennyi újszülöttön több-kevesebb tünetet észleltek. A szűrővizsgálat eredményeként a thyroxin szubsztitúciót a 2. élethéten el lehetett kezdeni. A gyakoriság ebben az anyagban 1 : 3000, ami az eddig észlelt legmagasabb előfordulási arány. További vizsgálatok szükségesek annak eldöntésére, hogy ez genetikai vagy földrajzi faktorok, átmeneti formák előfordulásának vagy a TSH meghatározáson alapuló, a T_4-gyel szemben hatékonyabb szűrővizsgálati módszer következménye-e.

Kiss Péter dr.

Veleszületett hypothyreosis Svédországban. Gyakoriság és a diagnózis felállításának ideje. Alm, J. és mtsai (Dept. Pediatrics, St. Göran Hosp., Box 12500, S—112 81 Stockholm): Acta paediat. Scand. 1978, *67*, 1—3.

Az 1969—1975 közötti 7 éves periódusban Svédország gyermekgyógyászati intézményeiben 112 congenitalis hypothyreosis esetet kórisméztek. Feltételezhető, hogy valamennyi congenitalis hypothyreosis eset kórházi felvételre került, ezért a betegség gyakorisága Svédországban 1 : 6900, az élveszületésekre számítva. A kiterjedt és hatékony egészségügyi ellátás ellenére a betegek több mint felében a kórisme felállítására csak a 3. élethónap után került sor. Ez a tény is sürgeti az újszülöttkori tömeges hypothyreosis szűrés bevezetését. Ugyanakkor egy ilyen program jótékony hatását nem lehet addig értékelni, míg ki nem derül, hogy a korán bevezetett kezelés javítja ezen gyermekek prognózisát, azokkal szemben, akiken a diagnózist csak háromhónapos kor után állítják fel.

Kiss Péter dr.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROSZER" Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részlege)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

„Korszerű medicina — magyar egészségügy".

T. Szerkesztőség! Csákány György dr. a *Valóság* múlt évi *11.* számában fenti cím alatt átfogó tanulmányt közöl. Tanulmányában számos helyes, megszívlelendő megállapítást tesz. Így egyetértek azzal, amit a műszerezettség helyzetéről és fontosságáról, amit a gyógyító-megelőző ellátás integrációjának jelentőségéről ír. De minthogy tanulmányának néhány tételével alapvetően nem lehet egyetérteni, s minthogy ezen megállapítások egészségügyi ellátásunk néhány alapkérdését érintik, úgy érzem nem lehet szó nélkül elmenni mellettük.

Hozzászólásomban Csákány György tanulmányának szerkezetét követve a cikknek csak néhány megállapításával foglalkozom.

1. Csákány György elsőnek „az orvos—beteg és az orvos—orvos viszony alakulása a modern medicinában" kérdésével foglalkozik. Megállapítja, hogy „az orvos—beteg viszonyát ... *alapvetően a tudati elmaradottság foka s az orvos ezzel kapcsolatos magatartása szabja meg. Az orvos magatartása ugyanis meghatározó: eljátssza-e a mágus szerepét, manipulálja-e a betegeket vagy nem?*" (Kiemelés S. I.). Ezzel a kérdéssel nem foglalkozom bővebben. Teljes mértékben megértem és osztom *Magyar Imre* állásfoglalását, aki ezt a beállítást utasította vissza hozzászólásában, a Valóság 1979. évi 1. számában.

2. Csákány György tanulmányában a továbbiakban megállapítja: „A beteg, sőt az egészséges ember is ... a szakorvosok egész sorával kerül szervezett, mintegy *hivatalos kapcsolatba,* s ennek során *egyre inkább elmosódik az orvos—beteg kapcsolat személyes, magán jellege ... S itt az egyik kulcsszó a kollektíva, a team*" (Kiemelés S. I.)

Alapvetően nem értek egyet a team olyan értelmezésével, amelynek szükségszerűen el kell mosnia az orvos—beteg kapcsolat személyes jellegét.

A team, a konziliáriusok nem szabad, hogy háttérbe szorítsák alapvető célkitűzésünket, hogy a betegek kezelését, életvezetését egyetlen orvos kell, hogy irányítsa, az az orvos, aki a konziliáriusi véleményeket kéri és szintetizálja.

Úgy gondolom, hogy jelenlegi konziliáriusi rendszerünknek egyik gyenge pontja az, hogy az egyes konziliáriusok külön-külön elmondják véleményüket, a kezelés menetét a hozzájuk küldött betegnek. A sok konziliárius véleménye szükségképpen különböző. Ez az, ami megzavarhatja a beteget, csökkenti a bizalmát a kezelőorvosban. Úgy gondolom, van valami, amit szigorúan át kell vennünk a magángyakorlat régi alapszabályából. Ha régebben egy orvos magánbetegét más szakorvoshoz küldte, a konziliárius azzal búcsúzott a betegtől: „Megbeszélem a teendőket a Kolléga Úrral".

Az élet néha bonyolult helyzeteket teremt. Állhat valaki diabetese miatt diabetes gondozásban és infarktusa miatt kardiológiai gondozásban. Magam a követendő utat abban látom, hogy a különböző gondozók a beteg vezető betegsége alapján állapodjanak meg abban, ki legyen a „gondozó orvos", a karmester. Alapvetően fontosnak tartom azt is, hogy ha egy üzemi dolgozót az üzemi orvos is, a lakóhely szerinti körzeti orvos is kezel, a két orvos tartson kapcsolatot egymással. Vizsgálataink azt mutatják, hogy ezen a területen nagyon sok a tennivaló.

2. És tekintve, hogy az *alapellátás nem választható el a szakorvosi ellátástól, előre kell lépnem egyet.* Annál is inkább, mert meggyőződésem szerint itt van a *magyar egészségügyi ellátás egyik* kulcskérdése. A tanulmány 45. oldalán ez áll:

„A sokat-gyorsan-olcsón kényszere az elmúlt három évtizedes extenzív fejlesztésben természetesen a könnyebb megoldás felé szorított. A intézményfejlesztés súlypontja az olcsóbb és könnyebben megvalósítható járóbeteg-ellátás felé teredőlött".

A valóságban a helyzet nem ez. A felszabadulás után a „járóbetegellátást" azért kellett fejleszteni, mert a *betegek többségét nem kórházban, hanem „járóbetegként" kell ellátni.* Ezeknek a járóbetegeknek a nagyobb része szakorvosi ellátást igényel. Magyarországon a felszabadulás előtt csak a magánalkalmazottak részére (Péterfy Sándor utcai rendelő) és az állami alkalmazottak részére (Trefort utcai rendelő) létesültek korszerű szakorvosi rendelők.

Az OTI szakorvosi rendelői botrányosak voltak. Négy-öt szobából állott az újpesti „szakorvosi rendelő" az Árpád úton, hasonlóan kicsi volt az a rendelő melyben az OTI a „Vörös Csepel" munkásait ellátta. Kis földszinti épületben volt az OTI Pacsirtamező u.-i szakorvosi rendelője, az óbudai munkások részére és a Mária téri rendelő. E két utóbbi zsúfoltságát magam is tapasztaltam, mert abban a szerencsében volt részem, hogy egy egész nyárra alkalmaztak.

Gyakorlatilag *nem voltak szakorvosi rendelők.* És ahol újat építettek (pl. Esztergom), ott is az egy emeletes épület $^3/_4$ részét hivatalok foglalták el. Tele voltak nyilvántartásokkal, nehogy valaki egy nappal tovább lehessen az OTI terhére kórházban, mint amennyire jogosult.

Nagy hiányt pótolt a felszabadulás után a társadalombiztosítás, amikor megépítette az újpesti, csepeli, kispesti, debreceni stb. rendelőket. *Keveset épített. És kevés most is a szakorvosi rendelő,* ezért gyakran olyan betegeket utalnak kórházba, klinikára, akiket ambulanter is kitűnően el lehetne látni. S ezzel tovább növeljük a kórházi zsúfoltságot.

A kórházon kívüli ellátás egyik alapvető gyengeségének történelmi okai vannak. 1950-ig az egészségügy irányítása nem volt egységes. A nagy önállósággal rendelkező *OTI a szakorvosi rendelők telepítésénél* általában nem volt tekintettel arra, hol vannak a kórházaink és látókörén kívül esett a körzeti orvosi ellátás. *A körzeti rendelőket a tanácsok létesítették,* kocsmák, üzlethelyiségek átalakításával. Így alakult ki a sajátos hazai háromlépcsős rendszer: külön telepített kórházakkal, szakorvosi rendelőkkel, körzeti rendelőkkel.

Az új kórházakkal általában együtt épültek a szakorvosi rendelők. De viszonylag kevés az olyan szakorvosi rendelő, amely magában foglalja a körzeti rendelőt is. Innen származik, hogy a *körzeti orvos kapcsolata nem kielégítő a konziliáriusokkal.* Innen származik a betegek küldözgetése. Az orvosok leveleznek egymással. A leletek a betegek zsebében vannak. Sok a feleslegesen párhuzamos vizsgálat. Ez nehezíti a körzeti ellátás integrációját.

Ennek a kérdésnek *jelentőségét mutatják* az alábbi számok is. Magyarország 10,7 millió lakója évente közel 160 milliószor találkozik orvossal. Ez azt jelenti, hogy egy lakos közel tizenhatszor. Ebből közel 50 milliószor körzeti orvosával. Ha ezeknek a találkozásoknak az eredménye nem kielégítő; ha a körzetekben, szakorvosi rendelőkben nagy a zsúfoltság, annak igen nagy az egészségügyi kihatása. De tudatában kell lennünk azzal is, hogy igen nagy a politikai és gazdasági hatása is.

3. A következő kérdés, amely mint klinikust, és mint szervezőt arra késztetett, hogy tollat vegyek a kezembe, Csákány György következő megállapítása:

„A társadalmi forradalom évszázadában a világ minden részén napirenden van a legszélesebb tömegigények kielégítésének feladata. Ezt nem lehet „mértékutáni" rendszerben megoldani. *Az alapellátásban konfekcionálni kell az élet minden területén".*

A tudomány szédületes fejlődése nagyon sok ágat sarjasztott az orvostudomány fáján. Magyarországon az egészségügyi miniszter legújabb rendelete szerint 57 féle szakorvosságot lehet szerezni. És

azon az ezerarcú területen, ahol orvosok dolgoznak, egyre több az olyan terület, ahol az ellátást gépesíteni, automatizálni lehet és kell is. Ennek tudatában is az a szilárd meggyőződésem, hogy fejlett egészségüggyel rendelkező *szocialista egészségügyet építő ország egészségpolitikájának nem lehet célkitűzése az egészségügyi ellátás konfekcionálása.* Ezen meggyőződésemet alátámasztják a tapasztalatok: a jó alapellátást megoldották a Szovjetunióban, számos szocializmust építő országban. Megoldották az egyik legfejlettebb egészségügyi ellátással rendelkező tőkés ország, Anglia általam ismert körzeteiben. És megoldották Magyarország számos városában, Budapest számos körzetében.

Ha szocialista egészségügyünk *távolabbi célkitűzéseit nézzük*, szilárd meggyőződésem szerint csak egy álláspontunk lehet: *Megfelelő szervezéssel, fejlett technika mellett ugyanazt kell nyújtanunk a lakosság egészének, amiben régen csak a módosok részesültek. Meg lehet és meg kell valósítani a „háziorvosi rendszert", ahogy ezt sok kiváló körzeti orvos eddig is, Budapesten is, másutt is megvalósította.*

A szakosodás szédületes ütemében kielégíthető ez az igény? Igen. Kielégíthető. Az esetek döntő többségében kielégítheti egy jó körzeti orvos. És valamennyien ismerünk sok ilyen körzeti orvost. *Az igény kielégítésének feltétele, hogy a körzeti orvos kapcsolatban legyen a beteget vizsgáló szakorvosok, konziliáriusok többségével. Városokban ezen igény kielégítésének feltétele, hogy a körzeti orvos munkahelye a szakorvosi rendelőben legyen.*

Eddig elsősorban a városi ellátásról volt szó. Ennek fő oka, hogy az orvos—beteg kapcsolatának meglazulása, a sok bába veszélye, elsősorban városi kérdés. Alapvetően más a helyzet a *falvakban*, ahol a jó alapellátás egyik alapvető feltétele az, hogy jól képzett általános orvosok töltsék be a megürülő falusi orvosi állásokat. Konzílium biztosítására országosan általában kiépült a városi (járási) szakorvosi rendelők hálózata.

4. Csákány György tanulmányában „Mennyit ér a kényelem?" cím alatt ezt írja:

„Az ötvenes, hatvanas években még ez volt a jelszó: *közel kell vinni az ellátást a lakossághoz.* Ennek jegyében szaporodtak el a kis rendelőintézetek, üzemi szakrendelők, kis és törpe kórházak stb."

A szocializmust építő országok egészségpolitikáját a szocialista egészségügy alapelvei határozzák meg. Ezek között az az elv, hogy *„közel kell vinni az ellátást a lakossághoz" az igazságnak csak a fele.* A szocialista egészségügy alapelveinek egyik legfontosabbika a valóságban így hangzik: *„a magas színvonalú egészségügyi ellátást mindenki számára díjtalanná és hozzáférhetővé kell tenni".* Ezt az alapelvet, melynek része *„a hozzáférhetőség biztosítása"* a gyakorlatban úgy kell értelmezni, hogy pl. falvakban *az alapellátást* (a körzeti orvosi, de még a fogorvosi ellátást is) *területileg is közel kell vinni a lakossághoz.* És valóban a felszabadulás óta a körzeti orvosi ellátást közel vittük a lakossághoz.

De ha ennek az alapelvnek másik felét is szem előtt tartjuk, ha azt a célt tűzzük magunk elé, hogy *a korszerű, a magas színvonalú ellátást tegyük a lakosság számára hozzáférhetővé*, akkor a *közelvitel elvét* nem egyszer *háttérbe kell szorítanunk.* Ez történt pl. akkor, amikor a *korszerű ellátás biztosítása érdekében tömegesen meg kellett szüntetnünk a kis szülőotthonokat.* 1948—52 között nemcsak a 2—3 ágyas falusi szülőotthonokat szüntettük meg, hanem a 15 ágyasokat is. Az ötvenes évek első felében minden 20 ágyasnál kisebb szülőotthont megszüntettünk. És ennek keresztülvitele nem egy esetben csak súlyos viták útján volt elérhető. S napjainkban egészségügyi kormányzatunk helyesen idejét látja, hogy még tovább menjen: Napirendre kerül a szülőotthonok megszüntetése általában.

S mint ahogy az előbbiekben már rámutattam, *városban* — az esetek túlnyomó többségében, a település jellegétől függően — *az alapellátást, a körzeti orvosi ellátást sem jó területileg közel vinni a lakossághoz.*

Ha a körzeti orvos munkahelye a korszerű szakorvosi rendelőben van, ez az esetek jelentékeny részében a lakosság számára valami kényelmetlenséggel jár, de jobb ellátást, gyorsabb gyógyulást tesz lehetővé. Itt tehát az egészségügyi ellátás közelvitelének az elve háttérbe kell, hogy kerüljön a jó ellátás érdekében. Ez az a terület, ahol teljes mértékben egyetértek Csákány György centralizáló koncepciójával.

A magas színvonalú, tudományos alapokon nyugvó egészségügy építése célja a felszabadulástól mai napig a magyar egészségügyi kormányzatnak. Megkönnyítette ezt, hogy kezdettől, Molnár Eriktől, kommunista vezetés alatt állott a minisztérium.

E cél megvalósítását szemlélteti, hogy az ország 19 megyéje közül 14-ben kiépültek a sokprofilú nagy megyei kórházak. 3 megyében az orvosegyetemek biztosítják a megye lakói számára a korszerű ellátás hozzáférhetőségét. Mindössze két olyan megye van az országban, ahol nem megfelelő a „megyei kórház" nagysága, felszereltsége. Ezek felépítése a következő ötéves tervben fog megtörténni. 1959-től, a vidéki ipari központok kiépítésétől, a mezőgazdaság szocialista átszervezésétől megindult a korszerű, 500 ágyas városi, járási kórházak építése.

Hogy a kórházak magas színvonalú ellátást tudjanak nyújtani, a felszabadulás óta létesülnek kórházainkban az önálló klinikai laboratóriumok, prosektúrák, röntgenosztályok, izotóplaboratóriumok, traumatológiai osztályok, vértranszfúziós állomások, folyóiratokkal jól ellátott orvosi könyvtárak. Kiépültek a megyei KÖJÁL-ok, a megyei gyógyszertári központok. Orvosegyetemeinken az elméleti tömbök. Az utóbbi 15 évben az intenzív osztályok stb.

A korszerű ellátás biztosítása érdekében létesülnek 1948-tól napjainkig az országos intézetek. A magas színvonalú egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének biztosítása, szelleme hatja át egészségügyünk II. alaptörvényét, melyet 1972-ben fogadott el az Országgyűlés.

Annak szemléltetésére, hogy a nagy kóházak létesítése jellemzője a magyar egészségügynek, 4 számot idézek: Míg 1950-ben az ország kórházi ágyainak 19,1%-a volt 1000 ágyas vagy nagyobb kórházakban, addig 1970-re ez az arány megkétszereződött, 37,5%-ra emelkedett. Azóta ez az arány tovább javult. Míg 1950-ben az ország kórházi ágyainak 15,5%-a volt 200 ágyas vagy kisebb („törpe") kórházban, 1970-ben 8,1%. Azóta a kis kórházak aránya tovább csökkent. A fenti adatok Csákány Györgynek nemcsak azt a megállapítását cáfolják, hogy sok törpe intézmény létesült. Cáfolják azon megállapítását is, hogy egészségügyünk elsősorban extenziv irányban fejlődött.

Hol van hát a bajok gyökere? Mi az oka annak, hogy egészségügyi intézményeink jelentős része meg nem engedhetően zsúfolt? A vidékkel szemben különösen nagy a zsúfoltság a budapesti kórházakban, ahol a felszabadulás óta csak egy új kórház épült: a Tétényi úti kórház, és ahol a több mint 15 éve megtervezett és jóváhagyott délpesti kórház átadása máig nem történt meg. Ennek egyrészt szervezési okai vannak, amiket ki fog küszöbölni az integráció. De tudnunk kell azt is, hogy bár az utolsó 20 esztendőben számos korszerű kórház, szakrendelő létesült, bár szaporodott a körzeti, üzemi rendelők száma, *s bár az egészségügyi hálózat fejlesztése 1956 óta meggyorsult, ma is kevés a kórházi ágyak száma.* Távlati terveink szerint a lakosság jó kórházi ellátásához a jelenlegi 90 000 ágy helyett 120 000 ágyra lenne országosan szükség. Ezt az arányt elérte a Szovjetunió. *Kevés a szakorvosi rendelő. Egyetemeink közel négyszer annyi orvostanhallgatót oktatnak, mint amennyinek oktatására létesültek.* Ma is érvényes, bár lényegesen kisebb mértékben pártunk Politikai Bizottságának 1979.

évi határozata, mely megállapítja, hogy egészségügyünk fejlődése elmaradt a népgazdaság fejlődése mögött. Ez áll az extenziv és intenzív fejlődésre egyaránt.

5. Egészen röviden az *etikai helyzetről*. Nem tudok egyetérteni a tanulmány 52. oldalának utolsó soraival, melyben ez áll:

„a mindenkire kiterjedő állami betegellátás jelenlegi rendszerében az adott orvosi bér és jövedelempolitika mellett csak ez alakulhatott ki... Miért követeljük, követelhetjük az orvosoktól, hogy szentek legyenek"?

Ezzel a szerző globális felmentést ad azokra a, csupán az orvosok elenyésző töredéke által elkövetett súlyos vétségekre, törvénybe ütköző cselekményekre is, melyekkel valamennyiünk szégyenére e téren találkozhatunk. Az orvosi rendtartás, az egészségügyünk alaptörvénye világosan megjelölte a teendőket. Nekünk orvosoknak kell saját portánkon rendet tartanunk.

Az orvostudomány fejlődésének a szocialista társadalom építése során nem mechanizálni, hanem humanizálni kell az egészségügyi ellátást.

Simonovits István dr.

Milyen szemléletű orvosokra van szükség a korszerű egészségügyben?

T. Szerkesztőség! Kevés, az egészségügyről szóló közlemény kavart olyan vitát mostanában, mint a *Valóság* 1978. *11.* számában Csákány György professzor írása. Reagált rá a napi sajtó (Magyar Nemzet — Kovács Judit), foglalkozott vele a Rádió 168 óra műsora, de vitatták széltében-hosszában az orvosok és orvostanhallgatók, és a Valóság 1979. 1. számában *Magyar Imre* professzor is vitára késztető hozzászólást jelentetett meg.

Az eredeti cikknek mindenképpen hibája, hogy figyelmen kívül hagyja a gyógyításban igen nagy szereppel bíró *gyógyító személyiséget.*

Ezt igen helyesen vette észre és kifogásolta a cikk egyoldalú mechanisztikus voltát a gyakorló belgyógyász, a gyógyító orvos *Magyar Imre.*

Ami viszont az Ő hozzászólásában furcsa és ami miatt, mint a társadalomegészségügy egyik orvoskari oktatója szót kérek a vitában az, hogy Magyar Imre professzor is csak kórházban tudja elképzelni a jó orvost. Azt írja: „... hogyan lesz valaki kiváló belgyógyász, ha a modern kórházat egy időre otthagyja és rendeléssel foglalkozik, vagy körzeti orvosként működik?" Ez a mondat elmarasztaló ítélet a hazai gyógyító-megelőző hálózatban dolgozó orvosok több mint feléről, ugyanis a magyar orvosok több, mint 50%-a kórházon kívül dolgozik. Ott *próbálja* a rábízott lakosságot orvosként kezelni, gondozni.

Csak *próbálja és nem tudja,* mivel erre az egyetemen nem tanították meg. Ugyanis amíg az egyetem klinikus oktatói nem „nyitják ki a kórházajtót", amíg nem veszik észre, hogy mások az orvosi feladatok egy kórházon belül, mint azon kívül, és amíg erre hallgatóikat nem tanítják meg, addig az egészségügyi ellátó rendszerben mindig lesznek irigyelt kórházi és lenézett kórházon kívül dolgozó orvosok. Csákány György vitára késztető írásában ez a szemlélet benne van és az említett kifogásolható részek mellett is helyesen van a cikkben.

Véleményem szerint, ha a belgyógyász munkája olyan, hogy időnként körzetben is dolgoznia kell, akkor látni fogja, hogy a kórházban beállított és eredményesnek bizonyult gyógyszeres kezelés hogyan módosul akkor, amikor a beteg már nincsen olyan szoros felügyelet alatt. Ezek ismeretében a beteg sajátos körülményeit jobban figyelembe vevő kezelést ír majd elő, ha újra az osztályon dolgozik. Magyar Imre gyakran hangoztatja előadásain és írásaiban, hogy nem érti a körzeti orvos bátorságát azon a téren, hogy megváltoztatja a klinika által javasolt gyógyszerelést. Ennek talán az is oka, hogy a körzetbe kihelyezett orvos nem nagyon jut el a kórházba, hogy osztályos orvosként a legkorszerűbb ismeretek birtokába jutva a leghelyesebb gyógyszerelési szabályokat megismerje és betartsa. Sajnos súlyos gondok ezek.

Az orvosképzés reformja megköveteli, hogy a hallgatókat *minden orvosi szituációra* tanítsák meg az egyetemi évek alatt. E szituációk közé tartozik a kórházon kívüli orvosi munka is. Nagyon szomorú lenne, ha a belgyógyászat tanítása során az új oktatási tematikába nem kerülne be a körzeti orvos belgyógyászati teendőinek, illetve a járóbeteg-ellátásban dolgozó belgyógyász speciális munkájának ismertetése. Hogyan várjuk el orvosainktól ezek hiányában, hogy a beteg állapotának helyes értékelésével foglaljanak állást abban a kérdésben, hogy keresőképes-e a beteg vagy nem? Nem hiszem, hogy ez a probléma kisebb jelentőségű, mint a hazánkban öt évente egyszer egy esetben előforduló ritka betegség elkülönítő diagnosisának pontos és részletes ismerete. Hogy a belgyógyászat szigorlaton ez utóbbi jelenleg nagyobb súllyal esik latba, az talán nem egészséges.

A társadalomnak az orvosképzés sokba kerül. Ezért a társadalom joggal várja el, hogy e befektetés gyümölcsöző legyen. Az egészségügyi intézmények integrációja nagyobb hatással tud a lakosság gyógyító-megelőző ellátásával foglalkozni, de csak akkor, ha az ott dolgozó *orvosok szemlélete is egységes, nem kórház, nem betegség, hanem betegcentrikus.* Én nem hiszem, hogy ezek az orvosok nem lesznek képesek az orvostudományt előre vinni és elődeikhez hasonlóan magas szinten tartani. Éppen megváltozott szemléletük és szélesebb alapokon nyugvó tapasztalataik felhasználásával lesznek képesek arra, hogy a *salus aegroti suprema lex esto* szellemét mind a kórházon belül, mind azon kívül és az orvostudomány fejlesztése terén is maradéktalanul betartsák.

Simon Tamás dr.

NAPROSYN

tabletta mV 200 Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tabletta gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis–mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlóékhoz – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgiák, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, periarthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.).

ELLENJAVALLATOK: Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalkorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2 × 250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tabletta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalmak napszakos jellege szerint: 2 tabletta reggel, 1 tabletta este, illetve 1 tabletta reggel és 2 tabletta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határokon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyancsak naponta kétszer kell beadni.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullét, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkiütés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Kerülendő az együttadás

- magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulansokkal (anticoagulans hatás fokozódik;
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicilérzékeny egyénekben urtikáriát, aszthmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tabletta 22,– Ft.

FORGALOMBA HOZZA: Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI

KÖNYVISMERTETÉS

Peter Hürter: Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. Klinik, Therapie, Rehabilitation. Mit einem Geleitwort von Zvi Laron. Mit 40 teilweise farbigen Abbildungen u. 34 Tabellen. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1977. Ára: 24,80 DM.

A szerző elöljáróban a betegség epidemiológiájával foglalkozik. A diabetes gyakoriságával kapcsolatosan különböző szerzők adatait ismerteti. A diabetes genetikájáról, a manifesztációt elősegítő tényezőkről jól áttekinthető képet ad. Röviden és világosan tárgyalja a betegség patofiziológiáját és patogenezisét. A klinikai részben a WHO határozatainak megfelelően csoportosít korcsoportok és típusok szerint. Világosan tárgyalja a tünettant és diagnosztikát. A gyermekkori diabetes különböző fázisai ismertetésekor, nagyon helyesen, megkülönböztet inicialis, remissiós, totalis diabetest, pubertasos és adolescens szakaszokat. Foglalkozik az érszövődmények jelentőségével is. A kezelés elveinek megbeszélése kapcsán még a könyv méreteihez viszonyítva is igen röviden tárgyalja a keto-acidosisos állapotok kezelését. Az ismertetett eset (példa) leírása jobb áttekintést ad a kezelésről, mint a viszonylag sok kérdést érintő, szűkreszabott szöveg. Igen gondosan feldolgozott része a könyvnek az ambulans kezeléssel foglalkozó fejezet.

5 pontban adja meg az ambulans kezelés célját. A lényeg, hogy a gyermek a társadalomba beilleszkedő, teljes értékű emberré váljon. Kiemeli a család, az orvos, működésének jelentőségét. Az insulinkezelés részletes tárgyalása során behatóan ismerteti, milyen készítményt és fecskendőt használjunk, a test melyik részébe adjuk az injekciót (ezt ábrán is feltünteti). Foglalkozik továbbá az insulin beadásának optimális időpontjával, technikájával és mellékhatásaival.

A diétás kezelés feltétlen híve. Sajnálatosnak tartja, hogy a szabad diétának még vannak hívei a gyermekorvosok között. A diétás kezelést igen részletesen tárgyalja. A kalóriaszámításoknál a szénhidrátegység megfelel 12 g szénhidrátnak, ami azonos a hazai irodalomban is szereplő fehérkenyér egységgel. A zsíregység 4 g zsír, a fehérjeegység 2,5 g fehérje. Elgondolkoztató, hogy mennyiben valósítható meg a gyakorlatban a beteg számára előnyös, de bonyolult számításokon alapuló diétás kezelés. Nem helyesebb-e a diéta jelentőségének hangsúlyozásával minél jobban leegyszerűsíteni a kezelést. Természetesen országonként más-más a helyzet.

Nagyon hasznos útmutatást ad azokkal a példákkal, amelyekben az étkezés időpontját és az étkezési adagot az insulin kezeléshez adaptálja. Részletesen foglalkozik a betegség otthoni ellenőrzésével. Ismerteti, milyen módosításokkal szabad a betegnek, illetve a hozzátartozónak a lehetőséget megadni a vércukor otthoni napszakos ellenőrzésére. Rövid, de lényeges a rehabilitációval foglalkozó fejezet. A jó ambulans kezelés és gondozás mellett a szülők pszichológiai problémáival, az óvodás és iskolás gyermek helyzetével foglalkozik. Nagyon helyesen kiemeli, hogy a környezetnek mindig tudni kell a gyermek diabeteséről. Sportolás, pályaválasztási lehetőségek is a megbeszélés tárgyát képezik.

A könyv kivitele példamutató, az ábrák és táblázatok szemléltetők, a könyv elolvasása diabetessel foglalkozó orvosok számára ajánlatos.

Barta Lajos dr.

Jan-Diether Murken és Sabine Stengel-Rutkowski (szerk.): **Pränatale Diagnostik.** Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1978. 212 oldal, 79 ábra, 47 táblázat. Ára: 44 DM.

A mű azokkal a legkorszerűbb módszerekkel foglalkozik, amelyek az újszülöttre vonatkozó előrejelzéseket tudományos alapra helyezik.

A tárgyalt témák az alábbiak: a praenatalis diagnosztika lehetőségei és nehézségei az NSZK-ban, gynaecologiai vonatkozások, praenatalis cytogenetika, kromoszóma-aberrációk, congenitalis enzymdefectusok praenatalis felismerése, alfa-fetoprotein meghatározások jelentősége a velőcső-záródási zavarok felismerésében, ultrahang diagnosztika, amniographia, fetoscopia, a haemoglobinopathiák praenatalis felismerése, követéses gyermekorvosi megfigyelések amniocentesis után, végül jogi megfontolások és gazdasági szempontok.

A praenatalis diagnosztika abból indul ki, hogy bármilyen fontos szerepe van is a megszületésnek az egyén életében, sok minden mégis már az antenatalis időszakban dől el. A genetikai törvényszerűségek megismerése csupán statisztikai jellegű következtetések levonására ad lehetőséget, az adott esetben legfeljebb a betegség fellépésének valószínűségéről, kockázatáról adhat felvilágosítást. Az individuális megközelítés egyetlen módja megbízható, konkrét vizsgáló módszerek kidolgozása és alkalmazása.

Ezek között a legfontosabb helyet az amnion-folyadék vizsgálata foglalja el. Az amniocentesis legfőbb indikációja (különös tekintettel a Down-kór előfordulására) az anya 35 évnél idősebb kora: 1976-ban az NSZK-ban ez volt az alapja az elvégzett vizsgálatok kétharmadának. A többi amniocentesis az alábbiak között oszlott meg: megelőző kromoszóma-rendellenesség, translocatio a szülők valamelyikében, ill. enzymdefectusok, X-hez kötött recesszív megbetegedések, velőcső-záródási anomáliák gyanúja. A vizsgálathoz elengedhetetlen a lepény helyének és a punkcióhoz használt eszköznek a pontos regisztrálása ultrahang segítségével.

A cytológiai vizsgálatok tárgya az amnion-folyadékban úszó sejtek (a magzat bőréről, az amnion belfelületéről, esetleg annak nyálkahártyáiról származó hámsejtek). A sejttenyészetek cytológiai, cytogenetikai és kémiai vizsgálatával megállapítható nemcsak a magzat neme, hanem több kromoszóma- és anyagcsere-anomália is. Sávfestési technikát alkalmazva jól kimutathatók a kromoszómák strukturális rendellenességei is. Így vált lehetővé a Down-, Edwards- és Patau-syndroma praenatalis felismerése mellett számos translocatio, inversio, deletio diagnózisának felállítása. A 7—28 cm fejtető-kar hosszúságú magzatok ellenőrzése szinte kivétel nélkül megerősítette a megszületés előtt felállított kórismét. Az esetek túlnyomó többségében viszont éppen az amnion-folyadék vizsgálata oszlatta el azokat az aggályokat, amelyek szülőben és orvosban egyaránt keletkeztek a családi és egyéni anamnesis alapján a magzat épségét illetően és tették lehetővé a terhesség normális kiviselését szorongás és bizonytalanság nélkül. A vizsgálat negatív eredménye ugyanis a terhesség nyugodt körülmények közötti kiviselését tette lehetővé, az újszülött ellenőrző vizsgálata pedig verificálta az antenatalis időszakban felállított diagnózist. Spina bifida aperta és anencephalia esetén az alfa-fetoprotein koncentrációja a 14—26. terhességi héten szignifikáns mértékben emelkedett. Minthogy a gestatiós idővel változik az alfa-fetoprotein szint, elengedhetetlen a gestatiós idő pontos meghatározása, amit kevésbé az anamnesisre, mint az ultrahang vizsgálatra építenek. A terhes nők serumában is magasabb az alfa-fetoprotein szint velőcső-záródási rendellenesség esetén, de ebben az esetben ng/ml-ekről van szó, míg a magzatvízben ennél legalább százszor nagyobb koncentrációról. A legalkalmasabb idő erre a vizsgálatra a 16—26. terhességi hét.

A nem praenatalis meghatározásának elsősorban X-hez kötött recesszív öröklődésű megbetegedé-

sek (haemophilia, Duchenne típusú izom-dystrophia stb.) van jelentősége. Az amnion-sejtek tenyészetével anyagcsere- és enzymvizsgálatok végezhetők el és a terhesség viszonylag korai időszakában felismerhetők a galactosaemia, glykogenosis, egyes mucopolysachcharidosisok, a Niemann—Pick-, Gaucher-, Fabry-betegség, xeroderma pigmentosum az alfa-1 antitrypsin hiány, beta-thalassaemia, adrenogenitalis syndroma, különböző gangliosidosisok stb. Megállapítható egy sor aminosavanyagcsere-rendellenesség is (citrullinaemia, jávorfaszörp betegség, methylmalonsav ürítés stb.).

Nem tesz említést a munka a magzatvíz spektrofotometriai vizsgálatáról (morbus haemolyticus), de a lecithin-sphingomyelin quotiensről (RDS várható fellépése) sem.

Ha a felsorolt módszerekkel különösen ultrasonographiával alapos gyanúja merül fel súlyosabb fejlődési rendellenességnek (anencephalia, Ellis—Van Creveld-syndroma stb.), amniographia útján a kérdés eldönthető. A lipoidoldékony intraamnialisan beadott Lipiodol Ultra-Fluid a magzatmázat, tehát a testfelszínt teszi láthatóvá, míg a vízben oldódó Conray 70 az amnion-üregben oszlik el. Előzetesen ilyen esetekben is ultrahang B felvétel készítendő lehetőleg ún. Real Time Scannerrel. Erre a vizsgálatra a második és harmadik trimenonban kerül sor.

A fetoscopia száloptikával, tűvel ellátott Hobbins-trokárral történik és célja a magzat egyes testrészeinek közvetlen megfigyelése (hydrops foetus, omphalokele, multiplex fejlődési rendellenességek) és magzati vér vétele valamelyik subamnionalis vénából, elsősorban örökletes haemoglobinopathiák felismerése céljából.

Minden beavatkozás jár bizonyos kockázattal és ez alól — könnyen érthető módon — éppen a praenatalis diagnosztikai eljárások sem alkothatnak kivételt, még akkor sem, ha 6 munkacsoport több mint 4000 esetre vonatkozó vizsgálatából megnyugtató következtetéseket von le és több mint 1000 első életévét betöltött gyermeken sem észleltek különösebb rendellenességeket. Véleményem szerint e fontos és gyorsan kialakuló szakágazatban mindenképpen szükség van bizonyos kritikai megfontolásokra, sőt gátlásokra és főleg a vizsgálat elmulasztásával és annak elvégzésével járó kockázat latolgatására, különösen akkor, ha — amint azt a tanulmány adatai is tükrözik — az esetek túlnyomó részében az eredmény negatív és a vizsgálattól remélhető eredmény kizárólag psychologiai jellegű.

A monográfia érdeme, hogy számos új megismerést tartalmaz, kiterjedt irodalmi hivatkozások mellett a szerzők saját tapasztalataikat is elemzik és nemcsak az elért eredményeket értékelik, hanem rámutatnak a kutatás továbbfejlesztésének irányzataira is.

Sárkány Jenő dr.

Erworbene Gerinnungsstörungen im Kindesalter. I. Symposion vom 1. bis. 2. Oktober 1976 in Ascheberg. Hrsg. von U. Göbel. Bücherei des Pädiaters, Heft 78; Enke Verlag, Stuttgart, 1977. 176 oldal, 38 ábra, 62 táblázat. Ára: 58 DM.

A „Klinische Pädiatrie" c. folyóirat supplementumai sorában megjelent — szerényen „füzet"-nek nevezett — kiadvány a gyermekkori szerzett véralvadási zavarokkal foglalkozó első symposion előadásait tartalmazza, közleménysorozat formájában.

Az anyag öt témára tagolódik: I. véralvadási zavarok újszülöttkorban, II. haemolytikus uraemiás syndroma, III. a thrombocyta-eredetű véralvadási zavarok diagnosztikája, IV. szerzett véralvadási zavarok rosszindulatú betegségek kapcsán és V. szabadon választott témák.

Az I. részben *Prof. W. Künzer és mtsai* terjedelmes összefoglalója (19 táblázat!) az újszülöttkori vérzések gyakoriságát és klinikumát tárgyalja. A képet *Göbel* valamint *Prof. W. Kirsch és mtsai* a kórélettani és differenciáldiagnosztikai problémák ismertetésével egészítik ki. Figyelemre méltó az újszülöttkori streptococcussepsis és a hozzá csatlakozó diffuz intravascularis coagulatio (DIC) kérdése, mellyel két előadás foglalkozik. A II. rész a haemolytikus uraemiás syndroma szinte teljes spektrumát mutatja be. A III. témában a thrombocyta-funkció zavarainak diagnosztikája terén a módszerek standardizálása és az életkorral kapcsolatos normálértékek megállapítása jelentős új eredmény. A továbbiakban képet kapunk az akut leukaemia valamint neuroblastroma kezelése során fellépő véralvadási zavarokról, a szabad témák között pedig az egészséges és a beteg gyermekek véralvadási adatainak variabilitásáról.

A rendkívül gazdag anyag érdemi tartalmi ismertetése e recenzió kereteit meghaladja. A kötet értékes forrásmunka gyermekgyógyászok, neonatológusok számára; tematikájának változatossága révén hasznos információkat meríthetnek belőle haematológus és laboratóriumi szakembereken kívül számos határterület (nephrológia, neurológia, onkológia, toxicológia) képviselői is.

A kisebb jelentőségű formai kifogások (kissé kézirat jellegű kiállítás, szabálytalan jobb oldali margó, több sajtóhiba) mellett egy hiányosság érdemel említést. Amint Kirsch professzor (1. 80. old.) nyilatkozik: „Es wäre wünschenswert, wenn sich als Ergebnis unserer Diskussion ein klares und einheitliches Konzept ... ergäbe." A discussióról, az állásfoglalás kialakításáról azonban a kötet — sajnálatosan — nem tudósít.

Virág István dr.

Hervei Sarolta: Az icterusos újszülött. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1978. Ára 20,— Ft.

A vörösvérsejt-képzésnek és a bilirubin-anyagcserének a foetalis élet során és az újszülöttkorban megfigyelhető jellegzetességeit foglalja össze az első néhány oldal, majd két csoportban ismerteti az összesen 88 oldal terjedelmű kis kötet az újszülöttkori icterusokat.

Az indirekt bilirubin felszaporodásával járó kórképeket (szerzett haemolyticus icterusok, congenitalis vörösvérsejt anomaliák okozta haemolysisek és az UDP-glucuronyltranferase enzim elégtelensége miatti icterusokat) 51 oldalon tárgyalja, a direkt bilirubin felszaporodásával járó sárgaságokkal (hepatocellularis sárgaságok és epeút fejlődési rendellenességek) 9 oldalon foglalkozik.

A monographiát egy 146 adatot tartalmazó irodalomjegyzék és egy kétoldalas tartalomjegyzék egészíti ki.

Ha az elmondottakhoz hozzátesszük, hogy a szerzett haemolyticus icterusok csoportjában részletesebben — 35 oldalon — csupán az isoimmunisatio által okozott haemolyticus betegséget tárgyalja a könyv, akkor nyilvánvaló, hogy a szerző célja elsősorban ennek, a mindennapos gyakorlat szempontjából legnagyobb jelentőségű kórképnek az ismertetése, az e kórképpel kapcsolatos diagnosztikai és therápiás módszerek összefoglalása volt. Ezt a célt a szerző vitathatatlanul el is érte és a fejezet átolvasása még a kérdéssel hosszabb idő óta foglalkozó klinikusok számára is tanulságos — főleg szerző egyéni tapasztalatainak megismerése és a szerológiai problémák Szabados Teréz főorvos közreműködésével megírt kitűnő összefoglalása miatt. A könyv többi fejezetei rövidségük miatt általában csak a legfontosabb alapinformációkat nyújtják, így elsősorban a kezdő neonatologusok, ill. a gyermekszakorvos-jelöltek érdeklődésére számíthatnak.

Az irodalomjegyzék az 1976-ig megjelent legfontosabb munkákat tartalmazza, a betűrendes tárgymutató hiánya az anyag áttekinthető felosztása miatt a könyv használatát nem nehezíti.

A monographia a magyar gyermekorvosi és neonatologiai irodalom komoly nyeresége s kívánatos lenne, hogy ne csak orvostanhallgatókhoz és gyermekorvosokhoz jusson el, hanem a határterületeken dolgozó kollégák is kézbe vegyék.

Török János dr.

VENORUTON

kapszula, injekció — H 600 Antivaricosica

ÖSSZETÉTEL: 1 kapszula 300 mg 0-(β-hydroxyaethyl)-rutosidea-t tartalmaz. 1 ampulla (5 ml) 500 mg 0-(β-hydroxyaethyl)-rutosidea-t tartalmaz.

JAVALLATOK:

Kapszula: Thrombosis (mély thrombophlebitis) kezelésben adjuvánsként az oedema-készség, vagy meglevő oedema csökkentésére, majd folytatólagosan a thrombosis klinikai gyógyulása után az akadályozott vagy nehezített vénás visszafolyás miatt.
Krónikus vénás insufficientiában (postthrombotikus állapot, varicositas), a végtag dekompenzált vénás keringésének (oedema, induratio, recidiváló thrombophlebitis, dermatosis, ulcus cruris) kompenzálására, a kompenzáció elérése után annak fenntartására, a mozgásterápia támogatása céljából.
Primer és szekunder varicositas oedemával, induratióval, dermatosisszal, ulcus crurisszal járó állapotaiban műtéti előkészítés és utókezelés céljából.
Felületes thrombophlebitisben, elsősorban a végtag postthrombotikus vénás keringési zavara esetén.
Nodus haemorrhoidalis kezelésére, főleg gyulladt csomók esetén.
Különböző eredetű lágyrészvizenyővel járó állapotokban (contusio, distorsio után, posttraumás oedema, agyvizenyő stb.).
Különböző eredetű mikrocirkulációs zavarok esetén (pl. fagyás után).
Az arteriás rendszer sikeres rekonstrukciós műtéteit követő ún. revascularisatios oedema befolyásolására.
Primer és szekunder lymphoedema esetén.

Injekció: Általában akut phlebologiai elváltozások:
Thrombosis (mély és felületes thrombophlebitisek) adjuváns kezelésére, az oedema-készség, ill. meglevő oedema csökkentésére.
Nodus hemorrhoidalis kezelésére gyulladt csomók esetén.

ELLENJAVALLATOK: Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS:

Kapszula: Lökésterápia: 2 × 1 kapszula naponta (6–8 napig).
Fenntartó kezelés: 1 kapszula naponta (4–6 héten át, esetleg tovább is).
A kapszulát étkezés közben, rágás nélkül kell lenyelni.
A therápia eredményessége jelentősen függ a kielégítő dozírozástól (kórállapottól függően megállapított idejű, rendszeres adagolás).
Indokolt esetben a napi 600 mg-ot is túl lehet lépni (maximálisan 3 × 1–2 kapszula/die, 6–8 napig).

Injekció:
Másodnaponként 1 ampulla im. vagy iv., súlyosabb elváltozások esetén naponta is lehet alkalmazni.
A klinikai kép javulása esetén oralis (kapszula) fenntartó kezelésre térhetünk át.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetve szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS:

50 kapszula, térítési díja: 31,80 Ft.
20 ampulla, térítési díja: 35,40 Ft.

ELŐÁLLÍTÓ:

BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN

ZYMA AG (Svájc) licencia alapján.

HÍREK

A **Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága** és a **Magyar Orvostörténelmi Társaság** 1979. május 24-én, 17 órakor Budapesten, az Orsz. Reuma és Fizioterápiás Intézetben (II., Frankel L. u. 23., Lukács-klub) *„Schwartzer Ferenc és Ottó" emlékülést* rendez.

Prof. Tariska István: Elnöki megnyitó.

Pisztora Ferenc: Szocialpszichiatriai szempontok Schwartzer Ferenc és Ottó aetiopathogenetikai szemléletében, valamint therápiás gyakorlatában, összefüggésben a Monarchia társadalmi életével és eszmevilágával.

Farkas Judit: A Schwartzer-iskola kilakítása és tevékenysége.

Benedek László: Schwartzer Ottó szerepe az első Országos Elmeorvostani Értekezletek munkájában.

Schnell Endre: Ranschburg Pál és iskolája.

Gordosné Szabó Anna: Schwartzer Antal és Károly gyógypedagógiai tevékenysége.

A **Semmelweis Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága** 1979. június 1-én (pénteken) 9 órakor Budapesten, a Szájsebészeti és Fogászati Klinika előadótermében (VIII., Mária u. 52.) *„Árkövy József emlékelőadás"*-t tart.

1. *Prof. Vámos Imre:* Elnöki megnyitó:
2. *Prof. Bánóczy Jolán:* A leukoplakia.
3. Az „Árkövy József" emlékérme átadása.

A **Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja** 1979. május 25-én, 16 órakor Szegeden, az Akadémiai Bizottság Székháza előadótermében (Somogyi B. u. 7.) — a thrombopoetin kutatás 20 éves jubileuma alkalmából — *tudományos ülést* tart.

Elnök: *prof. Hollán Zsuzsa* akadémikus.

Kelemen Endre: Visszatekintés.

Krizsa Ferenc: Megakaryocytopoesis 1979.

Rák Kálmán: A thrombocytopoetikus rendszer válasza cytostatikumokra egérkísérletben.

Lehoczky Dezső: Lép és thrombopoesis.

Cserháti István: A thrombopoetikus hatás vizsgálata modellkísérletekben.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1979. május 25-én, du. 2 órára tűzte ki *Orosz Tóth Miklós dr.: „Izotóp-renographia a nőgyógyászatban"* c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA nagytermében.

Az értekezés opponensei: *Csernay László dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Kertész László dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1979. május 28-án, du. 2 órára tűzte ki *Balázs Csaba dr.: „Immunológiai tényezők szerepe a Basedow-kór pathogenesisében"* c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA nagytermében.

Az értekezés opponensei: *dr. Imréné Kaiser Gabriella dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Szántó László dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1979. május 29-én, du. 2 órára tűzte ki *Szentistványi István dr.: „Cellularis iontranszport affectiv psychosisokban"* című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA nagytermében.

Az értekezés opponensei: *Györgyi Sándor dr.*, a biológiai tudományok kandidátusa, *Szücs Rozália dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága** 1979. május 31-én, du. 2 órára tűzte ki *Dalló János dr.: „Patkányok szexualis viselkedésének élettani és gyógyszertani analízise"* c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében.

Az értekezés opponensei: *Teleggdy Gyula dr.*, az orvostudományok doktora, *Mészáros István dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

Az **Országos Orvosszakértői Intézet** 1979. május 24-én (csütörtök) 10 órakor Budapesten, az Intézet kistanácstermében (VIII., Mező I. u. 19/a, I. em.) *tudományos ülést* tart.

Kovács Andor dr.: Tájékoztatás a szakigazgatási és intézményvezetők feladatairól a területük keresőképtelen állományának reális szinten tartása érdekében.

Dózsa Lajos dr.: A keresőképtelen állomány gépi adatfeldolgozásának rendszere és gyakorlata 1978. évben, Budapesten.

Bálint György dr.: A keresőképtelenek budapesti gépi adatfeldolgozása tábláinak elemzése, az elemzésből levonható következtetések és az ezek alapján elrendelt intézkedések a rendelőintézetben.

Földessy Klára dr.: Belgyógyász csoportvezető főorvosi feladatok a gépi táblák elemzése után.

Szabó Gyula dr.: A gyermekápolási táppénz alakulásának vizsgálata — különös tekintettel néhány budapesti kerület anyagára —, különböző jelentési rendszerek alapján.

Karcza László dr.: Körzeti orvosok munkájának összehasonlító elemzése a csoportvezetői táblák alapján.

Hozzászólások — Vita

A **Magyar Kardiológusok Társasága** rendezésében, az American College of Cardiology vándorfakultása 1979. május 28—29—30-án, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb Zöld-előadótermében (IX., Nagyvárad tér 4.) *tudományos előadássorozatot* tart.

1979. május 28., 15.00 óra

Prof. R. Roberts: A szívinfarctus kiterjedésének megállapítása: enzim-, EKG-, és scintigraphiás módszerek.

Prof. A. De Maria: Nukleáris vizsgálóeljárások az ischaemiás szívbetegség diagnosztikájában.

Szünet

Prof. J. L. Ochsner: A kamrai aneurismák kezelése.

Prof. D. McNamara: A kritikusan súlyos veleszületett szívbetegség kezelése a csecsemőkorban.

1979. május 29., 15.00 óra

Prof. D. McNamara: Az aorta stenosis különböző típusainak kórlefolyása és kezelési eredményei.

Prof. J. L. Ochsner: Szívsebészet a csecsemőkorban.

Szünet

Prof. A. De Maria: A koszorúér betegség vizsgálata M-mode és két-dimenziós echokardiographiával.

Prof. D. McNamara: A ballonseptostomia alkalmazása időleges kezelésként csecsemőkorban nagyér-transpositio, vagy teljes vena pulmonalis anomalia esetén.

1979. május 30., 15.00 óra

Prof. R. Roberts: Inotrop hatású szerek használata akut szívizom infarktusban.

Prof. A. De Maria: Vasodilator kezelés szívelégtelenségben.

Szünet

Prof. R. Roberts: Az infarktus nagysága, mint a heveny és a krónikus prognózis meghatározója.

Prof. J. L. Ochsner: A koszorúér sebészet jelenlegi helyzetének ellentmondásai.

A **Magyar Rehabilitációs Társaság**, a **Magyar Sportorvos Társaság** és a **Testnevelési Főiskola** 1979. május 29-én, délután 2 órakor Budapesten, a TF Aulájában (XII., Győri út 13. I. e. Beloiannisz-terem) *tudományos ülést* rendez.

Tárgy: *Sport és rehabilitáció.*

Üléselnök: *Frenkl Róbert.*

Laczkó Magyar György: Sport és testi nevelés mozgásszervi rehabilitációs intézetben.

Hajdu Levente, Benczur Miklósné, Plesa István: Mozgássérültek szervezett sportolása Magyarországon.

Hozzászóló: *Mónus András.*

Apor Péter, Duba Jenő, Gyárfás Iván, Simon György: Cardiológiai rehabilitáció és a sport.

Hozzászóló: *Vigyázó György.*

Buda Béla, Harmatta János: A sport szerepe a pszichiátriai rehabilitációban.

Horváth Endre, Bálint Árpád (Dobai Munkatherápiás Int.): Sportfoglalkozás a Pszichiátriai Osztályon.

Hozzászólók: *Arató Ottó, Fischer Iván* (Pomáz), *Görgényi István.*

Tompa Károly: Sportolók rehabilitációja.

Hozzászóló: *Árky Nándor.*

Szünet — Vita

A **MOTESZ Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesülete Délkelet-magyarországi Szekciója** 1979. május 29—30-án Gyulán, az Erkel Ferenc Művelődési Központ és Ifjúsági Házban (Béke sugárút) *Konferenciát* rendez.

Május 29., 9.30 óra

A konferenciát üdvözli: *Sarnyai Ferenc dr.* megyei főorvos, *Dér Lajos* tanácselnök, *Horváth Éva dr.* városi főorvos.

Prof. Zalányi Sámuel: Megnyitó.

Üléselnök: *Sarnyai Ferenc dr.*
Titkár: *Bakacsi Gyula dr.*

1. *Prof. Karlheinz Renker dr.* (Halle S): A szociális faktor jelentősége az egészségügyi ellátásban.
2. *Prof. Ursularenate Renker dr.* (Halle S): A dolgozók munkaterhelésének néhány munkaélettani kérdése.
3. *Kahay József dr.* (Bratislava): Az egészségügyi és a gyógyszerellátás összefüggései szlovákiai tapasztalatok alapján.

Szünet

Üléselnök: *Pap János dr.*
Titkár: *Takács Imre dr.*

4. *Rózsa József dr., Janó János dr.* (Szeged): A gyógyító-megelőző ellátás intézményhálózatának integrációja Csongrád megyében (20 perc).
5. *Gubacsi László dr.* (Kecskemét): Bács-Kiskun megyei tapasztalatok az egészségügyi integráció megvalósulásáról. (20 perc).
6. *Baki Magda dr.* (Szolnok): Az integráció helyzet és tapasztalatok Szolnok megyében (20 perc).
7. *Buda István dr.* (Gyula): Egészségügyi intézmények integrációs tapasztalatai Békés megyében (20 perc).
8. *Baly Hermina dr.* (Gyula): Elmebetegeket ellátó integrációs intézményrendszer Békés megyében (20 perc).
9. *Lukács Tibor* (Gyula): Az egészségügy integrációja és a gyógyszerellátás problémái Békés megyei tapasztalatok alapján (20 perc).

Hozzászólások

Május 30., 9.00 óra

Üléselnök: *Rózsa József dr.*
Titkár: *Csajtai Miklós dr.*

1. *Halmai Zoltán dr.* (Gyula): A járóbetegellátás néhány jellegzetessége Békés megyében (20 perc).
2. *Rusvai Antal dr.* (Szolnok): Az integráció eredményei a belgyógyászatban, kapcsolatok a körzeti egészségügyi szolgálattal a Megyei Kórház ellátási területén (20 perc).
3. *Deli László dr., Hutter Károly dr., Orosz István dr.* (Gyula): A cardiologiai esetek diagnosztikai. terápiás és rehabilitációs problémái az integrált betegellátás keretében (20 perc).
4. *Iványi János dr.* (Gyula): Az orvosok képzésének, továbbképzésének lehetőségei az integrált egészségügyi intézményekben (10 perc).
5. *Szikulai Lóránt dr.* (Kecskemét): Tapasztalatok az integrációnak az etikai helyzetet befolyásoló hatásáról (10 perc).
6. *Kiss Balázs* (Kecskemét): Gazdasági-műszaki vezetés szerepe az integráció megvalósításában (10 perc).
7. *Ádász István* (Gyula): Az integrált egészségügyi intézmények közgazdasági, pénzügyi kérdései (10 perc).

Szünet

Üléselnök: *Gubacsi László dr.*
Titkár: *Jeszenszky Andor dr.*

8. *Hős Erzsébet dr.* (Szeged): Az anya- és gyermekvédelem az integrált ellátásban Csongrád megyében (20 perc).
9. *Jakubecz Sándor dr.* (Gyula): Anyavédelmi ellátás integrált keretek között Békés megyében (20 perc).
10. *Pintér Sándor dr.* (Szolnok): A gyermekek gyógyító-megelőző ellátásának helyzete Szolnok megyében (20 perc).
11. *Takács Erzsébet dr.* (Gyula): Iskoláskorú gyermekek fogászati preventiv ellátása Békés megyében (20 perc).
12. *Danis Irén dr., Pataky József dr., Jancsó Tamás dr., Nagy Tamás dr., Tóth György dr.* (Kecskemét): Gyermekeink egészségéért (20 perc).

Hozzászólások

Prof. Zalányi Sámuel: Zárszó.

Tudnivalók:

Kérjük az előadások bejelentés szerinti időtartamát betartani.

Vetítési lehetőség: 5 × 5 cm diapozitív, 8 és 16 mm-es film.

Információs iroda a konferencia színhelyén: május 28-án 14 órától 21 óráig, május 29—30-án a rendezvény egész ideje alatt.

A **Magyar Gyermekorvosok Társasága Közép-magyarországi Csoportja** és az **Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Gyermekgyógyász Szakdolgozók Szakcsoportja** 1979. május 30-án, szerdán, de. 10 órakor Szentendrén, a Pest megyei Művelődési Központban (Engels u.) *tudományos ülést* rendez.

Megnyitó.

Kismartoni Bea (Budapest): A csecsemő-, gyermek-, és serdülőkori balesetek (30 perc).

Felkért hozzászóló: *Takács Ernőné* (Budapest).

Rohonyi Judit (Budapest): A csecsemő- és gyermekbalesetek ellátása (30 perc).

Felkért hozzászóló: *Pálfi Erzsébet* (Budapest).

Horváth Dezső (Budapest): Mezőgazdasági és ipari anyagok gyermekkori toxicologiája (30 perc).

Kovács Ilona, Fülöp Zsuzsa, Balogh Éva, Veress Mária, Frank Ágnes (Budapest): Háztartási szerek és gyógyszerek okozta mérgezések és elsődleges ellátásuk gyermekkorban (30 perc).

Felkért hozzászóló: *Orosz Mária* (Budapest).

A **Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság** 1979. szeptember 14-én Kékestetőn *tudományos ülést* rendez.

Témái:

1. *Az asthma bronchiale aktuális kérdései.*
2. *Szabad előadások az allergológia és klinikai immunológia területéről.*

10 perces előadások bejelentési határideje: *1979. július 1.* Cím: *Wiltner Willibald dr.* főtitkár, Kékestető 3221.

A **Magyar Biofizikai Társaság** és a **Budapesti Műszaki Egyetem Alkalmazott Biofizikai Laboratórium** 1979. szeptember 25—28. között Visegrádon, a Hotel Silvanusban rendezi meg a *IV. Ultrahangok Biológiai és Orvosi Alkalmazásai Szimpoziont.*

A szimpozion tematikája felöleli az *ultrahangdiagnosztika minden ágát.* Külön szekció foglalkozik az ultrahangok biológiai hatásaival, különös tekintettel az ultrahangterápiákra. A szimpozion ideje alatt rendezett kiállításon működés közben tekinthetők meg különféle gyártmányú ultrahangkészülékek.

A szimpozion részvételi díja 1400,— Ft, amely magában foglal-

ja az előadások teljes szövegét tartalmazó kötetet.

A konferencia időtartama alatt a szállóban lehet lakni: szállás (kétágyas szobában) és félpenzió (reggeli + egy főétkezés) személyenként 2200,— Ft.

Bővebb felvilágosítás: Magyar Biofizikai Társaság, UBIOMED IV. Szervező Bizottsága, 1372 Budapest Pf. 451, telefon: 119-834.

A **Magyar Szociológiai Társaság** 1979. október 25—27. között Pécsett „Egészség és társadalom" címmel *Vándorgyűlést* rendez.

Jelentkezési határidő: *1979. június 30.* Cím: Kolosi Tamás titkár, 1068 Bpest., Benczur u. 33.

Helyreigazítás:

Az Orv. Hetil. 1979, *120*, 802. oldalán „Az orvosképzés és a latin nyelv" c. levél 3. bekezdés 9—10. sorában a név helyesen: *Tonelli Miklós.*

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Helye	Időpont	Rendező	Tárgy
1979. máj. 24. csütörtök	Főv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház tanácsterme, X., Maglódi u. 89.	délután 14 óra	*Főv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága*	1. *Hindi Iván:* Az Országos Onkológiai Intézet szerepe és feladata a daganatos beteg kezelésében és gondozásában (20 perc). 2. *Galácz Lajos:* A daganatos betegek cytostatikus kezelése kórházban és járóbetegrendelésen (15 perc). 3. *Sárkány Vilmos:* Tumoros betegek gondozása körzeti orvosi gyakorlatban (15 perc). Felkért hozzászóló: *Benke Bálint*
1979. máj. 25. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII., Mária u. 52.	délelőtt 8,30 óra	*Magyar Fogorvosok Egyesülete*	1. *Lelkes Kornél, Fehér Mihály:* A májbetegségek összefüggése a szájnyálkahártya változásaival. 2. *Vitéz István:* Fertőtlenítőszerek hatása fonalas gombákra, mycobaktériumokra, spórás baktériumokra
1979. máj. 25. péntek	Debreceni OTE I. Belklinika tanterme	délután 15 óra	*Debreceni Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága*	1. *Schnitzler József, Kiss János, Juhász István:* Beszámoló a II. Sebészeti Klinika műtéti tevékenységének fejlődéséről (20 perc). 2. *Kónya László, Juhász István, Molnár Éva, Szűcs Géza:* Tapasztalataink a rekeszsebészetben (10 perc). 3. *Boros Péter, Balázs György, Juhász István, Szabó Gábor:* A LAI (Leukocyta adherencia teszt) alkalmazása a daganat immunológiában (10 perc). 4. *Tóth Zoltán, Gaál József, Lampé László:* Az amniocentesissel szerzett tapasztalataink a praenatalis diagnosztikában (10 perc). 5. *Bíró Béla, Papp László:* Velőűrsinezés a humerus diaphysis törésében (10 perc)
1979. máj. 25. péntek	Semmelweis OTE I. Szemklinika tanterme, VIII., Tömő u. 25–29.	délután 15 óra	*Magyar Szemorvostársaság*	1. *Kovács Bálint* (Pécs): Bilateralis szimultán fluorescein angiographia alkalmazása. 2. *Pintér Erzsébet* (Pécs): A vér-csarnokvízgát változása paracentézis után. 3. *Munoa Roiz, J. L.* (San Sebastián): Komputer tomographiával szerzett tapasztalataink
1979. máj. 29. kedd	Szeged, az Akadémiai Bizottság Székháza ülésterme, Somogyi Béla u. 7.	délután 16 óra	*Szegedi Akadémiai Bizottság és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja*	1. *Tamás András, Somogyi István:* A Dupuytren-contractura és az epilepsia. 2. *Tamás András:* Embolia cutis medicamentose. 3. *Németh Ilona, Szeleczky Teréz:* A gyógyszer metabolizáló enzimkapacitás növekedése vesebeteg gyermekekben
1979. máj. 31. csütörtök	Semmelweis OTE Neurológiai és Psiychiatriai Klinikák előadóterme, VIII., Balassa u. 6.	délután 14 óra	*Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága*	1. *Szűcs Rozália:* A lithium terápia mai lehetőségei és veszélyei (15 perc). 2. *Vizy E. Szilveszter:* A lithium hatása a neurokémiai transzmitterekre (10 perc). 3. *Szentistványi István* (Szeged): A vörösvértest lithium transzport jelentősége profilaktikus lithium terápiában (15 perc). 4. *Sarkady Balázs:* A lithium transzport kinetikája emberi vörösvértesten (10 perc). 5. *Scháb Rezső* (Szombathely): Lithium és neuroendokrin rendszer (10 perc). 6. *Bacsik Katalin, Sajtos Lajos* (Balassagyarmat): A lithium tárolására és kiürülésére vonatkozó kísérleti megfigyelések (10 perc). 7. *Janka Zoltán, Szentistványi István, Rimanóczy Ágnes, Juhász Anna* (Szeged): A lithium megoszlás és toxicitás idegsejttenyészetekben (10 perc). 8. *Arató Mihály, Rihmer Zoltán, Szűcs Rozália:* A profilaktikus lithium terápia mellékhatásai és az adenilciklase gátlás összefüggései (10 perc)
1979. máj. 31. csütörtök	Központi Állami Kórház könyvtára, XII., Kútvölgyi u. 4.	délután 14 óra	*Központi Állami Kórház Tudományos Bizottsága*	1. *Láng Edit:* Újabb vizsgálati lehetőségeink a pajzsmirigy betegségek diagnosztikájában. 2. *Kollai Zenke, Káldi Nándor, Sándor Tamás:* Újszülött tetániája alapján diagnostisált anyai parathyreoidea adenoma. 3. Klinikopathologiai konferencia

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116-660

MNB egyszámlaszám: 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 jelzőszámlára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530
Előfizetési díj egy évre 432,— Ft, negyedévre 108,— Ft, egyes szám ára 9,— Ft

79.1135 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002 **INDEX: 25 674**

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FISCHER ANTAL DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA 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.

*

120. ÉVFOLYAM

*

21. SZÁM

*

1979. MÁJUS 27.

TARTALOMJEGYZÉK

Bodrogi György dr.:
A systolés zörejről a szemléletváltozás ürügyén 1239

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Sömjén György dr., Lakner Géza dr., Magyar Éva dr. és Lónyai Tihamér dr.:
Az érpótlás új lehetősége — v. umbilicalis mint ér-prothesis 1243

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Konrád Katalin dr., Merétey Katalin dr., L. Reviczky Alice dr. és Bozsóky Sándor dr.:
Klinikai és immunológiai eredményeink kémiai synovectomia után 1245

Vezendi Sándor dr., Bodolay Edit dr., Mándi László dr. és Kántor Erzsébet dr.:
Lymphoid interstitialis pneumonia 1249

GENETIKAI TANULMÁNYOK

Gyódi K. Éva, Ónody Klára és Petrányi Győző dr.:
HLA—DR (IA) antigének a magyar populációban 1253

EPIDEMIOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Molnár Erzsébet dr., Nosek József dr., Labuda Milan dr., Gerzsenyi Katalin dr., Sz. Gulyás Magdolna dr. és Szász Tibor dr.:
Arbovírus természeti gócok a Börzsönyben és a Cserhát-hegységben 1259

KAZUISZTIKA

Treit Sándor dr., Szinnyai Miklós dr. és Papp Sándor dr.:
Takayashu-syndroma és terhesség 1263

Beszámolók, jegyzőkönyvek 1267

Folyóiratreferátumok 1269

Levelek a szerkesztőhöz 1283

Hírek 1287

OVIDON® tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 0,25 mg d-norgestrelt és 0,05 mg aethinyloestradiolumot tartalmaz.

HATÁS: Az OVIDON két komponensű, oralisan alkalmazható anticoncipiens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyag-tartalma miatt ritkán okoz mellékhatást, a szervezetet nem károsítja, a későbbi – már kívánt – terhességet nem befolyásolja.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás

ELLENJAVALLATOK: Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnesisben, Dubin–Johnson- és Rotor-syndroma, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegség, chronikus colitis, az endocrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, elsősorban emlőcarcioma, továbbá lactatio és intolerancia.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: Az OVIDON tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdeni, és 21 napon át napi 1 tablettát kell azonos napszakban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruatioszerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tabletta bevétele egy napon elmarad, ezt legrövidebb időn belül pótolni kell. Nem tekinthető folyamatosnak az ovulációgátlás, ha a kúra folyamán 2 tabletta bevétele között 36 óránál hosszabb idő telik el. A kezelés során esetleg jelentkező enyhe, pecsételő vérzés nem indokolja a kúra megszakítását. Erősebb áttöréses vérzés esetén a tabletta szedését abba kell hagyni, és a vérzés 1. napjától számított 5. napon újabb 21 napos kúrát kell elkezdeni. Az áttöréses és pecsételő vérzés jelentkezése az OVIDON-kúrák előrehaladtával csökken, majd rendszerint meg is szűnik. Functionalis vérzészavarok, középidős fájdalom, dysmenorrhoea esetén az OVIDON tabletta therapiás értékű.

MELLÉKHATÁSOK: A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestinalis tünetek, mellfeszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek. Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 21 tabletta Térítési díj: 2,20 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Heim Pál Gyermekkórház,
Kardiológiai Osztály

A systolés zörejről a szemléletváltozás ürügyén

Bodrogi György dr.

A systolés zörej a mindennapi gyakorlatban igen elterjedt jelenség. Az általános orvos, a gyermekgyógyász, a belgyógyász nap mint nap találkozik vele.

A systolés zörejnek mint szemantikai egységnek, azaz „jelnek" megvan a maga szó szoros és dialektikus értelemben vett historizmusa, történetisége. Ez alatt azt értem, hogy a zörej értékelése a történelem folyamán az adott szemléletnek megfelelően változott, a zörej ilyen vagy olyan irányban többszörös értékváltozáson esett át.

Volt idő, amikor a zörejt egy határozott betegségre vonatkoztatva specifikusnak és szenzitívnek tartották, habár abban az időben ezt a ma divatos matematikai-logikai kifejezést nem használták. Úgy vélték, hogy a jel egyúttal diagnózist is biztosít. Mivel ennek a tételnek a valótlansága hamarosan beigazolódott, a jel — amint az történni szokott — kezdte elveszíteni hitelét és mindinkább elterjedt az a nézet, hogy a zörej jellegtelen. Végül is az ötvenes években a szívsebészettel kapcsolatos invasiv módszerek által nyert egzaktnak mondható adatok és a fizikális vizsgálatokkal szerzett jelek összevetése során kiderült, hogy a systolés zörej kétségtelen értékes, de csak abban az esetben, ha azt kellő kritika tárgyává tesszük, azaz precíz analízisnek vetjük alá. Így azután a gondolattudományból jól ismert Hegel-féle spirálison — a tagadás tagadása révén — jutottunk el oda, hogy a kezdeti állítás igazságát magasabb szinten és más összefüggésekben a megfelelő kritériumok alapján elfogadjuk.

A systolés zörejt *Corvisart* (4) 1806-ban, *Laënnec* (10) 1819-ben a mitralis valvulopathia hangjelenségeként írták le. *Hope* (9) 1831-ben azt is észrevette, hogy a systolés zörej a mitralis betegségben a regurgitatióhoz kötött, azaz bicuspidalis insufficientiát jelent, de azt is leírja, hogy ilyenkor a zörejhez tapintható surranás járul. Ezután a gyakorlatban ezeket az értékes megfigyeléseket félreértelmezve általánosították és hosszú évtizedeken át a systolés zörejt azonosították a mitralis insufficientiával. Ez a gyakorlat a múlt század második felében komoly tiltakozást váltott ki. *Austin Flint* (8) 1862-ben felemeli szavát ez ellen a félrevezető felfogás ellen, hangsúlyozva, hogy az egyes zörejek megítélése önmagában véve helytelen. *Potain* (14) 1894-ben szintén elmarasztalja azt a felfogást, mely szerint a systolés zörej alapján mitralis insufficientiát diagnosztizálunk.

A Heim Pál Gyermekkórház tudományos ülésén, 1978. X. 27-én elhangzott előadás nyomán.

Az első és a második világháborúban tett tapasztalatok is bőven bizonyították, hogy a systolés zörej ilyen értelemben nem pathognomisztikus és így lasan kialakult az a felfogás, hogy a jel értéke igen csekély (11). Nemegyszer azt tapasztalták ugyanis, hogy olyan esetben, amikor az élőben mitralis insufficientiát diagnosztizáltak, a sectio valvularis elváltozást nem mutatott. Ez a tapasztalat vezetett azután oda, hogy akadt olyan szerző is, aki a mitralis insufficientiát nem tekintette nozológiai entitásnak, mivel az nem diagnosztizálható. Így *Evans* (7) a negyvenes évek végén megjelent monográfiájában nem is foglalkozik külön fejezetben a mitralis insufficientiával, illetve csak egy fél oldalnyi terjedelemben fejti ki erre vonatkozó véleményét. Nem tekinti diagnosztizálhatónak a betegséget, mivel sok olyan esetben, ahol insufficientiát tételeztek fel, a boncolás semmilyen elváltozást nem mutatott vagy mitralis stenosist fedett fel. Így lendült át az inga hosszú évtizedek után az ellenkező oldalra.

Néhány év múlva azután, a szívsebészet megindulásakor, parancsolólag merült fel annak a tisztázása, hogy a mitralis stenosis mellett fennáll-e regurgitatio és ha igen, az milyen fokú. Nemsokára, az időközben bevezetett invasiv módszerek által nyert adatok alapján, meggyőzően ki lehetett mutatni, hogy a mitralis insufficientia diagnosztizálható elváltozás és ebben a systolés zörejnek is nagy szerepe van, feltéve, ha ezt a zörejt nagyon precíz és minuciózus értékelésnek vetjük alá. Itt tehát valóságos szemléletváltozást hozott annak a lehetősége, hogy az egyszerű auscultatióval, phonokardiogrammal és egyéb mechanogrammal nyert adatok összehasonlíthatókká váltak az invasiv módszerek által nyert számokkal, görbékkel, képekkel stb. Ez a szemléletváltozás a zörej értékváltozásához vezetett.

Ma azon az álláspontón vagyunk, hogy a systolés zörej igen értékes jel a diagnosztikai munkánkban, a betegség fokának megállapításában, ha a szükséges feltételek, tulajdonságok alapján végezzük el annak analízisét.

Ezek a tulajdonságok a következők: 1. a zörej topográfiája, megjelenési helye a mellkason; 2. intenzitása; 3. terjedése, vezetődése; 4. a zörejnek a systolében való megjelenési ideje; 5. annak időtartama; 6. a zörej alakja, valamint 7. a zörej színezete.

A zörej topográfiáját illetően ismeretes, hogy az a mellkason, a nyakon, a háton csaknem mindenütt előfordulhat, főleg akkor, ha az intenzitás kifejezett. A mellkas felett történő hallgatózáskor legjobb, ha a *Levine* által ajánlott „inching" methodust használjuk, azaz centiméterről centiméterre hallgatózunk. A durva tájékozódást azonban bőségesen kielégíti a *Luisada* (13) által ajánlott areákra való felosztás és az azokon belüli hallgatózás. Szerző 6 ilyen areát ír le: az apicalis, a tricuspidalis, a pulmonalis, az aortikus areát és a jobb, illetve a bal pitvar hallgatózási helyeit. Ezeknek az areáknak egy része természetesen fedi egymást. Tudjuk azt is, hogy bizonyos szívüregeket külön megterhelő vitiumok az egyes areák elcsúszásához vezethetnek. Általánosan ismert például

az, hogy nagyfokú jobb kamrai terhelés esetén a szív horalis rotatiója miatt a bal kamrai area hátra és oldalra csúszik és ilyenkor az apexet is a jobb kamra képviselheti.

Az egyes areák szem előtt tartása durva tájékozódást adhat mindjárt a vizsgálat elején. Az apicalis tájékon hallható zörejek például a bal kamrai be- és kiáramlási pálya esetleges elváltozásaira hívhatják fel a figyelmet, kezdve az atrioventricularis billentyűtől (illetve a bal pitvartól) az aortikus nyílásig (illetve az aortagyökig). A tricuspidalis area felett hallható zörejek pedig ugyanilyen jobb kamrai elváltozásokra figyelmeztetnek. A pulmonalis és aortikus areában általában a nagyerek szűkületeinek zörejei hallhatók, viszont a bicuspidalis insufficientia systolés zöreje jól hallható a bal pitvari areában (hátul subscapularisan).

A következőkben a zörej intenzitására kell tekintettel lennünk. Ennek megítélését leghelyesebb a fülünkre bízni, habár a phonokardiographiában is van már kalibrálási lehetőség. Mégis nagyot tévedhetünk, ha csak a phonokardiogrammot vesszük szemügyre, ugyanis a kimeneteli erősítések esetlegesek és így az ábrázolt zörejekben levő rezgések amplitúdója nincs arányban a zörej fülünk által észlelt intenzitásával. Eredményes lehet a megítélés szempontjából bizonyos fokú összehasonlítás a zörej és a szívhangok rezgéseinek magassága között, azonban ez is tévútra vezethet, hiszen a mitralis insufficientiában az 1. hang kicsi amplitúdójú, míg a systolés zörejben a rezgések magasak, viszont a mitralis stenosisban nagyon magas amplitúdójú az 1. hang. Kis gyakorlat mellett az auscultatio elegendő az intenzitás meghatározására és annak számokkal való kifejezésére. Újabban hat erősségi fokozatot vesznek fel (11, 12). Teljesen kielégítő azonban az ötös felosztás, ami elég világosan leírható és az egyes erősségi fokok kritériumai meghatározhatók. Egyes számú jelzést kap az a zörej, amelyik igen halk és az első szívütéseknél nem is vesszük észre. A második fokozat szintén halk, de már a stethoscop feltétele után azonnal meghalljuk. Az ötödik fokozat a legerősebb, amely a stethoscop felemelése után is hallható, a negyedik fokozat viszont ezen manőver után eltűnik. A két leírt szélső határ közt helyezkedik el a harmadik fokozat.

A zörej intenzitásának felmérése nemcsak diagnosztikai szempontból tesz jó szolgálatot, hanem általában segítségünkre van a betegség súlyosságának felbecsülésében is. Ha a zörej I—II. fokozatú, úgy nagy a valószínűsége annak, hogy az innocens és akkor tévedünk legkevésbé, ha azt nem tartjuk kóros eredetűnek. Viszont bizonyos vitiumokban a zörej intenzitása együtt járhat az elváltozás súlyosságával. Minél hangosabb például az aorta stenosis systolés zöreje, annál súlyosabb lehet a szájadék szűkülete. Erre munkacsoportunk is rámutatott 1968-ban (18). Vannak azonban esetek, ahol a zörej intenzitása nem jár együtt az elváltozás fokával. Nagyon kicsi, haemodynamikai elváltozásokkal alig járó kamrai septum defectus (Roger-kór) kifejezetten hangos zörejjel járhat.

A zörej vezetődése és intenzitása között természetesen szoros a kapcsolat, de a vezetődés sok más tényezőtől is függ. A zörej terjedése csak durva tájékozódást ad, de olykor döntő jelentőségű lehet. Ha például a csúcsi területen észlelt systolés zörej az axillaris tájékra és a hát felé is vezetődik, mitralis insufficientiára lehet gondolni, ha ellenben erről a tájékról a vezetődés inkább a tricuspidalis area felé történik, úgy a kamrai septum defectus gondolata merül fel. A nagyerek szűkületénél fellépő zörejek szintén jellegzetes vezetődést mutatnak.

Igen nagy gondot kell fordítanunk a következő 3 kritériumra: a zörej időbeli felléptére, a zörej tartamára és annak formájára. Ezt a hármat didaktikus szempontból a legcélszerűbb közösen tárgyalni.

A zörej a systole bármely szakában felléphet. Kiemelendő azonban, hogy a sysole alatt itt az „auscultatiós" systolét értjük, azaz az első és a második szívhang közé eső időt, a franciák úgynevezett „kis szünetét". Természetesen ez nem egyezik sem a mechanikus, sem az elektromos systoléval. A mechanikus systole, a tulajdonképpeni ejectio, a semilunaris billentyű kinyílásával indul és annak bezáródásával végződik. Az „auscultatiós" systole az 1. hang első nagy amplitúdójú komponensével indul és a 2. hang aortális, illetve pulmonalis komponenséig terjed. A systolés zörej a megjelenési idejét és annak tartamát illetően 5 csoportba osztható, úgymint: 1. proto-, 2. meso-, 3. telesystolés, 4. regurgitatiós, 5. holosystolés zörejre.

A protosystolés zörej legtöbbször az 1. hang után kis szünettel indul, decrescendo alakú kis oscillatiókból áll, korán lecseng. A zörej legtöbbször a mesosystolében elhalkul, körülbelül a carotis csúcsánál ér véget (15, 16, 17), erőssége egy, kettő, ritkán három fokozatú. Akkor tévedünk legkevésbé, ha ezeket a zörejeket innocens jellegűnek véleményezzük.

A mesosystolés zörej a systole közepén rövid ideig tart. Intenzitása kicsi, orsó alakú, azaz crescendo-decrescendo. Általában ez is accidentalis zörej, de előfordul rheumás lázban, valvulitis jeleként. Ez utóbbi esetben az eredményes therapia következtében a zörej napok alatt eltűnik, míg a betegség romlásával, a carditis súlyosbodásával együtt holosystoléssá válhat, ami a bicuspidalis insufficientia kialakulását jelentheti.

A telesystolés zörej szintén rövid idejű jelenség, a 2. szívhang előtt lép fel, legtöbbször crescendo alakú beleolvadva a 2. szívhangba. Erőssége közepes, II—III. fokú. A zörej jelentőségét illetően az idők folyamán változó vélemény alakult ki. Volt idő, amikor extracardiálisnak tartották, majd Weber ventriculo-auricularis regurgitatiót tételez fel, azaz bicuspidalis insufficientia jelének tartja. Újabban, amikor igen precíz módszerekkel nyert adatok birtokában helyesebben tudunk ítélni, úgy tűnik, hogy a telesystolés zörej, főleg ha meso- vagy telesystolés klikkel jár együtt, regurgitatiót jelent és a billentyű valamelyik (elsősorban a posterior) vitorlájának prolapsusa következtében jön létre. Az újabb irodalomban késő systolés zörej syndromáról, mitralis prolapsusról vagy floppy mitral valve-ről tesznek említést (1, 2, 3, 5). A syndroma

nagyon változó klinikai képben jelenik meg, előfordul, hogy éveken át észlelik szinte mint ártatlan zörejt, máskor azonban hirtelen halált is leírtak. Ischaemiás szívbetegség, lezajlott rheumás láz, chorda elvékonyodás vagy ruptura lehet az oka. Feltételezik, hogy emellett a syndroma mellett bacterialis endocarditis is előfordulhat. Komoly szerzők figyelmeztetnek azonban *Evans*nek arra a feltételezésére, hogy a zörej gyakran innocens (1). Inkább az idősebb kor betegsége, de gyermekekben is előfordulhat, ahogy erre munkaközösségünk is felhívta a figyelmet (6).

A most leírt igen rövid ideig tartó systolés zörejek mellett vannak hosszabbak is, amelyek az egész vagy csaknem az egész systolét kitöltik. Ilyenek az úgynevezett regurgitatiós vagy holosystolés zörejek és az ejectiós zörejek. Az ejectiós zörej nem tölti ki az egész auscultatiós kis szünetet, hanem ennek csak az ejectiós részét. A magyarázat egyszerű: a zörej a semilunaris billentyű megnyitásakor jelenik meg és a systole végén, azaz a protodiastolében elhal. A zörej tehát az 1. szívhang után kis szünettel indul és a 2. hang előtt körülbelül 40 ms-mal ér véget. Ebben a szakban ugyanis az ejectio már befejeződött és a kamrában gyorsan zuhanó nyomást a nagyerekben uralkodó nyomás felülmúlja, aminek következtében a semilunaris billentyű bezárul. A zörej alakja legtöbbször jellemző, crescendo-decrescendo, azaz káró alakú. A zörej, amint azt munkaközösségünk is kimutatta, a betegség súlyosságával együtt változik (18). Súlyosabb esetekben az amplitúdók megnőnek és a maximális erősséget jelző csúcs fellépése késik, sőt igen szűk pulmonalis stenosis mellett a zörej maximuma beleolvadhat a 2. szívhangba, amely ilyenkor az aortazárást jelzi. A zörej jellemző a kiáramlási pálya szűkületére.

A holosystolés zörej hosszabb ideig tart, mint az ejectiós. Az atrioventricularis billentyű bezárulásával indul és magába foglalja az isovolumiás feszülési szakot, a gyors és lelassult ejectiót, a Wiggers-féle protodiastolét és az isovolumiás relexatiót. Kezdődik tehát az 1. szívhang első komponensével és végződik az atrioventricularis billentyű nyitásakor az isovolumiás relaxatiós szak végén, a gyors telődés megindulása előtt. Érthető ez, hiszen ezekben a szakaszokban a kamra és a pitvar közt nyomásgradiens áll fenn, ami lehetővé teszi a zörejt fenntartó ventriculo-auricularis regurgitatiót. A zörej legtöbbször egyforma amplitúdójú rezgésekből áll, tehát szalag alakú, de sok más formában is megjelenhet ez az atrioventricularis insufficientiára jellemző hosszú zörej. Ugyanilyen holosystolés zörejjel találkozhatunk kamrai sövény defectusban is, ahol a két kamra közti gradiens a semilunaris nyitást megelőzi és zárás után is fennáll még.

Ezek után a zörejek színezetéről kell még szólni. Általában füllel jól meg tudjuk különböztetni a mély, a közepes és a magas hangú zörejeket, azonban tudjuk azt, hogy ezek a zörejek általában kevert frekvenciájú rezgéseket tartalmaznak. Példaként megemlíthető, hogy igen magas hangú zörej az aorta insufficientia diastolés zöreje, míg a mitralis stenosis diastolés dörgése főleg mély frekvenciákból áll. A systolés zörejek általában kevertek és a hangosabb zörejek több alacsony frekvenciát tartalmaznak és ezért egy részük tapintható is. Nem kétséges, hogy a frekvenciaanalízis, amely nagyon sok helyen folyamatban van, sokat ígérő módszer, de nagyon precíz műszerekre van szükség és igen munkaigényes. A ma használatban levő PKG készülékek is adhatnak ezen a téren némi felvilágosítást, mivel megfelelő szűrőkkel vannak felszerelve és egymás alá két, három vagy négy különböző tartományhoz tartozó vibratiók regisztrálhatók ugyanarról a zörejről, illetve hangról. A nagyon elterjedt Hellige-készülékekben négy tartományban rögzíthetők a hangok: 50, 100, 200 és 400 optimális Hz frekvenciával.

Megállapíthatjuk tehát, hogy az idők folyamán a systolés zörej az éppen uralkodó szemléletnek megfelelően több átértékelésen esett keresztül. Volt idő, amikor azt pathognomisztikusnak tartották, máskor viszont jellegtelennek és a diagnózis megalkotásában hasznavehetetlen jelnek vélték. A sebészeti érában bevezetett és gyorsan elterjedt precíz és igen szellemes műszeres vizsgálatok sok új egzakt, azaz számszerű adatot tártak fel és ez új felismerésekhez vezetett, hozzájárult tudásunk elmélyítéséhez, láthatárunk bővítéséhez, értékítéletünk szigorúbbá válásához és — ami igen nagy jelentőségű — az új felismerések által gondolkodásunkban beálló funkcióváltozás elsajátításához (19). Így lényeges szemléletváltozás állott be. Ennek az új szemléletnek a birtokában a systolés zörejt igen értékes jelnek tartjuk, feltéve, hogy ismerjük a zörej létrejöttének haemodynamikai hátterét és a zörej elemzésekor szem előtt tartjuk annak előfordulási helyét, intenzitását, terjedését, a systolében elfoglalt idejét, a zörej időtartamát, formáját és színezetét.

IRODALOM: 1. *Allen, H., Harris, A., Leatham, A.:* Brit. Heart J. 1974, *36*, 525. — 2. *Barlow, J. B. és mtsai:* Brit. Heart J. 1968, *30*, 203. — 3. *Barlow, J. B., Pocock, W. A.:* Amer. Heart J. 1975, *90*, 636. — 4. *Corvisart, J. N.:* Essai sur les maladies et les lésions organique du coeur et des gros vaisseaux. Mignaret, Paris, 1806. — 5. *Davies, M. J., Moore, B. P., Braimbridge, M. V.:* Brit. Heart J. 1978, *40*, 468. — 6. *Diósszilágyi G. és mtsai:* A mitralis click jelentősége a gondozói munkában. Magyar Gyermekorvosok—Kardiológusok Társasága Gyermekkardiológiai Sectiója, a Vas megyei Tanács V. B. Markusovszky Kórház-Rendelőintézet ünnepi tudományos ülése, Szombathely, 1977. — 7. *Evans, W.:* Cardiology. Butterworth, London, 1948. — 8. *Flint, A.:* Amer. J. Med. Sci. 1862, *44*, 29. — 9. *Hope, J.:* A treatise on the diseases of the heart and great vessels. Kidd, London, 1831. — 10. *Laënnec, R. T. H.:* Traité de l'auscultation médicale. Brossen et Chaudé, Paris, 1819. — 11. *Levine, S.:* Clinical heart disease. Saunders, Philadelphia, 1958. — 12. *Levine, S., Harvey, W. P.:* Clinical auscultation of the heart. Saunders, Philadelphia, 1959. — 13. *Luisada, A. A.:* From auscultation to phonocardiography. Mosby, Saint Louis, 1965. — 14. *Potain, P. C. E.:* Des souffles cardio-pulmonaires in Clinique médicale de la Charité. Masson, Paris, 1894. — 15. *Spitzbarth, H.:* Arch. Kreisl.-Forsch. 1955, *22*, 1. — 16. *Szutrélyi Gy.:* A phonocardiographia jelentős-ge a gyermekkori szerzett vitiumok diagnosztikájában. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1955. — 17. *Szutrélyi Gy., Tomory E.:* Szívhangok és zörejek. Művelt Nép, Budapest, 1955. — 18. *Zsámár E., Tarczal É.:* A phonocardiogramm jelentősége az aorta stenosis súlyosságának megítélésében. Gyermek-Kardiológiai Központ megnyitója, Budapest, 1968. — 19. *Vitányi I.:* Valóság. 1975, 18(2),

LIDOCAIN

drazsé 250 mg, injekció 10% (intramuscularis) ***antiarrhythmicum***

A lidocain gátolja a kamrában a heterogén ingerképzést. A pitvar-kamrai és kamrai ingervezetést nem befolyásolja, vagy csak kismértékben lassítja. Negatív inotrop hatása alig van. A perctérfogatot, a szív-frequentiát és a vérnyomást nem befolyásolja jelentősen.

ÖSSZETÉTEL

1 drazsé 250 mg lidocain hatóanyagot,
1 ampulla 200 mg lidocainum hydrochloricum anhydricumot (2 ml vizes oldatban) tartalmaz.

JAVALLATOK

Lidocain drazsé:
- myocardialis infarctus acut szakához társuló nomotop vagy polytop, legalább 5/min gyakoriságú kamrai extrasystolia kezelése és megelőzése;
- legalább 5/min gyakoriságú chronikus kamrai extrasystolia, kamrai tachycardia, kamrai paroxysmalis tachycardia;
- supraventricularis extrasystoliában kisebb hatású.

Lidocain injekció, 10%-os:
- a kamrai extrasystolék megelőzése és kezelése acut myocardialis infarctusban a kórházba szállítás előtt, illetőleg az acut szak lezajlása után;
- coronariasclerosis talaján kifejlődő kamrai rhythmuszavarok (kamrai extrasystolék és tachycardiák);
- organikus szívbetegségekhez társuló kamrai arrhythmiák.

ELLENJAVALLATOK

II–III. fokú atrioventricularis block, cardiogen shock, kifejezett bradycardia, lidocain-túlérzékenység, valamint lidocainnal kiváltott grand-mal-rohamok az anamnesisben, a májműködés súlyos zavarai.

ADAGOLÁS

- a Lidocain drazsé átlagos adagja felnőtteknek naponta 3–4 × 1 drazsé, amely esetleg 4 × 2 drazsé mennyiségig is növelhető;
- a kezelés prophylactikus céllal is végezhető, és hosszú időn át kúraszerűen folytatható;
- a drazsékat evés közben kell bevenni, gyomorsavhiány esetén sósavbevitelről célszerű gondoskodni;
- a Lidocain injekció 10%-os kizárólag intramuscularisan adható:
- acut myocardialis infarctusban, a kórházba szállítás előtt, egyszeri adagja általában 4 mg testsúlykilogrammonként (azaz 200–300 mg) im.;
- a kamrai rhythmus-zavarok további kezelésére és megelőzésére szokásos adagja 4 óránként 100–200 mg im.

MELLÉKHATÁSOK

A szokásos adagok után ritkán jelentkeznek.
Központi idegrendszeri melléktünetek: előfordulhat fejfájás, szédülés, álmosság, nyugtalanság, euphoria, fülzúgás, nyelv- és szájzsibbadás, beszéd- és látászavarok, desorientatio (elsősorban nagyobb adagok pl. 500 mg per os adag után). Az enyhébb tünetek a kezelés félbeszakítására megszűnnek, tremor, tonusos-clonusos görcsök esetén rövid hatású barbiturátok (pl. Venobarbital), illetve Seduxen adható parenteralisan.
Cardiovascularis melléktünetek: nagyobb adagok után előfordulhat vérnyomásesés, frequentia-csökkenés. A frequentia-csökkenés esetén iv. 0,5–1 mg atropin, hypotensióban szükség szerint iv. sympathomimeticum, ill. β-receptor izgató adható.

FIGYELMEZTETÉS

– keringési elégtelenségben, hypotoniában, májkárosodásban, korlátozott veseműködés esetén fokozott körültekintéssel kell eljárni és kisebb adagokat kell adni.

MEGJEGYZÉS ✠

A Lidocain drazsé és injekció csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRÍTÉSI DÍJ:

30 drazsé	7,40 Ft
10 × 2 ml injekció	3,30 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST X.

Orvostovábbképző Intézet,
I. Sebészeti Klinika
(igazgató: Littmann Imre dr.),
Kórbonctani és Kórszövettani Tanszék
(igazgató: Juhász Jenő dr.)

Az érpótlás új lehetősége — v. umbilicalis, mint ér-prothesis

Sömjén György dr., Lakner Géza dr.,
és Lónyai Tihamér dr.

Az érsebészet fejlődésének fontos tényezője az arteriás érpótlás lehetőségeinek kiszélesítése. Intenzív kutatómunka folyik, egyrészt az eddig bevált módszerek tökéletesítésére, másrészt újabb, esetleg az eddigieknél megfelelőbb, ér-prothesisek kifejlesztése érdekében. Egy-egy új módszer bevezetése általában több éves kutatás eredménye.

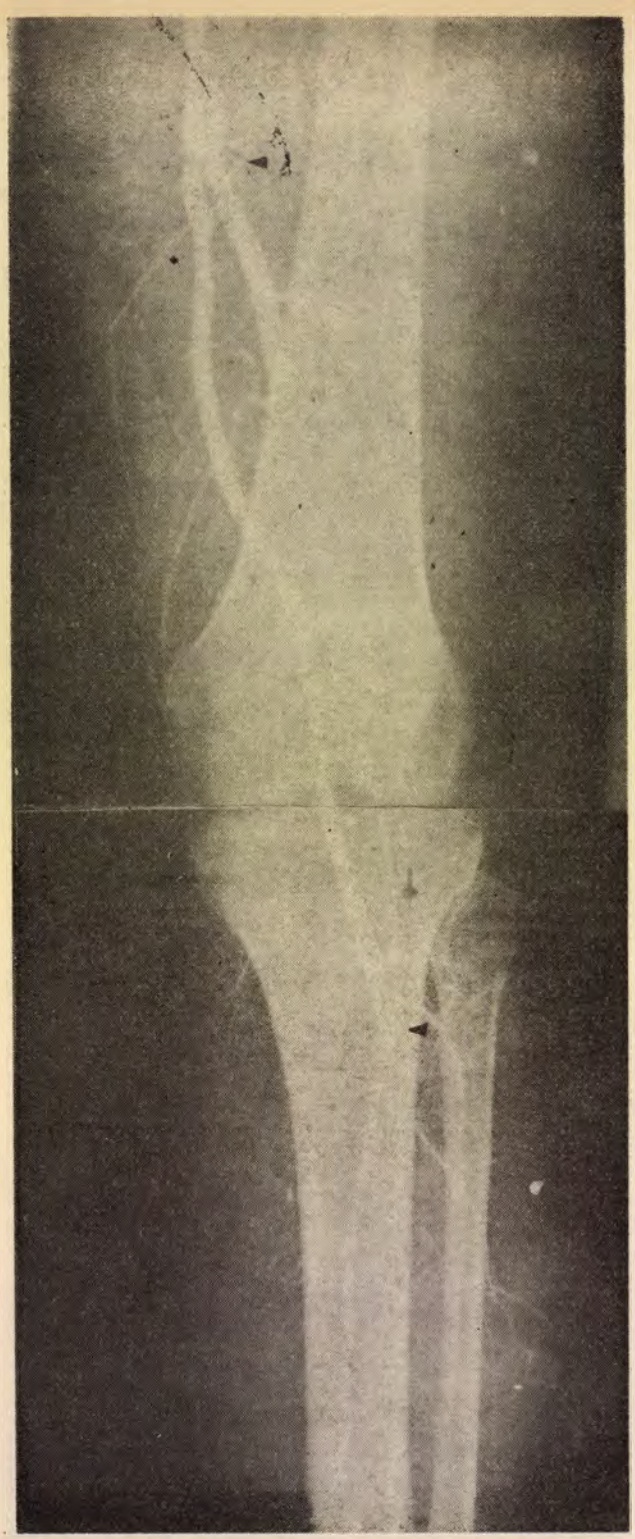
A sokrétű előzetes laboratóriumi vizsgálatok és állatkísérletek ellenére, az emberi szervezetben az ér-prothesis előre nem látható, sajátos módon viselkedhet (10). Érdemi következtetések levonására még bíztató korai eredmények esetében is, több év elteltével nyílik csak lehetőség.

Érthető ezért az érsebészek óvatossága, melylyel egy-egy újabb érpótlási módszert fogadnak, alkalmazását elkezdik. Mégis szükség van az állandó kísérletezésre, mivel az évtizedek óta bevált autogen vena saphena nem minden esetben áll rendelkezésre, és a legkorszerűbb műanyag érprothesisek korlátokhoz kötött alkalmazhatósága is jól ismert (10). Számos, e helyütt nem részletezhető, próbálkozás található az irodalomban különböző auto-, allo-, hetero- és xenograftok alkalmazásával kapcsolatban, melyek közt néhány igen szellemes megoldás is akad (5, 8, 9, 10).

Szülés alkalmával a magzatzsinórból kivett, fixált és konzervált v. umbilicalis érpótlásra való alkalmazásának gondolata először 1951-ben merült fel (1). Néhány sikertelen próbálkozás után (7, 11) az alapvető állatkísérleteket *Dardik*, valamint *Mindich és mtsai* kezdték el 1973-ban, illetve 1975-ben (2, 7). Ugyanezek a munkacsoportok számoltak be először emberen történő alkalmazásáról (3, 7). Eleinte csak a lábszár arteriák helyreállító sebészetében használták olyankor, amikor az amputatio elkerülhetetlennek látszott. A jó kezdeti eredmények azonban az indicatiós terület kiszélesítését vonták maguk után (3, 4). Ők alkalmazták először azokat a vegyi kezelési módszereket, melyek következményeként az implantatum elveszti antigen tulajdonságait, így az idegen szervezet befogadja, „bicompatibilissá" válik. A kémiai kezelés során nem jönnek létre olyan szerkezeti változások, melyek thrombosist, aneurysma-képződést vagy ruptura keletkezését elősegítenék (3, 7). Ezen alapvető kérdések megoldása után nyilvánvalóvá váltak az autolog v. umbilicalis felhasználásának előnyei. Korlátlan mennyiségben és megfelelő hosszúságban (50—70 cm) áll rendelkezésre. Billentyűket nem tartalmaz, oldalágai nincsenek. Intimával borított thromboresistens belső felülettel bír.

Az irodalomban ismertetett emberen szerzett négyéves tapasztalatok, melyek azt mutatják, hogy ez a módszer közel egyenértékű az autogen v. saphena alkalmazásával, bátorítottak bennünket arra, hogy 1977-ben magunk is elkezdjük kísérleteinket és felkészüljünk az autolog emberi v. umbilicalis érpótlásra való felhasználására. *Dardik és mtsai* útmutatása alapján, valamint a biológiai billentyűk kémiai kezelésénél használt módszerek áttanulmányozása után kidolgoztuk a fixálás és konzerválás módszereit (3, 6). A glutáraldehidben

1. ábra: Vena umbilicalis keresztmetszet, mikroszkópos kép (H.-E. festés). A nyíl az ép szerkezetű érfali endothelre mutat



2. ábra: Kontroll femoralis arteriographia. A nyilak a proximalis, illetve distalis anastomosisra mutatnak. Femoro-tibialis vena umbilicalis ér-prothesis

előkezelt, majd alkoholban tárolt ér-prothesis szerkezete a szövettani vizsgálatok szerint *(1. ábra)* megtartott, az intima folytonossága változatlan. Megfelelő előzetes vizsgálatok után az általunk készített ér-prothesist kutyák a. femoralisába ültettük be, eredményeinkről a kísérletsorozat lezárása után közleményben számolunk majd be.

Az alábbiakban egy olyan betegünk kórlefolyását ismertetjük, akibe Dardik-féle v. umbilicalis graft beültetése történt.

Esetismertetés

I. I., 48 éves férfi anamnesisében egy éve szerepelnek dysbasiás panaszok. 1978 januárjában a claudicatio hirtelen rosszabbodása, nyugalmi fájdalom fellépte miatt került sor kórházi felvételre. A lumbalis aortographia szerint a bal a. femoralis superficialis az eredésénél elzáródott. Az occlusio túlterjedt az a. poplitea-oszláson. Az a. tibialis posterior és anterior a lábszár felső harmadában telődött fel kontrasztanyaggal. Ettől distalisan a kiáramlási pálya kielégítő volt. Lumbalis sympathectomiát végeztünk, mely után javulást nem észleltünk. 1978 áprilisában ismét felvettük klinikánkra a bal láb első ujján kezdődő gangraenás folyamata miatt. Femoralis endarteriectomiát végztünk, majd a recanalizált a. femoralis superficialisról megfelelő saphena hiányában, v. umbilicalis érprothesist *(Dardik* Biograft, Meadox) vezettünk az a. tibialis posterior felső szakaszára. A műtét után a végtag keringése helyreállt, az a. tibialis posterior pulsatiója tapinthatóvá vált. A *2. ábrán* a műtét után egy hónappal készült kontroll angiographia látható.

A konzervált v. umbilicalisszal való érpótlás korai eredményei ígéretesek, hogy azonban tartósan nyitva marad-e a prothesis, azt csak az elkövetkezendő esztendők fogják megmutatni. Klinikánkon elkezdett kísérleteinkkel hozzá kívánunk járulni e módszer továbbfejlesztéséhez és szeretnénk kidolgozni a klinikai alkalmazás feltételeit.

Összefoglalás. A szerzők beszámolnak az emberi (köldökzsinórból vett) v. umbilicalisból készült konzervált ér-prothesis klinikai alkalmazásáról, s elkezdett kísérleteikről. A módszer műtéti eredményességét egy eseten mutatják be.

IRODALOM: 1. *Anzola, J., Palmer, T. H., Welch, C. S.:* Surg. Forum. 1951, *2*, 243. — 2. *Dardik, I. I., Dardik, H.:* Surg. Gynec. Obstet. 1975, *140*, 567. — 3. *Dardik, H. és mtsai:* JAMA. 1976, *236*, 2859. — 4. *Dardik, H.:* Személyes közlés. 1978. — 5. *Haimov, M., Jacobson, H. J.:* Ann. Surg. 1974, *180*, 291. — 6. *Ionescu, M. I. és mtsai:* J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1974, *68*, 361. — 7. *Mindich, B. és mtsai:* Surgery. 1977, *81*, 152. — 8. *Sparks, C.:* Ann. Surg. 1973, *177*, 293. — 9. *Tice, D. A., Santomi, E.:* Surgery. 1970, *67*, 493. — 10. *Wesolowski, S. A.:* Long-therm behavior of tissue and prosthetic implants for arterial reconstruction. In Haimovici, H.: Vascular Surgery. MacGraw-Hill, 1976. p. 67. — 11. *Yong, N. K., Eisemann, B.:* Singapore Med. J. 1962, *3*, 52. (cit. in 7).

Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet
(főigazgató: Bozsóky Sándor dr.),
Kutató Laboratórium,
Orvostovábbképző Intézet,
Reumatológiai és Fizioterápiai Tanszék
(tanszékvezető: Bozsóky Sándor dr.)

Klinikai és immunológiai eredményeink kémiai synovectomia után

Konrád Katalin dr., Merétey Katalin dr.,
L. Reviczky Alice dr. és Bozsóky Sándor dr.

Ha az ízületi gyulladás csak egy vagy néhány ízületet érint, a helyi beavatkozás sok esetben hasznosabb lehet a klasszikus gyulladáscsökkentő gyógyszereknél, azok esetleges mellékhatásai elkerülhetők.

Az első próbálkozások ízületbe adott steroiddal történtek, ennek sikerei és mellékhatásai egyaránt ismertek. Az utóbbi évtizedekben különböző anyagok intraartikularis befecskendezésével (cytostatikumok, ozmiumsav, radioizotópok) igyekeztek fizikai vagy kémiai hatás révén a kóros synoviális belhártyát elpusztítani, abban a reményben, hogy az újra képződő ízületi belhártya egészséges lesz. Ez a beavatkozás a sebészi synovectomiát helyettesítené; az eredmények hasonlóak, a beavatkozás sokkal egyszerűbb, olcsóbb, megismételhető, sikertelen esetben az ízület még mindig megoperálható.

Ozmium-tetroxidot (OsO_4) *Swensson* alkalmazott először, 1951-ben (1). Az ízületbe adott ozmium-oldat azonnal hat az ízületi hártya fehérjéivel, a redukálódott ozmium szemcséket a macrophagok phagocytálják (2). A synoviális hártya mélyebb rétegeiben még sokáig észlelhető ozmium részecskéknek köszönhető a tartós terápiás hatás (3). Szövettanilag az ízületi belhártya felszínének koagulációs necrosisa látható, ez azonban néhány hét alatt regenerálódik (4). Az OsO_4 az ép porcot nem bántja. Kísérleti állatokon, valamint kezdődő porckárosodás esetén, röviddel a beavatkozás után a porcfelszín különböző elváltozásait észlelték (5, 6, 7). Ezért a legkomolyabb ellenjavallat az előrehaladott, porckárosodással járó ízületi gyulladás.

Beteganyag és módszer

Betegeink diagnózis szerinti megoszlását az *1. táblázaton* mutatjuk be. 52 betegen rendelkezünk az

1. Táblázat **Kémiai synovectomiával kezelt betegek diagnózisai**

	beteg	térdízület
Polyarthritis chronica progressiva	23	31
Synovitis chronica	12	16
Spondylarthritis ankylopoetica	4	7
Juvenilis rheumatoid arthritis	3	5
Arthropathia psoriatica	3	3
Behcet syndroma	2	2
Reiter syndroma	1	1
Sjögren syndroma	1	2
Synovitis villonodularis	1	2
Hydrops intermittens articulorum	1	1
Arthritis urica	1	1
összesen	52	71

értékeléshez szükséges idővel, 6—36 hónappal. Mivel 16 betegünk mindkét térdébe kapott OsO_4-ot, 3 beteg ugyanazon térdébe a beavatkozást 3, illetve 14 hónappal később megismételtük, 71 térden észlelt terápiás eredményt ismertetfünk.

26 nő- és 26 férfibetegünk életkora 14—70 év, a gonitis fennállása 4 hónap—32 év. A betegek krónikus térdízületi gyulladása ismételt lokális steroid injekcióra nem javult.

A beavatkozás technikáját, valamint a kiértékelés módját korábban részletesen ismertettük (8). 100 mg ozmium-tetroxiddal együtt 5 ml 2% Lidocaint és 75 mg Hydrocortisont adtunk, majd az ízületet 30 órára gipszsínben rögzítettük. A későbbiekben a gyógyszeres és fizioterápiás kezelést változatlanul, illetve a betegek állapotától függően folytattuk.

A betegeket havonta ellenőriztük. Minden alkalommal objektív és szubjektív paramétereket értékeltünk. Objektívnek tekintettük a térd körfogatát és a mozgáshatárokat (mérőszalaggal, illetve szögmérővel mérve), a bőr hőmérsékletét, az intra- és periartikuláris duzzanat és tapintható folyadék jelenlétét vagy hiányát. Szubjektíve a fájdalmat értékeltük, nyugalomban és mozgatáskor, valamint azt, hogy a beteg hány százalékra becsüli a javulást. 14 térdízület-gyulladásos aktivitásának mértékét a beavatkozás előtt, majd 2—6 hónappal később ^{99m}Tc lokális accumulatióval is meghatároztuk (9, 10, 11, 12) 0,6 mCi ^{99m}Tc intravénás adása után Gamma-féle kétcsatornás analizátorral mértük a térdízületek felett az aktivitást és ezzel a gyulladás mértékét (24).

A radiológiai elváltozás alapján eseteinket Steinbrocker szerint 3 csoportba soroltuk:

I. Ízület körüli osteoporosis, ízületi rés megtartott, körülírt felritkulás nem látható.

II. Ízületi rés kissé beszűkült, néhány helyen subchondralis felritkulás.

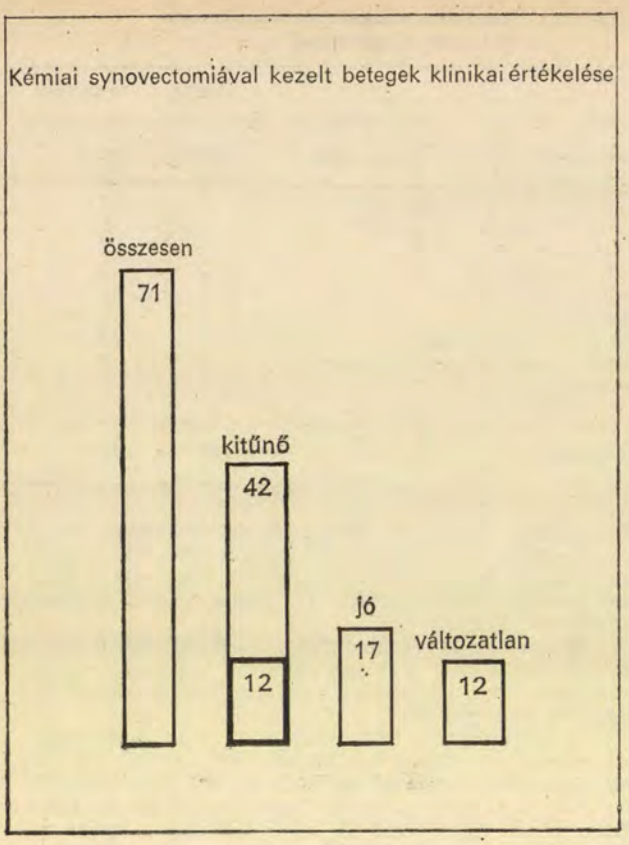
III. Ízületi rés kifejezetten beszűkült, számos subchondralis felritkulás.

A kémiai synovectomia általános felfogás szerint eredményesebb a radiológiailag kevésbé érintett ízületeken mint ott, ahol már súlyosabb elváltozás mutatkozott (19, 20).

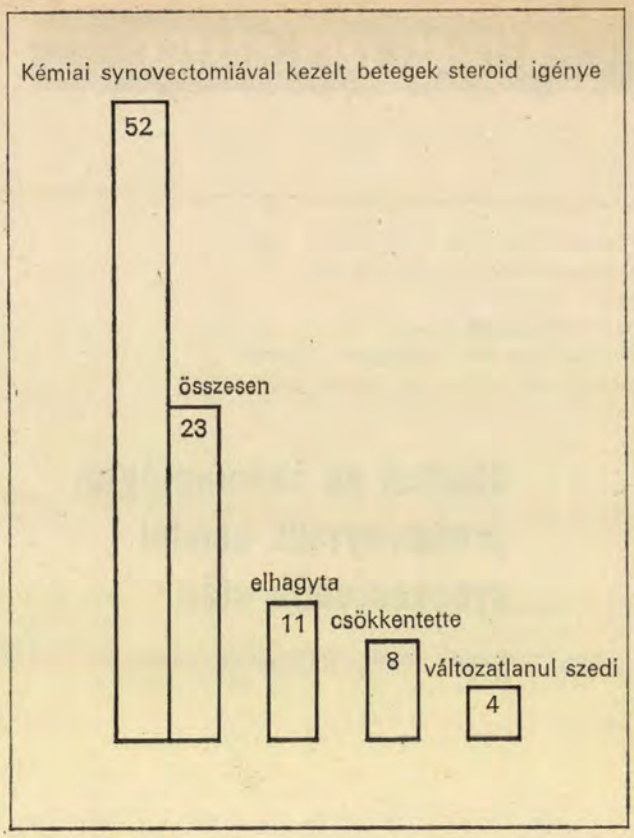
Eredményeink

Klinikai eredményeinket az *1. ábrán* közöljük.

A 42 kitűnő eredmény közül külön kiemeljük azt a 12 térdízületet, amely a beavatkozás után 2 évvel is teljesen panaszmentes. Eredményeink megegyeznek az irodalomból ismert, nagyobb esetszámmal rendelkező szerzők megfigyeléseivel (13, 14, 15, 16). Eseteink többségében a beteg fő panaszát az a térde képezte, amelyen aztán a kémiai synovectomiát elvégeztük, ennek ellenére többször észleltük, hogy a következő acut shub, amely a be-



1. ábra.



2. ábra.

teg csaknem valamennyi ízületét érintette, az OsO_4-dal kezelt térden nem okozott gyulladásos tüneteket. A tartós szisztémás steroid kezelés alakulását a *2. ábra* mutatja. Amint látható, az esetek túlnyomó többségében a steroidok elhagyhatók, avagy csökkenthetők voltak. A *2. táblázat* adatai szerint egyértelmű, hogy saját tapasztalataink szerint is elsősorban a radiológiailag kevésbé érintett ízületek esetében mutatkozott jó terápiás eredmény.

14 esetben, ahol ^{99m}Tc accumulatióval is megmértük a gyulladás mértékét, azt találtuk, hogy a térdízületek felett mért beütésszámok a helyi gyulladás függvényében emelkedő görbét adnak. Eredményeink szerint a helyi Tc index kémiai synovectomia után szignifikánsan alacsonyabb volt mint a beavatkozás előtt ($P < 0,05$) és arányos volt a helyi fájdalom, duzzanat és mozgáskorlátozottság mértékével. Az ellenoldali, kezeletlen térden a különbség nem volt szignifikáns.

Betegeinket nemcsak klinikailag, hanem laboratóriumi vizsgálatokkal is rendszeresen ellenőriztük: IgG, IgM, IgA, IgE, C_3 és összfehérje értékeket mértünk vérben és synoviális folyadékban a beavatkozás előtt, majd ezt követően hat hónaponként. Természetesen kémiai synovectomia után csak sikertelen esetben nyertünk synoviális nedvet. Az ily módon nyert kb. ezer laboratóriumi leletet kíséreltük meg összevetni klinikai eredményeinkkel.

2. Táblázat. **Kémiai synovectomiával kezelt betegek radiológiai elváltozásai**

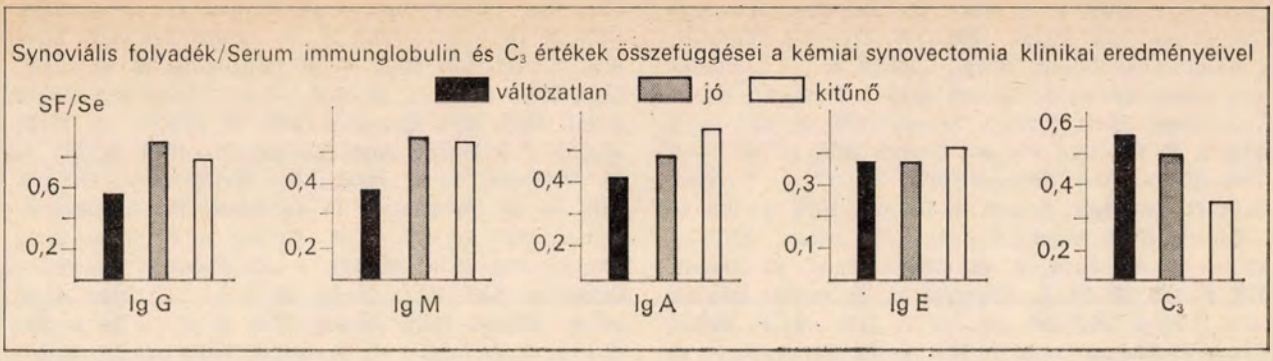
Rtg. stadium	Eredményeink kitűnő	jó	változatlan	kezelt térdek száma
I.	27	10	5	42
II.	12	6	4	22
III.	3	1	3	7

Először a betegeket a klinikai javulás alapján csoportosítottuk, és a megfelelő laboratóriumi értékeket hasonlítottuk össze, majd a kiugró laboratóriumi értékekkel (feltűnően alacsony vagy magas immunglobulin vagy C_3) rendelkező betegek klinikai paramétereit vetettük össze — minden eredmény nélkül. Súlyos, aktív, polyartikuláris folyamatokban, amelyek hátterében immunbetegséget feltételeztünk, általában magas serum Ig értékeket kaptunk. Említésre méltónak tartjuk, hogy egyetlen ízület synovitise esetén gyakran észleltünk alacsony serum immunglobulin értékeket. E betegek kémiai synovectomiája általában jó hatású volt.

Figyelembe véve a synoviális folyadék értékeket és különösen a synoviális folyadék/serum hányadosokat, néhány érdekes összefüggést észleltünk. Azok a betegek, akiknek ízületi folyadékában viszonylag magas Ig és alacsony C_3 szintet kaptunk, jobban reagáltak a kémiai synovectomiára mint az alacsony Ig és viszonylag magas C_3 értékkel rendelkező betegek *(3. ábra)*.

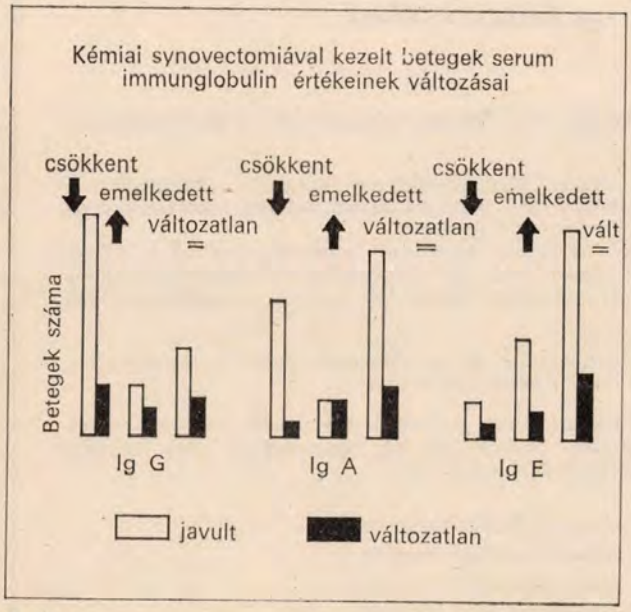
Mi történik kémiai synovectomia után?

A 6 hónappal később végzett vizsgálatok eredménye szerint a javult esetekben a serum immun-



3. ábra.

globulin értékek gyakrabban csökkentek mint azokban az esetekben, amelyekben a beavatkozás eredménytelennek bizonyult. Ezzel szemben az IgG és IgA szint emelkedését gyakrabban észleltük azoknál a betegeknél, akiknél nem sikerült terápiás eredményt elérni *(4. ábra)*.



4. ábra.

Az ozmium-tetroxid mellékhatásai minimálisak (17). Mindössze 11 betegen észleltük beavatkozás után a synovitis fellángolását, mely általában néhány óráig, egyetlen esetben 2 hétig tartott. A helyi gyulladás és fájdalom nem volt súlyos, gyulladáscsökkentő gyógyszerekre jól reagált. Bőrkiütést, laboratóriumi értékekben elváltozást egyetlen esetben sem észleltünk.

Megbeszélés

Eredményeink alapján úgy gondoljuk, hogy az intraartikulárisan adott OsO_4 alkalmas a chronicus synovitis helyi kezelésére, mivel az esetek nagy részében tartósan csökkenti vagy megszünteti a térdízület gyulladását.

Ezen, az irodalomból jól ismert tényen túlmenően, vizsgálni kívántuk, mely betegek reagálnak jól, melyek kevésbé a beavatkozásra? Terápiás hatékonyságunkat javíthatnánk, ha előre tudnánk, vajon elsősorban a betegség fennállásának időtartama, annak súlyossága vagy inkább immunológiai paraméterek befolyásolják-e a kémiai synovectomia eredményességét.

Ismeretes az a feltételezés, mely szerint az ízületben lezajló immunfolyamat a pathogen antigenre adott aktív antitestválasz eredménye. Az immunkomplexek aktiválják a complement rendszert, és ezzel helyi gyulladást idéznek elő. Ez esetben a C_3 szint, valamint az ízületi folyadék/serum immunglobulin hányadosa mutatná az immunfolyamat helyi aktivitásának mértékét (18, 21, 22, 23). Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a számos egyéb tényezőt — ízületi belhártya permeabilitása, a nyirokrendszer ízületi folyadékot resorbeáló képessége, a fehérjék molekulasúlya és a helyi szintézis —, amelyek a synoviális folyadék fehérjekoncentrációját befolyásolják.

Áttekintve a *3. ábra* eredményeit, mely szerint a helyi beavatkozásra a magas Ig és alacsony C_3 szintet adó betegek jobban reagáltak mint az alacsonyabb Ig és viszonylag magas C_3 értékkel rendelkező betegek, tetszetősnek tűnik az a feltételezés, hogy ezekben az esetekben, a helyi folyamatot gátolva, azért kaptunk jó eredményt, mert a pathológiai események színtere elsősorban maga az ízület.

Ily módon a synoviális folyadék vizsgálata bizonyos előrejelzéssel szolgálhat a kémiai synovectomia sikerességét illetően.

Összefoglalás. Szerzők 52 különböző aetiológiájú chronikus synovitisben szenvedő beteg 71 térdízületén végeztek kémiai synovectomiát OsO_4-dal. Az esetek nagy részében jó eredményt sikerült elérni: mind a fájdalom, mind az exsudativ tünetek csökkentek. A javulást a szokásos klinikai mutatókon kívül az esetek egy részében ^{99m}Tc helyi felhalmozódásával is mérték. A serum és synoviális folyadék részletes immunológiai vizsgálata után összefüggéseket találtak a kapott immunológiai értékek és a klinikai eredmények között. Az ozmium-tetroxiddal végzett kémiai synovectomia egyszerűen kivitelezhető, olcsó beavatkozás, mellékhatásai nincsenek, méltó hely illeti meg a chronikus synovitisek elleni terápiás fegyvertárban.

IRODALOM: 1. *v. Reis, G., Swenson, A.:* Acta Med. Scand. 159. Suppl. 1951, *140*, 27. — 2. *Hurri L. és mtsai:* Acta Rehum. Scand. 1963, *9*, 20. — 3. *Collan, Y. és mtsai:* Scand. J. Rheum. 1972, *1*, 27. — 4. *Lőrincz G. és mtsai:* Acta Rheum. Scand. 1970, *16*, 217. — 5. *Berglöf, F. E.:* Acta Rheum. Scand. 1964, *10*, 92. — 6. *Verhaege, A.:* Rev. Rheum. 1971, *38*, 237. — 7. *Nicolescu, D. és mtsai:* Scand. J. Rheum. 1976, *5*, 133. — 8. *Konrád K. és mtsai:* Rheum. Baln. Allerg. 1973, *14*, 193. — 9. *Antinnen, J. és mtsai:* Scand. J. Rheum. 1975, *4*, 125. — 10. *L. Reviczky A. és mtsai:* Rheum. Baln. Allerg. 1973, *14*, 193. — 11. *Oka, M. és mtsai:* Scand. J. Rheum. 1973, *2*, 101. — 12. *Rekonen, A. és mtsai:* Scand. J. Rheum. 1974, *3*, 75. — 13. *Nissilä, M.:* Clin. Res. 1975, 7, 202. — 14. *Vignon, G.:* Lyon. Méd. 1975, *2*, 103. — 15. *Ott, H. és mtsai:* Schweiz. Med. Wschr. 1977, *107*, 1165. — 16. *Delcambre, B. és mtsai:* Lille Méd. 1976, *21*, 10, 813. — 17. *Virkunnen, M. és mtsai:* Méd. Hyg. (Genéve) 1965, *23*, 423. — 18. *Mellbye, O. J. és mtsai:* Ann. Rheum. Dis. 1976, *35*, 233. — 19. *Delbarre, F. és mtsai:* Int. Symposium, Genéve, 1973. — 20. *Bergmann, P. és mtsai:* Dtsch. Gesundheitsw. 1971, *26*, 600. — 21. *Gabay, R. és mtsai:* Ann. Rheum. Dis. 1975, *34*, 171. — 22. *Falus A. és mtsai:* Orvostud. Akt. Probl. 1977, *29*, 5. — 23. *Falus A. és mtsai:* Rheum. Baln. Allerg. 1978, *19*, 11. — 24. *L. Reviczky, A. és mtsai:* II. Orvostud. Nucleáris Kongresszus, Budapest, 1978.

OXYBION ***por szirup készítéséhez***

Antibioticum

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (16 g por) 5 000 000 NE Phenoxymethylpenicillin-Dibenzylaethylendiaminum-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Penicillin terápia. Az összes penicillinérzékeny kórokozó (Streptococcus, Gonococcus, Pneumococcus, Staphylococcus stb.) által előidézett fertőzés kezelésére vagy megelőzésére; elsősorban tonsillitis follicularis gyógyitására.
Előnyösen befolyásolhatók az enyhe és középsúlyos felsőlégúti infekciók, továbbá tonsillitis, pharyngitis, bronchitis, otitis, valamint pneumoniák egy része. Alkalmas penicillin-érzékeny infekciókra hajlamosító – elsősorban Streptococcus okozta (pl. scarlat) – megbetegedések kivédésére is.

ELLENJAVALLATOK: A beteg penicillin-allergiája és a kórokozók penicillin-rezistenciája. Túlérzékenységre utaló jelek esetében nem szabad alkalmazni.

ADAGOLÁS: Az üveget nyakig feltöltjük csapvízzel (ivóvízzel, csecsemők esetében forralt, de lehűtött ivóvízzel), néhányszor erősen összerázzuk, míg egyenletesen sima szirupot kapunk. Egy adagolókanál 250 000 NE penicillint tartalmaz.
Terápiás adagok:

csecsemőknek:	3 × 1 adagolókanállal naponta
1–3 éves gyermekeknek:	4 × 1 adagolókanállal naponta
3–6 éves gyermekeknek:	3 × 2 adagolókanállal naponta
6–12 éves gyermekeknek:	4 × 2 adagolókanállal naponta

A kezelés időtartama általában 5–7 nap.
Megelőzés céljára kisgyermekeknek napi 1–2 kanál,
3–6 éves korú gyermekeknek 3 × 2 kanál.

MELLÉKHATÁS: A kezelés során elvétve a széklet lazulása észlelhető, ez azonban a gyógyszeradagolás befejezésével megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS: Az üveg tartalmát minden használat előtt fel kell rázni. Az elkészített szirupot hűvös helyen kell tárolni, 10 napon túl felhasználni nem szabad.

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

TÉRITÉSI DIJ: 16 gr 6,– Ft

Előállítja:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Debreceni Orvostudományi Egyetem,
Tüdőgyógyászati Klinika
(igazgató: Mihóczy László dr.),
Kórbonctani és Kórszövettani Intézet
(igazgató: Endes Pongrác dr.)

Lymphoid interstitialis pneumonia

Vezendi Sándor dr., Bodolay Edit dr.,
Mándi László dr. és Kántor Erzsébet dr.

A tüdő diffus interstitialis elváltozását, melyre lymphocyták, plasma-sejtek és elvétve nagy, mononuclearis elemek infiltratiója jellemző, *Carrington* és *Liebow* (3) lymphoid interstitialis pneumoniának (a továbbiakban LIP) nevezte el.

A LIP meglehetősen ritkán fordul elő, és gyakran okoz diagnosztikus nehézséget klinikusnak és kórboncnoknak egyaránt. Magyar szakfolyóiratban a kórképet — tudomásunk szerint — még nem közölték.

A *Montes és mtsai* (10), *MacFarlane* és *Davies* (9), *Moran* és *Totten* (11), *Young és mtsai* (15) által közölt esetekben az elváltozás minden alkalommal dysproteinaemiával társult. *Montes és mtsai* (8) 1968-ban egy eset kapcsán a monoclonalis gammopathia mellett myasthenia gravisszal szövődött esetet ismertettek.

A legújabb adatok alapján (1, 4, 14) felvetődött a kérdés, vajon a LIP kapcsolatba hozható-e a Sjögren-syndromával, melynek kezdeti stádiumában a tüdő érintettsége kifejezettebb, mint a nyálmirigyeké.

Az emelkedett plasma-összfehérje, ezen belül a gammaglobulin szaporulat oka *Osserman* és *Takatsuki* (12) szerint az, hogy a RES chronikus stimulációja a plasma-sejtek abnormális clonjának megjelenését indukálja bizonyos, erre genetikusan hajlamos egyénekben.

Dreisen és mtsai (5) szerint a keringő immunkomplexek pathogenetikailag jelentősek a lymphoid interstitialis pneumonia kialakulásában is.

A LIP tehát olyan immunproliferatív megbetegedés volna, mely nincs összefüggésben az interstitialis tüdő-fibrosissal.

Klinikailag lassan progrediáló kórkép, amelyre köhögés, esetenként nyákos köpetürítés, láz, fogyás, fokozódó dyspnoe jellemző. A közölt esetek kétharmad részében a dyspnoe és a köhögés három vagy több éven át fennállt, és gyakran ismétlődő pneumoniával szövődött.

Liebow és *Carrington* (7) 18 esetükről számoltak be. A legfiatalabb betegük 13 éves volt. Betegeiknek több mint kétharmada nő volt. A tünetek fennállása az esetek csaknem felében több volt három évnél. 12 betegüknek hypergammaglobulinaemiája volt: nyolcnak IgG, négynek IgM típusú. Öt beteg hypogammaglobulinaemiás volt. A 18. betegnek Sjögren-syndromája volt, fehérje frakcióit nem vizsgálták.

Röntgenfelvételeken az elváltozás általában kétoldali, rendszerint reticularis vagy reticulo-nodularis, különösen hypogammaglobulinaemia esetén. A nodularis árnyék általában nem sűrű.

A gyógyszeres kezelés hatását igen nehéz lemérni kontroll vizsgálatok hiányában. Steroidok adása az esetek kis hányadában észrevehető javulást eredményez.

Liebow és mtsa (7) esetei közül 10 kapott corticosteroidot. Határozott javulást öt esetben észleltek, a másik öt beteg nem javult, de nem is rosszabbodott.

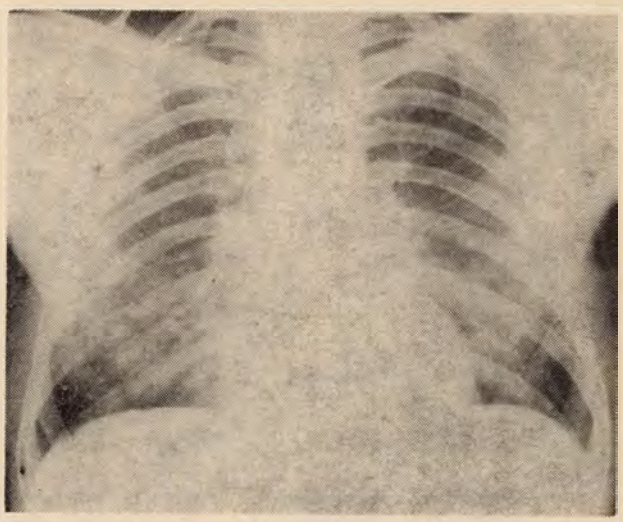
Négy biopsiásan is vizsgált esetünk szöveti képe az irodalmi adatok ismeretében megfelelt LIP-nek.

Eseteink ismertetése

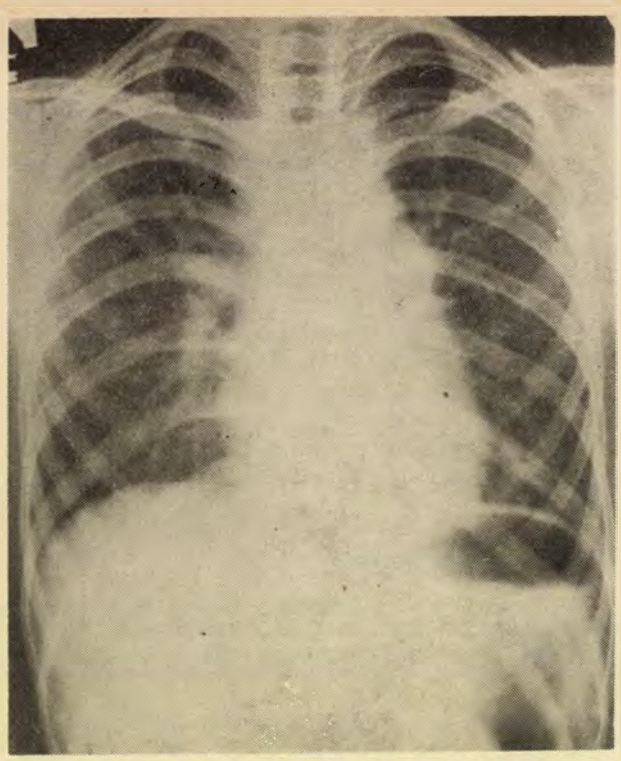
1. V. S., 40 éves férfibeteg. Panaszai felvétele előtt 8 hónappal kezdődtek: izzadás, fáradékonyság, munkadyspnoe. Az intézeti beutalása előtt 3 hónappal jobb hónalji lymphadenitis alakult ki, amely antibiotikus kezelés után megszűnt. *Mellkas rtg (1. ábra): Vizsgálati adatai:* vvt.: 4,3 millió, fvs.: 7100, quali.: se.: 58%, eo.: 4%, ly.: 36%, mo.: 2%. We.: 10 mm/h, hgb.: 15,4 g%, hct.: 54%. *Vizelet:* a.: neg., p.: +, s.: neg., ubg.: norm., ül.: oxalát kristály. Se. glu.: 90 mg%, BUN: 22 mg%. Se. bi.: 0,5 mg%, alk. phosph.: 50 mu/ml, SGOT: 15 mE. *Papír-electrophoresis:* albumin: 38,8%, alpha$_1$-globulin: 5,95%, alpha$_2$-globulin: 15,95%, béta-globulin: 10,0%, gamma-globulin: 29,3%. LE-sejt jelenség: neg. Waaler—Rose-próba: 16 E. Antinuclearis reactio: 4 E. Tüdőszövet-ellenes antitest: 8 E.

Spirometriás vizsgálat: VC: 3570 ml (k. e.: 3700 ml); FEV$_1$: 3240 ml = 91%; FIV$_1$: 3420 ml = 96%; MPV: 97,2 l (k. é.: 92,5 l). *Vélemény:* kitűnő tüdő-ventilatio. *Izotópos keringésvizsgálat:* hyperkinetikus cirkulációra jellemző parameterek. A jobb tüdőből történő biopsia, a szöveti lelet LIP-nek felelt meg.

2. *N. E.*, 9 éves kislány. Öt éve kezelték febris rheumatica, ízületi panaszok miatt. Felvétele előtt egy évvel mindkét tüdőben aprógócos disseminatio látszott. *Laboratóriumi adatai:* hgb.: 10,1 g%, hct.: 30%. *Vizelet:* a.: neg., p.: +, s.: neg., ül.: 3—4 fvs., 1—2 vvt., oxalát kristály. SGOT: 15 mE, se. bi.: 0,8 mg%. Waaler—Rose-próba: 2 E. Antinuclearis reactio: 4 E. *Mellkas*



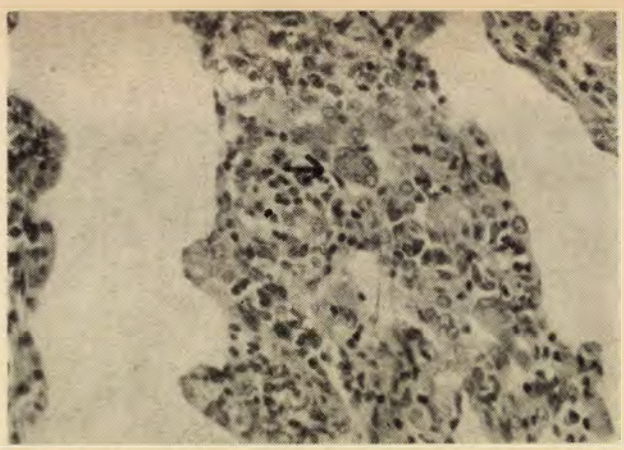
1. ábra: Bilat. pa. irányú mellkasfelvétel: Mindkét alsó lebeny vetületében finom fátyolos, opálüveg-szerű fedettség látható



2. ábra: Bilat. pa. irányú mellkasfelvétel: Mindkét tüdő vetületében durva gócos disseminatio látható. Bal oldalon a szívöböl kitöltött

rtg: (2. ábra). A jobb tüdőből történt biopsia, a szöveti lelet LIP-nek felelt meg.

3.: D. B., 60 éves férfibeteg. Előzményében 3 évvel korábban a bal oldalon az alsólebeny hörgőben, a felsőlebeny hörgőben és a lingulában csirkecsont volt, amelyet bronchoscopos úton sikerült eltávolítani. Antibiotikus kezelés következtében a krónikus gyulladás megszűnt. Ezt követően a betegnek többször volt véres köpete. *Mellkas rtg-felvételén:* a szív mellett, basalisan inhomogen rajzolat látszott. *Bronchoscopia:* b. oldalon a lingula szájadéka lezárt, környezete gyulladásos, oedemás. Mivel az eltelt három év alatt a beteg több alkalommal véres köpetet ürített és az endoscopos kép a lingula területében gyulladást jelzett, lingula resectióra került sor. A resecalt anyag szöveti lelete LIP-nek felelt meg. *Laboratóriumi leletek:* We.: 72 mm/h, fvs.: 6600, quali: se.: 64%, eo.: 2%, ly.: 30%, mo.: 4%. Se. bi.: 0,8 mg%. SGOT: 11 mE. *Vizelet:* a., p., s.: negatív, ubg.: norm., ül.: negatív. *Spirometria:* VC: 3950 ml (k. é.: 4380 ml). FEV_1: 2360 ml = 59%. MPV: 56,4 liter (k. é.: 62,6 l). *Vélemény:* enyhe légúti obstrukció és ennek megfelelő MPV csökkenés.

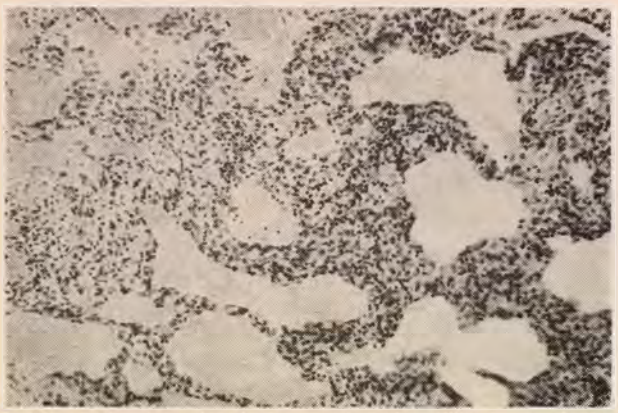


4. ábra: Interstitialis lymphoreticularis infiltratio. Nyílnál óriássejt. 450 ×

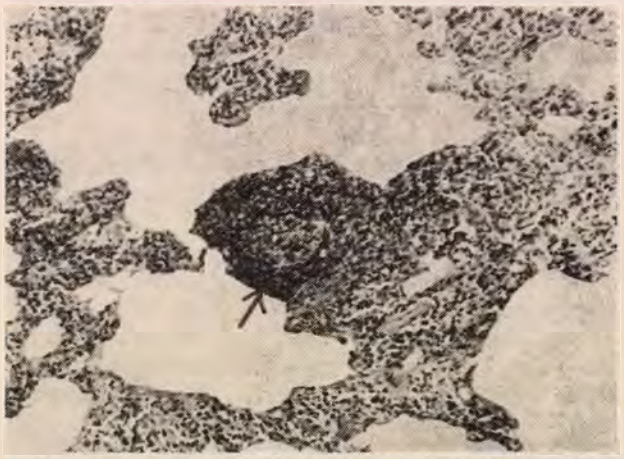
4.: Sz. J.-né, 47 éves beteg. 14 év óta van nehézlégzéses panasza. 1974 óta több alkalommal feküdt tüdőgyógyintézetben. *Mellkas rtg*-felvételein kétoldali basalis fátyolozottság látszott. 1977. év őszén panaszai fokozódtak, radiológiai progressio is bekövetkezett. *Mellkas rtg*-felvételén mindkét tüdőben kiterjedten durva gócú disseminatio és fibrotikus rajzolat látszott. *Spirometria:* VC: 1180 ml (k. é.: 2400 ml), FEV_1: 910 ml = 85%, FIV_1: 1130 ml = 100%. MPV: 27 liter (k. é.: 48 l). FVC: 1170 ml. *Vélemény:* jelentős restrictio. *Laboratóriumi leletek:* We.: 10 mm/h, ANR: 2 E, Rose-próba: 2 E. Papír-electrophoresis: albumin 49%, $alpha_1$-globulin: 3%, $alpha_2$-globulin: 9%, béta-globulin: 12%, gamma-globulin: 27%. Immunelectrophoresis: IgG: 1811 mg%, IgA: 161 mg%, IgM: 78 mg%.

1978. I. 4-én jobb oldali tüdő-biopsia történt, az elváltozás LIP volt.

Szövetileg gócokban csökkent légtartalmú, egy-egy lobulus területében fokozottan légtartó tüdőrészlet látható, mindenütt változatos mértékben kiszélesedett interstitiummal, alveolaris septumokkal. A septumokat diffuse lymphocyták, plasma-sejtek infiltrálják, melyekkel elvegyülve N. E. esetében histiocyták is megfigyelhetők. Az interstitiumban, helyenként az alveolusokban is duzzadt, a kioldott lipoidoktól habos plasmájú phagocyták csoportjai. A bronchiolusok körül secundaer folliculusokat tartalmazó lymphoid szövet hyperplasia látható. Desquamativ pneumoniára



3. ábra: Az interalveolaris septumok diffuse, csaknem egyenletesen kiszélesedtek, lymphocytákkal, plasma-sejtekkel infiltráltak. Az interstitiumban, helyenként az alveolusokban is duzzadt, a kioldott lipoidoktól habos plasmájú phagocyták csoportjai. 150 ×



5. ábra: Kiszélesedett interalveolaris septumok, hatalmasan tágult, átszakadt falú alveolusokkal. Középen nyílnál nyiroktüsző, centrum germinativummal. 250 ×

utaló jel nincs. A kereksejtes beszűrődés a metszetekben látható bronchus, bronchiolus falát is érinti, ezek lumene szabad. A diffus interstitialis lymphoidsejtes infiltratiót érelváltozás nem kíséri *(3., 4., 5. ábra)*.

Megbeszélés

Liebow és *Smith* (6) a tüdő interstitialis pneumoniáit a következőképpen osztályozta:

1. szokásos vagy klasszikus interstitialis pneumonia;
2. bronchiolitis obliterans és diffus alveolaris károsodás,
3. desquamativ interstitialis pneumonia;
4. lymphoid interstitialis pneumonia;
5. óriássejtes interstitialis pneumonia;
6. plasma-sejtes interstitialis pneumonia;
7. eosinophil-sejtes interstitialis pneumonia.

A LIP pathogenesise nem ismert. Kiváltó tényezőként genetikus faktorok, vírus-infectio és más vírusmentes faktorok egymásra hatása vagy kombinálódása tételezhető fel. A kórképet el kell differenciálni a valódi lymphomáktól és a lympomatoid granulomatosistól (8, 13). Azokban az esetekben, amikor inkább multiplex, izolált nodulusok láthatók mint diffus infiltráló elváltozás, a lymphoma valószínűsíthető. Lymphocytás lymphomában a sejt-populatio homogen, nagy germinalis centrumokkal, számos mitosissal és a nyirokcsomókat érinti.

A lymphomatoid granulomatosis főként a tüdőket érinti, ércentrikus, érdestrukciót okoz. A granuomatosis és atypusos sejtek különböző foka látható a lymphoreticularis beszűrődésben.

LIP-ben az infiltratum polymorph, számos érett lymphocytával és plasma-sejttel, nagy mononuclearis, valamint reticuloendothelialis sejtek keveredésével oszló alakok nélkül. Lokalizált elváltozásokban a germinalis centrumok jelenléte pseudolymphoma gyanúját kelti.

Betegeink előzményében hónalji lymphadenitis, febris rheumatica, illetve corpus alienum szerepelt. A negyedik beteg kórelőzménye több mint 10 évre nyúlik vissza.

A plasma fehérjefrakcióit két betegünkben vizsgáltuk. Ennek a két betegnek hypergammaglobulinaemiája volt. Emellett az egyikük Waaler—Rose-próbája pozitív, tüdőszövet-ellenes antitesttitere emelkedett volt.

Betegeink mellkas röntgenfelvételén az első beteg filmjén kétoldali finom fátyolozottság látszott. Ez a kórfolyamat korai szakaszának megfelelő radiológiai kép. A kislány felvételén nodularis rajzolat, a harmadik betegünk felvételén a lingula vetületében látszott halvány inhomogen rajzolat. A negyedik beteg elváltozása a legutóbbi felvételét megelőző négy év alatt fokozatosan progrediált. 1974-ben kétoldalon basalisan látszott finom aprógócos disseminatio, ami később durvagócúvá, és a tüdő középső és felső lebenyeire is kiterjedtté vált.

Az első két betegünk Prednisolon kezelést kapott. Kezdetben napi 30 mg Prednisolont adtunk, amelyet kéthetenként 5 mg-mal csökkentettünk 10 mg-ig. A 10 mg-os fenntartó adagot egy évig adtuk. A kezelés hatására mindkét betegünk panaszai megszűntek, radiológiai feltisztulás következett be. Két, illetve három évvel a betegség kezdete után tünetmentesek. A harmadik betegünk corticoidot kapott. Négy év telt el a kórisme igazolása után, jelenleg panaszmentes.

Negyedik betegünk kombinált immunosuppresszív kezelését (corticosteroid és Imuran) néhány hete kezdtük el, s jelenleg is tart.

Összefoglalás. A szerzők négy tüdő-biopsia útján szövetileg is kórismézett lymphoid interstitialis pneumonia esetükről számolnak be. A kórképről — tudomásunk szerint — a hazai irodalomban eddig közlemény nem jelent meg. Mellkas röntgenképen az elváltozás kezdetben kétoldali basalis fátyolozottságot, finom aprógócos disseminatiót mutat. A kórfolyamat előrehaladásával, az elváltozás gyakorlatilag a tüdők minden vetületét érinti és durvagócúvá, illetve fibrotikussá válik. Megfelelő adagú és időtartamú immunoszuppresszív kezeléssel a kórfolyamat kedvezően befolyásolható. Két kezelt betegük folyamata visszafejlődött. Egy betegüket nem kezelték, folyamata jelenleg stationer. Negyedik betegük kezelése folyamatban.

IRODALOM: 1. *Anderson, L. G., Talal, N.:* Clin. Exper. Immunol. 1972, *10*, 199. — 2. *Anderson, W. A. D.:* Pathology, St. Louis. C. V. Mosby Co., 1971. VI. kiadás. — 3. *Carrington, C. B., Liebow, A. A.:* Amer. J. Path. 196, *48*, 36a. — 4. *Cummings, N. A. és mtsai:* Ann. Intern. Med. 1971, *75*, 937. — 5. *Dreisen, R. B. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1978, *298*, 353. — 6. *Liebow, A. A., Smith, D. E.:* In the Lung. Edited by A. A. Liebow and D. E. Smith. Williams and Wilkins, Baltimore, 1968. — 7. *Liebow, A. A., Carrington, C. B.:* Medical Clinics of North America. 1973, *57*, 809. — 8. *Liebow, A. A.:* Amer. Rev. Resp. Dis. 1973, *108*, 5. — 9. *MacFarlane, A., Davies, D.:* Thorax. 1973, *28*, 798. — 10. *Montes, M. és mtsai:* Amer. Rev. Resp. Dis. 1968, *98*, 277. — 11. *Moran, T. J., Totten, R. S.:* Amer. J. Clin. Path. 1970, *54*, 747. — 12. *Osserman, E. F., Takatsuki, K.:* Series haematologica. 1965, *4*, 28. — 13. *Saltzstein, S. L.:* Cancer. 1963, *16*, 928. — 14. *Talal, N., Sokoloff, L., Barth, W. F.:* Amer. J. Med. 1967, *43*, 50. — 15. *Young, R. C. és mtsai:* J. Natl. Med. Assoc. 1969, *61*, 310.

MARIPEN *tabletta*

ÖSSZETÉTEL

1 tbl. 500 000 NE penamecillinum-ot (benzylpenicillin-acetoxy-methylester) tartalmaz.

JAVALLATOK

1 tbl. 8–10 órán át biztosít terápiás penicillinszintet és minden olyan fertőzés kezelésére alkalmas, amelyet G-penicillin-érzékeny kórokozó idéz elő (Streptococcus haemolyticus, Gonococcus, Pneumococcus, Staphylococcus stb.), tehát elsősorban: felső légúti infekciók, tonsillitis, pharyngitis, krónikus bronchitis, tüdőbetegségekkel párosult akut és krónikus bronchitisek, pneumoniák egy része, pyodermák stb. gyógyítására. Alkalmas penicillin profilaxis céljára: rheumás láz megelőzésére, továbbá általában penicillinérzékeny infekciókra hajlamosító megbetegedések kivédésére.

ELLENJAVALLATOK

Penicillinallergia.
Mint minden penicillin kezelésben, itt is figyelembe kell venni, hogy az in vivo és in vitro érzékenység nem mindig fedi egymást.

ADAGOLÁS

Napi 3–4-szer 1 tabletta, a klinikai tünetek megjavulása után naponta 3–4-szer fél tabletta általában elegendő.

Gyermekeknek: kezdeti adagolás naponta testsúlykg-onként:
6 éven alul 80 000–60 000 NE,
7–14 évesnek 50 000–40 000 NE napi három adagra elosztva.

(Gyermekeknél a magasabb egység a megadott korhatáron belüli kisebb testsúlyúakra vonatkozik.) Ezek az adagok is a klinikai tünetek javulása után – de leghamarabb a Maripen adagolás 3. napja után – megfelelően csökkenthetők. A Maripen mindig éhgyomorra adandó.
Súlyosabb esetekben parenteralis készítmény adagolása a helyénvaló.
A Maripen tabletta hatóanyagának mennyisége alapján két és félszer hatásosabb a Vegacillin tablettánál, ezért a fenti adagok a penicillinre érzékeny súlyosabb fertőzésekben is elegendők. Akut és krónikus bronchitisek esetén kezdeti kezelésre a fenti adagok a mérvadók, majd a köpetmennyiség csökkenésének állandósulása után fenntartó adagként a teljes tünetmentességig a fenti adagok fele javasolt.

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet
(igazgató: Hollán Zsuzsa dr.)

HLA—DR (IA) antigének a magyar populációban

Gyódi K. Éva, Ónodi Klára
és Petrányi Győző dr.

A HLA—A, —B és —C locus antigén produktumain* kívül, melyek a szervezet valamennyi szövetének felületén és magvas sejtjének membránján előfordulnak, az emberi B lymphocyták olyan membrán antigéneket is hordoznak, melyeket szintén a 6-os kromoszóma HLA régiójában található locusok határoznak meg (31). Ezek az antigének a B lymphocytákon kívül a macrophagokon, a spermiumokon, egyes csontvelői őssejteken és a T lymphocyták subpopulációin találhatók (28). Az alloantigén rendszer hasonló az egér Ia (Immunoreaktivitási régióhoz asszociált)** rendszerhez és valószínűleg szorosan kapcsolt az emberi immunoreaktivitással (2, 31). Mindkét rendszer antigénjei szerológiai úton meghatározhatók.

Első ízben 1973-ban sikerült *Hauptfeld* (10) valamint *David* (4) és munkatársainak immunizálással anti-Ia szérumot termelni olyan beltenyésztett egértörzsekben, melyek csak az immunreaktivitási régióban különböztek egymástól. Segítségükkel ma már 21 Ia antigén határozható meg egerekben. *Van Leeuwen* (12), valamint *Wernet* (30) és munkatársaik ugyancsak 1973-ban terhes anyák szérumában, a kevert lymphocyta-kultúra reakciót blokkoló antitesteket találtak, melyeket az egér Ia antitestek emberi megfelelőjeként ismertek fel. *Van Rood* írta le először (22), hogy HLA antiszérumok is tartalmazhatnak B lymphocyta elleni antitesteket, ezt később számos laboratórium közleményei (13, 14, 24, 26, 27, 33) erősítették meg.

Családvizsgálatokkal sikerült behatárolni a B sejt specificitásokat meghatározó gén vagy gének helyét, ill. locusait a 6-os kromoszómán. *Van Rood* (23), *Kovithavongs* (11) és *Winchester* (33) szerint a locusok közül legalább egy a HLA—D locussal szoros kapcsolatban van, de a centromérhez viszonyított helyzetét még pontosan nem tudták meghatározni (21). Ugyanakkor leírtak a HLA—A locussal öröklődő B sejt specificitásokat is (15, 29).

A B lymphocytákon szerológiailag kimutatható új specificitásoknak a meghatározása és azonosítása volt a „VII. Histocompatibilitási Workshop" fő témája 1977-ben. A nemzetközi műhelymunka során különböző populációkon és nagy számú családon végzett vizsgálatok erősítették meg a HLA—D locussal való kapcsolatot. Ennek a rokonságnak a kifejezésére határozta el az 1977-es Oxfordi Nomenclatura Bizottság az addig használt IA jelölés helyett a HLA—DR (D-related) elnevezést (3).

Munkánk célja elsősorban egy HLA—DR tipizált sejtpanel felállítása volt a „VII. Histocompatibilitási Workshop" szérumainak felhasználásával. Ennek során meghatároztuk a HLA—DR antigén- és géngyakoriságokat a magyar populációban, kerestük az összefüggéseket a HL—A, —B és —D locus antigénjeivel, különös tekintettel egy feltehetően új —D specificitással, melyet *Ónody és mtsai* (19) írtak le egy endogám magyar populációban.

Anyag és módszer

Sejtpanel. A vizsgálatokat 84, egymással nem rokon véradón, túlnyomórészt intézetünk dolgozóin végeztük el, akik HLA—A, —B és —C antigénmegoszlás tekintetében nem tértek el lényegesen a magyar átlagpopulációtól (8, 21).

B lymphocyta szeparálás. A B sejt szuszpenziókat peripheriás vérből, Ficollos szeparálás, vasporral történő monocytamentesítés, és a T lymphocyták E rozetta technikával való eltávolítása útján állítottuk elő (1).

20 ml defibrinált vérből Ficoll-Uromiro grádiens centrifugálással lymphocyta-szuszpenziót készítettünk és 100 mg vasporral összekeverve 30 percig 37 °C-on incubáltuk. Mágnessel a vasrészecskéket eltávolítottuk, majd ismételt Ficoll-grádiens centrifugálás és egyszeri, 10%-os FCS-t (Foetal Calf Serum) tartalmazó PBS (Phosphate Buffered Solution) oldattal való mosás után a sejteket 50% FCS-t tartalmazó PBS-ben 5×10^6/ml koncentrációra állítottuk be. Egy rész lymphocyta-szuszpenziót egy rész papainnal érzékenyített birka-vörösvérsejttel kevertünk össze (32) és 15 percig szobahőmérsékleten állni hagytuk, ezt követően 5 percig 800—1000 fordulattal centrifugáltuk és 60 percig +4 °C-on tartottuk. A rozettát képezett T lymphocytákat Ficollos szeparálással választottuk le a B lymphocytáktól, melyeket 50% FCS-t tartalmazó PBS-oldattal egyszeri mosás után 2×10^3 sejt/μl koncentrációra állítottunk be. A cső aljára ülepedett, rozettát képezett T lymphocytákról a birka-vörösvérsejteket NH_4Cl oldattal hemolizáltuk, és a B lymphocytákhoz hasonlóan $2 \times 10^3/\mu$l sejtkoncentrációra állítottuk be. A B sejt szuszpenziók tisztaságát immunfluorescens technikával ellenőriztük, általában 45—80%-os, ún. dúsított B lymphocyta szuszpenziókkal dolgoztunk.

---

* A HLA rendszerrel (Human Leukocyta Antigén rendszer, a fő szövetösszeférhetőségi rendszer emberben) foglalkozó, eddig megjelent magyar közlemények: *Aszódi L.:* Orv. Hetil. 1973, *114*, 2., *Petrányi Gy.:* Orvosképzés. 1975, *50*, 347., *Petrányi Gy.:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 71.

** Az egér hisztocompatibilitási (H—2) rendszerének I (Immunreaktivitási) régiója részben immunreakciókkal kapcsolatban álló lymphocyta tulajdonságokat meghatározó géneket (immunreakció készség, sejt-sejt kölcsönhatások, lymphocyta subpopulatiók funkciói), részben e funkciókkal kapcsolatban álló sejtfelszíni antigéneket meghatározó géneket foglal magába. Ez utóbbi, különösen lymphocytákon és macrophagokon meghatározható sejtfelszíni antigénrendszert nevezik Ia antigéneknek.

1. Táblázat. **HLA-DR allélgyakoriságok különböző populációkban (%)**

Allélek	Magyar	Európai caucasoid	É-amerikai caucasoid	É-Amerikai néger	Afrikai néger	Japán	Amerikai indián
HLA-DRw1	9,4	6,2	5,2	7,3		4,5	
HLA-DRw2	10,0	11,2	13,9	13,8	8,7	16,5	8,4
HLA-DRw3	11,4	8,9	11,8	12,4	11,7		9,1
HLA-DRw4	14,8	10,5	15,9	11,4	4,1	10,3	21,5
HLA-DRw5	10,8	15,1	11,9	15,4	7,4	5,4	6,0
HLA-DRw6	8,1	8,6	10,6	19,1	9,9	6,7	5,9
HLA-DRw7	12,0	15,5	12,4	12,0	6,6		3,7
BLANK	23,6	24,0	18,3	8,6	51,6	56,6	45,4
N	84	334	273	110	77	164	69

2. Táblázat. **HLA-DR és HLA-B antigének közötti gametikus asszociációk és haplotipus frekvenciák (N = 84)**

HLA	Gametikus asszociáció D-érték	Haplotipus frekvencia %	r[a]	p[b]
—DRw3/-B8	5,11	6,03	0,57	+++
—DRw7/—B13	2,51	3,33	0,30	++
—DRw2/—B7	2,38	3,25	0,27	+
—DRw1/—Bw35	2,31	3,63	0,24	+

3. Táblázat. **HLA-DR és HLA-D antigének közötti gametikus asszociációk és haplotipus frekvenciák (N = 66)**

HLA	Gametikus asszociáció D-érték	Haplotipus frekvencia %	r[a]	p[b]
—DRw3/—Dw3	7,11	8,48	0,66	+++
—DRw2/—Dw2	6,88	7,55	0,76	+++
—DRw5/—Dw5	5,88	6,90	0,62	+++
—DRw4/—Dw4	5,11	6,21	0,53	+++
—DRw7/—IVÁD3	4,21	5,16	0,45	+++

4. Táblázat. **Az új HLA-D determináns, IVÁD-3 kapcsolata HLA-DR és HLA-B antigénekkel**

	++	+—	—+	——	x^2	r[a]	p[b]
IVÁD-3/HLA-DRw7	7	3	9	47	13,4	0,45	+++
IVÁD-3/HLA-DRw3	4	6	11	45	2,0	0,17	
IVÁD-3/HLA-B13	4	6	7	42	3,6	0,25	
HLA-DRw7/HLA-B13	6	13	5	60	7,4	0,30	++

[a]korrelációs koefficiens $r = V\overline{x^2/n}$ ++ $p < 0,01$
[b]+++ $p < 0,001$ + $p < 0,05$

Antiszérumok. 180 Ia-antiszérumot használtunk a HLA—DR (IA) tipizálásához, melyet az oxfordi központ a világ 153 laboratóriumából gyűjtött be, és a Workshop Szervező Bizottság osztott szét a részt vevő laboratóriumok között.

HLA—DR antigén meghatározás szerológiai módszere. A standard workshop technikát alkalmaztuk, amely tulajdonképpen egy hosszított incubatiós idejű lymphocyta cytotoxicitási reakció (22). Egy μl, 2000 lymphocytát tartalmazó sejtszuszpenziót egy μl antiszérummal 60 percig szobahőn incubáltunk Terasaki mikrotálca vályúiban, majd 5 μl nyúl-complementtel történő 120 perces további incubatio után a cytotoxikus reakcióban elpusztult lymphocytákat 5%-os eosin oldattal festettük, és formalinnal való fixálás után fáziskontrasztmikroszkóppal értékeltünk.

Eredmények

Az *1. táblázatban* a magyar népesség és különböző populációk HLA—DR allélgyakoriságait foglaltuk össze (3). Az allélek 23,6%-a ún. „blank" allél, azaz a jelenleg rendelkezésünkre álló reagensekkel nem kimutatható antigén. A fenotípus frekvenciákból a Mattiuz-formula alapján (17) számítottuk a Delta értékeket és kalkuláltuk a haplotípus frekvenciákat.

A *2. táblázatban* a HLA—DR antigének és a HLA—B locus alléljei közötti kapcsolatot kifejező D értékeket (Delta érték) és haplotípus gyakoriságokat tüntettük fel. Szignifikáns összefüggést találtunk a —DRw3/—B8, a —DRw7/—B13 stb. antigén párokra.

A HLA—DR és a HL—D antigének közötti gametikus asszociációkat és haplotípus gyakoriságokat a *3. táblázatban* foglaltuk össze. A kapcsolat jóval erősebb mint a —B locus alléljeivel volt, öt antigén párra is erős szignifikáns együttes előfordulást tapasztaltunk. Az új HLA—D specificitás, az IVÁD—3 (19) HLA—DR antigénekkel való kapcsolatát vizsgálva azt találtuk, hogy pozitív linkage disequilibrium, vagyis pozitív kapcsolódási egyenlőtlenség csak két —DR antigénnel, a —DRw7-es és a —DRw3-as antigénekkel áll fenn, az előbbi összefüggés szignifikáns *(4. táblázat).* A tíz IVÁD —3 pozitív egyén közül hét egyén —DRw7 pozitív is egyben. Ugyanezen két antigénre jellemző, hogy a —B locus kapcsolatában külön-külön mindegyik a —B13 antigénnel fordul elő leggyakrabban, a kapcsolat valamivel erősebb —DRw7 és —B13 esetében. A HLA—DRw7 antigén oldaláról nézve pedig azt láttuk, hogy a —D locus alléljei közül kizárólag az IVÁD—3-mal van kapcsolódási egyenlőtlenségben.

Megbeszélés

Az emberi szövetösszeférhetőségi rendszer egy újabb, immár ötödik régiójának felfedezésével, antigénjeinek meghatározásával az egyének szöveti antigén struktúráját kifejező HLA fenotípus ismét

gazdagodott. Az új rendszer ismeretében már tíz HLA antigén jellemez minden egyént. A magyar populációban ezen új antigéntulajdonság típusainak megoszlása általában megfelel az európai kaukazoid típusra jellemző allélgyakoriságoknak. Egyes antigének tekintetében pl. —DRw3, —DRw4, —DRw5 azonban az észak-amerikai kaukazoid típushoz hasonlít. Hiányzik továbbá az európaiakra annyira jellemző kapcsolat a —DRw1 és —Bw35 allélek között (3). Mivel szövetösszeférhetőségi rendszernek elsősorban a szervátültetések terén van gyakorlati jelentősége, felmérhető, mit jelent az újabb antigéndeterminánsok felfedezése. Egyrészt pontosabbá teszik a donor-recepiens kiválasztást, másrészt megnehezítik a compatibilis párok kiválasztását a rendkívül nagy variációs lehetőség miatt. Ugyanakkor a —DR antigéneknek a —D allélek nagy részével, mind a kromoszómán, mind a lymphocyták felületén mutatott szoros asszociációja lehetővé teszi, hogy a szervátültetésben olyan nagy szerepet játszó HLA—D locus antigénjei szerológiai módszerrel körvonalazhatók legyenek.

Igen érdekes a —DR antigénekkel szemben keletkező antitestek immunbiológiai szerepe is. Ellentétben a HLA—A, —B és —C locus antitestjeivel, melyeknek jelenléte a szervet kapó egyén keringésében kizárja az antitestnek megfelelő HLA típusú szerv beültetését az azonnali kilökődés miatt, a —DR locus antigénjei ellen irányuló preformált cytotoxicus antitestek nem befolyásolják a szövet túlélését. *Ettinger és mtsai* (5) hét sikeres veseátültetésről számolnak be, melyeket pozitív B lymphocyta keresztreakció ellenére végeztek el. *Morris és mtsai* (18) pedig graft biopsziával bizonyították, hogy a B sejt antitestek nem károsítják a beültetett szövetet. Egyes adatok szerint a vesetranszplantációt megelőzően adott kevés számú transzfúzió az „Ia" típusú antitestek termelését indítja meg, melyeknek a transzplantátumot védő hatása mutatható ki (7).

A —DR antigén-incompatibilitás esetében a transzplantáció által indukált Ia antitestek jelentősége a rejekció szempontjából ma még nehezen ítélhető meg. A vizsgálatok egy része káros hatást nem tulajdonít ezen antitesteknek (20). Ezt a lehetőséget látszanak alátámasztani azok az első megfigyelések is, melyeket a hazai veseátültetések során szereztünk (9). A transzplantált vesével élő betegek nagy részében kimutatható keringő B lymphocyta antitest, mely nem okozott rejectiót 2—3 év alatt sem. Ismertek azonban megfigyelések, melyek szerint a transzplantált vese kilökődése és az Ia antitestek termelődése között szoros kapcsolat áll fenn (6).

Az új antigénrendszer felismerése közelebb vihet az immunreakciókkal kapcsolatos celluláris jelenségek megértéséhez is, mivel ez az antigénstruktúra valószínűleg fontos szerepet játszik a T lymphocyta aktiváláshoz szükséges macrophag—T lymphocyta kölcsönhatásban, valamint az allogén szövetek által előidézett kezdeti T lymphocyta aktiválásban (25). A HLA—DR (IA) antigének lymphoid sejtek közötti kooperációjának hátterében feltehetően az áll, hogy ezen antigénstruktúra és a sejtmembrán egyes receptorstruktúrái (antigén receptor, Fc és C_3 receptor) azonosak vagy biokémiailag szoros kapcsolatban állnak (16, 25). E fontos immunológiai szerep képezheti hátterét egyes autoimmun betegségek és a HLA rendszer között talált kapcsolatoknak.

Köszönetnyilvánítás. Szerzők köszönetüket fejezik ki *Rausch Mihályné*nak, *Kudelka Károlyné*nak és *Fejes Endrémé*nek kiváló technikai segítségükért.

Összefoglalás. Szerzők 84, egymással nem rokon, egészséges véradó HLA—DR (IA) antigén- és géngyakoriságát határozták meg a „VII. Histocompatibilitási Workshop" szérumaival. Kapcsolatot kerestek a HLA-régió addig ismert alléljeivel, az —A, —B, —C és —D locus antigénjeivel. Legerősebb asszociációt a —D locussal találtak, a hét HLA—DR specificitás közül öt pozitív linkage disequilibriumban van a megfelelő —D determinánsokkal. Az ivádi endogám populációban felismert új HLA—D determináns, az ún. IVÁD—3 erős együttes előfordulást mutatott a HLA—DRw7-es antigénnel. Leggyakoribb haplotípusnak a HLA—DRw3/HLA—Dw3-t, ill. a HLA—DRw3/HLA—B8-t találták, mely megfelel a kaukazoid populációban tapasztaltaknak.

IRODALOM: 1. *Albrechtsen, D. és mtsai:* Tissue Antigens. 1976, *8*, 379. — 2. *Arbeit, R. D. és mtsai:* J. Immunol. 1975, *115*, 1173. — 3. *Bodmer, W. és mtsai:* Joint Report from The Seventh International Histocompatibility Workshop Conference. In: Histocompatibility Testing 1977, Munksgaard, Copenhagen (in press). — 4. *David, C. S. és mtsai:* Proc. Nat. Acad. Sci. (Wash.) 1973, *70*, 2509. — 5. *Ettinger, R. B. és mtsai:* Lancet. 1976, *II*, 56. — 6. *Ettinger, R. B. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1976, *295*, 305. — 7. *Van Es A. A. és mtsai:* Lancet. 1977, *I*, 506. — 8. *Gyódi É. és mtsai:* Haematologia. 1973, *7*, 199. — 9. *Gyódi É. és mtsai:* megjelenés alatt. — 10. *Hauptfeld és mtsai:* Science. 1973, *181*, 167. — 11. *Kovithavongs, T. és mtsai:* Tissue Antigens. 1975, *5*, 165. — 12. *Van Leeuwen, A. és mtsai:* Transplant. Proc. 1973, *5*, 1539. — 13. *Legrand, L. és mtsai:* in Histocompatibility Testing. 1975. p. 665. Munksgaard, Copenhagen. — 14. *Mann, D. L. és mtsai:* Proc. Nat. Acad. Sci. USA. 1975, *72*, 5103. — 15. *Mann, D. L. és mtsai:* Nature. 1976, *250*, 145. — 16. *Marrack, P. és mtsai:* Immunogenetics. 1977, *4*, 541. — 17. *Mattiuz, P. L. és mtsai:* in Histocompatibility Testing. 1970. p. 193. Munksgaard, Copenhagen. — 18. *Morris, P. J. és mtsai:* Lancet. 1976, *II*, 312. — 19. *Ónody K. és mtsai:* Tissue Antigens. 1978, *11*, 30. — 20. *Pegrum, G. D. és mtsai:* Lancet. 1976, *I*, 540. — 21. *Petrányi Gy. és mtsai:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 71. — 22. *Van Rood, J. J. és mtsai:* Tissue Antigens. 1975, *5*, 73. — 23. *Van Rood, J. J. és mtsai:* in Histocompatibility Testing. 1975, p. 629. Munksgaard, Copenhagen. — 24. *Solheim, B. G. és mtsai:* in Histocompatibility Testing. 1975. p. 713. Munksgaard, Copenhagen. — 25. *Thorsby, E. és mtsai:* in HLA System New Aspects, ed. Ferrara, G. B. p. 129. 1977. Elsevier, Amsterdam. — 26. *Ting, A. és mtsai:* J. Exp. Med. 1976, *143*, 981. — 27. *Walford, R. és mtsai:* J. Immunol. 1976, *116*, 1704. — 28. *Walford, R. és mtsai:* in HLA System New Aspects, ed. Ferrara, G. B. p. 105, 1977, Elsevier, Amsterdam. — 29. *Ward, F. E. és mtsai:* Tissue Antigens. 1977, *10*. 143. — 30. *Wernet, P. és mtsai:* Transplant. Proc. 1973, *5*, 1875. — 31. *Wernet, P. és mtsai:* Transplant. Rev. 1976, *30*, 271. — 32. *Wilson, A. B. és mtsai:* Clin. Exp. Immunol. 1975, *22*, 177. — 33. *Winchester, R. J. és mtsai:* J. Exp. Med. 1975, *141*, 924.

NAPROSYN

tabletta mV 200 Antirheumatica

ÖSSZETÉTEL: 1 tabl. 250 mg naproxent tartalmaz.

HATÁS: A Naprosyn tabletta gyulladásgátló, láz- és fájdalomcsillapító hatású, nem steroid jellegű készítmény. Gyulladásgátló hatása adrenalectomizált állatokon is jelentkezik, ami azt jelzi, hogy nem a hypophysis–mellékvese humoralis regulációs rendszeren keresztül, hanem közvetlenül hat. Gyulladásgátló hatásának pontos mechanizmusa – hasonlóan más gyulladásgátlóékhoz – nem ismert, de feltételezhető, hogy a prosztaglandin-szintetáz gátlásának nagy szerepe van a gyulladáscsökkentő hatás kialakulásában. A többi nem steroid gyulladásgátlóhoz viszonyítva kevésbé bizonyult ulcerogen hatásúnak. A cardiovascularis, valamint a központi és vegetatív idegrendszert nem, vagy csak minimális mértékben befolyásolja.

JAVALLATOK: Rheumatoid arthritis, egyéb krónikus ízületi gyulladások, spondylitis ankylopoetica (m. Bechterew), arthrosis különféle formái, spondylosis, spondylarthrosis, extraarticularis rheumatismus különböző formái (lumbago, egyéb myalgiák, fibrositisek, neuralgiák, bursitisek, periarthritis humeroscapularis, epicondylitis humeri stb.).

ELLENJAVALLATOK: Gyomor- és nyombélfekély, továbbá kifejezett máj- és vesekárosodás esetén csak állandó orvosi ellenőrzés mellett adható.

Terhesség alatt nem rendelhető. 16 évesnél fiatalabb betegek ne szedjék a gyógyszert, mivel jelen pillanatig fiatalkorúakon és gyermekeken még nincs elég tapasztalat.

ADAGOLÁS: Kezdő és szokásos fenntartó adagja napi 2 × 250 mg (reggel és este étkezés után). Szükség esetén napi 3 tabletta is adható (750 mg össz-dózis) a fájdalmak napszakos jellege szerint: 2 tabletta reggel, 1 tabletta este, illetve 1 tabletta reggel és 2 tabletta este. Hosszan tartó kezelés alatt az adagolás napi 375–750 mg-os határokon belül változtatható, a megfelelő adagokat ugyancsak naponta kétszer kell beadni.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán gyomorégés, gyomorfájás, telítettségi érzés, enyhe szédülés vagy rosszullét, fejfájás, a gyomor-béltraktusban átmeneti jellegű vérzés. Igen ritkán bőrkiütés, thrombocytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Kerülendő az együttadás

- magnéziumoxid és alumíniumhidroxid tartalmú antacidumokkal (gátolják a Naprosyn felszívódását);

Csak óvatosan adagolható

- orális anticoagulansokkal (anticoagulans hatás fokozódik;
- szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal (hypoglykaemia veszélye);
- difenilhidantoinnal (ennek szérumszintjét toxikusig emelheti);
- szulfonamidokkal (ezek toxicitását fokozhatja).

FIGYELMEZTETÉS: Szalicilérzékeny egyénekben urtikáriát, aszthmás rohamot válthat ki.

Tartósabb alkalmazásakor a vérzési idő meghosszabbodását okozhatja.

Gyomor- vagy nyombélfekély esetén, vagy ha a betegen gyulladásgátló gyógyszerek szedése kapcsán már fellépett gyomor- vagy bélvérzés, alkalmazása állandó orvosi ellenőrzést igényel.

Orális anticoagulánsokkal együtt adva a prothrombin időt ellenőrizni kell!

Szulfanilurea típusú antidiabetikumokkal együtt adva az antidiabetikum adagját újra be kell állítani!

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 30 db tabletta 22,– Ft.

FORGALOMBA HOZZA: Alkaloida Vegyészeti Gyár, Tiszavasvári, Syntex licencia alapján.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI

VINCRISTIN

injekció

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg 0,5 mg liofilizált vincristinum sulfuric.ot tartalmaz; Az oldószer 10 ml 0,9%-os natrium chloratum oldat.

JAVALLATOK: Gyermek- és felnőttkori acut leukaemia. Lymphogranulomatosis. Chronikus myeloid leukaemia acut blastos crisise. Lymphosarcoma. Ewing-sarcoma. Wilms-tumorban praeoperativ szakban, illetve áttétek esetén.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: Az üveg tartalmát az oldószerampulla tartalmával feloldjuk. Az így elkészített oldat 1 ml-e 0,05 mg hatóanyagot tartalmaz. A Vincristin frissen elkészítve intravénásan injekció vagy infúzió formájában hetenként egy alkalommal alkalmazható. Az adag nagyságát a beteg testsúlyának és egyéni tűrőképességének figyelembevételével kell meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK: Alopecia (amely mindig reversibilis), obstipatio, álmatlanság, paraesthesia, a mély inreflexek gyengülése, ataxia, izomgyengeség, abdominalis fájdalom, idegfájdalmak, leukopenia.

MEGJEGYZÉS: ✠✠ Kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra hozható forgalomba.

Fénytől védve, hűtőszekrényben tartandó. Lejárati idő: 2 év.

CSOMAGOLÁS: 25×0,5 mg + 25×10 ml oldószer

KÓBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

LYCURIM®

injekció

ÖSSZETÉTEL: Injekciós üvegenként 30 mg liofilizált 1,4-di-(2-methylsulphonyloxaethylamino)-1,4- didesoxy-erythrit-dimethylsulphonicum-ot tartalmaz. — Az oldószer 5 ml 0,9%-os natrium-chloratum oldat.

JAVALLATOK

Malignus lymphomák, lymphoblastosisok: lymphoid leukaemia, lymphogranulomatosis (Hodgkin-kór), reticulo-lymphosarcoma.

Solid tumorok: emlő-, tüdő-, és intracavitalis metastasist létrehozó tumorok;

Immunológiai kórképek: Autoimmun myositisek, myasthenia gravis, endogen uveitis.

ALKALMAZÁS: A liofilizált hatóanyagot az oldószerampulla fiziológiás konyhasó oldatával kell feloldani. Az injekciót mindenkor lassan intravénásan kell adni!

ADAGOLÁS: A kúra időtartamát és a napi dózist a kórkép határozza meg, azonban egy-egy kúra során az összadag 600 mg-ot nem haladhat meg. — Gyermekek esetén az összdózis nem lehet több, mint 1 m^2 testfelületre számítva 300 mg.

MELLÉKHATÁS: Átmeneti thrombopenia, leukopenia, amely steroid adására, vagy a készítmény kihagyására rendeződik. Ritkán gastrointestinalis panaszok (émelygés, hányás).

MEGJEGYZÉS: ✠✠ A Lycurim injekció kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra hozható forgalomba.

CSOMAGOLÁS:

25 × 30 mg-os liofilizált injekció
25 × 5 ml-es oldószerampulla

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Országos Közegészségügyi Intézet
(főigazgató: Tóth Béla dr.),
Szlovák Tudományos Akadémia
Virológiai Intézete, Bratislava
(igazgató: Blaskovic Dyoniz dr.),
Erdészeti Tudományos Intézet, Budapest
(főigazgató: Keresztesi Béla dr.)

Arbovírus természeti gócok a Börzsönyben és a Cserhát-hegységben

Molnár Erzsébet dr., Nosek József dr.,
Labuda Milan dr., Gerzsenyi Katalin dr.,
Sz. Gulyás Magdolna dr. és Szász Tibor dr.

Az elmúlt 10 év alatt virusizolálási kísérletek és szerológiai vizsgálatok útján bizonyítékokat gyűjtöttünk alpha-, flavi- és bunyavírusok előfordulására vonatkozólag Magyarország főbb természeti tájain: a Nagyalföldön (1), a Kisalföldön és az Alpokalján (2), a Dunántúli dombság (3) és a Dunántúli középhegység (4) területén. Vizsgálatainkba 1974-től bekapcsolódott az Erdészeti Tudományos Intézet is. A kérdés jelentősége főként abban van, hogy e három víruscsoport tagjai szerepet játszhatnak serosus meningitisek kóroktanában (5) és így a fertőző természeti gócnak minősülő erdők látogatása munkahelyi ártalmat jelenthet az erdészet különböző ágazataiban dolgozók, ugyanakkor veszélyt rejteget a fogékony lakosság, a turisták, a sportolók számára is.

1976 októberében az Északi-középhegységhez tartozó Börzsöny- és Nyugat-Cserhát-hegység (Ipolyvidék) erdeiben végeztünk kullancs- és kisemlős-gyűjtést vírusizolálási és szerológiai vizsgálatok céljából. Eredményeinkről az alábbiakban számolunk be.

Földrajzi adatok, anyagok és módszerek

A Börzsöny és a Cserhát, az Északi-középhegység e két legnyugatibb tagja, a Kárpátok belső vulkanikus övéhez tartozik és zömében andezit-piroklaszt kőzetből áll. Éghajlatára domborzati tagoltsága rányomja bélyegét. Az évi csapadékmennyiség a tengerszint feletti magassággal nő, az átlagos középhőmérséklet ugyanakkor csökken. Ez az éghajlati jelleg határozza meg a vegetáció típusokat és a növénytársulásokat: a Magas-Börzsönyben 700 m-en felül lakatlan erdők vannak: bükkösök, magas kőrissel és nagylevelű hárssal. Lejjebb a bükk gyertyánnal és kocsánytalan tölggyel elegyesen alkot állományokat, még lejjebb a kocsánytalan tölgynek adja át helyét. A községek a Duna és az Ipoly völgyébe telepedtek.

A Cserhát hullámos, enyhe dombvidék, itt-ott kisebb hegycsoportokkal. A nyugati, alacsony halomvidékből emelkedik ki a Romhányi rög. Éghajlata, csapadékmennyiség tekintetében, a Duna—Tisza közéhez áll közelebb. Szélcsendes vidék, a relatív páratartalom alacsony. A természetes erdők gyertyános tölgyesek, cseres tölgyesek, bükkösök és karszterdők. A kultúrerdők itt is, a Börzsönyhöz hasonlóan, akácosok, fenyvesek. A két világháború közötti időszakban kiirtott erdők helyén szántóföldi művelés folyik (6).

Vizsgálatainkat a váci járásban, a Királyrét, továbbá a balassagyarmati járásban, az Érsekvadkert és a Romhány melletti erdőkben végeztük.

A kullancsok gyűjtését és vírusizolálásra előkészítését, a kisemlősök csapdázását, a vérminták vételét, továbbá a vírusizolálási kísérletek és az ellenanyag-vizsgálatok kivitelezését korábban már ismertettük (4).

Eredmények

A Börzsöny- és a Cserhát-hegység vidékéről akut idegrendszeri megbetegedettektől az OKI víruskutató osztályára 1958-tól 1976 végéig vizsgálatra beérkezett vérminták között, zömmel a váci és a balassagyarmati járásban, összesen 38 esetben találtunk KE haemagglutinatio gátló (HAG) ellenanyagot kullancs-encephalitis (KE) vírussal szemben. Figyelemre méltó az, hogy 1976-ban a pásztói és a salgótarjáni járásban halmozódtak a szerológiailag is igazolt KE esetek *(ábra)*.

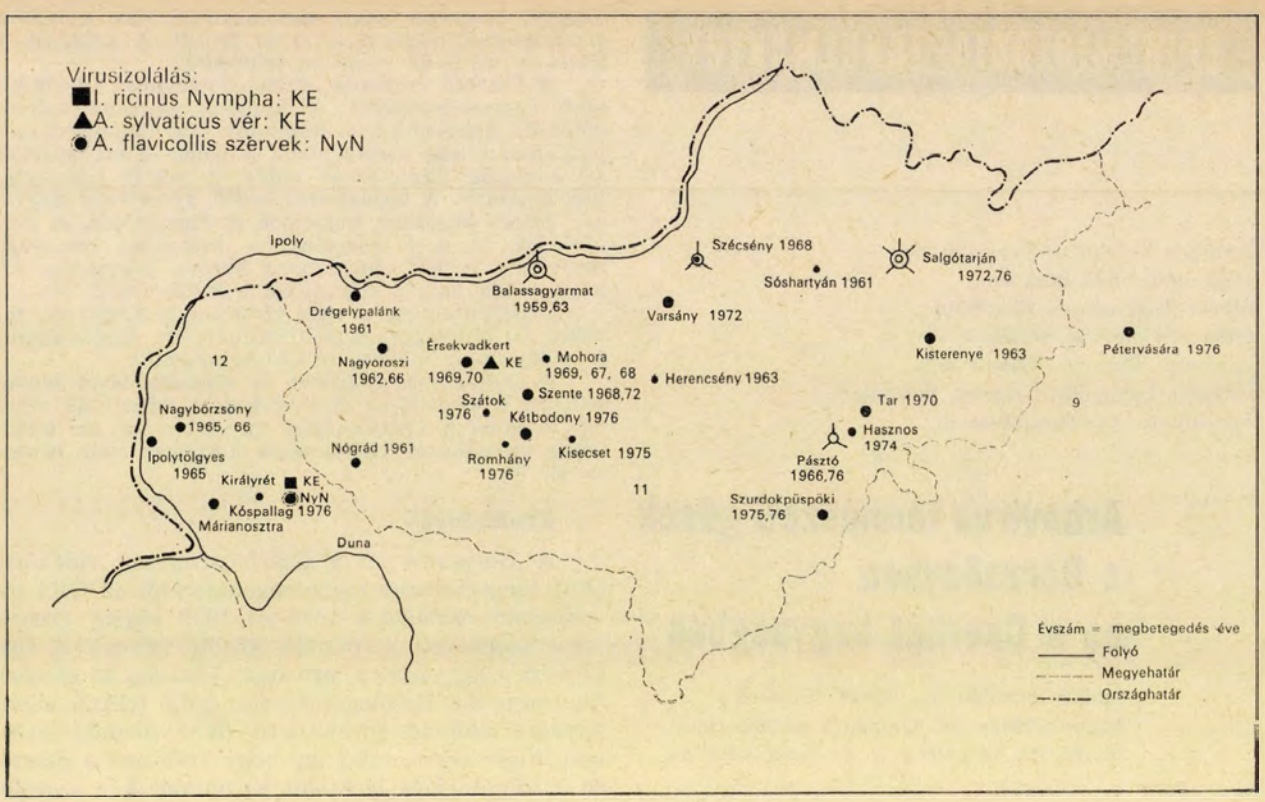
HAG próbával megvizsgáltuk 101 egészséges erdészeti dolgozó 1976 januárjában levett vérmintáját. Közülük 10-nek volt ellenanyaga a KE vírussal szemben. Nyolc a váci, egy a balassagyarmati, egy pedig a salgótarjáni járásban lakik, illetőleg dolgozik. Kettőnek a katamnézisében szerepelt régebben lezajlott meningoencephalitis. Az egyik a berceli erdőgazdaság dolgozója, 1975-ben volt beteg, KE elleni HAG titere 1 : 20. A másik, a váci erdőgazdaságból, 1963-ban volt beteg, így HAG ellenanyagot már nem tudtunk véréből kimutatni. Alphavírus sindbisszel (SIN) szemben négy járás területén találtunk egy-egy személy vérében ellenanyagot *(1. táblázat)*.

Kullancsokat Királyrétnél, a Vörösbércen, a Cseresznyéspatak mellett és a Darabos-hegyen gyűjtöttünk. A vizsgált vidéken az *Ixodes ricinus—Haemaphysalis inermis—Dermacentor marginatus* kullancstársulások vesznek részt a kisrágcsálók és rovarevők, továbbá a szabadon élő *Artiodactylák* és *Carnivorák* közötti kullancscirkulációban.

A kisemlősöket a kullancsokkal azonos helyen, Királyréten és az Érsekvadkert és Romhány melletti erdőkben gyűjtöttük.

A kisemlősök kullancsokkal történt infesztációja a *2. táblázaton* látható: legnagyobb volt az *Apodemus flavicollis* kullancs-infesztáltsága. *Ixodes trianguliceps*et csak egy *Clethrionomys glareolus*on találtunk Királyréten, a Cseresznyés-patak mellett.

Vírusizolálási kísérletet 176, zömében *Ixodes ricinus* kullancs dörzsölékével végeztünk. 142 db nymphából 11 szuszpenzió készült. Az egyik szuszpenzióból szopósegerek intracerebrális oltásával egy Na-dezoxikolátra érzékeny vírustörzset izoláltunk (11/76).



Ábra: Szerológiai vizsgálattal igazolt KE esetek az Ipolyvidéken, 1958–1976. Arbovírust hordozó kullancsok és gazdaállatok vizsgálata (1976. október)

1. Táblázat. **Erdészeti dolgozók vérsavójának alpha- (SIN) és flavi- (KE) vírussal szembeni HAG ellenanyag tartalma, Ipolyvidék, 1976**

Munkahely (erdészet)	Járás	Vizsg. szám	Pozitív SIN	Pozitív KE	KE HAG titer 1:20	1:40	1:80
Bercel	Balassagyarmati	5	1	1	1		
Diósjenő	Rétsági	5	0	0			
Romhány	Rétsági	5	1	0			
Salgótarján	Salgótarjáni	28	1	1	1		
Litke	Szécsényi	5	0	0			
Szécsény	Szécsényi	7	1	0			
Vác	Váci	19	0	1			1
Kemence	Váci	5	0	1		1	
Nagymaros	Váci	4	0	0			
Királyrét	Váci	18	0	6	3	2	1
összesen		101	4	10	5	3	2

Jelmagyarázat: HAG = haemagglutinatio gátló
SIN = sindbisvirus
KE = kullancsencephalitis virus

70 kisemlős heparinos vérmintájából, továbbá szerveik dörzsölékéből egy-egy, Na-dezoxikolátra érzékeny vírustörzset izoláltunk. Az egyik vírustörzset (18/76) egy Érsekvadkert mellett fogott *A. sylvaticus*, a másikat (29/76) egy Királyrét mellett fogott *A. flavicollis* hordozta. A 11/76 és 18/76 jelzésű vírustörzset az anti-KE nyúlsavó, a 29/76 jelzésű vírustörzset az anti-Nyugat-Nílus (NyN) nyúlsavó neutralizálta *(3. táblázat)*. A Magyarországon izolált arbovírusok közé sorolva, ezek az új vírustörzsek a KEm_{15} és KEm_{16}, illetőleg $NyNm_2$ nevet kapták és a továbbiakban már így szerepelnek.

A begyűjtött és vizsgált 70 kisemlős között 3-nak a vérsavómintája tartalmazott ellenanyagot arbovírusokkal szemben: a Királyréten fogott 3 *Apodemus* között kettőé gátolta a SIN (alphavírus) és egy a KE- (flavivírus) haemagglutinatióját.

Megbeszélés

Arbovírus átvivők és gazdák vírushordozását, illetőleg utóbbiak átvészeltségét az Ipolyvidéken két kullancs-encephalitis és egy Nyugat-Nílus vírustörzs izolálásával, továbbá haemagglutinatio

2. Táblázat. **Kisemlősök parazitáltsága *Ixodes ricinus* kullancsokkal, Ipolyvidék, 1976. október 4–8**

Hely	Insectivora		Rodentia				Összesen			
	Szám	Paraz. L	Szám	Paraz. L	N	♀·	Szám	Paraz. L	N	♀·
Királyrét	1	0	59	163	1	3	60	163	1	3
Érsekvadkert	6	1	27	57	0	0	33	58	0	0
Romhány	0	0	6	9	0	0	6	9	0	0
összesen	7	1	92	229	1	3	99	230	1	3

Jelmagyarázat: L = lárva, N = nympha · = *Ixodes trianguliceps* Paraz. = Parazitáltság

3. Táblázat. **Ipolyvidéken izolált arbovírus törzsek azonosítása Neutralizációs próbák egérben**

Virus	Eredet	Év	Neutralizációs index KEm$_1$	NyN	TRB	UUK	TAHm$_1$	TAHcseh
11/76	Kullancs	1976	100	—	10	10	—	—
18/76	Rágcsáló	1976	100	—	—	—	—	—
29/76	Rágcsáló	1976	9	60	0	0	6	7

Jelmagyarázat: KEm$_1$ = kullancsencephalitis, hazai 1. virustörzs
NyN = Nyugat-Nilus referens virustörzs
TRB = Tribec, csehszlovákiai törzs
UUKm$_1$ = Uukuniemi, hazai 1. törzs
TAHm$_1$ = Tahyna, hazai 1. törzs
TAHcseh = Tahyna, csehszlovákiai referens törzs
— = nem vizsgált

gátlási próbával igazoltuk. KEm$_{15}$ jelzésű vírustörzsünket a kullancs-encephalitis vírus fővektorából, az *I. ricinus* kullancsból izoláltuk, de megtaláltuk itt a kullancs-encephalitis vírus átviteléért szintén felelős *H. concinna* és *D. marginatus* fajokat is. A vírusgazdák közül az *A. flavicollis*, az *A. sylvaticus* és a *C. glareolus* volt a vizsgált helyeken a leggyakrabban megtalálható. Legerősebben az *A. flavicollis* volt kullancsokkal infesztált. Ezeknek a kisrágcsálóknak a flavivírusok átvitelében játszott szerepét az is bizonyítja, hogy egyiknek a véréből egy kullancs-encephalitis (KEm$_{16}$), egy másiknak a szerveiből egy Nyugat-Nílus (NyNm$_2$) vírustörzset izoláltunk szopósegérben.

A flavivírus csoportba tartozó kullancs-encephalitis vírus előfordulására az ezen a vidéken észlelt és szerológiailag igazolt megbetegedések alapján már számítottunk. Közvetett bizonyítéka volt e vírus természetbeni cirkulációjának az Ipolyvidéki EFAG területén dolgozó erdészeti munkások szerológiai szűrővizsgálata alkalmával talált 10%-os átvészeltséget is. Ez megközelíti *Groll* adatait, aki az ausztriai Neunkirchen környékén 1956—63-ban 14%-os átvészeltséget talált flavivírusokkal (13). Tekintettel arra, hogy a HAG ellenanyag a fertőződést követő 2—3 éven belül fokozatosan eltűnik a vérből, a régebben erdészetben dolgozók között az átvészeltség mértéke ennél jóval magasabb lehet.

Új adat az, hogy a kullancs-encephalitis víruson kívül még az ugyancsak a flavivírus csoportba tartozó Nyugat-Nílus vírustörzset is izoláltuk Királyréten. Ennek az eredetileg Afrikában (7) és Ázsiában (8) honos vírustörzsnek rezervoárjai vadon élő galambfélék (7, 9). Európai előfordulása Franciaországban (10), a Szovjetunióban (11) és Csehszlovákiában (12) ismeretes. Hazai előfordulására vonatkozólag már voltak adataink: 1966-ban Hajdúhadház környékén (1), 1967—1968-ban Zala megyében (2), 1971—1972-ben Győr-Sopron (3) és Veszprém megyében (4) találtunk emberi, háziállat-, illetőleg kisrágcsáló-vérsavókban haemagglutinatio-gátló ellenanyagot. Kislőd mellett fogott *C. glareolus* agyából izoláltuk NyNm$_1$ jelzésű vírustörzsünket (4). Feltételezhető, hogy az asepticus meningitis esetek egy részéért ez a vírustörzs a felelős.

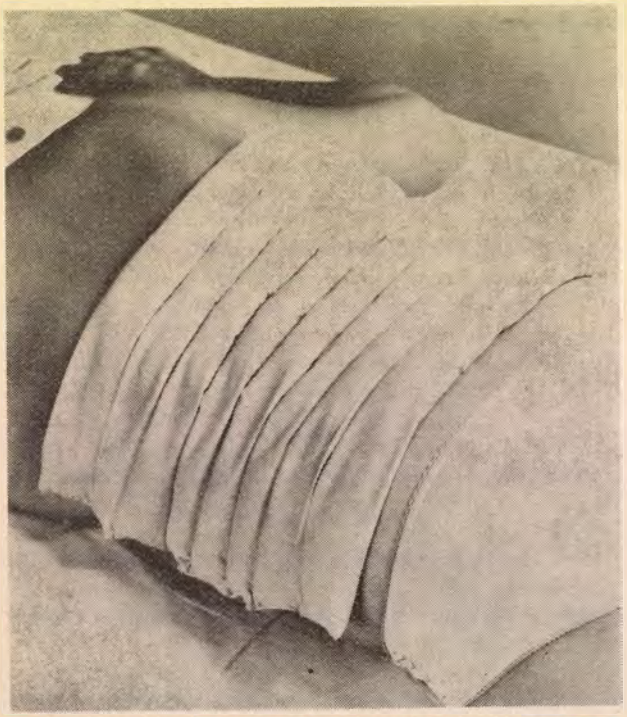
Az alphavírusokkal szemben talált haemagglutinatio-gátló ellenanyagok azoknak a régebbi megfigyeléseinknek újabb bizonyítékai, melyek Hajdú-Bihar megyében (1), Zala megyében (2) és Veszprém megyében (4) gyűjtött emberi és tehénvérminták alphavírus antigénnel szembeni haemagglutinatio-gátló ellenanyag tartalmára vonatkoznak. Az alphavírus csoport egyik tagját, az eredetileg Afrikában izolált (14) sindbisvírust, vadkacsa véréből kimutatták már Csehszlovákiában (15). Hazai előfordulása feltételezhető azon az alapon is, hogy Somogy megyében 1977-ben diagnosztizált 3 meningitis serosa eset folyamán a betegek vérsavójában az alphavirus sindbis antigénnel szemben haemagglutinatio-gátló ellenanyagtiter-emelkedést észleltünk (16).

Köszönetnyilvánítás: A helyszíni munkákban nyújtott kitűnő segítségükért köszönetet mondunk Karbonszky Kazimir erdőmérnöknek (Királyrét) és Héjj Szabolcs erdőmérnöknek (Romhány).

Összefoglalás. A szerzők a Börzsöny- és a Nyugat-Cserhát-hegységben levő Ipolyvidéki EFAG területén az 1976. év folyamán komplex természeti góckutatást végeztek kullancs-encephalitis és egyéb arbovírusok elterjedtségének vizsgálata céljából. Megállapították, hogy szerológiailag igazolt kullancs-encephalitis megbetegedések régebben főleg Pest megye váci és Nógrád megye balassagyarmati járásában halmozódtak, 1976 folyamán azonban több megbetegedés fordult elő a pásztói és a salgótarjáni járásban is. Az egészséges erdészeti munkások 10%-ának vérmintája tartalmazott haemagglutinatio-gátló ellenanyagot kullancs-encephalitis (flavi-), 4%-áé pedig sindbis (alpha-) vírussal szemben. Királyréten fogott 33 *Apodemus* fajhoz tartozó kisemlős között kettőnek a vérsavója gátolta a sindbis- és egyé a kullancs-encephalitis vírus haemagglutinatióját. Vírusizolálási kísérlet céljára gyűjtött, zömében *I. ricinus* kullancsokból, továbbá kisemlősök heparinos vérmintájából egy-egy kullancs-encephalitis, kisemlősök szervdörzsölékéből pedig egy Nyugat-Nílus vírustörzset izoláltak. A kullancsokat Királyrétnél, a Vörösbércen, a kis emlősöket a Királyrétnél és az Érsekvadkertnél elterülő erdőkben gyűjtötték.

IRODALOM: 1. *Kubinyi és mtsai:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 2457. — 2. *Molnár E. és mtsai:* Orv. Hetil. 1972, *113*, 2271. — 3. *Molnár E. és mtsai:* Orv. Hetil. 1973, *114*, 3074. — 4. *Molnár E. és mtsai:* Orv. Hetil. 1977, *118*, 1467. — 5. *Abdel Wahab, K. S. E.:* Acta Virol. 1970, *14*, 501. — 6. *Keresztesi B.:* Magyar Erdők, Akadémiai Kiadó, Bp., 1971. — 7. *Taylor, R. M. és mtsai:* Amer. Jour. Trop. Med. Hyg. 1956, *5*, 579. — 8. *Pavri, K. M., Singh, K. R. P.:* Indian J. Med. Res. 1965, *53*, 501. — 9. *Nir, Y. és mtsai:* Amer. J. Epidem. 1967, *86*, 372. — 10. *Jouber, L., Oudar, J.:* Rev. Med. Vet. (Toulouse) 1970, *121*, 221. — 11. *Csumakov, M. P. és mtsai:* Tr. Inst. Poliomielita, Virusznüh Encefalitov Akad. Med. Nauk SZSZSZR, 1968, *12*, 365. — 12. *Labuda, M. és mtsai:* Acta Virol. (Prague) 1974, *18*, 429. — 13. *Groll, E. és mtsai:* Arch. ges. Virusforsch. 1965, *15*, 151. — 14. *Taylor, R. M. és mtsai:* Amer. J. Trop. Med. Hyg. 1955, *4*, 844. — 15. *Ernek, E. és mtsai:* Intervirology. 1973/1974, *2*, 186. — 16. *Molnár E.:* Nem közölt adatok.

HÉVIZI GYÓGYISZAPKOMPRESSZ



A hévízi forrás környékéről kitermelt iszapnak rendkívüli gyógyhatása van.

JAVALLATOK: idült, esetleg subacut mozgásszervi betegségek kezelésére.

ELLENJAVALLATOK: minden heveny megbetegedés, magas vérnyomás, a szív keringési zavarai, nyílt sérülések, rosszindulatú daganatok, lázas állapotok, fertőző betegségek, bőrbajok esetén.

HASZNÁLATI UTASÍTÁS: nagyobb edényben vizet melegítünk, s amikor már kb. 50–60 °C hőfokra felmelegedett, a gyógyiszapkompresszt belehelyezzük a vízbe. Gondosan ügyeljünk, hogy a víz fel ne forrjon, mert ezáltal a gyógyiszap kellően átmelegedjen, azután kiemeljük és kicsurgatjuk belőle a vizet. Amikor a víz már kicsurgott a kompresszből és csak sárszerű massza marad a vászonban, ráhelyezzük a beteg testrészre. A kompresszen levő szalaggal rákötözzük és egy vastagabb, meleget jól tartó ruhadarabbal gondosan befedjük. Kb. 25 percig tartjuk a beteg testrészen. Kúra után a testrészt langyos vízzel jól lemossuk és szárazra dörzsöljük.

Használat után a gyógyiszapkompresszt szellős helyre akasszuk fel! Száradás közben a kompresszben az iszap darabossá válik. A következő használat előtt a meleg vízben a darabosság fellágyul.

A gyógyiszap a test különböző részeinek megfelelő formájú és nagyságú vászoncsomagolásban kerül forgalomba:

1) váll és a nyak
2) a derék és a végtagok
3) a láb és a boka
4) a kéz és a csukló
5) a nyak
6) a térd és a könyök kezelésére

KAZUISZTIKA

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Női Klinika
(igazgató: Csömör Sándor dr.),
Érsebészeti Intézet
(igazgató: Soltész Lajos dr.)

Takayashu-syndroma és terhesség

Treit Sándor dr., Szinnyai Miklós dr.
és Papp Sándor dr.

Takayashu-kór vagy aortaív syndroma (15, 10) alatt azt az állapotot értjük, amikor az aortaívből eredő nagyerek kezdetén vagy az eredéstől néhány centiméterre az ér-lumen beszűkül, vagy teljesen elzáródik. A szűkület helyétől és mértékétől függően a klinikai tünetek igen változatosak lehetnek. Az arteria subclaviák elzáródása esetén a radialis pulsus nem tapintható, ezért ezt az állapotot „pulsus nélküli betegség"-nek is nevezik (13). A vérnyomás ennek megfelelően az érintett felső végtagon nem mérhető, az oscillatiós index erősen beszűkül, a végtag izomereje csökken, munkavégzés kapcsán a claudicatio intermittenshez hasonlóan ischaemiás fájdalom keletkezik. A felső végtag fejlődésében kissé visszamaradhat, gyakori a paraesthesia. Gangraena általában nem fejlődik ki, mert az arteria intercostalis és az arteria mammaria interna ágainak kitágulása folytán a megfelelő collateralis keringés kialakul, amely nyugalmi állapotban a felső végtag keringését egyensúlyban tudja tartani.

Ha a folyamat a carotisokra is ráterjed, akkor főleg álló helyzetben szédülés, ájulás, epileptiform görcs keletkezhet, amely a beteg lefektetésére hamar elmúlik. Egyéb tünetek még a makacs fejfájás, trophikus zavarok az arcon, orron, fülön (arcsorvadás, orr-septum perforatio). A szemen gyakrabban látászavar, átmeneti vakság, opticus atrophia, cataracta, szaruhártyahomály, iris atrophia, retinalis vérzés észlelhető. A látásromlás munka alatt fokozódik, fekvő helyzetben javul (visualis claudicatio *Frőwig*). Előfordulhat még átmeneti haemiplégia, aphasia, görcsös fájdalom vagy gyengeség az állkapocsban (rágási claudicatio).

Az aortaív syndromában az agyi vérkeringési elégtelenséget fokozza a „subclavian steal effect", azaz a „subclaviás lopás" néven leírt mechanizmus. Ez akkor jön létre, ha az elzáródás vagy szűkület a subclaviában az aortaív kezdete és az art. vertebralis eredése közötti szakaszon van. Ilyenkor a beszűkült szakasztól perifériásan olyan alacsony nyomású érterület jön létre, amely az azonos oldali art. vertebralison keresztül — annak keringését megfordítva — szívó hatást gyakorol az agyi arteriás érhálózatra és az agytól a vért mintegy „ellopja". Az agyi tünetek viszonylagos súlyosságát az is okozza, hogy a carotis területében a collateralis keringés kialakulásának nincsenek olyan feltételei mint az arteria subclavia esetén. A tünetek terhesség alatti súlyosbodásában a vena cava inferior összenyomatása is szerepet játszhat.

Az első, mai értelemben vett Takayashu-syndrómának megfelelő kórképet 22 éves asszonyon *Savory* (12) írta le 1856-ban. 1908-ban *Takayashu* (18) japán szemorvos érdekes, hypoxaemiával összefüggő szemtüneteket figyelt meg. Másik japán szemész, *Onishi* (7) vette észre elsőként, hogy *Takayashu* által leírt szemtünetek esetén a radialis pulsus nem volt tapintható. Helyesebb lenne tehát *Takayashu—Onishi*-syndromáról beszélni.

A különböző nevek alatt szereplő, de valójában azonos tünetgyüttes előidézésében több aetiológiai tényező szerepel. Régebben a kóroktanban a syphilises aortitisnek tulajdonítottak nagy jelentőséget, míg az utóbbi években az *idős korban előforduló* aortaív syndromát csaknem kizárólagosan az arteriosclerosis okozza. A fiatal korban és főleg fiatal nőkön előforduló hasonló betegség az aortaív syndroma egy sajátos variánsát képezi. *Takayashu* (18) japán szemorvos első közlése után főleg Japánban számos ilyen esetet ismertettek, és manapság a legtöbb szerző a „fiatal nők arteritisét" érti tulajdonképpen a Takayashu-syndroma alatt. Erre a típusra jellegzetesnek tartják, hogy egyes esetekben az alsó végtagokon magas vérnyomás mérhető és így került az irodalomba a „fordított coarctatio" kifejezés. *Urai* és *Kállai* (19) elektromanométerrel direkt véres úton mérve az arteria femoralisban és brachialisban is hypertoniának megfelelő magas arterialis középnyomás értékeket kaptak. Szerintük tehát az egész érrendszerben hypertonia van, és így a fordított coarctatio kifejezés élettani szempontból nem helytálló.

Szövettanilag az érfal mindhárom rétegére terjedő progresszív obliteráló nem specifikus gyulladás jellemzi a kórképet (panarteritis). Óriássejtes és bőséges lymphocyta- és plasma-sejtes beszűrődés látható a mediában és az adventitiában (5), főleg, ha a nő fiatal korban hal meg. Ha a beteg hosszabb ideig él, a fenti infiltratio csökken vagy hiányzik, és a képet a media destructiója és az adventitia fibrosisa dominálja.

A Takayashu-syndroma oka ismeretlen. Legtöbben az autoimmun betegségek közé sorolják, mivel bizonyos rokon vonásokat mutat a systemás lupus erythematodessel és a polyarteritis nodosával. *Sandring* és *Welin* (11) az esetek 75%-ában rheumás eredetet tudtak kimutatni.

Tekintve, hogy a kórok ismeretlen a betegségnek specifikus kezelése nincs. Anticoagulansokat próbáltak adni, hogy a beszűkült ér thrombus általi teljes elzáródását meggátolják. Rheumatoid eredetet feltételezve ajánlják a steroid kezelést, de ennek eredménye sem meggyőző. Megfelelő szak-

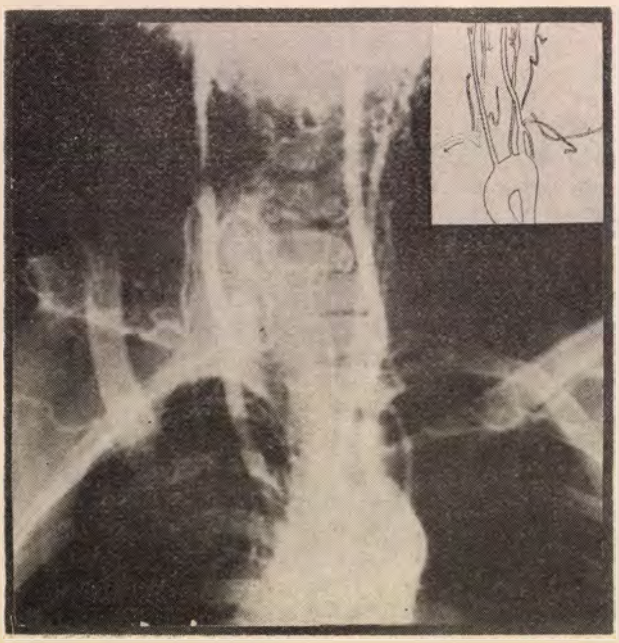
szerű kivizsgálás után (aortographia) a legjobb eredmény a különböző megkerülő (by-pass) műtéktől várható.

Esetünk

T. G.-né, 27 éves primigravida 1973. március 16-án 12—13 hetes terhességgel jelentkezett klinikánkon, hogy terhességét kiviselheti-e. A kórelőzményi adatok felvételekor elmondta, hogy gyermekkorában gyakran volt mandulagyulladása. 1964-ben, 17 éves korában, tonsillitisen, rheumás lázon és carditisen esett át. Manduláit eltávolították és 1965-ben és 1966-ban carditis exacerbatio miatt belklinikai kezelésben részesült. 22 éves korában, 1969-ben, a bal felső végtagja zsibbadni kezdett, keze fájt, hűvös tapintatú volt, szorítóereje csökkent és a bal radialis pulzus eltűnt. Egy évvel később hasonló tüneteket kezdett észlelni a jobb karján is. Mozgatáskor, munka végzésekor erős fájdalmak léptek fel mindkét karjában, a kezei elfehéredtek, hidegek, állandóan fáztak. A fej helyzetváltozásakor, felálláskor fülzúgás, szemkáprázás, hasító fejfájás, szédülés lépett fel. Másfél éve feledékeny.

Panaszai miatt 1971 novemberében a IV. Sebészeti Klinikán feküdt. A kivizsgálás során kiderült, hogy az arteria radialis pulsatiója egyik oldalon sem tapintható. Az oscillatio a jobb csukló felett 0,1, a bal felett 0,3 Pachon E. Az alsó végtagon a femoralisok és a perifériás erek pulsatiója jól tapintható. Oscillatio a jobb boka felett 2,5, bal oldalon 4,0 Pachon E. Tensio az arteria poplitea felett mérve 160/80 Hgmm. Mellkas röntgen negatív, az EKG szabályos görbét mutat, laboratóriumi leleteiben kóros eltérés nincs. Az elvégzett aortaív seriographia szerint az arteria anonyma hiányzik, a jobb carotis communis külön ered. A jobb arteria subclavia eredése zárt, distalis szakasza az arteria vertebralis felől retrograd telődik. A bal arteria carotis communis alig ceruzányi vastag, kezdeténél kifejezett stenosis látható. A bal arteria subclavia a kulcscsonti áthajlás felett elzáródott. A bal arteria vertebralis erősen tágult, a bal arteria carotisnál kb. kétszer szélesebb. Az arteria circumflexa scapula baloldalt kitágult, ugyancsak tágultak az intercostalis arteriák is *(ábra)*.

Szemészeti vizsgálat: szemfenék ép. Ophthalmodynamometria + graphia: A. ophthal. nyomás: $\frac{81/47}{76/41}$ Hgmm. Szemnyomás: $\frac{11}{14}$ Hgmm, a brachialis vérnyomás mérhetetlensége miatt az ODM nem viszonyítható.



A beteg az ajánlott helyreállító érműtétbe nem egyezett bele. Pyridinolcarbamat készítmények (Anginin, Cholesterinex, Prodectin) adagolását kezdték el napi 3 × 250 mg-os adagban. Már a kúra első hónapjaiban a beteg jelentős szubjektív javulásról számolt be: fejfájása, szédülése, szempanasza nagymértékben csökkent. További egy év után neurológiailag tünetmentes állapotban 1972-ben férjhez ment és terhes lett. A terhességi kivizsgálás adatai a fenti statushoz viszonyítva rosszabbodást nem mutattak. Az ideggyógyászati vizsgálat is negatív, az elvégzett EEG bal oldali fronto-temporalis maximummal izgalmi jeleket mutatott, amelyek a bal oldali arteria carotis communis stenosissal függenek össze. A szemfenéki kép normális. Az ultrahang vizsgálat 13—14 hetes foetust mutatott ki, jó szívműködéssel. Tekintettel arra, hogy a beteg objektív statusa évek óta nem romlott, sőt a gyógyszeres kezelésre bizonyos javulás mutatkozott, szubjektív tünetei nincsnek, az érsebész konziliáriussal egyetértésben rendszeres ellenőrzés mellett a terhesség kiviselését megengedtük.

Május 5-én újrafelvétel az I. Női Klinikára. A terhesség 20 hetes, időnként a betegnek contractiói voltak. A terhes fejfájásról, szédülésről, látászavarról, orrvérzésről panaszkodott.

Vérnyomását a karokon nem lehetett mérni, viszont bal femoralisán 180/90 Hgmm, jobboldalt 175/90 Hgmm. Vizsgálati leleteiben változás az előzőkhöz képest csak a szemfenéki képen mutatkozott, ahol szűkebb arteriákat és tágabb vénákat lehetett megfigyelni. Az alacsony arteriás nyomás jeleként a szemgolyó enyhe nyomására az arteria centralis retinae pulzálni kezdett. Az agyi érgörcs jeleként időnként migrain ophthalmica jelentkezett. A felvétel utáni 10. napon kezei, lábai dagadni kezdtek. Az art. poplitea felett mért vérnyomás 240/120, illetőleg 270/130 Hgmm-re emelkedett. Vizeletlelete negatív ugyan, azonban a kialakult hypertonia és az oedemák toxaemia fellépésére utaltak. Megfelelő diéta mellett 3 × 1 Prodectint, vízhajtókat és a fenyegető vetélés miatt Gestanont + Promethazint adagoltunk. A 26. héten meglepő változás következett be. A bal radialis pulzus tapinthatóvá vált és a bal karon 100/70 Hgmm vérnyomás lett mérhető. Az ér-statusában bekövetkező javulás a subjectiv tünetek mérséklődésében is megnyilvánult. További észlelés céljából a terhest a szülésig a klinikán ápoltuk.

Az elkövetkezendő hetekben a beteg állapota stabilizálódott, a magzat zavartalanul fejlődött. A laboratóriumi leletekben sem következett be lényeges változás. A bal karon továbbra is 80 és 100 Hgmm közötti systolés nyomást lehetett mérni, a pulzust tapintani lehetett és a subjectiv tünetek csak felkeléskor jelentkeztek. A fentjárás alkalmával a beteg erősen szédült, több alkalommal collabált is, nehézlégzése volt, azonban fenti panaszok fekvésre megszűntek. Pulzusszám 96/110 között ingadozott, oedemái változatlanok, vizelete továbbra is negatív volt. Az arteria poplitea felett mért vérnyomása 240/120 és 275/140 Hgmm között ingadozott.

A 33. héttől a beteg vérnyomása a jelzett magas fokon fixálódott a legkisebb felülésre, felkelésre vagy mozgásra fejfájás, ájulási érzés, látási zavarok léptek fel. Még fekvő állapotban is csak bizonyos ideig tudott olvasni.

Gondosan ellenőriztük a magzat fejlődését ultrahanggal és röntgennel. A rárakodásos toxaemia s a tünetek súlyosbodása miatt a számított terminus előtt 3héttel Strophantin előkészítés után sectio caesareaval világra hoztuk a 2850 g-os élő, érett fiúmagzatot. A postoperativ szakban zavartalan volt a sebgyógyulás, ablactáltuk. Gyógyszeres kezelésre oedemái és subjectiv tünetei megszűntek, szemészeti és neurológiai kontroll vizsgálata negatív volt. A lábakon mért vérnyomás 180/90—210/100 Hgmm között változott. A bal carotis továbbra is tapintható, a bal karon a radialis pulzus azonban újra tapinthatatlanná vált és a systoles nyomás 60 Hgmm-nél csak sejthető volt. A 15.

postoperativ napon újszülöttjével együtt panaszmentesen távozott. Ekkor már az arteria femoralis felett a tensio 160/80 Hgmm-re, azaz a kiindulási értékre csökkent.

Megbeszélés

Takayashu-syndroma és terhesség szövődése igen ritka, annak ellenére, hogy az ún. Takayashu-arteritis főleg a fertilis korban levő fiatal nőkön fordult elő (Young female arteritis).

Az irodalomban 11 közleményt találtunk, amelyekben a szerzők 13 beteg 16 terhességének és szülésének lefolyását ismertették.

Skipper és *Flint* (15) betege két terhesség alatt (1936 és 1937-ben) szédüléses rohamról, fejfájásról panaszkodott, ami a szülések után javult. 1944-ben laparotomia (méheltávolítás) után erős fejfájás, haemiplegia és átmeneti vakság lépett fel. Csak 1948-ban — amikor újra átmeneti vakság, többszöri pillanatnyi eszméletvesztés, összeesés történt — derült ki, hogy a betegnek nincs pulsusa és vérnyomása sem mérhető egyik karon sem. Ugyanakkor az alsó végtagon a tensio 150/90 Hgmm volt. *Ross* és *McKusick* (10) betegén spontán szülés után 5 napig nem tudtak pulsust tapintani, végül is uterus ruptura gyanúja miatt laparotomiát végeztek — természetesen feleslegesen. Az angiographia tisztázta a helyes kórismét. *Pigeaud és mtsai* (8) egy esetet közöltek, ahol a placenta szövettani feldolgozása is megtörtént. A lepényben anoxiás állapotra utaló jeleket találtak és a decidua erekben pedig olyan típusú elváltozásokat, mint amilyeneket a nagyerek falában leírtak Takayashu-syndromában.

Gomes és *Feldman* (6) esetében spontán szülés után a gyermekágyban cardialis decompensatio társult az aortaív megbetegedéséhez. *Sicuransa és mtsai* (14) betegének anamnesisében rheumás láz szerepelt. A tágulási szakban a szülő nő Meperdint (Dolantin) kapott. Kitolásban a fájások gyengültek és a szülést kimeneti fogóval fejezték be. A beteg radialis pulsusa nem volt tapintható. Az uterus ruptura kizárása után angiogramm tisztázta az érrendszer betegségét.

Burton (2) esetében fenyegető intrauterin asphyxia miatt üregi fogóműtétet végeztek, és akkor vették észre, hogy a betegnek nincs pulsusa és vérnyomása. Ezzel szemben az általános állapota jó volt. A szívműködés 66/min, az alsó végtagon a tensio 120/80 Hgmm. Következő évben spontán szült koraszülött magzatot.

Emanuel és *Ikomi* (3) két betegről számolt be. Az első betegen primaer fájásgyengeség miatt császármetszést végeztek. Műtét közben derült ki, hogy a terhesnek nincs pulsusa. A jelenséget műtéti shocknak tartották és csak 12 óra múlva gondoltak Takayashu-syndromára, midőn minden shock-ellenes kezelés ellenére sem jelent meg a pulsus. Az alsó végtagokon a tensio 120/70 Hgmm volt. A második beteget 30. héten koraszülés miatt utalták be. Felvételekor már észlelték, hogy az anya radialis pulsusa egyik oldalon sem tapintható, tensio egyik karon sem mérhető. Az arteria poplitea felett a tensio 120/60 Hgmm volt. A beteg halott macerált magzatot szült. Terhesség alatti panaszai — a fejfájás, a szédülés és a látásromlás — szülés után javultak.

Szinnyai és *Balogh* (17) esetében a beteg anamnézisében pleuritis exsudativa és erythema nodosum szerepelt, amelyeket tbc-s eredetűnek tartottak és antituberkulotikus kezelésben részesítettek. A beteg bal karja fájt, elzsibbadt; baloldalt a radialis pulsus nem volt tapintható, a vérnyomás nem mérhető, a bal kar enyhén atrophizált. Az Érsebészeti Intézetben a bal arteria subclavia 7 cm-es elzáródott szakaszát resecálták (1957) és kétoldali thoracalis sympathectomiát végeztek. A műtét után a beteg állapota javult, a bal karon a tensio 80/60 Hgmm-re emelkedett, az alsó végtagon a tensio 155/105 Hgmm volt. Az asszony műtét után 9 év múlva esett teherbe és az érsebész javaslatára császármetszést végeztek.

Veray és mtsai 20) két beteg szülését ismertették. Az első beteg anamnézisében rheumás láz szerepelt. Radialis pulsust egyik oldalon sem lehetett tapintani, a vérnyomást nem lehetett mérni. Ugyanakkor az alsó végtagon a tensio 240/100 Hgmm volt, a vizeletben fehérjét, vvs.-et találtak és alszár-oedemák is voltak. Valószínű, hogy itt is — mint a mi esetünkben — rárakódásos toxaemia okozta a magas tensiót. Spontán szült. A második betegen az első terhesviziten nem találtak radialis pulsust és vérnyomása sem volt mérhető. Gyakori fejfájás, felálláskor látáscsökkenés volt a fő panasza. Kétszer spontán szült. Angiogramm: a bal carotis communis és mindkét subclavia elzáródott.

Ayers (1) esetében rheumás láz, ízületi gyulladás szerepelt a beteg anamnesisében, és 25 éves korában már felállították a Takayashu-syndroma kórismét. Ekkor, majd tíz évvel később spontán szült. Radialis pulsusát nem lehetett tapintani. A kezek hűvösek voltak, a vérnyomás nem mérhető. Az alsó végtagokon jó pulsatiót és normalis tensiót észleltek. A lepény szövettani vizsgálata jellegzetes eltérést nem mutatott.

Az irodalom szerény adataiból nehéz következtetni a betegségnek a terhességre és a magzatra való hatására. Az adatok elemzése kapcsán úgy látszik, hogy a betegség a fertilitást nem befolyásolja, abortusra vagy koraszülésre nem hajlamosít. A 16 szülésből 1 volt koraszülés (6,2%) és 1 dysmaturus magzat. Viszont a szerzők egyetértenek abban, hogy a terhesség az alapbetegséget súlyosbítja. Tachycardia, dyspnoe, orthopnoe, alszároedema, rárakódásos toxaemia, keringési elégtelenség több esetben előfordult.

Burton (2) hangsúlyozza, hogy szülés után a betegeknek lehetőleg ne adjunk méhösszehúzó szereket, mert ezek hatására a vénás visszafolyás hirtelen fokozódhat és a szív hirtelen megterhelése tüdő-oedemát okozhat. Agyi és szemtünetek, mint fejfájás, szédülés, látáscsökkenés, terhesség alatti rosszabbodását több szerző észlelte.

Szólnunk kell még betegünk terhesség alatti átmeneti javulásáról, amikor a bal radialis újra tapinthatóvá vált és a vérnyomás is mérhető lett. Ez a 26. hétre esett, amikor a perctérfogat emelkedése közel eléri a maximumát (1—1½ liter), ugyanakkor a peripheriás ellenállás pedig csökken. E két tényező együtthatásával magyarázzuk a pul-

sus megjelenését és szülés utáni 13. napon — amikor visszaállt a keringés a terhesség előtti szintre — a bal radialis pulsus újra eltűnését.

Ennek a ritka betegségnek felfedezésében a terhesgondozó orvosnak jelentős szerepe van. A rendszeres vérnyomásmérés során egyik vagy mindkét karon a vérnyomás és pulsus hiánya felhívja a figyelmet az aortaív syndromára. Ha szülés vagy műtét alkalmával nem tapintunk pulsust és a beteg általános állapota nem felel meg szülési, ill. műtéti shocknak, gondoljunk erre a ritka kórképre. Tapintsuk ki az arteria femoralist és az arteria dorsalis pedist, és ha ezek felett pulsatio érezhető, mérjük meg a vérnyomást az alsó végtagon. Ha ez normális vagy éppen emelkedett, akkor a kórismét aortographia nélkül is felállíthatjuk.

Összefoglalás. A szerzők aortographiával igazolt Takayashu-syndromában szenvedő 27 éves primigravida terhességének és szülésének lefolyását ismertetik. Kórelőzményben rheumás láz, carditis szerepelt. A perctérfogat maximális emelkedésének időpontja körül a bal karon a pulsus tapinthatóvá és a vérnyomás mérhetővé vált és az maradt a terhesség végéig. Ezzel egy időben a subjectiv panaszok is átmenetileg mérséklődtek. Az utolsó hetekben az alsó végtagon a vérnyomás extrém magas értékekig emelkedett nagyfokú lábszár-oedema kíséretében, és az addig normális szemfenéki kép toxaemiának megfelelő elváltozást mutatott. A rárakódásos toxaemia, az agyi tünetek rosszabbodása és kezdődő keringési elégtelenség miatt terminus előtt császármetszést végeztek. Gyermekágyban a megfelelő kezelésre a beteg állapota gyorsan javult, azonban a bal radialis pulsus újra tapinthatatlanná vált. A 15. postoperativ napon az anya újszülöttjével együtt panaszmentesen távozott.

IRODALOM: 1. *Ayers, M. A.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1974, *120*, 562. — 2. *Burton, R. M.:* J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1966, *73*, 113. — 3. *Emanuel, L. A., Ikomi, E. A.:* J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1966, *73*, 119. — 4. *Frövig, A. G.:* Acta psychiat. scand. Suppl. 39. — 5. *Frövig, A. G., Löken, A. C.:* Acta psychiat. scand. 1951, *26*, 313. — 6. *Gomes, J. P., Feldman, I.:* Rev. Ginec. Obstet. (Rio de J.) 1961, *109*, 635. — 7. *Onishi, K.:* Acta Soc. Ophthal. Jap. 1909, *12*, 555. — 8. *Pigeaud, E., Neumann, E., Fournie, G.:* Séance de la d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon. 1958. 37. — 9. *Ramirez Cueto, G. és mtsai:* Rev. Med. Hosp. Colonia 1968, *17/89*, 23.; idézi: Excertpa Med. 1969. 235. — 10. *Ross, R. S., McKusick, V. A.:* Arch. intern. Med. 1953, *92*, 701. — 11. *Sandring, H., Welin, G.:* Acta med. scand. 1961, *170*, 1. — 12. *Savory, W. S.:* TR. Med. Chir. Soc. 1856, *39*, 205. — 13. *Shimizu, K., Sano, K.:* J. Neuropath. Clin. Neurol. 1951, *1*, 37. — 14. *Sicuranza, B. I., Maiorino, W., Tisdall, L. H.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1962, *83*, 1516. — 15. *Skipper, E. W., Flint, F. I.:* Brit. med. J. 1952, *2*, 9. — 16. *Soltész L., Szabó I., Böröcz L.:* Orv. Hetil. 1958, *99*, 26. — 17. *Szinnyai M., Balogh I.:* Zbl. Gynäk. 1968, *89*, 896. — 18. *Takayashu, M. A.:* Acta Soc. Ophthalm. Jap. 1908, *12*, 554. — 19. *Urai L.:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 241. — 20. *Veray, F. K. és mtsai:* Bol. Asoc. Med. P. Rico Mayo. 1972, *64*, 90.

HELYESBÍTÉS

E szám színes hirdetéseiben szereplő készítményeink javallatai és mellékhatásai módosultak.
Kérjük, szíveskedjen az alábbiakat figyelembe venni:

✳ **VINCRISTIN**

Javallatok: Gyermek- és felnőttkori akut leukaemia, lymphogranulomatosis, Wilms tumor. Bármely solid tumor kombinált kezelése.

Ellenjavallatok: Csontvelő elégtelenség, idegrendszeri megbetegedések.

Kombinációs terápia: Egyéb cytostatikumokkal együtt jól adható.

Mellékhatások: Alopecia, obstipatio, álmatlanság, paraesthesia, ataxia, izomgyengeség, idegfájdalmak, leukopenia, láz.

✳ **LYCURIM**

Javallatok: Hodgkin-kór, non-Hodgkin lymphomák, autoimmun betegségek.

Ellenjavallatok: Csontvelő-, vese-, májelégtelenség.

Kombinációs terápia: Májrákban Vincristinnel kombinálható.

BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Tudományos rendezvény az Erfurti Sebészeti Klinika 50 éves fennállása alkalmából.

Az Erfurti Sebészeti Klinika 1978. okt. 12—13-án tudományos rendezvénnyel ünnepelte 50 éves jubileumát. A kétnapos tudományos ülésen az NDK-n kívül Ausztriából, Bulgáriából, Csehszlovákiából, Finnországból, Lengyelországból, Magyarországról, az NSZK-ból és a Szovjetunióból meghívott sebészek vettek részt. Összesen 31 előadás hangzott el. Meghatározott téma nem volt, az előadók szűkebb érdeklődésük egy-egy területéről számoltak be.

A bevezető előadást prof. *Werner Usbeck*, a klinika igazgatója, és az Erfurti Orvostudományi Akadémia jelenlegi rektora tartotta: „50 éves az Erfurti Sebészeti Klinika" címen. A klinika első igazgatója *Alfred Machol* volt, 1928—1933 között. A 235 ágyas klinika 2 év alatt épült fel és abban az időben Európa legmodernebb ilyen jellegű intézményei közé tartozott. *Machol* professzort 1933-ban származása miatt az uralomra jutott fasiszta rezsim elmozdította állásából. Őt P. Rahm követte, aki azonban csak 1 évig maradt Erfurtban. 1934—1960-ig *Egbert Schwarz* volt a klinika igazgatója, aki nagy érdemeket szerzett annak további felvirágoztatásában. 1951 után ő hozta létre az idegsebészeti, mellkassebészeti, urologiai és baleseti sebészeti osztályokat. Ő lett az 1954-ben felállított Erfurti Orvostudományi Akadémia első rektora. 1960-ben *Theo Becker* lett az utódja, akit azonban 1961-ben a Jenai Egyetem sebészeti tanszékére hívtak meg. 1961 óta *Werner Usbeck* vezeti a klinikát. Igazgatása alatt a szakmai igényeknek megfelelően további korszerűsítések és bővítések történtek, többek közt gyermeksebészeti, intenzív therápiás és érsebészeti osztály létesült. 1975-ben az urológiai osztály önálló klinikává alakult. Jelenleg a Sebészeti Klinika már 400 ággyal működik. A klinika tudományos tevékenysége is fellendült és nemzetközileg is elismerést nyert.

Az ülésen az erfurti klinikáról összesen 13 előadás hangzott el, *Usbeck* professzor a pancreas- és gyomorsebészet tapasztalatairól számolt be. Magyarországról *Petri Gábor prof.* „A paralytikus ileus pathophysiologiájáról", *Hüttl Tivadar:* „Intraoperatív diagnosztika az epesebészetben", referens pedig „Hepatogastrostomia, mint palliativ műtét, rosszindulatú daganat okozta elzáródásos sárgaság esetén" c. tartottak előadást.

A jubileumi ülés előtt Erfurt város főpolgármestere a városháza dísztermében adott ünnepélyes fogadáson üdvözölte *Werner Usbeck* professzort, aki 1973 óta rektora az Orvostudományi Akadémiának és méltatta tevékenységét.

A tudományos ülés igen értékes áttekintést adott a sebészet számos aktuális kérdéséről, a színvonalas társadalmi program pedig lehetőséget adott a kötetlen tapasztalatcserére.

Metzl János dr.

Az NDK Gerontologiai Társaságának VII. Kongresszusa.

1979. március 19. és 23. között *Berlinben*, a *Humboldt Egyetemen* rendezték az *NDK Gerontológiai Társaságának VII. Kongresszusát*, amelynek szervezéséhez az *NDK Sebész Társasága* és *Gerontológiai Kutatóközpontja* is csatlakozott. A keletnémet szakembereken kívül a Szovjetunió, Lengyelország, Csehszlovákia, Magyarország, Ausztria, NSZK, Olaszország, Spanyolország képviselői jöttek el.

Az első napon két ünnepi előadás hangzott el. *Schmidt, Schulz, Kalbe, Brüschke, Eitner, Ries, Leutert, Rühland* és *Breustedt* (az NDK vezető, nemzetközileg is elismert gerontologusai) a fejlődés útját vázolták: a szociális gerontologia jelentőségét emelték ki, a jövőben a „komplex szociális gondozás"-t kell előtérbe helyezni. Ez interdiszciplináris megoldást igényel, részben az orvostudomány egyes ágai között, részben más tudományágakkal építendő ki a kapcsolat. Berlinben rendszeres gerontologiai továbbképzéseket szervezenek az orvosok és az egészségügyi dolgozók részére, súlyt helyeznek a megyei gerontologiai tevékenység bővítésére, igyekeznek a tudományos eredményeket mielőbb a gyakorlatban alkalmazni. További célt jelent a felkészítés a nyugdíjas évekre; a már nyugdíjasok aktivitásának minél hosszabb ideig tartó megőrzésére.

Doberauer professzor, az *Osztrák Gerontológiai Társaság* elnöke az idősek pharmacotherapiájának elveit foglalta össze. Néhány kérdés: a multimorbiditas figyelembevétele; az idősek túlzott gyógyszerelése (az idősek nagy része 5—10-féle gyógyszert szed); az altatószer-abusus; a gyógyszerek egy része fehérjéhez kötve áramlik a vérben — az idősek gyakori hypalbuminaemiája ezt akadályozza. *Doberauer* kitért arra is, hogy fontos lenne a fiatal szakemberek minél szélesebb körű nemzetközi tapasztalatcseréje, kölcsönös intézetlátogatások szervezése. A gerontológiai tevékenységről leszögezte, hogy „csak papíron létezik, ha nincs mögötte szív".

Ezután ún. *nyílt fórum* következett, amelynek keretében az előzőleg írásban küldött kérdésekre adtak választ a szakemberek. A vitavezető *Schmidt* docens, az NDK *Gerontológiai Társaságának* titkára volt, aki egyúttal a *Gerontológiai Kutatóközpont* vezetője is. Szóba került az idősek aktivitása, a testmozgás jelentősége, a sporttevékenység, a műtéti kilátás kérdése, a diéta, a szociális otthonok psychés légköre. *Brüschke* professzor (Berlin) beszámolt az 1978. évi tokiói világkongresszusról, amelynek egyik vezérmotívuma a szociális környezet elemzése volt. *Pacovsky* professzor, a *Cseh Gerontológiai Társaság* elnöke említette, hogy biztosították az orvosok és a szakdolgozók gerontologiai alap- és továbbképzését; a gyakorló orvosok mellett „geriatriai nővérek" működését tartják előnyösnek; minden orvosi szakterületnek ki kell alakítani „saját geriatriáját". *Doberauer* professzor (Bécs) utalt arra, hogy az idősek halála nem „végelgyengülés", hanem konkrét betegség miatt következik be; fontos már az előbbi életévekben a megelőzés, a kórfolyamatok idültté válásnak lehetőség szerinti kiküszöbölése. *Svarcz* professzornő (Varsó) az idősek otthonairól, klubjairól számolt be. Varsóban központi klub is működik, immár 4 éve. A 450 személyes színházteremben minden hétfőn előadásokat tartanak, részben orvosi, részben egyéb témák szerepelnek (művészettörténet, irodalom stb.), nyelvklubokat alakítottak ki (70, 80 éves hallgatók is vannak), hetente kétszer testnevelési foglalkozás és kétszer gyalogtúra biztosítja a mozgást.

A kongresszus második napján *sebészeti* jellegű előadások hangzottak el, valamint „szabad előadások", a harmadik napon pedig *„A genetika és az időskor"* főtéma köré csoportosultak a beszámolók. Néhány téma: a sürgősségi ellátás, a koponyasérülések, végtagsérülések, műtéti előkészítés és utókezelés, appendicitis, epehólyaggyulladás, fekélybetegség, rectumcarcinoma, mellkassebészet, érsebészet, peritonitis. Egy-egy referátum ismertette a nőgyógyászat, szemészet, urologia, fül-orr-gégegyógyászat geriatriai vonatkozásait. Néhány előadást hadd emeljünk ki. *Schmidt docens* (Berlin) az idősek gyógyszeres kezelésének kérdéseit összegezte; *prof. Thomae*, az *NSZK Gerontologiai Társaságának* elnöke a műtéti kezeléssel kapcsolatos psychés vezetés fontosságára utalt, *prof. Pacovsky* és munkatársai (Prága) az idősek chromosomavizsgálatával szerzett tapasztalatokat közölte. *Makai*, a *Szlovák Gerontologiai Társaság* alelnöke és *Latal* (Pozsony) a csonttörések kezelésével foglalkozott. A balesetek zöme az idősek otthonában, ill. akörül történik, gyakorlatukban súlyt helyeznek a gondos belgyógyászati kezelésre is.

Prof. Ries és munkatársai (Lipcse) évtizedek óta ún. longitudinalis vizsgálatokat folytatnak, adott lakosságcsoport számos paraméterét (antropologiai, laboratóriumi adatokat) rögzítik. Ezúttal 3 előadásban demonstrálták megfigyeléseiket. *Prof. Mankovszki* (Kijev), a cerebrovascularis elváltozásokról adott elő. *Prof. Zapadnjuk* (Kijev), a gyógyszerhatásokra irányuló kutatásait foglalta össze. *Prof. Matyashin*, az *Ukrán Sebészeti Társaság* elnöke és az Eü. Min. főssebésze gastroenterológiai eredményekkel foglalkozott. *Prof. Dobrowolski*, a *Lengyel Gerontologiai Társaság* elnöke, az idősek dehydratatiójára hívta fel a figyelmet.

A *magyar résztvevők előadásai: Zs. Nagy Imre dr.* (Debrecen), a sejtműködést elemezte. A sejtmag működését a sejtmembrán szabályozza, az utóbbi tulajdonságai, működése meghatározza a belső ionmiliőt. Különböző életkorú sejtek jellegzetességeit vizsgálja. *Balázs Péter dr., Hermann Antal dr.* és *prof. Kós Rudolf dr.* (Budapest), a műtétre kerülő idősek geriatriai szemléletű előkészítésére, utókezelésére utalt. Adataik szerint az utóbbi években az idősek postoperativ mortalitása jelentősen csökkent az idősek mind nagyobb arányú műtéti részesedése mellett. *Vértes László dr.* (Budapest), az idős cukorbetegek táplálkozásának adatait ismertette; e betegek számos ok (hiányos kórházi élelmezés, kevés kiadvány, az egészségnevelés hiányosságai, anyagi nehézség stb.) miatt helytelenül táplálkoznak.

E sorok írója előadása végén kötelességének érezte, hogy a magyar küldöttség nevében megemlékezzen *Dr. Verzár Frigyes* professzorról, a nemzetközi gerontologia egyik kimagasló egyéniségéről, aki éppen 1 héttel azelőtt hunyt el. Az elnöklő *Ries* professzor méltatva a gondolatokat, megjegyezte, hogy *Verzár* professzort az NDK gerontologusai is mindig a legnagyobb tisztelettel és elismeréssel övezték.

A kongresszuson bejelentették, hogy az *NDK Gerontológiai Társaságának* vezetőségében és működésében változások születtek. A Társaság új elnöke *Dr. W. Rühland*, ügyvezető igazgatója *prof. Dr. W. Ries* lett. Titkára továbbra is *Schmidt* docens. Sectiókat is kialakítottak: alapkutatások; szociális gerontologia; geriatria; komplex gondozás; gerostomatologia; Berlini körzet; Schwerini körzet.

A résztvevők ellátogattak *Saalow*-ba, ahol Rühland igazgatósága alatt 800 idős számára hoztak létre betegotthont. Mivel kitűnően működő és valóban korszerű szakmai elvek alapján kialakított intézményről van szó — példamutató hazánk számára is; röviden leírjuk az ott látottakat. Az egyes részlegek kb. 60 ágyasak, földszinti épületekben helyezkednek el, összekötő folyosókkal. Küszöb, egyéb akadály sehol sincs, viszont kapaszkodó, egyéb segédeszközök mindenütt. Az épületeken belül is napfényes kis udvarok vannak. A szobák 1—2 ágyasak, néhány 4 ágyas is található. Minden szobában rádió, televízió. A kiszolgáló részek: tágas konyha a járó betegeknek; cipész, szabó, könyvesbolt, férfi-női fodrászat; könyvtár; kultúrház — rendszeres előadásokkal. Szabadtéri színpad működik nyáron. A kultúrprogramokon a mozgáskárosodottak is részt vesznek — a személyzet odaviszi őket. A betegek saját kórust alakítottak. A physiotherapiás részleg rendkívül korszerű. Az új betegek az ún. felvételi osztályra kerülnek, ahol az általános orvosi vizsgálat mellett rtg, laboratóriumi vizsgálatok történnek. Sok szakorvos (belgyógyász, fogorvos, szemész stb.) állandóan rendelkezésre áll, más szakágakat (urologia, bőrgyógyászat stb.) rendszeres konziliumokkal látnak el. Műtéti beavatkozásra a 8 km-re levő kórházba szállítják a beteget. A munkatherápiás részleg is korszerű, kb. 250—300 beteg — fizetés ellenében — dolgozik (elektromos szerelés, kézimunka, varrás stb.). Feltűnő a tisztaság és a rend.

A társasági programot berlini városnézés és a *Hotel Stadt Berlin* legfelső 37. (!) emeletén rendezett fogadás jelentette. Ez a modern szálloda volt a résztvevők lakóhelye is, az egyébként hideg, havas városban. A kongresszus után tartották a *„Európai Szocialista Országok Gerontologiai Kutatásának Koordináló Bizottsága"* soron levő ülését, amelyen Magyarországot képviselhettem. Az elnök *Csebotarev* akadémikus (Kijev) távollétében *Mankowszki* professzor olvasta fel a jelentést, amely külön kimelte a *Magyar Népköztársaság* gerontologusaival kialakított értékes szakmai együttműködést. Bemutatták a legújabb kötetet is (*„A gerontologia problémái"*, Kijev 1978.), amelynek egyik fejezetét *Beregi Edit dr., a Magyar Gerontologiai Társaság* elnöke írta szovjet társszerzőkkel.

A kongresszus kitűnő, zökkenőmentes szervezéséért *Schmidt* docenst és *Dr. I. Kalbe*-t illeti dicséret, részvételem támogatását az *Eü. Min.*-nak, a *MOTESZ*-nek és *Társaságunk* vezetőségének köszönöm.

Vértes László dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Therapiás kérdések

Kombinált antibiotikum therapia a bakteriológus szemszögéből. Ullmann, U. (Hygieneinstitut der Universität Tübingen): Dtsch. med. Wschr. 1977, *102*, 1781.

Az antibiotikum kombinációk therápiás alkalmazása világszerte elterjedt. A tudatalatti „több jobb, mint kevés", ill. „a több nem árt" érzés mellett ennek alapja igen gyakran a therápiás bizonytalanság.

Kétségtelen, hogy a genetika szerint több különböző támadáspontú antibiotikum adagolása józannak, racionálisnak tűnik: a baktériumok biztosabban pusztíthatók ki, és a rezisztencia kifejlődése is elkerülhető. Ennek az érvnek az alapján áll a tuberkulózis kezelése; itt az elv szilárd és megalapozott. A gyorsan növekvő gram-pozitív és -negatív coccusok és pálcák esetében azonban a helyzet más. Itt a kombinációval kiszélesített hatásspektrum a mikroflórát erősen megzavarja és elősegíti a több irányban rezisztens baktérium törzsek és gombák kifejlődését. A célzott antibiotikus kezelés a megfelelő, de lehetőleg keskeny spektrumú szer kiválasztását jelenti, nem pedig a meggondolás nélkül adott szélesspektrumúét. Kombinációk alkalmazása csak megfelelő indikációval és megadott szabályok betartása mellett ajánlatos.

Antibiotikumok kölcsönhatása

Két antibiotikumnak adott bakteriumpopulációra való hatása szinergisztikus, additív, közömbös vagy antagonista lehet: ez in vitro könnyen, in vivo igen nehezen állapítható meg. *Szinergizmus* alatt értendő, ha $1+1>2$; a gyakorlatban szinergistának veszik azt a kombinációt, ahol az egyik szer csekély adagjának hozzátétele a másik hatását több mint négyszeresére emeli. Ilyen a gentamicin, ill. tobramycin és a carbenicillin együttes hatékonysága Pseudomonas ellen, vagy a sulfonamidok és trimetoprim kombinációja.

Addíció esetén a két szer hatása összeadódik; in vivo nem különíthető el a közömbös jellegű kombinációktól.

Antagonizmus akkor áll elő, amikor a második szer az első hatását csökkenti, rontja. Ezt figyelték meg penicillin és tetracyklin, vagy penicillin és chloramphenicol együttes adásakor pneumococcus fertőzésekben, nalidixsav és nitrofurantoin kombinációjakor enterobaktériumok ellen.

Jawetz és *Gunnison* már 1952-ben lefektetett szabálya ma is érvényes: két baktericid antibiotikum együttes hatása lehet szinergista, vagy közömbös, bactericidé és bakteriosztatikusé gyakran antagonista, vagy közömbös, két bakteriosztatikusé pedig leginkább közömbös.

Az in vitro adatokat in vivo számos tényező módosítja: az egyes szerek farmakokinetikája, különböző szöveti eloszlása, zsír és vízoldékonysága, fehérjekötődése, felezési ideje, metabolizmusa és kiürítése. Ez magyarázza, hogy in vitro szinergista anyagok is hathatnak közömbösen, vagy akár antagonista módon élőben.

Az antibiotikum kiválasztásakor figyelembe kell venni a kereszt-rezisztencia jelenségét: egy adott antibiotikum rezisztenciát idézhet elő más, kémiailag közelálló anyagokkal, azaz a csoport más tagjaival szemben is (tetracyklinek, penicillinek, cefalosporinok stb.). A kereszt-rezisztencia fajspecifikus: a staphylococcus pl. rezisztenssé tehető egy csoport valemennyi tagja iránt, ugyanakkor az enterococcus rezisztenciája korlátozódhat a csoportnak csak egyes tagjaira.

A részleges kereszt-rezisztencia jelenségét is ismernünk kell: azonos antibiotikum-csoportokon belül az A szerre rezisztens törzs B-re is az, de a B-re rezisztens törzs lehet A-ra érzékeny.

Ilyen antibiotikum párok kombinációja értelmetlen.

A beteg biztonsága szempontjából fontos, hogy ne kombináljunk olyan antibiotikumokat, amelyeknek azonos mellékhatásaik vannak, mert ezek összeadódnak és nefrotoxicitás, hepatotoxicitás, haematologia ártalom stb. veszélye fokozódik.

Antibiotikum kombinációk feltételei:

1. In vivo szinergizmus.

2. Ismeretlen kórkozójú, sürgős beavatkozást igénylő súlyos betegségben a hatásspektrum additív szélesítése.

3. Kevert fertőzés, különböző érzékenységű kórokozókkal.

4. Mycobakteriumok esetén: rezisztencia képződés gátlása.

5. Toxicitás csökkentése, hatáscsökkentés nélkül.

Meghatározott fertőzésekkor adandó kombinációk

Enterococcus, vagy streptococcus viridans okozta endocarditis:
Streptomycin-penicillin.

Brucellosis: streptomycin-tetracyklin.

Pseudomonas-sepsis: gentamicin-carbenicillin.

Életveszélyes, ismeretlen eredetű sepsis: aminoglikozid — cefalosporin.

Ha a kórokozót ismerjük, úgy a leghatékonyabb antibiotikummal folytassuk a kezelést.

Ha vegyes fertőzésre van gyanú, amelyben az anaerobok is szerepelnek, úgy clindamycin is hozzátehető az aminoglikozid-béta-laktam kombinációkhoz (Vagy metronidazol — *ref.).*

Az ampicillin és oxacillin típusú penicillinek kombinációja olyan széles spektrumú penicillinkeveréket ad, amely laktamaze termelő staphylococcusok és gramnegatívok ellen is hatékony.

Adagolási elvek

Kombinációk adásakor az egyes összetevők teljes adagban dozírozandók. Ha az adagot csökkentjük, a gátló koncentrációnál alacsonyabb szint keletkezik az egyes szerekből és a szerek különböző farmakokinetikája miatt nem bizonyos, hogy a másik szer ugyanakkor kellő koncentrációban jelen van.

A fix adagú kombinációk alkalmazása nem ajánlott. Az összetevők és azok mennyisége minden esetben egyéni elbírálás tárgya legyen.

Végül gondolni kell a gyógyszerinkompatibilitásokra: közös infúzióban adott gentamicin és carbenicillin inaktiválja egymást (más aminoglikozidok és penicillinek is); általában ajánlott antibiotikumokat mindig egyesével, soha nem közös infúzióban vagy fecskendőben alkalmazni.

A beteg számára *az antibiotikum kombináció veszélyeket* is jelent: több gyógyszer iránti allergizálódás, rezisztencia képződés lehetősége, többféle mellékhatás kockázata. Az antibiotikum-szint mikrobiológiai mérése kombináció adásakor csaknem lehetetlenné válik.

Összefoglalva: a kombináció alkalmazása csak igen ritka, jól definiált helyzetben indokolt — egyébként a terápiás effektus javítása nélkül a veszélyeket (és nem elhanyagolható mértékben a költségeket) növeli.

Graber Hedvig dr.

Szöveti és vizelet-antibiotikumszint jelentősége a húgyúti fertőzések kezelésében. Naumann, P. (Inst. Med. Microbiol. University of Düsseldorf): J. Antimicrobial Chemother. 1978, *4*, 9.

Húgyúti fertőzések kórokozói. 1976 első félévében 3069 szignifikáns bakteriuriás beteg tenyészetének eredménye — irodalmi adatokkal egyezően —, hogy a kórokozók 75%-a bélflóra, ebből is 33% E. coli, 15,3% Klebsiella-enterobakter csoport, Proteus mirabilis 11,6%, indol-pozitív Proteusok 3%, Enterococcus 11,3%, Ps. aer. 6,3%. Klasszikus pyogen

agensek, mint Staphylococcus mindössze 1,3% volt. Az a kórokozó változás, ami a legtöbb fertőzésben világszerte észlelhető, a húgyúti infectiókban nem következett be — itt a bélflóra megtartotta aetiopathogenetikai fontosságát.

A fertőzés forrása és útja. A kórokozók minőségével egyezik az a megfigyelés, hogy a fertőzés leggyakrabban ascendáló a gát, ill. a periurethralis tájról. Ismeretes, hogy a mozgó Gram-negatív pálcák álló, vagy akár enyhén áramló folyadékoszlopban képesek felfelé haladni; a felszálló fertőzés mellett szól az az adat is, hogy magas szintű személyi higiénével rendelkező nők között a húgyúti fertőzések száma alacsonyabb (1%), mint a nem kellően tisztálkodó asszonyok között (6%). *Winberg* (1976) a baktériumok eredetét serotypiával is igazolta. A fertőzés forrása tehát magában a beteg szervezetében van.

A húgyúti fertőzések kemoterápiája. Mint minden fertőzésben, az antibakteriális kezelés alapja: 1. az adott kórokozó érzékeny legyen az alkalmazott szerre és 2. a hatás kifejtéséhez szükséges koncentráció legyen jelen a fertőzés helyén. Előbbi pontosan mérhető in vitro (MIC); a második tényezőt illetően a vélemények nem egységesek. A vizeletben a koncentráció átlagos adagok mellett magas; a serumban és a szövetekben azonban nem minden antimikróbás szer ér el megfelelő szintet. Hogy a kezelés a serum vagy a vizeletszintet vegye alapul, afölött a hitviták szenvedélyességével csapnak össze a nézetek. Számos közlemény foglalt állást amellett, hogy a vizeletszint kellő magassága elegendő a sikeres kezeléshez; ezek azonban nem mind fogadhatók el, hiszen *Hulbert* (1972) pl. p. o. penicillin (!) kezelés után is kitűnő gyógyulási arányt észlelt. Széles a tábora azoknak a klinikusoknak is, akik csak a megfelelő serumszintre alapítják kezelési elveiket. *Naumann* végül is a kórkép súlyossága szerint ajánlja a serum, ill. vizeletszintek figyelembevételét, mégpedig:

1. Heveny, szövődménymentes (lumen) fertőzés esetén, ha a veseszövet nem érintett, úgy elegendő a kellő vizeletszintet nyújtó szerek alkalmazása (nitrofurantoin, nalidixsav, oxolinsav). Ugyanúgy kielégítő e szerek hatása, ha preventive, retrograd eszközös beavatkozás védelmeként adjuk.

2. Akut és krónikus pyelonephritis, a veseszövet érintettségével lehetőség szerint a serum- és vizeletszintek ellenőrzésével kerüljön kezelésre.

3. Krónikus, recidiváló pyelonephritis, számos előzetes kezelés után és/vagy szövődményekkel mindenképpen *serum és szöveti* szint ellenőrzésével történjék. (A kellő serumszintet adó antibiotikumok a vizeletben is magas koncentrációban ürülnek.

A serum- és vizeletszint ellenőrzésén alapuló kezelés ily módon nem ellenpólusként szerepel, hanem inkább kiegészíti egymást: a parenchymás hatékonyság és a húgyutak üregében észlelhető aktivitás a legtöbb antibiotikum esetében együttesen érhető el.

Graber Hedvig dr.

Az újabb chemotherapeuticumok klinikai alkalmazása a gyakorlatban. P. Joder (Medizinische Klinik des Kantonsspitals St. Gallen): Med. Welt 1978, *29*, 715—719.

Kritikátlanul alkalmazunk egy chemotherapeuticumot, ha vírusinfectióban adjuk, hibásan adagoljuk, vagy kombináljuk, és ha ex juvantibus kísérletezünk vele. A kritikátlan chemotherapia veszélyei: elleplezi a kórjeleket, elmulasztjuk az esetleges sebészi beavatkozást, lehetetlenné teszi a kórokozó kimutatását, kedvez a superinfectiónak és elősegíti a resistentia kifejlődését. A racionális chemotherapia feltételei a helyes diagnózis, a pharmakokinetika és a mellékhatások ismerete, az antibioticum hasznának és kockázatának gondos mérlegelése és az általános therapiás elvek ismerete.

A szerző a felsorolt elveket négy betegségmodellen mutatja be.

Acut pharyngitis/tonsillitis esetében a legfontosabb szempont a klinikai tünetekre és nem a bacteriologiai leletre alapozott differenciáldiagnózis.

Az esetek 90%-ában vírus okozza a pharyngitist/tonsillitist. Tünetei: lassú kezdettel csekély nyelési panasz, alacsony láz, tűrhető közérzet, a nyirokcsomók nem duzzadtak, a garatpír enyhe, gyakori a köhögés és a rekedtség. Kezelése tüneti.

A streptococcus-angina hirtelen kezdődik erős nyelési fájdalommal, nyirokcsomó-duzzanattal. A láz magas, a közérzet rossz, a garat erősen piros, duzzadt. A tonsillákon tüszőket láthatunk. Veszélyei: febris rheumatica, glomerulonephritis és gennyes szövődmények. Therapia: benzathin-penicillin G (= Beacillin) 1,2 M. E. egyszer im., vagy oralisan 10 napon át. Penicillin-túlérzékenységkor erythromycint adunk.

Bronchopulmonalis infectiók. A felső légúti hurutok 90%-ban vírus-eredetűek, az alsó légútiak 60—90%-ban bacterialisak. A vírusinfectiók igen gyakran az alsó légúti bacterialis szövődmények előkészítői.

Bronchitis. A vírus okozta bronchitisre a száraz köhögés, a kísérő tünetek (rhinitis, pharyngitis, conjunctivitis, myalgia) és az epidemiás fellépés jellemző. A bacterialis bronchitis gennyes köpettel jár.

A köpet bacteriologiai vizsgálata nehézkes és sok hibalehetőséggel jár, ezért bizonyos kórokozók statisztikai gyakoriságának az ismeretében a tenyésztési eljárást mellőzzük.

A gennyes bronchialis infectiók leggyakoribb kórokozója a haemophilus influenzae és a pneumococcus. Ezek ellen az alábbi szereket adhatjuk: aminopenicillin (= Semicillin) vagy tetracyklin (= Tetran), vibramycin 2—3 hétig vagy sulfamethoxazol + trimethoprim (= Sumetrolim). Terheseknek és kisgyermekeknek tetracyklint nem adunk.

A bactericid therapia rövid és nagy adagú legyen.

Pneumoniák. Az esetek felében atypusos, nem-bacterialis pneumoniával találkozunk, amely lassan kezdődik fejfájással, száraz köhögéssel, mellkasi fájdalommal. A láz alacsony. Hallgatózással kórosat nem találunk. A Röntgen tejüvegszerű infiltratumot mutat. Kórokozója: Mycoplasma pneumoniae, grippe-vírus, RSV, adeno-vírus stb. A tetracyklin az esetek felében hatásos.

A bacterialis pneumonia viharos kezdetű, magas lázzal, hidegrázással jár, a hallgatózási lelete jellegzetes. Pneumococcus-pneumonia ellen (a bacterialis esetek 60—90%-a) procain-penicillint adunk (= Promtcillin, Retardillin) 2×600 000 E/die im., staphylococcus okozta pneumonia esetén penicillin G-t, 4×5 M. E. im. A kezelést 10—14 nap folytatjuk. Ha három nap múlva nincs klinikai javulás, antibioticumot kell változtatni.

Húgyúti infectiók. Pollakisuria, dysuria és leukocyturia még nem bizonyítanak húgyúti infectiót. A diagnózist a bacteriuria (100 000/ml feletti csíraszám) és az üledéklelet biztosítja. A középsugár vizeletmintát vizsgáljuk, bár nőknél így is találunk 100—1000 csírát. A vizeletet frissen kell néznünk, mert szobahőmérsékleten órák alatt 100 000 fölé emelkedhet a csíraszám. Sok laphámsejt magas csíraszám mellett is kétségessé teszi az infectiót még kevés leukocytával is. Sok nőt kezelnek feleslegesen antibioticummal vaginalis szennyeződés okozta látszólagos csíraszám-emelkedés miatt, gondos üledékvizsgálat nélkül. Idős nőknél gyakori a panasz nélküli bacteriuria. Ezeknél felesleges az antibioticum. Kezelni csak akkor kell, ha pollakisuria, dysuria, incontinentia vagy láz is van. Ez vonatkozik az állandó kathetert viselők bacteriuriájára is.

A húgyutak csaknem valamennyi infectióját a veseparenchyma fertőzése kíséri, ezért nem helyes a chemotherapiát alacsonyan adagolni.

A szövődménymentes húgyúti infectiók ellen a következő szereket adhatjuk: sulfamethoxazol, nalidixinsav (= Nevigramon), nitrofurantoin, cotrimoxazol és amino-

penicillin (= Semicillin). Ez utóbbi kettő a fő fegyverünk. Ha 48 óra múlva a vizelet nem steril, resistentiavizsgálatot végzünk. A kezelést 10—14 napig folytatjuk. A kezelés után 1 héttel, majd 1 hónap múlva ismét csíraszám és üledékvizsgálat szükséges.

Bacterialis meningitis. Míg anginában és bronchopulmonalis megbetegedésekben az antibiotikus kezelést a klinikai tünetek alapján kezdjük el, addig a meningitis legkisebb gyanújakor is kötelező a bacteriologiai-aetiologiai diagnózis a therapia megkezdése előtt.

Kollár Lajos dr.

Új antimicrobás gyógyszerek és jelentőségük a légúti fertőzések kezelésében. Petersdorf, R. G. és mtsa (Department of Medicine, University of Washington School of Medicine, Seattle, Wa. 98195): American Review of Respiratory Disease. 1978, *117*, 1—3.

A légúti fertőzések gyógykezelésekor meg kell fontolni, hogy bacteriostatikus vagy bactericid gyógyszert válasszunk-e, ismerni kell a gyógyszer pharmacologiai tulajdonságait, antibacterialis spektrumát és mellékhatásait. Nem elhanyagolható tényező a gyógyszer ára sem. A súlyos tüdőfertőzések gyógyítására penicillineket, cephalosporinokat és aminoglycosidákat alkalmazhatunk.

A penicillineknek három csoportja van. Az elsőbe a benzyl penicillin (penicillin G) és alfajai: az alpha phenoxymethyl és alpha phenoxyethyl penicillin (penicillin V és phenethicillin) tartoznak. Penicillin G-t adjunk streptococcus pneumoniae, streptococcus pyogenes és penicillint nem termelő staphylococcus aureus okozta tüdőfertőzés esetén. A második csoportba a penicillinas resistens penicillinek: a methicillin, a naftcillin, az oxacillin és a dicloxacillin sorolhatók. Az első három gyógyszer parenteralisan, az utóbbi négy szájon át is adható. Ismeretlen gyógyszerérzékenységű gram-pozitív kórokozó esetén penicillinas resistens gyógyszert adjunk. Methicillin resistens staphylococcus aureus okozta fertőzés esetén vancomycint, clindamycint, lincomycint vagy erythromycint adagoljunk. A penicillinek harmadik csoportjába a széles spektrumú szerek: az ampicillin, a hetacillin, az amoxicillin, a carbenicillin és a ticarcillin vannak. A széles spektrumú elnevezés félrevezető, mivel a penicillinas ezeket a gyógyszereket is elbontja. Mégis hatásosak a gram-negatív kórokozók ellen, főleg a carbenicillin és a ticarcillin. Az ampicillin 100%-ban hatásos a streptococcus pneumoniae ellen és megöli a legtöbb haemophilus influenzae törzset is. Ampicillin resistens haemophilus influenzae fertőzés esetén ne chloramphenicolt, hanem tetracyclint adjunk. Pseudomonas ellen hatásos a carbenicillin, amiből felnőttnek naponta legalább 30 g-ot kell adni. Hátránya, hogy csak parenteralisan adagolható. A resistentia megelőzése érdekében a carbenicillint gentamycinnel együtt ajánlatos adni. Anaerob tüdőfertőzések esetén a carbenicillin egyedül is hatásos.

A cephalosporin családba a cephalotin, a cefazolin, a cephaloridin, a cepharin, a cephacetril és a cephadrin tartozik. Ezek hatásosak klebsiella, staphylococcus, streptococcus (a pneumococcusokkal együtt az enterococcus kivételével), továbbá a proteus mirabilis ellen. Nem hatásosak pseudomonas, egyéb gram-negatív bacillusok vagy bacteroides ellen. Ajánlatos a cephalosporin-kezelés gentamycinnel együtt ismeretlen eredetű sepsis, penicillin-allergiás betegen, staphylococcus okozta betegség, gyógyszer érzékeny gram-negatív fertőzés és uraemia esetén. Hátrányai: túlérzékenységi reactio, felülfertőzés veszélye különösen pseudomonas fertőzés esetén, vesekárosító hatása és drága volta.

A gátlószerek harmadik csoportjába az aminoglycosidák tartoznak. Ezek therapiás adagja és toxikus töménysége közel áll egymáshoz. Hatásosak pseudomonas, enterobacter, indol-pozitív proteus, escherichia coli, proteus mirabilis és paracolon bacillusok ellen. A leghasználatosabb a gentamycin, ami a vesét és a hallást kevésbé károsítja, mint a ritkán alkalmazott kanamycin. A tobramycin hasonló a gentamycinhez, hatásosabb pseudomonas ellen, de kevésbé hatásos az egyéb gram-negatív kórokozók ellen. Az amikacin hasonló a kanamycinhez, de hatásos néhány gentamycin-resistens gram-negatív kórokozó, különösen pseudomonas ellen. Az amikacint tartalékoljuk a gentamycin-resistens fertőzések ellen. Adjunk aminoglycosidokat mellkasi betegségekben ismeretlen eredetű sepsis, specifikus érzékeny kórokozók ellen és olyan pseudomonas-resistens betegnek, aki carbenicillint szed.

Az idült hörghurut kiújulása esetén az ampicillin, a tetracyclin és a cephalosporin egyaránt hatásos. Könnyebb esetben tetracyclint, súlyosabb esetben bactericid szert adjunk. A rekesz feletti szervek anaerob fertőzéseit általában penicillin-érzékey organizmusok okozzák. Bacterioides fragilis fertőzés esetén adjunk clindamycint, carbenicillint; az újabb tetracyclin készítmények is hatásosak. Sok anaerob fertőzés esetén a genny sebészi leszívása is szükséges. A légúti fertőzéseket a legtöbbször nem bacteriumok, hanem vírusok okozzák, amelyek ellen az antimicrobás szerek hatástalanok.

Pongor Ferenc dr.

Elektromos stimulatio idült fájdalmak kezelésében. Siegfried, J. (Neurochir. Klin., Ch-8091 Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1978, *128*, 721.

Az elektromos ingerlés a fájdalom enyhítésére nagyon régi eljárás, amely az utóbbi években ismét aktuálissá vált. Az elektromos (vagy zsibbasztó) rájával *(Gymnotus electricus)* már *Galenus* is kísérletezett és több esetben tesz a fájdalom enyhüléséről említést; *Scribonius Largus* (XVI. sz.) is beszámol arról, hogy arthritis okozta heves fájdalmak a tengerparti rája érintésétől megszűntek. Később *Galvani* (1745) az egyenáram, majd *Faraday* (1830) a váltóáram hatásaival kísérleteztek bizonyos betegségekben. Az újabb kutatások szerint *(Goldstein, A.,* 1971) az ópiát-receptorok (főleg a limbikus rendszerben és a periaquaeductalis szürke állományban kimutatható peptidek: endomorphinok) a *naloxon* morphiumantagonistával blokkolhatók. Kiderült továbbá az a tény is, hogy emberen a periaquaeductalis electrostimulatio *naloxon*-nal antagonizálható. Az endomorphinok az electrostimulatio után szaporodnak; így valószínűnek látszik az a hypothesis, hogy az elektrostimulatio nem tisztán physiologiai, hanem inkább kémiai hatás. Három különböző eljárást alkalmaznak az electrostimulatiós therápiában: *1. transcutan,* vagy *külső electrostimulatio;* ezzel az eljárással a lokalizált fájdalmak jobban enyhülnek, mint a nagy kiterjedésűek; az idült fájdalmaknak mintegy 10%-ában mutatkozik eredmény; *2. percutan spinalis electrostimulatio* epiduralisan vagy subduralisan bevezetett elektróddal *(„floating electrode")* történik, amelyet egy elemmel táplált transistorizált készülék intermittálóan ingerel; 3. az *implantált elektródok* lehetnek a) *gerincvelői,* vagy b) *intracerebralis* elektródák; az előbbiek főleg phantom-fájdalmak, arachnoiditis lumbalis, posttraumás fájdalmak esetén — az utóbbiak postherpetiform trigeminus neuralgiák, vagy anaesthesia dolorosa esetében alkalmazhatók.

Az elektrostimulatiós eljárás az idült fájdalmak kezelésében ma már mégsem ignorálható, noha hatásmechanizmusa nem tisztázott és a fájdalomcsillapító hatása is vitatható. Ha a jó eredmények csak időlegesen és a betegek kis számán is mutatkoznak, gyógyhatásukat nem lehet lekicsinyleni. Ha csak egy beteg is három vagy négy közül a behelyezett ingerkészülék folytán néhány év múlva is mindig fájdalommentes, nagy eredménynek tekinthető olyan betegeken, akiken azelőtt minden konzervatív vagy sebészi kezelés eredménytelen maradt.

ifj. Pastinszky István dr.

A bőrreceptorok stimulatiójának hatása tartós fájdalmak kezelésében. G. Lehmkuhl, R. Thissen: Dtsch. med. Wschr. 1978, *103*, 1141—1143.

A tartós fájdalom ún. transcutan idegingerléssel történő kezelése *Melzack* és *Wall* fájdalom theoriáján, az ún. kapu szabályozási elméleten („gate control theory") alapul. Ez az elmélet feltételezi, hogy a hátulsó szarvak területén a substantia gelatinosa Rolandi-sejtjei a peripheriáról befutó ingerületeket módosítani képesek. Amennyiben a gyorsan vezető A-delta rostok és a nem myelinizált C-rostok közötti egyensúly zavart szenved, tónusos, állandó magas frekvenciájú ingerek érik a hátulsó szarv sejtjeit, s ilyenkor a „kapu" kinyílik az ingerek számára. Ha az ingerek főként a myelinizált A-delta rostokat érik, akkor a „kapu" zár és a hátsószarv-sejtek aktivitása csökken. A transcutan idegingerlés azáltal hat, hogy selective a vastag, myelinizált idegrostokra hat, s így a „kapu" zárása által csökkenti a fájdalmat. Ezt az elképzelést egyes szerzők kritika tárgyává teszik, mert egyrészt hiányolják a koncepció objektív, kísérletes alátámasztását, másrészt pedig felvetik, hogy a fájdalom percepciója és a fájdalmi reakciók egyidejűleg különböző afferens rostrendszerek és receptorok aktivizálása útján jönnek létre. A különböző közlemények a kezelések eredményeiről ellentmondásosak. Az 1976-os pánamerikai ortopéd és traumatológiai kongresszuson megállapították, hogy az eredmények függenek az impulzus amplitúdó, az impulzus szélesség és a frekvencia megválasztásától, az elektródák ideális elhelyezésétől és a betegek individuális kiválasztásától.

Leszögezték, hogy a késői eredmények megítéléséhez még kevés adat áll rendelkezésre, a rövid ideig tartó kezelésben pedig igen nagy szerepet játszik a placebo hatás.

A cikk szerzői két 30 főből álló csoportot kezeltek, akiknek végtagjában vagy törzsén tartós fájdalom volt s ennek oki kezelése megvalósíthatatlan volt. Az A csoportban transcutan elektromos idegingerlést végeztek, a B csoportban placebo kezelést alkalmaztak. A két kezelés közötti különbséget a kezelt személyek nem észlelhették. Mindkét csoport azonos volt a kor, a nem és a fájdalom aetiologiáját illetően. A kezelési eredményeket standardizált interjúval mérték, amelyet közvetlenül a kezelés után, majd egy, illetve három órával azt követően vettek fel. A szigorúan megtervezett kísérletek eredményeit statisztikai számításoknak vetették alá és megállapították, hogy a két csoport gyógyulási eredményében nincsen szignifikáns különbség.

Kómár József dr.

Fölszívódik-e a percutan alkalmazott heparin? Hormozdiary, F. (Chirurg. Abt. des Kreiskrankenhauses Calw): Medizinische Welt. 1978, *29*, 1060—1062.

Évek óta alkalmaznak heparint és heparinoidokat kenőcsök és zselék formájában a varix symptoma csoport, felületes phlebitisek, phlebothrombosisok, valamint haematomák kezelésére, ill. — bizonyos körülmények közt — megelőzésére. E betegségek kezelésében tapasztalt előnyös hatásában véralvadásgátló hatásán kívül kötőszöveti hatásai — hydratáló, gyulladáscsökkentő, vasodilatator tulajdonsága, hyaluronidase-gátlása, histamin-fölszabadító és neutralizáló hatása — is közrejátszanak.

Korábban megoszlottak a vélemények a percutan alkalmazott heparin fölszívódását illetően, újabb toluidinkékkel, ^{35}S-tel jelzett heparin alkalmazásával, valamint a clearing faktor aktivitásának mérésével végzett vizsgálatok azonban egyértelműen a resorptio tényét támasztották alá.

A szerző ultraibolya helyi besugárzást alkalmazva vizsgálta a heparin lokális alkalmazást követő fölszívódását azonos összetételű heparint tartalmazó, ill. heparinmentes kenőcs fölhasználásával. 50 egészséges egyén klinikailag épnek tűnő bőrfelszínén végezte megfigyeléseit. A hát és az alkar betegenként 8, sablonnal körülhatárolt területét sugározta be, a kísérleti személyeket speciális helyeken kifúrt faágyra fektetve. Az UV sugárzás e fúrt nyílásokon keresztül érte a bőrfelületet a 8 vizsgált területnek megfelelően úgy, hogy a nyílások egy berendezés segítségével fokozatosan nyíltak ki: előbb egy, majd az előző és még egy, utána az előző kettő és egy újabb, és így tovább. Minden alkalommal 60 cm távolságból 30 másodpercen át érte a bőrfelületet az előre meghatározott UV dózis, tehát az első nyílás mögött fekvő bőrterülehet 240, az utolsót 30 másodpercen át. A besugárzás után azonnal bekenték a vizsgált bőrterületeket az egyik oldalon a heparin tartalmú Thrombo-Enelbin kenőccsel (heparin mellett salicylsavat, methylsalicylatot, eukaliptusz- és levendulaolajat tartalmaz), a másik oldalon ennek erre a célra készített heparinmentes változatával.

A pigmentdús, sötét hajú vizsgáltakon értékelhető bőrreakció nem jelentkezett, azaz ezek bőrének pigmenttartalma az UV sugárzás hatását kivédte. A vörös- és szőke hajú probandusok bőrén azonban jól látható erythema mutatkozott, ennek intenzitása és fönnálltának tartama jelentősen eltért a heparintartalmú és heparinmentes kenőccsel történt kezelés területein. A heparinmentes kenőcs az erythema kialakulását lényegesen nem befolyásolta.

Biokémiailag vizsgálva a gyulladást, a kötőszöveti bázis- és interfibrillaris kötőanyag depolymerisatiója jellemzi, histamin, H anyagok, acetylcholin és más gyulladásos szöveti termékek szabadulnak föl. A proteolytikus enzymek fölszabadulása szövetkárosító hatású. A heparin ellentétes hatású, s mint makroanion, gátolja ezen enzymrendszerek nagy részét.

A jelen vizsgálat megerősítette a percutan alkalmazott kenőcsből fölszabaduló és fölszívódó heparin antiphlogisztikus hatását. Ezzel újabb indirekt bizonyíték adódott a heparin bőrön át történő fölszívódására.

(Ref.: Gyakorlati tapasztalat, hogy a betegek gyakran említik külföldről beszerzett heparinos kenőcseik előnyös hatását varixos eredetű, ill. felületes phlebitises panaszaikra. Jó lenne e kenőcsöket széleskörűen hozzáférhetővé tenni.)

Winkler Gábor dr.

Gyógyszerkutatás

Methylprednisolon natrium succinat védőhatása a hypoxiás szívizom ultrastruktúrájára és nyugalmi tensiójára. Nayler, W. G. és mtsai (Cardiothoracic Institute, University of London): Cardiovasc. Res. 1978, *12*, 91—98.

A methylprednisolon hatása az ischaemiás és hypoxiás szívizomra még vitatott az irodalomban. A szerzők Langendorff szerint perfundált patkány és nyúl szívizmon 95%-os N_2 és 5% CO_2 oldat perfundálásával hypoxiás körülmények között vizsgálták a methylprednisolon natrium succinat hatását. A hypoxiás károsító hatást az ultrastrukturális elváltozásokkal, ill. a nyugalmi tensio fokozódásával jellemezték. Ha az izolált szíven a hypoxiás perfusio kezdetén alkalmazták a methylprednisolon natrium succinatot, az ultrastrukturális elváltozások, valamint a nyugalmi tensio fokozódása csökkent. Megállapították, hogy methylprednisolon natrium succinat jelenlétében a hypoxiás perfusiós periódusban a reoxigenizáció alatt a mechanikus aktivitás visszatérése könnyebbé válik. A kísérleti eredmények alapján lehetséges, hogy a methylprednisolon protektív hatását a klinikumban is felhasználhatjuk. *Balogh István dr.*

Az ischaemiás szívizom védelme prostaglandinnal Ogletree, M. L. és mtsai (Department of Physiology, Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania): Circ. Res. 1978, *42*, 218—224.

Az utóbbi években kimutatták, hogy fokozott cardialis prostaglan-

din szintézis észlelhető arteria coronaria occlusio esetén. Ezek az adatok felhívták a figyelmet a prostaglandinok coronaria keringésben és a myocardialis ischaemia pathogenezisében játszott szerepére. Ismert, hogy a nem steroid jellegű gyulladáscsökkentő szerek, így az aspirin és az indomethacin gátolják a prostaglandin szintézist. Azonban ezen szerekkel történő gátlás esetén a szív vizsgálatakor nem mutatható ki szignifikáns válasz. A szerzők macskán tanulmányozták az akut myocardialis ischaemiában a prostaglandin (PG) E_1, E_2 és $F_{2\alpha}$ hatását. Vizsgálataik szerint az E típusú prostaglandinok infusiója myocardialis ischaemia alatt szignifikánsan csökkenti az arteriás vérnyomást, anélkül, hogy a szívműködésben szignifikáns elváltozást okozna. Az E típusú prostaglandinok megőrzik a myocardium integritását myocardialis ischaemia alatt, feltehetően a szívizom oxigénigényének csökkentésével és a lysosomalis membránok stabilizálásával.

Balogh István dr.

Viszkózus anyagok antibiotikumokra gyakorolt hatásának tanulmányozása. Ádám, L., Giurgiu, M., Domokos, L. (Mikrobiol. Tanszék, Orvosi és Gyógyszerészeti Intézet, Marosvásárhely): Rev. Med. 1978, *23*, 75—77.

A szerzők hat viszkózus anyag (methyl-cellulose, chlor-methyl-cellulose, natrium alginat, polyvinyl-alkohol, polyvinyl-pyrrolidon és dextran), három antibiotikum (chloramphenicol, tetracyclin és mycifradin) antibakteriális tevékenységére gyakorolt befolyását vizsgálták. Megállapították, hogy a viszkózus anyag töménységének fokozása nem biztosítja az optimális viszkozitást. Valamennyi viszkózus anyag a tetracyclinnel 24 óra alatt kicsapódást képezett. A neomycin hatása a nem-ionos viszkozus anyagok jelenlétében két hónap alatt nem változott, míg a chloramphenicol hatása valamennyi viszkózus anyag jelenlétében egy hónapon át változatlan maradt.

A viszkózus anyagok gyógyhatása a szemészetben közismert, viszont tudni kell, melyik anyag, mely antibiotikum antibakteriális képességét nem befolyásolja.

Nikodemusz István dr.

A kutya szívizom védelme karnitinnal. Folts, J. B. és mtsai: Amer. J. Cardiol. 1978, *41*, 1209.

Normálisan a hosszú láncú zsírsavak oly módon kapcsolódnak be a zsíroxidációba, hogy acyl-koenzim-A észterré alakulnak. Ha nem áll rendelkezésre oxigén (szívizomhypoxia esetén), akkor ez az észter felszaporodik a szívizomsejtben és gátolja a adenin-nukleotid transzlokázt, amely az ATP—ADP intracelluláris transzportjában, így a szívizom energiaellátásában fontos szereppel bír. A karnitinnak az a jelentősége, hogy ezt a gátlást kivédi. A krónikusan ischaemiás szívizom karnitin szintje igen alacsony. Emiatt próbálkoztak azzal, hogy intrakoronáriás vagy iv. (80 mg/kg) karnitin adással csökkentsék a koszorúsér lekötéssel kiváltott szívizom-károsodást. A karnitin adás csökkentette az adenin-nukleotid transzlokáze gátlást, növelte az ATP termelést, javította az EKG elváltozásokat, védte a szívizomsejtet az ischaemia következményeitől.

Apor Péter dr.

Fog- és szájbetegségek

Meggondolások a gyermekkori fluoradagolás kérdéséhez. Bergmann, K. E. és mtsai (Abteilung für Allgemeine Pädiatrie I., Zentrum der Kinderheilkunde der Universität Frankfurt/Main): Dtsch. med. Wschr. 1978, *103*, 1353—1355.

A szervezet számára optimális fluormennyiség meghatározása fontos, mivel hiányában megnövekszik a caries-intenzitás, fokozott bevitel esetén a fogakon zománcfoltok jelennek meg. Fluortúladagolás elsősorban az élet első 6 hónapja során fordul elő, és vezethet a fogak fluorosisához. A szerzők célja volt, megvizsgálni az irodalmi adatok tükrében a csecsemő- és gyermekkorban bevihető optimális fluoridadagolásra vonatkozó ajánlásokat.

Alacsony ivóvíz fluoridkoncentráció esetén az NSZK Fogorvos Egyesülete az első és második életévben napi 0,25 mg fluorid bevitelét ajánlja, ezt kétévenként 0,25 mg-mal emelve, 7 éves kortól kezdve napi 1 mg fluorid bevitelét tartja optimálisnak. Az Amerikai Gyermekorvosok Akadémiája kisgyermekkorban eredetileg magasabb bevitelt javasolt, ennek eredményeképpen az utánvizsgálók igen nagyfokú (77—80%) cariesreductiót, viszont dentalfluorosist is észleltek. Utóbbi jelenségnek oka lehetett az is, hogy az USA-ban a csecsemőtápszerek nagyrésze fluorral dúsított ivóvízzel készült, ehhez járult még a helyenként adagolt fluortabletták hatása is. Ezért 1976-ban az amerikai adagolási sémát úgy módosították, hogy az első 6 hónapban — tekintettel az amerikai csecsemőtápszerek magas fluortartalmára — fluoridkomplettálást egyáltalán nem, később azonban a német dózisokkal megegyezően javasolnak.

A szerzők az NSZK-ban 345 helyen fluormeghatározást végezve az ivóvízből azt alacsonynak (0,13 mg/l) találták, ezért az ország e részére továbbra is javasolják az élet első 6 hónapjában a napi 0,25 mg fluoriddal történő komplettálást, kivéve a 3000 g alatti újszülötteket. Mint alkalmazási formát, az első életévben a tablettás adagolási módot ajánlják, később a lokális posteruptiv hatások kihasználása céljából a tabletták elszopogatása célszerűbbnek látszik.

A szerzők ezenkívül vizsgálták annak az érvnek helytállóságát is, miszerint iparvidékeken a levegő fluortartalma nem indokolja a fluorid-komplettálást. A napi, tüdőn keresztül történő fluoridfelvételt a gyermekkori perctérfogatra átszámítva azt naponta és gyermekenként csupán 20 mikrogrammnak, tehát lényegtelen nagyságrendűnek találták.

Az irodalmi adatok gondos elemzése és saját vizsgálataik alapján a szerzők az NSZK Fogorvos Egyesület ajánlását megfelelőnek tartják, és a fluoriddal történő cariesprophylaxis következetes keresztülvitelét a gyermekkorban feltétlenül szükségesnek tartják.

Bánóczy Jolán dr.

Ideg- és elmegyógyászat

A család-terápia stratégiái és taktikái. Feldman, L. B. (10 East Huron, Chicago, IL 60611): Am. J. Psychother. 1976, *30*, 14—29.

A szerző szándékos egyszerűsítéssel és a lehetséges kölcsönhatások, interakciók figyelembevétele nélkül írja le a ma alkalmazott családterápiás technikákat. Külön tárgyalja a terápiás kapcsolat tényezőit, valamint a terápia globális és rövidebb távú stratégiáit. A terápiás kapcsolat lényeges összetevői az empátia, az elfogadás és a kongruencia, melyeket legszisztematikusabban *Carl Rogers* és iskolája írtak le. Az empátia a páciens(ek) aktuális, sokszor csak félig, vagy rejtve kifejezett érzelmi megnyilvánulásai, hangulatai pontos érzékelésének képességét jelenti, valamint azt, hogy a therapeuta megértését ki is tudja fejezni. Az elfogadó, értékeléstől, elítéléstől mentes alapállás a terápiás kapcsolat másik alapkövetelménye. A therapeuta kongruenciája alatt azt értjük, hogy amit közöl és kifejez, az összhangban legyen a páciensnek kapcsolatos gondolataival, érzéseivel.

A globális stratégia alapelvei a következők:

1. Kontroll: a therapeuta definiálja a terápiás helyzet alapvető szabályait, követelményeit, és biztosítja a kommunikáció folyamatosságát. A therapeuta kontroll funkciója a terápiára korlátozódik, a család életéért egyébként nem vállal felelősséget.

2. Egyensúly: a családtagok közötti erőviszonyokat úgy kell alakítani és befolyásolni, hogy szétható, szakításokhoz vezető koalíciók ne jöhessenek létre. E célból

a therapeutának időleges, időszakos, bármikor visszavonható „szövetségeket" kell tudnia kialakítani az egyes tagokkal, el kell kerülni, hogy bevonják a családi „küzdőtérre".

3. Fókusz: a felhozott anyagot aszerint kell szelektálni, értékelni, hogy mi a jelentősége a család mint egész, mint rendszer szempontjából. El kell kerülni a bűnbak-képzést.

Specifikus stratégiák:

1. A belátáson„ átdolgozáson alapulók: *a)* konfrontáció, ennek verbális és különféle élményszintű, pszichodramatikus válfajai, képmagnó-felvételek visszajátszása, a proxemikai (személyes terekre vonatkozó) relációk tudatosítása. *b)* Interpretáció, vagyis az önismeret növelése addig elhárított pszichikus tartalmak tudatosítása révén.

2. Kondícionálási, megerősítési technikák: *a)* magatartás gyakorlat (behavior rehearsal): előzetes vizsgálatok, tisztázás alapján a therapeuta és a család megállapodik a változás kívánatos mértékében. Ezt egy gyakorlási periódus követi, melyben a családtagok és a therapeuta visszajelentéseket adnak, a sikeres változtatásokat megerősítik. *b)* viselkedési szerződés: a családtagok „üzleti" tárgyalások alapján szubjektíve egyformán értékes viselkedések minél gyakoribb megismétlésére kötnek szerződést.

3. A modellnyújtáson alapuló technikák: *a)* a therapeuta közlései önmagáról olyan mértékben, hogy azzal az azonosítás számára modellt jelenthessen, *b)* szerepjátszás: a therapeuta pszichodrámaszerűen átvállalja az ülés során egy-egy jelenetre a kapcsolat egyik tagjának szerepét és alternatív magatartási mintákat mutat be.

4. A paradox módszereken alapuló technikák: *a)* újraminősítés: a család által kórosnak értékelt magatartásmintákat úgy értelmezzük a családtagok számára, mint az illető tag kísérleteit a jobb, közelibb kapcsolat kialakítására, amit azonban hibásan tesz, vagy félreértik őt; *b)* paradox utasítások: a kommunikációkhoz és azok metakommunikációihoz pontosan illeszkedő, az abban foglalt paradoxonnak megfelelő paradox utasítást kapnak a betegek (például: előírják számukra a pathológiás, tüneti viselkedést). Ennek eredményeképpen alapvető, rendszer szintű változások jöhetnek létre a családban.

A felsorolt technikák sohasem önmagukban kerülnek alkalmazásra, hanem csakis a családtagokból és a therapeutá(k)ból álló rendszer tulajdonságainak figyelembevételével. A therapiás rendszer aktuális eseményeinek megfelelően az egyes specifikus technikák hatásai a legkülönfélébb módon összegeződhetnek, szinergizmusban lehetnek, vagy kiolthatják egymást.

Cserne István dr.

Szelektív csoportmódszerek pszichotikusok kórházi kezelésében. Leopold, H. S. (611 Orient Ave, Mamaroneck, N. Y. 10543): Am. J. Psychotherapy, 1976, *30*, 95—103.

A szerző Fromm—Reichmannal és Slavsonnal egyezően olyan terápiát tart alkalmasnak a pszichotikus betegeknél, mely alkalmazkodik a páciensek regressziójának szintjéhez és erről a szintről kiindulva teszi lehetővé a percepciók, realitásérzék, érzelmi reakciók életkornak megfelelő szintre való fejlesztését. A szerző ezt az elvet saját csoportpszichoterápiás osztályán is alkalmazza. A bekerülő betegek az úgynevezett felvételi csoportokban vesznek részt, majd bekerülnek állapotuktól függően a három különböző szintű csoport egyikébe, illetve javulásuk ütemével párhuzamosan átkerülnek a magasabb fokozatú csoportokba.

Ez a struktúra jelentősen egyszerűsíti a páciensek megfelelő csoportba való beosztását, azzal pedig, hogy egy csoportban egyforma, vagy hasonló állapotú páciensek vannak, a csoportcélok, a therápiás technikák és az egész kezelési folyamat egységesíthetők.

1. A felvételes csoportba az osztály minden új betege bekerül, legtöbbjük jelentősen zavart magatartású. A csoport létszáma a felvételek számától függően változik. A therapeuta fő célja a terápiás kontaktus, valamint az empátiás kapcsolat fokozatos kiépítése. Ennek a csoportnak jelentős diagnosztikus funkciója is van: Milyen események, kapcsolatok hívnak elő a betegből különféle patológiás, neurotikus vagy pszichotikus reakciómódokat. A csoport dinamikája olyan, hogy lehetőség van a páciens pathológiájának kibontakozására és megismerésére, az otthoni családi körülményekhez bizonyos szempontból hasonló szituációban. A therapeuta alapos megfigyelések után felmérheti a páciens énjének állapotát, erejét, aktuális pszichodinamikáját, ennek alapján osztja be őt a további csoportokba.

2. Regresszív páciensek csoportja: alapvető emberi kapcsolataikban, bizalmukban sérült emberekről van szó, akiknél a terápia lényege a therapeutával és betegtársakkal való kapcsolatnak, a kommunikációnak a fönntartása, a beteg izolációjának, visszavonultságának csökkentése.

A szerző szerint a csoportokat naponta kell tartani, az ideális létszám 4—5 fő.

3. A következő csoportszint olyan betegek kezelésében alkalmazható, akik én-ereje nagyobb, akiknek megfelelően épek az interperszonális kapcsolatai, ezen belül a therapeutával való kapcsolat is. A valóságérzékelés fejlesztését, ami ebben a csoportban a fő terápiás cél, változatos és sokoldalú interakciók fenntartásával éri el a therapeuta. A csoport témáit jelentős részben a külvilág realitásaihoz való alkalmazkodás nehézségei, zavarai teszik ki, a csoportban folyó tevékenység lényegében véve újratanulás. Ennek érdekében a therapeuta felhasználja a csoporttagok aktuális magatartásmintáit is, párhuzamba állítva a patológiának a kinti életben történő megnyilvánulásaival.

4. Az elbocsátás előtti betegek csoportja a külvilághoz való alkalmazkodás közvetlenül aktuális, konkrét kérdéseivel foglalkozik. Ezt a munkáját az is elősegíti, hogy már elbocsátott betegek is részt vesznek az üléseken, illetve, hogy a kórháznak elbocsátás előtt álló betegei szintén részt vesznek ambuláns betegek csoportjaiban. A csoportülésekbe időnként családtagokat is bevonnak. A szociális viselkedés tanulását ezen kívül a terápiás közösség vagy különféle aktvitási csoportok szervezése is elősegíti.

A leírt különféle csoportok az osztály egészére vonatkozóan egy olyan rendszert alkotnak, amely a legtöbb páciensnek meg tudja adni az izoláltság, visszavonultság csökkentéséhez, a gyógyuláshoz szükséges miliőt.

Cserne István dr.

A dinamikus psychotherapia oktatása megfigyelés révén. Goin, M. K. és mtsai (Los Angeles County — USC Medical Center, Los Angeles, CA 90033): Am. J. Psychotherapy, 1976, *30*, 112—121.

A szerzők egy Los Angeles-i kórház dinamikus psychiatriai képzésének 12 éves tapasztalatait tekintik át. A képzésben másodéves psychiater szakorvos-jelöltek vettek részt, egy tanév folyamán, heti egy alkalommal. Ez alatt egy tapasztalt therapeuta egy esetét követték végig. A résztvevő 6—10 fő az óra első 45 percében egy másik oktató jelenlétében detektívtükrön át figyelte a therápiát, ami az események azonnali megbeszélésére is lehetőséget adott. Ezt a therapeutával újabb 45 perc utólagos elemzés követte. Ilyen formai keretek között folyó therápiák volt pácienseitől, a megfigyelő szakorvos-jelöltektől és az oktatóktól gyűjtöttek adatokat a szerzők. Eredményeik a következők: A legtöbb esetben tudatosítható és a therápia során feldolgozható volt a megfigyelők jelenlétének hatása a páciensre és a therápia egészére. A szituáció különleges elrendezése néhány esetben speciális előnyökkel is járt. Az oktatók a szituációra fokozott felelősségérzettel, figyelemmel, alkalmanként jelentős szorongással reagáltak, ami azonban a therápia folyamán szintén feldolgozhatóvá vált. A résztvevők a kiképzésnek ezt a formáját igen nagyra értékelték, hasznosságát alig tartották csekélyebbnek, mint az egyéni

REASEC

tabletta, cseppek

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként, illetve 1 ml oldat 0,025 mg atropin. sulphuric.-ot és 2,5 mg diphenoxylatum hydrochloric.-ot tartalmaz (1 ml oldat = 35 csepp).

JAVALLATOK

Különféle eredetű acut és chronicus diarrhoeák, parenteralis dyspepsiák.

ELLENJAVALLAT

Obstrukció, illetve annak veszélye.

ADAGOLÁS

Az adag nagysága a beteg életkorától és az eset súlyosságától függ.

Felnőtteknek enyhe esetekben átlagosan napi 2×1 tabl. (2×35 csepp) étkezés előtt. Súlyosabb esetben a napi adag megkétszerezhető, esetleg néhány napig 3×2 tabl. (3×70 csepp) is adható.

Gyermekeknek átlagosan:

kor	tabletta	vagy	csepp/nap
0—3 hó	—		3X3—6
4—6 „	2X1/4		3X6—12
7—12 „	2X1/2		3X12—18
1—6 év	2X1		3X18—25
7—12 „	3X1		—

MELLÉKHATÁSOK

Émelygés, hányás, szédülés, aluszékonyság esetleg urticaria, vagy nyugtalanság nagyobb adagok esetén ritkán előfordulhat. Túladagolás miatt bekövetkező Reasec mérgezés antidotuma a Nalorphin.

MEGJEGYZÉS

✠✠ Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta térítési díj: 2,— Ft

15 ml-es üveg térítési díj: 2,40 Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

KLION®-D

hüvelytabletta

ÖSSZETÉTEL: Hüvelytablettánként 0,5 g metronidazolumot és 0,15 g miconazolnitrátot tartalmaz.

JAVALLAT: Női húgyivarszervi trichomonas infestatio hüvelyi kezelése.

ELLENJAVALLAT: Nem ismeretes.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az oralis Klion tabletta szedésével egyidejűleg 10 napon keresztül naponta egyszer (este lefekvés előtt) 1 enyhén megnedvesített Klion — D tablettát vezetünk fel magasan a hüvelybe.

MELLÉKHATÁS: (oralis Klion tablettával együttes alkalmazás esetén) Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.
A Klion — mint nitroderivatum — enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

FIGYELMEZTETÉS: Klion kezelés ideje alatt az alkohol fogyasztása tilos, a beteg nemi életet ne éljen. A terhesség első 3 hónapjában nem alkalmazható.

MEGJEGYZÉS ✠ Fénytől és nedvességtől védve tartandó! Lokális irritációt nem okoz, a fehérneműt nem szennyezi.
Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS 10 hüvelytabletta, térítési díj: 5,—Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

szupervízióét. A szerzők véleménye szerint ez a demonstrációs módszer igen jelentős a pszichotherápiás képzésben, mivel lehetőséget nyújt a pszichotherápia egyébként igen nehezen reprodukálható és megismerhető folyamatának élményszerű követésére.

Cserne István dr.

Előrehaladás a schizophrenia gyógyszeres kezelésében. Davis, J. M. (Illinois Psychiatric State Institute, 1601 West Taylor St., Chicago, Ill. 60612): American Journal of Psychiatry 1976, *133*, 208—211.

A szerző a témán belül hat kérdéssel foglalkozik, mégpedig: *1.* az antipsychotikus (neuroleptikus) gyógyszerek hatásának kvantitatív mérése a klinikai gyakorlatban ma sem megoldott kérdés, a kettősvak eljárások kiértékelésében is igen sok bizonytalanság származik az inadaequat statisztikai eljárások alkalmazásából. A gyakorlatban rendszerint önkényes javulási skálákat használnak, melyek azonban nem tekinthetők intervallumskálának (azaz nem biztos, hogy az egyes pontértékek egyenlő távolságokat reprezentálnak), így a velük végzett matematikai számítások eredményei illuzórikusak. Magatartás-, ill. tünetbecslő skálák alapján paraméteres statisztikák egyáltalán nem számíthatók. *2.* A neuroleptikumok indikációjának kérdésében a psychiaterek véleménye teljesen eltérő, egyesek minden esetben adják, mások csak végső eszközként, ha a psychotherapia eredménytelen (?) maradt. *3.* Az utóbbi években sokat foglalkoztak a „megadosisok" adásának értékelésével, a szerző által áttekintett közlemények azonban nem tudták igazolni, hogy enormis adagok adásával klinikailag jobb eredmény lenne elérhető, mint a normál dosisokkal. *[Ref.:* az idézett cikkekben normál dosisként napi 60 mg trifluperazin, ill. 700—1000 mg chlorpromazin, „megadosisként" napi 600 mg trifluperazin, ill. 15 g (!!) chlorpromazin szerepel]. Ugyanakkor igazolták, hogy túl kis adagok — 150—300 mg/die chlorpromazin — hatása szignifikánsan gyengébb mint a normál — 600—2000 mg/die — adagoké. *4.* Amióta a neuroleptikumok vérszint-ellenőrzésének módszere elterjedt, kitűnt, hogy pl. chlorpromazin esetében az egyéni szórás azonos adagok után (testsúlykg-ra) több mint 100-szoros. Ezt a gyógyszerek betegenként eltérő ütemű metabolizmusára vezetik vissza, ill. feltehetően a bélből való felszívódás eltérő viszonyaira. Ilyen „therapia-rezisztens" betegek gyakran jól reagálnak parenteralis kezelésre, vagy egyéni dosis-beállításra. *5.* Sok adat szól amellett, hogy az antipsychotikus hatás összefügg a gyógyszermolekula térbeli struktúrájával, közelebbről annak a dopamin-receptor struktúrájához való hasonlóságával. Ezen az alapon valamely új vegyület várható hatékonysága megjósolható lenne. *6.* Ebben a pontban a szerző az előbbiek illusztrálására két újabb vegyület (molindon és loxapin) értékelését végzi el korábbi referátumok adatai alapján; ahhoz, hogy 1%-nál kisebb bizonytalansággal lehessen egy új gyógyszerről ítéletet alkotni, szigorú kettősvak-feltételek és egyébként is megfelelően lefolytatott klinikai vizsgálatok esetén is minimálisan 400 beteg vizsgálatára van szükség, továbbá arra, hogy figyelembe vegyük az új gyógyszerről megjelenő *valamennyi* beszámolót.

[Ref.: Valóban elkerülhető lenne az új szerek megjelenését kísérő közismert lelkesedési, majd az azt követő kiábrándultsági hullám, ha a szerző által javasolt kipróbálási feltételeknek legalább részben sikerülne eleget tenni — különös tekintettel a beteganyag megválasztására, az értékelés módjára és a statisztikai értékelésre (l. erről Káldor A.: Orvostudomány Aktuális Problémái 1972/2. számát). Itthon rendszerint a kettősvak-eljárásnak is komoly akadálya van, ugyanis megfelelő placebóra szert tenni igen nehéz; másfelől a közlemény azt bizonyítja, hogy ezen a téren külföldön is még sok a kívánnivaló.]

Bánki M. Csaba dr.

A tardiv dyskinesiák preventiójáról. Crane, G. E. (University of North Dakota School of Medicine, Grand Forks, N. D.): Am. J. Psychiatry, 1977, *134*, 756—758.

Az utóbbi években egyre nagyobb számmal jelennek meg közlemények, melyek a psychiatriai céllal alkalmazott gyógyszerek kései mellékhatásaként tardív dyskinesiákról számolnak be.

Az Archives of General Psychiatry 1973-ban szerkesztőségi közleményben foglalkozott e mellékhatásokkal.

A szerző nagyszámú chronikus schizophren beteg major tranquillans (chlorpromazin, trifluperazin) kezelése során fellépő tardív dyskinesiákról és/vagy parkinsonos tünetekről számol be. Betegeit két csoportra osztotta, a második csoportban a súlyos tardív dyskinesiák szerepelnek (5 éves kezelés után).

Megállapításai a következők a preventiót illetően: fontos a korai kezelés, gyors elbocsátás, az optimálisan hatékony legkisebb dózisok megkeresése, különösen idősebb betegeknél, akiken a mellékhatások fellépésének valószínűsége nagyobb. A komplex terápia általában csökkenti a mellékhatások fellépésének valószínűségét. A közlemény végén függelékben ismertetnek egy olyan kérdésekből álló táblázatot, mely a neurológiai status és a gyógyszerekkel kapcsolatos kérdések révén segítséget nyújthat a tardív dyskinesiák, parkinsonos tünetek lehetőség szerinti kiküszöbölésére.

Kovács Miklós dr.

Cholinergiás hatások tardiv dyskinesiákban. Tamminga, C. A. és mtsai (Illinois State Psychiatric Institute, Chicago): Am. J. Psychiatry, 1977, *134*, 769—774.

A szerzők placebóval kontrollált kettős-vakpróbával vizsgáltak 12 (nagyrészt chronikus) schizophreniás beteget, akiknél tardiv dyskinesiák alakultak ki évek során. 3, a centralis cholinergiás mechanizmust érintő anyagot alkalmaztak: deanol, cholin, physostigmin. A megfigyelés eredményét 3 hét múlva értékelték. A cholin és a physostigmin nemspecifikus módon csökkentette a dyskinesiás tüneteket, míg a deanolt kevésbé találták effektívnek. Más szerzők véleménye szerint a deanol bizonyos esetekben hatásos.

A tardiv dyskinesiákat a szerzők a dopamin receptorok supersensitiv megbetegedésének tartják.

(Ref.: a csekélyszámú beteganyag véleményem szerint nem alkalmas megnyugtató módon eldönteni a terápiás effektus hatékonyságát.)

Kovács Miklós dr.

Deanol a tardiv dyskinesiákban. Davis, K. L. és mtsai (Psychiatric Clinical Research Center of Stanford University and Veterans Administration Hospital, Palo Alto, Calif.): Am. J. Psychiatry, 1977, *134*, 807.

A cholinomimetikus deanolt a szerzők 4 betegen alkalmazták, akik tardiv dyskinesiákban szenvedtek. 3 betegen több mint fél év óta buccolingualis masticatoros mozgások jelentkeztek. A betegek 1600—2000 mg/die mennyiségben 21—56 napon át kaptak deanolt. Az akaratlan mozgások frequentiája, intenzitása csökkent, összehasonlítva a kezelés előtti állapotéval, de nem szüntek meg teljesen.

Más szerzők szerint esetenként igen nagy dózisú deanol (8—20 g/die!) adása szükséges a teljes tünetmentességhez.

(Ref.: az igen csekély számú beteganyagon tett megfigyelések még további megerősítésre szorulnak.)

Kovács Miklós dr.

A bőridegek végződései gangliosida tárolásos betegségben. Dolman, C. L. és mtsai (Departments of Pathology and Medical Genetics, Vancouver General Hospital): Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 1977, *40*, 588—594.

A gangliosidosisok diagnosztikája még a legutóbbi évekig is agy-,

vagy végbél-biopsiával nyert igazolást, ami az idegrendszer részéről nagy megterhelés volt a beteg számára, a bél (zsír) felszívódó működése miatt csak nehezen értékelhető.

Az utóbbi években elsősorban *Terry* vizsgálatai nyomán a bőridegekben, sőt a verejtékmirigyekben jellemző depositumokat mutattak ki. A lysosomákban 1—3 μ nagyságú koncentrikus lamellák, MCB testek (membrano-cytoplasmatic-bodies) raktározódnak. Ezenkívül ún. „zebratestek" is észlelhetők.

A fentiek ismerete diagnosztikus munkánk finomodását, a pontosabb kórisme felállítását teszi lehetővé.

A szerzők 6 gyermek bőr-biopsiáját vizsgálták elektronmikroszkóposan. A betegek infantilis vagy később jelentkező Tay—Sachs-betegségben, juvenilis Sandhoff-betegségben, vagy I. typusú GM gangliosidosisban szenvedtek. A fentebb leírt részben specifikus elváltozásokat észlelték elektronmikroszkóppal.

Kovács Miklós dr.

Belosztályon fekvő betegek psychiatriai morbiditása. Modestin, E. (Bezirksspital Burgdorf, Schweiz): Schweiz. med. Wschr. 1977, *107*, 1354.

A szerző becslése szerint a lakosságnak mintegy 10%-a kezelésre szoruló psychés zavarokat mutat; a lelki egészségkárosodásnak enyhébb formáit is beleszámítva az összes psychiatriai morbiditás kb. 30%-ra becsülhető. Az általános praxis beteganyagának mintegy 15%-a a psychés zavarok nagy kategóriájába sorolható. Jogosan tehető fel a somatikus panaszokban szenvedő betegek nagyobb psychiatriai morbiditása is; nyilván pozitív korreláció áll fenn, főleg akkor, ha a somatikus zavarok komoly természetűek. Ennek megfelelően az általános kórházak hospitalizált betegein a psychiátriai morbiditás még magasabb, és általában 30—60%-ra értékelhető.

A szerző a burgdorfi (Bern kanton) kerületi kórház belosztályának beteganyagán retrospektíve és prospektíve tanulmányozta a psychiatriai morbiditást. Retrospektíve értékelte az 1975. évi 783 kórtörténetet; saját vizsgálataiban pedig az 1976. évben 244 újonnan felvett belbeteget vizsgált meg psychiatriai szempontból. A belosztályon fekvő összes beteg mintegy 70%-ában psychiatriai lelet volt kimutatható; a kezelésre szoruló psychés zavarok morbiditási rátája kb. 40%-ot tett ki. A leggyakrabban rendelt gyógyszerek psychopharmaconok, főleg hypnoticumok voltak, és kúraszerűen a betegek 25%-ában alkalmazták, figyelembe nem véve a hypnotikus indicatiót. Ezen magas számok aláhúzzák a psychiatriai ellátás decentralizálásának szükségességét és a psychiatriának a belgyógyászatba való integratióját.

ifj. Pastinszky István dr.

Az agitált delírium és a visualis károsodás syndromája: a temporo-occipitalis medialis infarktus manifesztációja. Medina, J. L. és mtsai (Veterans Administration Hospital, Hines, Neurology Service and Loyola University Stritch School of Medicine, Maywood, Illinois, USA): Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 1977, *40*, 861—864.

A szerzők három, középkorú férfibetegen hirtelen kialakuló látásromlással, majd kifejezett agitált delíriummal járó tünetcsoportot észleltek, amellett dementia, hemiparesis is jelentkezett. A computerizált tomographiás vizsgálatok temporo-occipitalis infarktusra jellemző leletet mutattak. A 2. esetben az angiographia a baloldali arteria cerebri posterior elzáródására utalt. Mindhárom esetben a visualis károsodás és a dementia tartósan fennállott, lényeges javulást nem mutatott, ugyanakkor az agitált delírium négy naptól—két hónapig állott fenn. Megjegyzendő, hogy e tünetekhez az 1. és 3. esetben bilateralis, a 2. esetben unilateralis infarktus jelentkezett temporo occipitalisan. Az emberen tett korábbi megfigyelésekkel, valamint az állatkísérletes adatokkal a fentiek jól összhangba hozhatók.

Kovács Miklós dr.

Herpes simplex encephalitis kezelése Vidarabinnal. Tober, L. H. és mtsai (Baylor College of Medicine, Houston): Arch. Neurol. 1977, *34*, 608—610.

A herpes simplex encephalitis az irodalmi adatok szerint 60—80%-ban halálos végű megbetegedés. Az eddig alkalmazott therápiás eljárások (decompressio, dexamethason, mannit) sem csökkentették lényegesen a komor kórjóslatot. Az újabban alkalmazott antiviralis Vidarabin kezelés a kórjóslatban lényeges javulást hozott.

A szerzők 5 betegen (13—59 év) a hagyományos therápia mellett iv. csepp-infusióban (15 mg/kg/die) Vidarabint adtak 10 napon át. A súlyos idegrendszeri tüneteket mutató comatosus betegek közül az egyik 58 éves férfibeteg a 8.. napon meghalt. A 4 túlélő közül 3 beteg olyan fokú javulást mutatott, hogy csak finom psychés és intellektuális károsodás volt kimutatható tesztmódszerekkel. A kórismét az agybiopsiából kimutatott vírussal erősítették meg. Toxikus mellékhatásokat a gyógyszertől nem észleltek.

Kovács Miklós dr.

Paroxysmalis choreoathetosis mint az idiopathiás hypoparathyreoidismus megnyilvánulási formája. Soffer, D. és mtsai (Hadassah University Hospital Jerusalem, Israel): Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 1977, *40*, 692—694.

Az idiopathiás hypoparathyreoidismus ritka betegség, de ha jelentkezik gyakran produkál különböző neuropsychiatriai tüneteket. A szerzők 18 éves nőbetegén, kb. 1 éve choreoathetosisos mozgások jelentkeztek. A laboratóriumi vizsgálatok hypocalcaemiát igazoltak, az EKG- és rtg-vizsgálatok ezt klinikailag is megerősítették. A parathormon injectióra történő foszfát kiürülés is támogatta a hypoparathyreoidismus fennállását. Ca- és D-vitamin adására az akaratlan mozgások megszűntek. A beteg 2 év múltán is panaszmentes volt, és egészséges gyermeket szült. Hasonló tünetcsoport esetén mint lehetséges pathomechanizmusra erre is kell gondolnunk.

Kovács Miklós dr.

Acut hypokalaemiás myopathia alkoholizmusban. Klinikai entitas. Rubenstein, A. E., Wainapel, S. F. (Department of Neurology, Mt Sinai School of Medicine, and the Medicine, Beth Israel Center, New York): Arch. Neurol., 1977, *34*, 553—555.

Súlyos alkoholizmusban nem ritkán hirtelen kialakuló izomgyengeséggel járó állapotok figyelhetők meg elsősorban és gyakran csaknem kizárólagosan a vázizmok részéről, melyeknek közelebbi mechanizmusa nem tisztázott, számos esetben kifejezett hypokalaemia mutatható ki, az izombiopszia, valamint az EMG myopathiás jellegű. Az acutan fellépő alkoholos myopathiák másik fajtájától eltérően izomduzzanat, fájdalom és súlyos gyengeség nem észlelhető. Az irodalomban önálló entitásként szerepel a kórkép. Kálium per os és iv. adására lényeges javulás következik be. A pathogenezisben feltételezhetően nagy szerepet játszik a malnutritióval járó hypokalaemiás állapot. A szerzők két esetet ismertetnek, melyek minden tekintetben megfelelnek a fentieknek. Természetesen a kálium adás mellett igen fontos a továbbiakban az alkohol abstinentia is.

Kovács Miklós dr.

Az arteria vertebralis elzáródása a jóga-gyakorlatok szövődményeként. Hanus, S. H. és mtsai (Department of Neurology, Northwestern University Medical School, Chicago): Arc Neurol, 1977, *34*, 574—575.

A szerzők egy kb. másfél éve rendszeres jógázó 25 éves férfi

esetét ismertetik, aki korábban minden vonatkozásban panaszmentes volt. Minden reggel nehéz gyakorlatokat hajtott végre, melyek során nyakát nagymértékben hátrafeszítette, előreszegezte, majd hyperrotálta. Kezdetben szédülés, bizonytalanságérzés, majd látásromlás, bizonytalan járás, dysphagia, Horner-syndroma, nystagmus, baloldali cornea reflex-hiány, dysmetria, intentiós tremor, a baloldali végtagokban gyengeség jelentkezett, ehhez később baloldali trigeminalis érzészavarok is társultak.

Az angiogrammokon a bal arteria vertebralis lumene a C II—III. csigolyatest magasságában elzáródott volt. Tüneti kezelés és fizikoterapia fokozatos javulást eredményezett. Az irodalomban kevés, hasonló közlés ismert.

Az akut arteria vertebralis elzáródáshoz csatlakozó medullaris és cerebellaris infarktus kialakulását elősegíthetik atheromák, cervicalis osteoarthritises elváltozások is a rendszeresen jógázóknál.

(Ref.: az értékes kazuisztika a ritka kórok miatt tarthat érdeklődésre számot, és esetenként differenciáldiagnosztikus problémát is okozhat).

Kovács Miklós dr.

Baclofen, egy új antispastikus gyógyszer. Kontrollált, multicentrikus vizsgálat sclerosis multiplexben szenvedő betegeken. Sachais, B. A. és mtsai (Medical Department, Pharmaceuticals Division, CIBA-GEIGY Corp. Summit, N. J.): Arch. Neurol, 1977, *34*, 422—428.

A sclerosis multiplexben, és a gyakran spastikus tónusfokozódással járó más idegrendszeri kórképekben sokszor jelentős problémát okoz a spasticitas, s az ezzel járó fájdalmas görcsök, ízületi merevségek oldása, csökkentése.

Az elmúlt egy-két évtizedben különböző gyógyszereket alkalmaztak a spasticitas csökkentésére (diazepam, dantrolen stb.), de ezek a készítmények csak részben váltották be a hozzájuk fűzött reményeket) bár a korábban alkalmazottakkal szemben kétségkívül jelentős előrehaladást jelentettek. Ugyanakkor többé-kevésbé zavaró mellékhatásokat lehetett megfigyelni alkalmazásuk során, melyek esetenként a gyógyszerek abbahagyását is szükségessé tették.

Az elmúlt években egy aminosav-származék a baclofen (lioresal) alkalmazása számos esetben a korábbi készítményekkel szemben jelentős előrelépést jelentett. Pontos hatásmechanizmusa még nem ismert, feltételezhetően a gerincvelői monosynaptikus extensor és polysynaptikus flexor reflexek transmissiójában hoz létre változásokat. A szerzők 106 sclerosis multiplexben szenvedő (chronikus) beteg — 5 héten át végzett, fokozatosan emelkedő, átlagban naponta 70—70 mg baclofent szedő betegnek kettős vak próbával, az orvosok és a beteg pontértékelő módszerével ellenőrzött kezelésének eredményéről számolnak be.

Eredményeik szerint a spasticitas, a fájdalmas görcsök, a merevség és a passzív ízületi mozgékonyság lényegesen javultak. Mellékhatásokat csak enyhe formában és viszonylag ritkán észleltek (enyhe aluszékonyság, gastrointestinalis panaszok stb.).

Kovács Miklós dr.

Paroxysmalis pitvari tachycardia és frontalis lebenyi tumor. Rush, J. L. és mtsai (Veterans Administration Hospital, Long Beach, Calif. and the University of California, Irvine): Arch. Neurol., 1977, *34*, 578—580.

Egy évek óta fennálló időnként paroxysmalisan fellépő pitvari tachycardia miatt észlelt 49 éves férfibetegen bizonytalan szédülésérzéssel, elsápadással járó rosszullétek jelentkeztek. Organikus neurológiai gócjele nem volt. Jobb oldalon orbitofrontalisan az EEG-n epileptogen focus volt kimutatható. A carotis AG-n a jobboldali orbitofrontalis területen az art. pericallosa bal oldali ága minimálisan diszlokált, a terület nagymértékben avascularis volt. Antiepilepticumok adása csak átmeneti enyhülést hozott a tachycardialis rohamokat illetően.

Jobb oldali frontalis craniotomiából gliomának bizonyuló tumort távolítottak el, majd besugárzás történt. A rohamok fokozatosan megszűntek. Évek óta a beteg panaszmentes.

A pathomechanizmust illetően — részben a primateseken végzett állatkísérletek, valamint a human elektromos ingerlések tapasztalataira támaszkodva — a szerzőknek az a véleményük, hogy az orbitofrontalis cortexből kiinduló cortifugalis (a hypothalamus hátsó részébe és a mesencephalikus formatio reticularisba haladó) pályák laesiója lehet az okozója a paroxysmalisan fellépő pitvari tachycardiás rohamoknak.

(Ref.: a közlemény elsősorban differenciáldiagnosztikus jelentősége miatt tarthat érdeklődésre számot, míg egyéb társuló tünetek nem teszik kétségtelenné az aetiologiát).

Kovács Miklós dr.

Facialis myokymia Guillain—Barré-syndromában. Wesserstrom, W. R., Starr, A. [Department of Medicine (Neurology), University of California, Irvine]: Arch. Neurol. 1977, *34*, 576—577.

Guillain—Barré-syndromában viszonylag ritkán fordul elő facialis myokymia.

A szerzők 30 éves nőbetegén mk. o. az arcizmokban myokymiás mozgászavar jelentkezett a végtagok gyengeségével, átmeneti reflexhiányával, érzészavarokkal. A lumbalis liquor vizsgálata típusos albumino-cytologiás dissociatiót mutatott. Kb. 1 hónap múlva a myokymiás rángások fokozatosan megszűntek, enyhe maradványtünetekkel gyógyult.

Szükséges elkülöníteni agytörzsi lokalizációjú sclerosis multiplextől, pontin gliomáktól, hátsó-scala tumoroktól, ritkábban poliomyelitistől. A hosszmetszeti kép, a liquorvizsgálat és az egyéb társuló tünetek idejekorán kellő útbaigazítást adnak.

Kovács Miklós dr.

Szív- és érsebészet

A gyermekkardiológia helyzetének kritikai áttekintése a congenitalis vitiumok szempontjából, a 70-es években. Adams, F. H. (Los Angeles, California, Division of Cardiology, Department of Pediatrics, University of California): Am. J .Cardiology, 1977, *39*, 754.

A szerző saját és mások tapasztalatai alapján a gyermekkardiológia és congenitalis vitiumok olyan problémáit tárgyalja, melyekről ritkán esik szó a tudományos üléseken. Elsősorban nyomatékosan hangsúlyozza, hogy egy gyermekkardiológusnak gyakorlottnak kell lennie, és értenie kell minden csecsemő-, gyermek- és ifjúkori kardiológiai problémához, legyen az congenitalis, szerzett, metabolikus vagy endokrin rendellenesség.

A congenitalis vitiumok incidenciája 1% körül mozog, az összes születésre vonatkoztatva. Így az USA-ban évente kb. 30 000 congenitalis vitiumosra lehet számítani. Ezeket az adatokat össze lehet hasonlítani a lakosság másfajta, súlyosabb betegségeinek adataival. *Mitchell* szerint a kamrai septumdefektus (VSD) a leggyakoribb congenitalis szívbetegség, megközelítőleg 30%, míg a többi vitumok nem érik el a 10—10%-ot.

Jelenleg még nem teljes a tudásunk a különböző congenitalis vitiumok (sebészi beavatkozás nélküli) lefolyására vonatkozóan. Egyes súlyos, de ritkább formák (hypoplasiás bal szívfél, tricuspidalis atresia) már az újszülött korban általában halálhoz vezetnek. Más, gyakoribb formákban (VSD, pitvari septum-defektus, duct. art. persistens) ritka az újszülöttkori halálozás, és jelentős százalékuk állapota javul az idők folyamán. Ezeknek a spontán záródását is leírták, de ennek mechanizmusa kevésbé ismert. A szerző nehéznek, sőt lehetetlennek tartja előre megmondani, hogy az elváltozás zárul, kisebbedik vagy súlyosbodik-e majd.

A congenitalis vitiumok incidenciája az egész földön hasonlónak

látszik. Másrészről, a rheumás szívbetegségek gyakorisága a fejlett országokban az utóbbi évtizedekben csökkent; ez már az antibioticumok felfedezése előtt megkezdődött, ami a szociális faktorok jelentőségére utal.

A fejlett országokban manapság két nagy probléma jelentkezik, amely jelentős számú személyt érint: az atherosclerosis és a hypertonia. Ezek az USA-ban a halálozás több mint 50%-át okozzák; bizonyos esetekben a kezdetét vissza lehet vezetni a gyermekkorba. Nem kellene több figyelmet szentelni, időt és energiát erre a két fontos problémára már a gyermekkardiológusoknak is?

A congenitalis vitiumok diagnózisa és kezelése complex és súlyos probléma lehet. Ez team-munkát igényel: jól képzett orvosokét, ápolónőkét, technikusokét, szociális munkásokét és másokét, valamint bonyolult és drága felszerelést. Mindezeknek a személyeknek rendelkezésre kell állni a nap 24 órájában, a hét 7 napján, és elvárják, hogy mind ők, mind a használatos felszerelések elérjenek egy bizonyos minimális standardot.

Azonban az optimális tervek ellenére a célt még nem lehetett elérni; több körzetben még nincs kardiológiai központ, és ismeretes a kardiológusok nem megfelelő megoszlása.

A felszerelések és a személyzet regionalizálása sürgető feladat, mert a gondozás költséges és magas képzettséget igényel. *Nadas* szerint minden 3 millió lakosra olyan nagyobb centrumot kell számítani, ahol évente legalább 100 csecsemőt látnak. *Adams* véleménye is megegyezik evvel, de bele kell számítani szerinte a földrajzi helyzetet is. Az USA-ban, melynek 210 millió lakosa van, 70 központra volna szükség. Lehetséges, hogy ennek 2—3-szorosa is van! Californiában pl. 7 központ kellene és 23 van. Ennek megfelelően kardiológus is jóval több van itt, kétszerese az országos átlagnak. A szerző úgy véli, hogy ez az abusus oda vezethet, hogy a betegeket jóval gyakrabban vizsgálják, mint szükséges, és szükségtelen teszteknek és proceduráknak teszik ki.

A gyermekkardiológusok többségének munkája abban merül ki, hogy meglegyen a beteg pontos diagnózisa és várja, hogy mi lesz a vélemény a palliatív vagy totális műtét optimális idejét illetően. Jelenleg az a helyzet, hogy a műtétnek, a műtét idejének és a legmegfelelőbb technikai beavatkozásnak az indicatiója csaknem évenként változik. Ez tükröződik a különböző szívelváltozások lefolyását illető vélemények változásában, melyeket befolyásol az újabb fejlődés a műtéti technikában, valamint a műtétek eredményességének széles körű kiértékelése.

A szerző aggódik amiatt, amit a kardiológusok mondanak, tanácsolnak vagy ígérnek a congenitalis vitiumos betegnek vagy szüleinek. Kivéve a duct. Botalli pers.-t, a „gyógyító sebészet" ajánlása gyakran helytelen cselekedet. A houstoni *Morris* és *McNamara* sebészi eredményei is megerősítik véleményét, akik megvizsgálták a leggyakrabban előforduló congenitalis vitiumok műtéti eredményeit, analizálták a residuumok, következmények és komplikációk szempontjából.

(Ref.: Ezek a saját operált beteganyagunkhoz viszonyítva sokkal kedvezőtlenebbek!) A két leggyakoribb operált szívbetegség mortalitása és residuumai (VSD és Fallot tetralógia): műtéti halálozás 3, ill. 10%, kifejezett residuum 17, ill. 25%, kisfokú residuum: abnorm. funkció 10, ill. 20%, normális funkció 10, ill. 25%, residuum nélküli 60, illetve 20% volt. Tehát a VSD-ben a teljes gyógyulás 60, a Fallot tetr.-ban 20%!

A congenitalis vitiumos gyermekek és felnőttek hosszú ideig tartó megfigyelése szükséges. A Johns Hopkins Hospital csoportja 1924 fiatalt és felnőttet kísért figyelemmel néhány évtizedig. Ennek alapján adataik vannak a vitiumok megoszlásáról, illetve a túlélésről.

A fiatal felnőtt korban nagyobb érdeklődésre tarthat számot a congenitalis vitiumosok néhány problémája: együttes előfordulásuk mentalis retardatióval, melyet Down-kór, ill. rubeola okozott, 6%-ban; urogenitalis, gastrointestinalis vagy más szervek anomáliája, 10%-ban. Ezeknek pszichés adaptációja, pályaválasztási problémái, házasságkötéssel, terhességgel kapcsolatos kérdései a gondozó gondjai is. Problémát jelentenek az egészség- és életbiztosítások szempontjából is.

A szerző ajánlata a congenitalis vitiumok területén dolgozó vezetők számára: 1. Kifejezettebb ragaszkodás a „magas technológia" területén történő kutatásokhoz, beleértve az aetiologiát és a preventiót is; 2. jobban tekintetbe venni a betegségek spontán lefolyását és a beavatkozások következményeit; 3. a műtéti kezelés javítása bizonyos leggyakoribb vitiumokban; 4. a munkaerő és felszerelések kifejezettebb regionalizálása.

Péntek Erzsébet dr.

Nikkel tartalmú mű-szívbillentyű beültetés ismételt kudarca nikkel allergiás egyénben. Lyell, A., Bain W. H., Thomson, R. M. (Dept. of Derm., Glasgow Roy. Infirmary): Lancet 1978, *2*, 657—659.

Nikkel allergiás egyénbe ismételten történt 10% nikkel tartalmú mű-szívbillentyű beültetése életveszélyes állapotot váltott ki (visszatérő terheléses intolerancia, mitrális billentyűk stenosisa, súlyos pulmonalis hypertensio). A nikkel érzékenységet rátevési próbával igazolták. A harmadik beültetéshez nikkel mentes műbillentyűt használtak és 22 hónapos megfigyelési idő alatt a beteg állapota kielégítő maradt. A szerzők felhívják a figyelmet, hogy nikkel allergiás egyének esetében nikkel mentes műbillentyűt kell beültetni.

Korossy Sándor dr.

Genetika

Korai kromoszómakutatások. 1879—1955. Hungerford, D. A. (The Institute for Cancer Research, Philadelphia, Pa., USA): Cytogenetics and Cell Genetics. 1978, *20*, 1—11.

Köztudott, hogy az emberi kromoszómák vizsgálata az utóbbi két évtizedben terjedt el széles körben szerte a világon. Kevéssé ismert azonban, hogy a citogenetika története már közel 100 éves, kezdete a citológia megindulásával esik egybe. Maga a „kromoszóma" elnevezés is a citológia egyik nagy alakjától, *Waldeyer*től származik, aki *Benekével* együtt elsőként vezette be a citológiai készítmények festését 1863-ban. A mitotikus sejtosztódás szabályszerűségeinek megfigyelése után *(Strasburger, 1875)* a humán kromoszómákról először *Arnold* írt 1879-ben. A múlt századbeli kutatók a kromoszómákat a sejtmag egyik sajátosságának tekintették, a mendeli öröklődés és a kromoszómák közötti összefüggést *Sutton*, valamint *Boveri* tárta fel századunk első éveiben, megalkotva az öröklődésnek később oly sokat vitatott kromoszomális elméletét.

Egy másik nagy vitát *Flemming* 1882-ben megjelent munkája indított el. Ő cornea sejtekben a kromoszómák számát 20—28 között találta. 1923-ig ez 16—48 között variálódott, amikor *Painter* oly meggyőzően bizonyította, hogy az emberi sejtek 48 kromoszómát tartalmaznak, hogy nézete dogmaként tartotta magát 1956-ig. A tévedés oka a kromoszómák vizsgálatának technikai nehézsége volt. Azok a technikai fogások, amelyek később lehetővé tették a kromoszómavizsgálat rutinszerű alkalmazását (mitózisgátlás, hypotoniás oldattal való kezelés stb.) nagyrészt már a 30-as években ismertek voltak. Az Egyesült Államokban a Cold Spring Harbor-beli kutatók mellett a szovjet citogenetikusoké volt a vezető szerep ezen a téren és az utóbbiak akkor már közel álltak ahhoz a felfedezéshez, amely 20 évvel később történt csak meg *Tjio és Levan* nevéhez kapcsolódva. A szovjet citogenetikusok a 30-as években már karyotypus analízist végeztek vértenyészetekben *(Kruscsov, 1931)*, használták a hypotoniás kezelést *(Zsivago*, 1934), jelentős kutatásokat végeztek a tumor-citogenetikában *(Andres, 1932; Andres* és *Zsivago 1933*, embrionális sejtekben *(Andres*

és Jiv, 1935, 1936), oogenesisben *(Andres és Vogel, 1935, 1936)* és számos más területen. A liszenkóizmus 20 éves késedelmet okozott a citogenetika fejlődésében amellett, hogy a szovjet kutatók lendületes és magas színvonalú munkáját 30 évre megbénította.

Osztovics Magda dr.

14 069 újszülött citogenetikai vizsgálata. III. A transzlokációk jelentősége. Evans, J. A. és mtsai (Department of Genetics, Health Sciences Centre, 700 William Avenue, Winnipeg, Manitoba, R3E OZ3, Canada): Cytogenetics and Cell Genetics, 1978, *20,* 96—123.

14 069 újszülött citogenetikai szűrése során — a szűrés adatait már korábban közzétették —, 11 reciprok transzlokációt és 13 centrikus fúziót találtak. A közleményben ezek klinikai, családi és citogenetikai adatait értékelik.

Klinikai adatok: Ferde lefutású palpebralis redő valamivel gyakrabban fordul elő a transzlokációsok között, mint a kontroll csoportban. Az ujjbegyek bőrléc-mintáiban is eltérést találtak, de itt a véletlen szerepét még nem zárták ki (a szülők dermatoglypha vizsgálatát ui. később végzik majd el). Súlyosabb klinikai rendellenesség a reciprok transzlokációsok között nem fordult elő, a centrikus fúziót mutatók közül egyben Down-szindrómát igazoltak. A szerzők véleménye szerint reciprok transzlokációban és centrikus fúzióban klinikai rendellenesség általában akkor fordul elő, amikor a kromoszóma aberráció új mutáció. A vizsgált betegekben a kromoszóma rendellenességek öröklöttek voltak, csupán egy esetben merült fel a friss mutáció gyanúja.

Citogenetikai adatok: Reciprok transzlokációkban az egyes kromoszómák véletlenszerűen vesznek részt. Centrikus fúziókban a töréspontok megoszlása nem tért el attól, amit már más vizsgálók is észleltek; a 13., 14. és 21. kromoszóma fúziója gyakoribb, mint a többi akrocentrikusé.

Családi adatok: A reciprok transzlokációval és centrikus fúzióval sújtott családokban, az egyetlen Down-szindrómáson kívül, kiegyensúlyozatlan kromoszóma rendellenesség nem fordult elő. A magzati halálozás valamivel gyakoribb volt reciprok transzlokációs carrierek esetében, mint a normális karyotypusú rokonokéban.

A szerzők megállapítják, hogy különbséget kell tenni szűrések révén, véletlenszerűen felfedezett és kóros utód révén igazolt transzlokációt hordozók között. Az előbbiek esetében az utódokra vonatkozó kockázat alacsony. Ez a megfigyelés a genetikai tanácsadás szempontjából rendkívül fontos, hasznosítani azonban ma még nem lehet.

A jelenlegi helyes álláspont az, hogy minden transzlokációs carrier esetében, minden terhességben magzati kromoszóma vizsgálatot kell végezni.

Osztovics Magda dr.

Magzati propositusból kiderített familiáris 14/15 translocatio hordozás Kushnick, T. és mtsai (New Jersey Med. Sch., 100 Bergen St., Newark, NJ 07103, USA): J. Pediat. 1978, *92,* 680—681.

Idősebb anyai életkor miatt praenatalis vizsgálatot végeztek egy 36 éves asszony VI. terhességében. A magzat karyotypusa 45,XX,+t(14q;15q) volt. Ennek nyomán kivizsgálták a családot, és hasonló translocatiót találtak a meglevő 4 egészséges gyermek közül háromban, az anyában és az anyai nagyapában. Ennek alapján a terhességet továbbengedték, és egészséges leány született. A kézirat beküldése után még egy ilyen esetük volt, hasonló eredménnyel.

Méhes Károly dr.

Aneuploidia és öregedés: G-sávtechnikás chromosoma vizsgálatok egy válogatás nélküli népesség mintában. Galloway, S. M., Buckton, K. E. (MRC Clinical and Population Cytogenetics Unit, Western General Hospital, Edinburgh, EH4 2XU, Skócia): Cytogenet. Cell Genet. 1978, *20,* 78—95.

Különböző életkorú 65 férfi és 102 nő G-sávfestésű chromosomáit tanulmányozták. 0 és 89 év között az aneuploid sejtek aránya az életkorral párhuzamosan emelkedett. Különösen az idősebb nőkben tűnt fel az egyik X chromosoma gyakoribb hiánya, vagy többlete. 60 év felett több volt a strukturális aberrációk száma is. Az idősebb nőkben feltűnő jelenség volt az X chromosomákból származó centroméra nélküli fragmentumok megjelenése is. Az eltérések magyarázatában felvetik a centromérák idő előtti szétválásának lehetőségét, amely 50 év felett gyakrabban figyelhető meg.

Méhes Károly dr.

Kromoszóma készítmények nyerése elkülönített T és B sejtek tenyészetéből. Cardillo, M., Krause E., Sciorra, L. J. (Department of Anatomy, New Jersey College of Medicine and Dentistry, 100 Bergen Street, Newark, New Jersey 07103 USA): Clinical Genetics. 1978, *13,* 271—277.

Immunadsorbens oszlopon elkülönítették a perifériás vér T és B limfocitáit. A T sejteket PHA serkentés után, a B sejteket PWM hozzáadása után a szokásos módon 4 napon át tenyésztették. A sejtek elválasztását immunfluoreszcenciás módszerrel ellenőrizték. A tenyészetekből nyert kenetek sávozásra is alkalmasak voltak, a mitózis index megfelelő volt, különösen a gyorsabb ciklus idejű T sejttenyészetekben.

A szerzők szerint a módszert érdemes bevezetni mozaicismusban és marker kromoszómák esetében annak felderítésére, vajon a kromoszóma aberráció mindkét vagy csupán egyik sejtféleségben fordul-e elő?

Osztovics Magda dr.

Egészségügyi szervezés

Kórházi csoportos praxis és a szegény családok gyermekeinek átfogó ellátása. Ullman, R. és mtsai (Univ. of Pennsylvania and Genesee Health Service, Rochester): Pediatrics, 1977, *60,* 873—880.

Az Egyesült Államokban a városi szegény családok gyermekeinek színvonalas egészségügyi ellátását szociális, gazdasági és földrajzi tényezők akadályozzák. Különösen elhanyagolt a tartós személyes orvos—beteg kapcsolatra épülő, folyamatos, a megelőzést szem előtt tartó gyermekgyógyászati gondozás.

A 375 ágyas rochesteri Genesee Kórházban, — amely, mint „community hospital", a hátrányos anyagi helyzetűek díjtalan és a magángyakorlatnál alacsonyabb színvonalú ellátását is nyújtja — 1971 után módosították a gyermekgyógyászati programot. Megszüntették a terápiás és a megelőző (az oltásokat és a szűréseket végző) részlegek elkülönítését, kiterjesztették a munkaszüneti napokon történő és a sürgősségi ellátást. Esetenként — ami az Egyesült Államokban ritkaság — házhoz is mennek, és ügyelnek az orvos—beteg kapcsolat személyességére. Lényegében a csoportos magángyakorlat kórházi analógját építették ki.

A változások eredményeképpen az ambuláns látogatások száma 6 ezerről 28 ezerre emelkedett. Ezen belül a beteg gyerekek számánál jobban növekedtek az egy gyerekre jutó kezelések. A program népszerűbbé vált a jobb anyagi helyzetű, a Medicaid segítségére nem szoruló rétegek előtt is. Így történhetett meg, hogy miközben jelentősen emelkedett a kórházat felkereső hátrányosabb helyzetű családok száma, arányuk a korábbihoz képest csökkent.

Külön megvizsgálták azoknak a gyerekeknek a sorsát, akik a Genesee Kórházban születtek, s ezért — „community hospital"-ról, állami támogatásból fenntartott intézményről lévén szó — rosszabb szcioökonomikus helyzetű családból származtak, s magasabb megbetegedési rizikójúak voltak. Azt találták, hogy az új program megindulása után a sürgősségi ellátásra szoruló esetek száma csökkent,

ami a rendelési idő megnövekedésével magyarázható. A felmérésből kiderült, hogy a szülőkben ezzel párhuzamosan fokozódott a sürgősségi ellátáshoz való jobb hozzájuthatóság érzése. Gyakorivá váltak a telefonbeszélgetések is az orvossal.

A szerző hangsúlyozza, hogy az Egyesült Államokban a szegény családok megelőző egészségügyi ellátása nem kielégítő. A program megindulása után végzett speciális célzott vizsgálat nyomán kiderült, hogy előnyös változások mutatkoztak a tizenéves anyák gyermekeinek oltásában, a 6—20 hónapos csecsemők anaemiájának kezelésében és az asthma bronchialés morbiditásban. A javulások fő okát az orvos—szülő kapcsolat személyességében találták, amely mintegy modellezte a magángyakorlatra jellemző amerikai mintát (és eltért a szociálpolitikai, pl. a Medicaid-programban megszokott kapcsolattól). Érdekes, hogy a változtatások után készpénz-fizetéses alapon a jobb módúak is szívesebben vették igénybe az új szolgáltatást.

Harmat Pál dr.

A svéd dolgozók munkahelyi hiányzásainak okai. Supermarket, 1977, No. 9, 38.

Svédországban már évekkel ezelőtt feltűnt az egészségügyi és munkaügyi kormányzatnak, hogy a munkahelyi hiányzások magasabbak a várhatónál. Ezek a hiányzások évente 18 milliárd svéd koronába kerülnek a munkakiesést tekintve, és ehhez járul az évi 10 milliárd svéd korona táppénz is. 1978-tól e költségek 1,6%-os emelkedését várják. Mindez arra ösztönözte a hivatalos személyeket, hogy megvizsgálják a hiányzások okait.

Tíz évre visszamenően vizsgálták meg azt, hogy mennyibe kerültek a munkahelyi mulasztók és átlagban mennyit hiányoztak évente. Meglepő emelkedést tapasztaltak: 1966-ban az egy dolgozóra eső átlaghiányzás még csak 15,6 nap volt, 1968-ban már 18,3 nap, 1972-ben 19,1 nap és 1977-ben 23 nap.

A nagyon sok dolgozót alkalmazó vállalatoknál a hiányzások száma és időtartama is nagyobb, a kis munkahelyeken, ahol csak néhány ember dolgozik, a hiányzások ritkábbak és rövidebb ideig is tartanak. 75 százalékuk csak pár nap.

Ezután kimutatást készítettek a mulasztások bevallott vagy igazolt okairól. Alapul egyrészt a betegsegélyző iratai, másrészt a mulasztók megkérdezése és az így kapott adatok szolgáltak.

A mulasztásoknak csaknem felét, 48%-ot a stresszhatások, a hajszolt munkatempó okozta kimerültség miatti hiányzás tette ki. Ebből a megkérdezettek 40%-a azt felelte, hogy inkább kíméli egészségét, semhogy bemenjen dolgozni, amikor kimerült, fáradt, levert, és indokolásába azt is bevette, hogy a svéd táppénzrendszer, amely a százszázalékos fizetést a betegség idejére is megadja, lehetővé teszi, hogy anyagi károsodás nélkül maradjon bárki távol a munkától, ha ezt indokoltnak érzi. Ráadásul hatékony orvosi beavatkozást, vizsgálatot csak hét napi mulasztáson túl követelnek meg a mulasztóktól. A mulasztók 17%-a bevallotta, hogy egyszerűen nem volt kedve dolgozni, amiből a felmérők felelőtlenségre következtettek. Másik 12%-ra rábizonyították, hogy komoly ok nélkül mulasztottak, ami alacsony munkamorálra, a kötelességtudat hiányára vall. A hiányzók 4%-a gyermeke betegsége miatt maradt otthon, nem lévén olyan személyzete, aki távollétében gondoskodott volna róla. Másik 3% azért mulasztott, mert otthoni munkája volt, amit el akar végezni.

Érdekes volt annak a 10%-nak a nyilatkozata, amely azt vallotta, hogy utálja a munkahelyi környezetét, miliőjét, mert piszkos, büdös, zajos.

Végül, csak egy egész kis hányada a mulasztóknak hiányzott munkahelyéről indokoltan: betegség, járványok miatt 7%, a túlmunka vagy hivatalos utazások következtében bekövetkezett fáradtság, kimerültség miatt 5%.

A svéd illetékes hatóságok most keresik a megoldásokat, hogy elejét vegyék az indokolatlan mulasztásoknak, a szimulálásnak, a táppénzcsalásnak és rászorítsák a nem igazán betegeket arra, hogy dolgozzanak.

Árva György dr.

Endoscopia

Epeúti betegségek endoszkópos kezelése. Sáfrány, L. (Department of Gastroenterology, Reinhard-Nieter-Hospital, Wilhelmshaven): Lancet. 1978, *2*, 983—985.

A szerző 15 endoszkópos centrum sphincterotomiával kapcsolatos anyagát dolgozza fel, a tapasztalatokat elemzi. 1978 májusáig ezekben a centrumokban 3618 endoszkópos sphincterotomiát végeztek. A beavatkozás indikációja 3070 alkalommal (84,9%) choledocholithiasis, közöttük 2183 betegen (71,1%) előzetesen cholecystectomia történt, 471 betegen (13,0%) papilla stenosis, 56 alkalommal (1,5%) Vater-papilla tumor és 21 betegen (0,6%) egyéb betegség volt.

A 3070 choledocholithiasisos beteg közül 1795 esetben (58,5%) a kövek spontán távoztak, 984 alkalommal (32,0%) kő-extractióra került sor — a sikerességi arány 90,5 százalék. 254 betegen (7,0%) fordult elő a beavatkozás után szövődmény, ezek 87%-ában a sphincterotomia során vagy közvetlenül utána. A szövődmények megoszlása: vérzés 90, cholangitis 49, pancreatitis 48, perforatio 40, kőbeszorulás 27 alkalommal. A szövődmények megoszlása: vérzés 90, cholangitis 49, pancreatitis 48, perforatio 40, kő beszorulás 27 alkalommal. A szövődmények 50 poperforatio 40, kőbeszorulás 27 alkalommal. A szövődmények 50 beteg (1,4%) halálához vezettek.

Az indikációk közül a choledocholithiasis idős korban, cholecystectomiát követően vagy meglevő, esetleg köves epehólyaggal, rossz műtéti kilátású betegen egyértelmű. Fiatalkorú choledocholithiasisos betegeken a műtét és az endoscopos sphincterotomia alternatív megoldások. A Vater-papilla stenosis indikációja a legvitathatóbb, mivel ennek a betegségnek a diagnosztikus kritériumai a legkevésbé kiforrottak. A beavatkozást általában akkor végzik el, ha a betegnek hosszú ideje panaszai vannak, anamnesisében cholestasis jelei szerepelnek, és az epeutakban a nyomás fokozott. Vater-papilla tumor esetén a sphincterotomiát műtét előtt, palliativ céllal végzik.

A feldolgozott beteganyag 1,4 százalékos mortalitása szignifikánsan alacsonyabb a hasonló sebészeti beavatkozás mortalitásánál. Az egyes endoscopos centrumokban a tapasztalat növekedésével párhuzamosan a szövődmények száma csökken.

A késői eredmények egyelőre még nem mérhetők biztonsággal le.

Papp János dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

A magyar orvosi szaknyelv és gondolkodás védelmében.

T. Szerkesztőség! Csak elismerés illeti az *Orvosi Hetilap*ot, hogy nemes hagyományainak szellemében állandóan napirenden tartja a magyar orvosi szaknyelv kérdését. Hogy ez mennyire időszerű, mi sem bizonyítja jobban, mint az *MTA Elnökségének* 1978. évi június 27-i állásfoglalása ebben a kérdésben. Azóta megjelent az *Orvosi Hetilap* hasábjain (1978, *119*, 2471.) *Timaffy Miklós dr.* jószándékú és minden tiszteletet megérdemlő írása a magyar orvosi szaknyelv védelméről, melyben az irodalomban elszaporodott idegen szavak magyarral való helyettesítését szorgalmazza.

Levelére négyen válaszoltak, éspedig: *Veress Albert dr.* Romániából, aki ezen erőfeszítésekkel, nyelvünkért jogosan aggódva messzemenően egyetért és hárman az ország határain belülről *(Solti Ferenc dr., Fehérvári Szabolcs dr.* és *Bánky M. Csaba dr.)*, akik nagy általánosságban elismerik *Timaffy dr.* erőfeszítéseit és ezzel az MTA Elnökségének említett határozatát, de különböző kifogásokkal élnek (Orv. Hetil. 1978, *119*, 3285—3286.). Ellenvetéseik lényege, hogy nem lehet minden idegen szakkifejezést megfelelő magyarral helyettesíteni és hogy bizonyos új fogalmakra kizárólag csak angol szavak vannak. E sorok írója is többször szót emelt a magyar orvosi szaknyelv védelmében, így legutóbb az Orvosi Hetilapban (1976, *117*, 3138.). Mostani levelének is az a szándéka, hogy hozzájáruljon az ilyenkor tapasztalható szélsőségekből fakadó félreértések tisztázásához.

A reneszánsz tanított meg bennünket az *arányok* tiszteletére. A helyes „mértékek" megtartása nélkül a szélsőségek, az aránytalanságok, a kizárólagosság, a Savonarolák áldozataivá válunk.

1. Számtalanszor *szükség van* az idegen szavakra, ha ezekre nincs megfelelő magyar kifejezés. Azonban ilyenkor is arra kell törekedni, hogy előbb-utóbb találjunk az idegen szó fogalmával egyenértékű magyart. Hogy ezek közül nem mindegyik javaslat kerül közhasználatba, az nem jelenti azt, hogy ne tegyünk semmit ezen a téren. Hiszen a nyelvújítás nélkül nem születhetett volna meg a mai magyar irodalmi nyelv. (Abban az időben is sokan azzal a kifogással éltek, hogy a latin szakkifejezések pótlására nyelvünk alkalmatlan.) Végül az akkor újonnan képzett szavak egy része ma is nyelvkincsünkhöz tartozik, míg egy másik, kisebb része kihullott a gyakorlat rostáján az élő nyelvből. És a magyarban is, mint minden nyelvben, szintén sok idegen eredetű szó, főleg főnév fordul elő. Ez a környező, ill. a velünk együtt élő, valamint kultúránkat történelmünk egyes szakaszaiban meghatározó népek hatásával magyarázható. A *meghonosodott idegen szavak* közös jellemzői: jelentésük általánosan elfogadott és kiejtésük, ill. helyesírásuk azonosult nyelvünk törvényeivel. A nyelvújítás nem lehet csak egy adott korszak feladata, mert a *nyelv élő* valami és ezért lépést kell tartania az élet változásaival, addig, amíg az azt beszélő közösség is él.

2. Hogy *siker*rel lehet *angol helyett* jó, ízes magyar kifejezéseket a köznyelvbe bevezetni, erre szolgáljon a pacemakerhez hasonlóan szintén igazán angol eredetű *labdarúgás* (football), ahol *kapus* (porter), *hátvéd* (back), *fedezet* (half) stb. játszik *szögletet* (corner), míg *lesre futnak* (offside) a *mérkőzésen* (match). Ezek a magyar szavak sem a múlt század elején, hanem az 1930—40-es években keletkeztek. És egyik-másik jobb mint az eredeti angol. Az sem baj, ha egy ugyanazon szó esetleg két különböző fogalmat fejez ki, pl.: *szöglet*, mert az adott szövegben vagy élő beszédben mindenki tudja, hogy miről van szó. Így a pacemaker helyett alkalmazott *ütem- vagy ritmusszabályozó* esetében senki sem fogja feltételezni *(Fehérvári Szabolcs dr.* kivételével), hogy nem a zenében használt metronómot, hanem pacemakert ültettek be a szívbetegbe.

3. Hogy az egyes szavak milyen fogalmakat fejeznek ki, az a *közfelfogástól* (társadalmi egyezségtől) függ. Így a pacemaker szó szerint „tempóirányító" és jelentése mégis „elektromos szívingerlő készülék" *(Solti dr.)*. A demand típusú pacemaker szóösszetétel sem fejezi ki, hogy a „szív elektromos R hullámát érzékelő, R hullám gátlásos készülék" *(Solti dr.)*. A demand szó az angol nyelvterület szakirodalmának „konvenciója". Tehát miért nem lehetne a pacemaker ütem- vagy ritmusszabályozó? Ugyanis a ritmus szó a magyar élő beszéd szerves része, viszont a „macher"-t egy időben a zsargon használta, de egészen más és gúnyos értelemben.

4. Semmiképpen sem hagyható szó nélkül, hogy egyesek szakirodalmi tudásukat, műveltségüket azzal akarják bizonyítani, hogy ismerik az angol nyelvet. Ezért úton-útfélen — akár kell, akár nem — angol szavakat tűzdelnek be a magyar szövegbe. Ez annál is inkább komikus, mert legtöbbször olyan fogalmakról van szó, amelyekre anyanyelvünkben megfelelő kifejezés van. Mégis „baktériumürítő" helyett *„carrier"*-t; megfigyelés, gondozás helyett *„monitoring"*-ot vagy *„surveillance"*-t, sőt beszéd helyett *„verbalis communication"*-t hallunk és olvasunk. Volt, aki már csak *„marital* status"-t hangoztatott, igaz, olyan magyar kiejtéssel, hogy csak mi magyarok tudtuk megérteni. Egyesek szerint csak *„attitude"* van, mintha elfelejtették volna, hogy ez olyan tudálékos *magatartás*, melyet a kultúrtörténelem folyamán számtalanszor ostoroztak, főleg a felvilágosodás és a francia forradalom hatására létrejövő nemzeti kultúrák. Kezdetben a latin, majd a XVIII. sz. végén és a XIX. sz. elején a francia szavak felesleges használatát tették komikussá. Különben az angol kifejezések túlzott alkalmazása ellen nemcsak mi tiltakozunk, de hasonló törekvések olvashatók nap mint nap a német és főleg a francia nyelvű orvosi irodalomban is. A jelenlegi angol nyelvi hatásnak elsősorban az az oka, hogy a világon megjelenő orvosi közlemények 82%-a angol. Az ebből való pongyola és felületes fordításra rengeteg alkalom kínálkozik.

5. Talán a legfontosabbról feledkeztek meg a vitázók (a romániai *Veress dr.* kivételével), hogy a magyar orvosi nyelv védelme nemcsak az idegen szavak használatának kérdését jelenti, hanem elsősorban azt, hogy a *közlemények nyelvezete* legyen összhangban anyanyelvünk szellemével. A MTA Elnöksége határozatának 6. pontja ezt külön ki is emeli: („... közleményeikben fokozottabban ügyeljenek a nyelvezet magyarosságára, szabatosságára, közérthetőségére"). És talán ez az, ahol a leggyakoribb a hiba. A *Timaffy dr.* levelére érkezett válaszok ezt jól szemléltetik.

Veress dr. levelének nyelvezete kifogástalan, pedig az ő anyanyelvét számos hatás érte és éri: a szaknyelv mindannyiunkra vonatkozó hatása, a kétnyelvűség következményei, a közigazgatásban, ill. szakmai munkájában kötelezően használt másik idegen nyelv állandó befolyása. Ezzel szemben éppen a 3 hazai hozzászóló írása nem mentes a magyartalan kifejezésektől, az idegen nyelvekből történő szó szerinti fordításoktól és az ezzel társuló egyes felületes megállapításoktól.

a) *Példák a magyartalan fogalmazásra. A határozatlan névmás „egy"* használata jelzőkkel körülírt, tehát határozott főnevek mellett és összetévesztése az *egy* számnévvel: *„egy* kivétel erősíti a szabályt" (előtte pontosan leírja a kivételt); *„egy* magyar szerző miért használ idegen szavakat" (nyilván a one, un, ein fordítása); „Itt szeretném felhívni a figyelmet *egy* veszélyre; véleményem szerint *egy* szakkifejezés"; „ha *egy* fogalom megjelölésére van *egy* szép magyar szavunk" (tehát 1 fogalomra van 1 és nem 2 szép magyar szavunk).

Nem szerencsés szóegyeztetések, szórend, hangzás stb. „a fogalmak precíz *meghatározottsága*" (meghatározása helyett); „a levélben számos idegen szót kifogásolt az író, de helyette nem jelölt meg megfelelő *kifejezéseket*" (most már egyszerre ugyanazon idegen szóra több magyar szót reklamál).

b) *Példák a felületes és ezért megtévesztő írásmódra:* „az orvosi szavak túlnyomó része fogalmakat jelöl" (A formális logika szerint minden szó fogalmat jelöl, mert a fogalom a szó tartalma. Ha nem jelöl fogalmat, akkor halandzsa.)

Senki sem kéri számon a kórismék, az anatómiai fogalmak esetén a magyar kifejezéseket. Ezekre megvan a megfelelő latin. Bizonyára nem szándékos, de szintén könnyen félrevezető tévedés: „Például szabadjon saját szakterületemről, a pszichiátriából — ez sem *„lélekgyógyászat"!* nagyon nagy baj volna, ha azzá válna!".

A pszichiátria nyilván nem *„lélekgyógyászat"*, hanem *„elmegyógyászat"* és a pszichológia *„lélektan"*. Nem tudom, hogy miért ne lennének ezek megfelelőek, hiszen a görög szavak pontos és szabatos fordításai.

Összefoglalva mondanivalómmal a következőket szeretném hangsúlyozni.

1. A nyelvművelés és ezen belül orvosi szaknyelvünk védelme folyamatos feladata mindenkinek, aki magyarul ír és beszél.

2. Lehetőleg magyar szavakat használjunk az alapfogalmak kifejezésére. Ezeknek hiányában keressük a megfelelő magyar új kifejezést a nyelvújítás szellemében, amire napjainkban a tudományos technikai forradalom felgyorsult üteme fokozottabban kötelez bennünket.

3. Ha nincs egyelőre megfelelő magyar szakkifejezés, akkor használjuk az idegen „terminus technicus"-t. A jövő fogja eldönteni, hogy magyar hiányában egy-egy idegen szakkifejezés végül is mikor olvad be nyelvünkbe a ránk jellemző kiejtéssel és helyesírással.

4. A feleslegesen használt idegen szavakkal ne fitogtassuk „tudós" voltunkat. Ne kérkedjünk vele, mint ahogy óvakodjunk minden szélsőségtől ezen a téren is.

5. A nyelvművelés területén legfontosabb feladatunk a magyaros, szabatos, közérhető fogalmazás. Sajnos, talán mindannyiunknak itt van a legtöbb tennivalója a bírálat és önbírálat szellemében. Ezért helyes, ha kéziratainkat még a szerkesztőségbe küldés előtt előbb megmutatjuk olyanoknak, akiknek ilyen természetű bírálatában megbízunk. Hogy ez milyen eredményes lehet, szolgáljon számunkra példaképül „Az ember tragédiája", melynek mélyenszántó, egyetemes érvényű gondolatait végül is *Arany János* lektori munkája tette igazán halhatatlanná.

Hun Nándor dr.

T. Szerkesztőség! Az orvosi nyelv magyarsága, stílusa tárgyában megindult vitában többféle vélemény nyilvánul meg, többféle javaslat vetődik fel. Pl. az orvosi nyelvben lehetőleg minden idegen szót ki kell cserélni. A latin—görög szavakat meg kell hagyni, csak az élő nyelvekből vett kifejezéseket kell magyar szavakkal helyettesíteni. A köznyelvet is befolyásolni kell a tiszta magyar beszéd érdekében.

Hogy a teendők megvitatása ne dagadjon tengeri kígyóvá, pontosan meg kellene határozni a feladatot.

Mindenekelőtt gondolni kell az alábbiakra. A nyelv jó magyarságáért folytatott küzdelemben is van többféle álláspont. Van amelyik szerint legfontosabb a szó származása. Van amelyik legfőbb követelménynek tartja, hogy a szóval szabatosan meg lehessen határozni a fogalmat. Van amelyik nem hanyagolja el a szavak hangzásának figyelembevételét. Pl. Karácsony Sándor szerint a káplár, a kapitány jobb magyar szavak mint a tizedes és a százados. Az előbbiek, idegen eredetűek ugyan, de csengésük, zenéjük magyarosabb mint az utóbbi csinált szavak.

A nyelvet illetőleg van orvosi tudományos szaknyelv, van orvosi foglalkozási zsargon, van köznyelv. Foglalkozási zsargonszavak pl. meglumbálni, pungálni, labor stb.

Előfordul, hogy a zsargonba vagy köznyelvbe került tudományos kifejezés elrontott állapotban visszajut a szaknyelvbe. Erre példa a complexum. Mikor kórbonctanból szigorlatoztam, az előttem vizsgázó kimondta felelés közben a complexum szót. Baló professzor úr közbeszólt, mondván, hogy complexumról a teleküggynökök beszélnek, mi mondjunk complexust. Sokan szóvá teszik, hogy az utóbbi időben sok angol szó olvasható a közleményekben, pedig nem új dolog az élő nyelvekből átvett szavak meghonosodása a szaknyelvben. Sok közül ilyen a dejà vu francia kifejezés, mely ha nem tévedek, ma is használható a pszichiátriában.

Érdekességből megemlíthető, hogy az elektromosságra csak a magyar és a japán nyelvnek van saját szava. Sőt ugyanolyan pontosság mellett — a vele kapcsolatos fogalmak többsége — árnyaltabban fejezhető ki a magyar, mint a magyarosított, latinosított görög kifejezéssel. (Pl. villamosítás, villanymotor, áramhatás, áramütés stb.).

Szó esett a latin nyelv tanításáról. Nagyon nehéz helyes (és lehetséges) megoldást találni. Soha annyi latin szó nem forgott a mindennapi beszédben mint manapság. Az orvostanhallgatónak kevesebb energia kell a tanuláshoz, ha első hallásra-olvasásra tudja, hogy melyik anatómiai képlet a longus és melyik a brevis és miért. A latinul tudónak nem kell a medialis, lateralis, anterior, posterior szavakat értelmetlenül bemagolni és fáradságos agymunkával kötni a tárgyakhoz. Ez nemcsak az orvosi tanulmányokra vonatkozik, hanem a jogtól a szervetlen kémiáig minden tudományág tanulására is. A latin tudás megkönnyíti minden indogermán nyelv megtanulását, sőt segít a más csoportba tartozó nyelvek tanulásában is. A latin holt nyelv (a tudomány latin nyelve), nem változik tájanként, koronként. Kikristályosodott szerkezete, szabálya van. Tudása segít a nyelv (minden nyelv) lényegének, alapvető törvényeinek megértésében. Arany, Petőfi, elődeik, kortársaik nem kaptak külföldi ösztöndíjat, eleven angolt, franciát sem láttak, mikor műfordításaikat végezték, mondhatjuk, alkották. Latin nyelvismeret nélkül nem tudták volna az idegen nyelveket a munkájukhoz szükséges szinten elsajátítani.

Vannak hallgatók (orvosi, természettudományi, sőt műszaki egyetemeken, karokon is), akik azt állítják, hogy több hasznát veszik annak, hogy valamilyen úton-módon latinul tanultak, mint minden másnak, amit előzőleg tanultak.

Ezen kitérés után a feladatot talán a következőképpen lehetne körvonalazni: a helyes magyarság, a stílus védelme kizárólag az orvosi szaknyelvre szorítkozzék. Ha a köznyelvre is kiterjedne a munka, áttekinthetetlenül szétágazódna.

A latin—görög szavakat meg kell hagyni, az általánosan elfogadott módon írva. Az élő nyelvekből jövő szavakat olyan magyar szavakkal kell kicserélni, melyekkel félreérthetetlenül meghatározható a fogalom. Gondolni kell a hangzásra is. Magyar eredetű szó is ragozható, képezhető olyan nyakatekert módon, hogy komikus hatású képződmény jön létre, vagy olyan nehezen mondható ki és jegyezhető meg, mintha csehül volna. Kerülni kell a körülményeskedést. Nem kell félni, hogy vulgáris lesz a szöveg, ha hiányt, hibát írunk és nem hiányosságot. Sajnos néha előfordul, hogy színvonalas közleménybe is belekerül az a divatos visszásság, hogy tucatnyi, különböző jelentésű szó (akadály, vitás kérdés, feladat stb.) helyett a „probléma" olvasható.

Csonka Imre dr.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1978/53. számában közölt *felhívás* újabb vitát indított el az idegen szavak használatáról, melynek azonban nem volna szabad hosszúra nyúlni, mert a civilizáció századában a tudományok gyors haladásával, új fogalmak keletkezésével aligha tudnak lépést tartani a nyelvművelők és a mulasztásokat, késéseket utólag nehéz jóvátenni.

Ezért gyökeresedhettek meg a ma már olyan közhasználatú szavak is mint a rádió, televízió (Orv. Hetil. 1978/3285. old.), utóbb pedig a metró magyarítását késték el.

A késlekedésnél nagyobb hiba azonban az, hogy a felhívást nem is veszik komolyan, talán még azok sem, akik azt elindították, mert az azóta megjelent közleményekben sem látható ezen a téren semmi javulás. Az Orvosi Hetilapban igen nagy tér áll az idegen szavak védelmezőinek rendelkezésére és így csak általánosságban lehet azokat kifogásolni, mert ha valaki konkréten valamelyik idegen szót meri bántalmazni, nyomban legalább ketten sietnek a szép, jó és már meggyökeresedett idegen szó védelmére, még ha az felesleges is, mert többen is találva érzik magukat, mintha csak ez lenne nekik egyedül fontos.

Amint arra a Szerkesztőségi kommentár (Orv. Hetil. 1978/2471.) is figyelmeztet, nem helyes túlságba menni, de ugyanakkor elfogadásra ajánlja az „indikációt" is, ami az eredeti célkitűzéssel ellenkező irányba való haladásnak tűnik, mert a gyom a nyelvben sem szorul védelemre, de elsorvadhat mellette a megfelelő magyar kifejezés, különösen egy olyan társadalomban, ahol azokat egyenesen keresik (holott pl. egyszerűbb javallatot írni mint az idegen szó helyesírásán gondolkozni, indicatio, indikáció stb.).

Egyes elvont, ritkán előforduló fogalmakra, szakkifejezésekre magyar szavak keresése (pacemaker, bradycardia, decompensatio stb.) nem lehet a cikkírók, lektorok feladata, de ez nem is olyan fontos, mint a megfelelő magyar szavak védelme a fontoskodásból, esetleg „szellemi restségből" (Orv. Hetil. 1978/2471.) használt idegen szavak áradatával szemben. De még az előbbiekből is egyik-másik megfelelően magyarra fordítható, mint pl. a Magyar Radiológiában, Onkológiában, számítógépes rétegvizsgálat computer tomographia helyett.

A szaknyelvben minduntalan előforduló jövevényszavakon, helytelen kifejezéseken kívül (acut, chronicus, coronaria, vért vett le stb., heveny, idült, koszorúér, vért vett ki helyett) néhány konkrét példa a Hetilap utolsó számaiból:

Orv. Hetil. 1979/81. old.: specifikus (fajlagos), significans (kifejező, jellegzetes, jelentékeny); 1979/41. old.: portabilis apparatusok (hordozható készülékek), továbbá ismételten faktorok (tényezők), aspectus, utóbbi az Orv. Hetil. 1978/2855. oldalán is ismételten, pedig csak a francia—magyar szótárt kellene itt kinyitni és belőle a megfelelő magyar jelentését kiválasztani (szempont, látás, kinézés stb.). Orv. Hetil. 1979/101. old.: Respiratiós (!!) (légzési) zavarok; Colitis ulcerosa (fekélyes bélhurut); vesekonserválás (tartósítás). Legalább ne tennék az idegen szavakat a dolgozat címébe, a kirakatba.

Az egyszerű, természetes magyar kifejezésekkel még nem csökken a cikk színvonala, sem a komolyabb betegség nem bagatellizálódik el, hasonlóan hordozható készüléknek nevezve, nem fognak azok a portabilis apparatusok sem egyszerű műszerekké, szerszámokká, pl. dugóhúzókká válni.

Arra is hivatkoztak, hogy a jövevényszavak gazdagítják, változatosabbá teszik a nyelvet, két azonos jelentésű kifejezésnek felváltva való használata által, azonban az ilyen engedményeknek rendszerint a magyar szó a kárvallottja, mert számos közleményben tudomást sem vesznek a magyar megfelelőről, mint pl. perforatio az Orv. Hetil. 1979/197. és 283. oldali cikkekben; de ott sem jobb a helyzet, ahol (Orv. Hetil. 1979/83.) az átfúródás is szerepel a cikkben, de mindössze egyszer, 41 perforatio ellenében, mintha a szerzők az idegen szó kiütéses győzelmét kívánták volna.

Így hát egyelőre az új évben is maradt minden a régiben, még a kevésbé munkaigényes folyóirat-referátumokban is, pedig nem volna szabad hagyni, hogy ez a felhívás is, mint annyi más, csak pusztába kiáltott szó maradjon.

Gegesy József dr.

T. Szerkesztőség! Bár nem tartom magam a stílus bajnokának, engem is foglalkoztatnak nyelvünk tisztaságával és kifejezőképességével kapcsolatos kérdések. Örülök annak, hogy a MTA elnökségi határozattal párhuzamosan az Orvosi Hetilap is napirenden tartja a kérdést, mindannyiunk okulására.

Egyetértek a szerkesztőség és többek által kifejtett azon nézettel, hogy ahol lehet, magyarítani kell, de mások és saját szerény véleményem szerint is, ez nem mehet a *fogalmi tisztaság* kárára. Ez didaktikai szempontból is rendkívül lényeges kérdés, pl. hogy a medikus a szókép révén mindjárt a definíció (adott esetben a differenciálás) kulcsát kapja meg.

Szerkezetileg az *egyszerűség*hez való visszatérést tartom lényeges követelménynek (ami ellen bizton magam is többször vétek). Meg kell szabadulni a sajtóból átvett töltelékszavaktól, mint pl. mindent biztosítunk, semmit sem adunk, közleményekben a van, volt, lesz csak elvétve fordul elő.

Megdöbbentő a *szavak elválasztás*ában a merev szabályokra való hivatkozással vagy egyéb okból elkövetett hiba. Bár az angol nyelvben létezik p és h különválasztása f-hangzású szóban, nekünk inkább arra kell törekednünk, hogy az ilyen ph-ból f-et csináljunk és ne kelljen elválasztani. Még értelemcsonkítóbb pl. a radiográfia olyan elválasztása, hogy radiog-ráfia.

Midőn a Veszprémi Akadémiai Bizottság klubestjére Lőrincze Lajos vagy Grécsy prof. meghívását javasoltam, célom az etimológiai szempontok következetesebb érvényesítésére való törekvés volt.

Vámos Tibor akadémikussal sikerült egyetértésre jutni, hogy a kérdést a gépi fordítások szempontjából is érdemes szemügyre venni. Itt nem csupán orvos-biológiai, hanem sokkal általánosabb kérdésekről van szó. Pl. nem észszerű az ésszerű mai írásmódja, ahol már elmosódik a szótő és a képző, pedig ha nemcsak szavakat akarunk egymás mellé rakni, az elemekre bontás látszik a legjárhatóbb gépi útnak. Arany János még 2 b-vel írta a kevésbé-t, mert érezte, hogy a kevesebbé-ből alakult ki.

Midőn tehát magyarítás kérdésében a nyelvészek segítségét kérjük és várjuk, nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy a szakágazatokban a nyelvészkedés nem öncél, hanem az értelmes kifejezésmód szolgálója.

Horváth Mihály dr.

T. Szerkesztőség! Nagy örömmel fogadtam az Orvosi Hetilap ez évi 1. számában közzétett *felhívást* a nyelvvédelem érdekében és szívesen ajánlom fel közreműködésemet képességeimhez mérten.

Engedjék meg, hogy egyúttal szóvátegyek néhány sajnálatosan meghonosodott nyelvi hibát is, melyekkel napi munkám során és az irodalomban is gyakran találkozom.

Egyik ilyennek tartom a *koszorús verőér* kifejezést. Nyilvánvaló ugyanis, hogy nem az érnek van koszorúja, ami indokolná ezt az elnevezést, hanem az ér öleli körül koszorúszerűen a szívet. Ebből pedig az következik, hogy helyesen koszorúverőérről kell szólnunk. Egyébként ezt tükrözi helyesen a latin elnevezés: a. coronaria, nem pedig a. coronata.

Régebben már szó esett ezeken a hasábokon az úgy látszik kiirthatatlan *„gerincoszlop"*-ról is. Ez a columna vertebralis, ill. Wirbelsäule szolgai fordítása lenne, de még annak is részben hibás, mert akkor csigolyaoszlop lenne a megfelelő. A magyar nyelv ezt a fogalmat egy szóval *gerinc*nek nevezi, az „oszlop" hozzátétele fölösleges és magyartalan. Ebben a formában a latin is spinaról, nem pedig columna spinalisról beszél.

Még egy idegen szó különös használatát említeném, és ez az *oesophagus*. Ennek ragozása során ugyanis furcsa jelenség tanúi lehetünk. Általában ilyen formában tűnik fel: tumor oesophagei. Mind ez ideig nem sikerült kiderítenem, hogy ez a makacsul visszatérő „e" honnan került elő.

Dallos György dr.

T. Szerkesztőség! Magam is sajnálom, hogy a levelemre érkezett válaszok nem ugyanabban a számban jelentek meg ezen viszontválaszommal együtt.

Ha megengedik, sorba veszem a válaszokat, illetve elsőnek a „Szerkesztőségi kommentárt".

A rövidségre való túlzott törekvés magában rejti a félreérthetőség veszélyét. Így jártam én is. Természetesen nem kívánok hadakozni az olyan szavak mint az *indikáció, funkció, technika, mechanizmus, elektromos* stb. ellen. Azzal, a cikkből kiírt, 50 idegen eredetű szóval csupán azt akartam mondani (bizonyítani), hogy szaknyelvünk „így is túltelített a nemzetközi jellegű latin—görög műszavakkal".

Hálásan köszönöm *Veres Albert dr.* hozzászólását. Közismert tény, hogy minden harmadik magyar határainkon kívül él, zömmel a szomszédos országokban. Ők valóban tőlünk várják, hogy környezetük elkerülhetetlen nyelvi hatásaival szemben az „itthoni" magyar nyelv adja nekik azt a *táptalajt*, amin nyelvüket megőrizhetik és fejleszthetik. A szaksajtó, sajnos a népszerű-tudományos sajtó is azonban szinte halmozza az idegen szakkifejezéseket. Jó példa erre a televízió népszerű tudományos műsora, a „Delta" (miért Delta?). Pontosan az a műsor, amelyiknek a leginkább közérthetőnek kellene lennie.

Köszönöm *Solti Ferenc dr.* mértéktartó válaszát. Valóban az a helyzet, hogy a tudomány fejlődésével egyre több fogalom, tény, jelenség kerül elő, amit valahogyan el kell nevezni. Ez nem csak a magyar nyelv gondja, azt hiszem, ezzel minden nyelv így van, még az angol is. Nyilvánvaló, hogy a *pacemaker* szó és értelem szerint nem azt jelenti, hogy „elektromos szívingerlő készülék". Mert akkor az angolok is valahogy így mondanák: *electric heart stimulating appliance*, vagy mondjuk EHSA (ők nagyon szeretik a mozaikszavakat). De ez mégsem ment. Új szót nem csináltak (ez is jellemző rájuk), inkább kölcsön vettek a köznyelvből egy viszonylag rokonértelmű szót (előmunkás). Ha ők jól megvannak vele, miért ne lehetnénk meg mi is jól pl. a *műverő*-vel. Semmivel sem rosszabb, mint az *előmunkás*. Hogy furcsa és szokatlan, netán megmosolyogni való? De ki mosolyog ma már azon a furcsa szón, mint a *zongora*. Hazánkban ma mindenki zongorázik (már aki tud) és nem klavíroz. A szót a nyelvújítók alkották a *zengő* (hangutánzó szó) és a *tambura* (arab eredetű szó) összevonásával = *zengura*, de ez nem hangzott jól, az *e* és *u* betű helyett *o*-t tettek, és ez ma már „világviszonylatban" is „eredeti magyar szó". Ne féljünk tehát a nyelvújítástól, a jól sikerülttől különösen ne!

Fehérvári Szabolcs dr. — gondolom — jobb híján javasolja a kiejtés szerinti írást (pészméker), mint ahogy a köznyelvbe átment legtöbb idegen szó esetében teszszük. De valami határt mégis kell szabnunk. Az helyes, hogy tudjuk, hogy az ulcus, bronchitis, struma stb. mit jelent és így a világ bármely orvosával azonnal meg is értetjük magunkat, de az már kevésbé elfogadható, hogy távol eső tanyáról bekerült beteg is azt mondja: „strumám van" és a *golyva* szót jószerével már nem is ismeri. És ezért elsősorban mi orvosok vagyunk a felelősek. Valaki egyszer tréfásan azt mondta: vegyünk át 250 000 kínai szót és akkor milyen gazdag lesz a magyar nyelv. Nyilván ez nem járható út. Az idegen szavak sokasága bizonyos határon túl már inkább szegényíti a nyelvet, elveszi annak eredeti jellegét.

Bánki M. Csaba dr. „félreolvasta" levelem egy részét. Abban egyáltalán nem írtam azt, hogy a felsorolt 50 *latin—görög* műszó angol eredetű volna, nem is javasoltam lefordításukat, csupán felhívtam a figyelmet túltengésükre (l. fent). Levelemet elsősorban figyelemfelkeltésnek szántam, ezért az nem is tartalmazott javaslatokat, bízva abban (ami be is következett), hogy a hozzászólók már javaslatokat is tesznek.

Bánki dr. javaslatát célszerűnek és megvalósíthatónak tartom. De amennyire *nem kell* minden terminus technicust megmagyarosítani, ugyanúgy *nem kell félni* az olyan magyar szakkifejezésektől sem, amelyek ugyan nem fedik teljesen a megjelölt fogalmat, mégis azt a bizonyos fogalmat jelölik. Például a rectoscop = végbéltükör esetében senki orvos nem fog kis női piperetükörre gondolni, aminek segítségével a vizsgáló bekukucskál a beteg rectumába. A felnőtt agy a beszélni tanuló gyermekéhez hasonlóan szintén „mindent bevesz", éppen ezért kell az új fogalom első felbukkanásakor nagy gonddal és körültekintéssel „nevén nevezni a gyereket", mert később az esetleg sokkal jobb és találóbb elnevezés már csak mosolyt fakaszt és elsorvad. Lapunk ugyanezen számának 3265. oldalán *Hajós Mária dr.* kongresszusi beszámolójában háromszor is szerepel a *workshop* szó. Miért? Egy-két év és már a medikus is a „cipész workshopjába" megy a lyukas cipőjével.

Végül rátérnék a *„Felhívás olvasóinkhoz"* című közleményben felvetett javaslatra, ill. *Veress dr.* lényegében hasonló javaslatára. Én az *utólagos bírálat* helyett a *megelőző javítást* tartanám célszerűbbnek. Javaslatom az, hogy a már *szakmailag elfogadott* dolgozatot küldje el a szerkesztőség az önkéntes nyelvi lektornak, így a közlemény már eleve helyes (magyaros) stílusban jelenne meg s a szerző sem „szenvedne" a nyilvános bírálat esetleges kellemetlen érzésétől. Ez kétségtelenül 5—10 nappal megnyújtaná a cikkek átfutási idejét, de ez már amúgy is olyan hosszú, hogy az a pár nap nem lehet számottevő. Bármelyik változat mellett is dönt a szerkesztőség, amennyiben személyemet megfelelőnek tartja, készséggel jelentkezem „önkéntes nyelvi munkatársnak".

Egyébként a Magyar Orvostörténelmi Társaság Orvosi Szaknyelvi és Nyelvtörténeti Szakbizottságát is „be lehetne állítani a csatasorba", tagjai bizonyára készséggel vállalnának hasonló, vagy más jellegű közreműködést. Esetleg a Társasággal karöltve létre lehetne hozni Orvosi Szaknyelvi Kollégiumot, a többi szakmai kollégiumok példájára.

Az idő halad. Régebbi korok eszméi, gondolatai általában már nem állják meg a helyüket napjainkban. Pár évtized azonban nem nagy idő, és így talán még — ha bizonyos fenntartásokkal is — érvényes *Kosztolányi* mondása, amivel szeretném levelemet bezárni: *„Az idegen szavak használata vagy tudatlanság, vagy tudálékosság, de legalább is pongyolaság."* Hiszem és tudom, hogy ránk orvosokra csak a harmadik meghatározás lehet a jellemző.

Timaffy Miklós dr.

1979. április 24-én, délelőtt ünnepélyes keretek között került sor a Weil-teremben — immár tizennyolcadszor — az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Elnöksége, az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat Igazgatósága, valamint az Orvosi Hetilap Szerkesztő Bizottsága és Szerkesztősége által alapított **„Orvosi Hetilap Markusovszky-díj"-aknak** kiosztása, kiemelkedő *referenseink jutalmazására* és az *„Orvosi Hetilap Markusovszky-emlékérmei"*-nek átadására.

Az ünnepséget *Trencséni Tibor dr.* felelős szerkesztő nyitotta meg, majd az emlékelőadást *Giacinto Miklós dr.* szerkesztőségi munkatárs tartotta *„A modern anaesthesia kialakulása, jelene és perspektívája"* címmel. Az „Orvosi Hetilap Markusovszky-díj"-akat és a referensek jutalmait *Füzi István dr.*, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete főtitkára nyújtotta át.

„Orvosi Hetilap Markusovszky-díj"-ban részesültek:

Kendrey Gábor dr. (Fővárosi László Kórház): az Orv. Hetil. 1978. évi 20. számában megjelent *„Vírusok elektronmikroszkópos kimutatásának jelentősége és lehetőségei boncolási anyagban"* c. közleményéért.

Székely Edgár dr. (Szabadsághegyi Állami Gyermekszanatórium): az Orv. Hetil. 1978. évi 37. számában megjelent *„A hörgőrendszer szűkületei: jelentőségük a gyermekgyógyászati diagnosztikában és terápiában"* c. közleményéért.

Adorján Katalin dr., Barna Béla dr. és *Hargitay Zoltán dr.* (Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálata): az Orv. Hetil. 1978. évi 35. számában megjelent *„Anaesthesiologusok munkakörülményei és egészségkárosodása"* c. közleményükért.

Korányi György dr. és *Kisbán Gabriella dr.* (Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház—Rendelőintézet): az Orv. Hetil. 1978. évi 45. számában megjelent *„Az újszülöttek intrauterin bakteriális fertőzéséről"* c. közleményükért.

Ágoston Éva dr., Boros Mihály dr. és *Farkas Gyula dr.* (Megyei Közegészségügyi Állomás, Szeged és Szegedi OTE I. Sebészeti Klinika): az Orv. Hetil. 1978. évi 53. számában megjelent *„Anaerob sepsis"* c. közleményükért.

Simon Miklós dr. (Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálata): az Orv. Hetil. 1978. évi 25. számában megjelent *„Lymphocytás choriomeningitis vírusfertőzések 1973—77-ben Magyarországon"* c. közleményéért.

Szilágyi János dr., Vörös László dr. és *Végh Tamás dr.* (Városi Kórház Mosonmagyaróvár): az Orv. Hetil. 1978. évi 29. számában megjelent *„Inoperabilitást jelent-e a májáttét, vagy a májba betört daganat?"* c. közleményükért.

B. Kovács Judit dr., Nagy Iván dr. és *Németh László dr.* (Heim Pál Gyermekkórház és Semmelweis OTE I. Kórbonctani Intézet): az Orv. Hetil. 1978. évi 27. számában megjelent *„Galactose-anyagcserezavar és vékonybél-károsodás"* c. közleményükért.

Pap Gábor dr. és *Pap László* (Jósa András Megyei Kórház Nyíregyháza és Budapesti Híradástechnikai Elektronika Intézet): az Orv. Hetil. 1978. évi 27. számában megjelent *„A terhesség idejének és a magzat súlyának becslése ultrahang gyorsképernyős készülékkel, a II. és III. trimesterben* c. közleményükért.

„Orvosi Hetilap Markusovszky-emlékérmét"

Lenart György dr. és *Rák Kálmán dr.* professzoroknak, azért a szoros együttműködésért, amellyel évtizedek óta szerkesztőségi munkánkban közreműködtek.

Az ünnepség keretében került sor a Medicina Könyvkiadó *nívódíjainak* átadására.

A Medicina Könyvkiadónál 1978-ban megjelent könyvek közül a Kulturális Minisztérium *nívójutalomban* részesítette:

Antalóczy Zoltán és *Kárpáti Pál* szerkesztésében megjelent: *Myocardialis infarctus* című szakkönyvet,

Csaba György és *Madarász Bálint: A sejt szerkezete* című egyetemi tankönyvet, valamint

Polyánszky Tibor, Rónay Pál és *Daubner Kornél: Nyaki daganatok sebészete* című szakkönyvet.

A nívójutalmakat Árky István dr., a Medicina igazgatója adta át, a Markusovszky-emlékünnepségen.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1979. június 4-én du. 2 órára tűzte ki *Győrffy Árpád dr.: „Az operált és nem operált gyomor fekélyeinek elkülönítő kórismézése és kezelése, a gyomor endokrin tevékenysége"* c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében.

Az értekezés opponensei: *Mózsik Gyula dr.*, az orvostudományok doktora, *Preisich Péter dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1979. június 8-án du. 2 órára tűzte ki *Kézdi Balázs dr.: „A családi szerep-struktúrák hatása a schizophrenia kimenetelére"* c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA nagytermében.

Az értekezés opponensei: *Füredi János dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Garai László dr.*, a pszichológiai tudományok kandidátusa.

A **Tatai Városi Kórház Tudományos Köre** 1979. május 30-án, délután 13.30 órakor, a Művelődési Ház kiselőadótermében *tudományos ülést* tart.

1. *Varga József dr., Gajda József dr., Nagy Anikó dr.:* Lidocain drazsé preventív antiarrhytmiás hatásának vizsgálata acut coronaria hypoxiában.
2. *Szabó Dénes dr., Csonka Eszter dr.:* Dysplasia cleidocranialis családi előfordulása.
3. *Lontai Péter dr., Kindler Miklós dr., Földvári Gyula dr.:* Fiatalkori pajzsmirigyrák.
4. *Kovács Ernő dr., Földvári Gyula dr., Jordán Gyula dr.:* A gyomorcsonk carcinomáról.

A **Főv. Tanács Tétényi úti Kórház—Rendelőintézet Tudományos Köre** 1979. május 31-én, du. 1/2 3 órakor, a Kórház tanácstermében (XI., Tétényi u. 12—16., „B"-ép.) *kerekasztal-konferenciát* tart.

Téma: *A heveny szívinfarctus ellátásának néhány kérdése.*

Moderátor: *Máté Károly dr.*

Résztvevők: Hegyi Lajos dr., Kálmán Péter dr., Nánási András dr., Osztvald Péter dr., Szabó Zoltán dr.

A **Fővárosi Heim Pál Gyermekkórház—Rendelőintézet** 1979. június 1-én, délután 14 órakor, a Kórház előadótermében (VIII., Üllői u. 86., „H" ép.) *tudományos ülést* tart.

A Vérellátó Osztály előadásai

1. *Joó-Szabados Teréz dr.:* Beszámoló a párizsi Centre d'hémobiologie périnataleban tett látogatásról és az ott folyó munkákról.
2. *Molnár Vera dr., Czinyéry Judit dr., Filonyenko Alla dr.:* Újszülöttkori diagnosztikus problémák a D^U vércsoport miatt.
3. *Czinyéry Judit dr.,Vajna Mária dr.:* Kevert típusú vörösvérsejt-agglutináció klinikai jelentősége.
4. *Vajna Mária dr., Czinyéry Judit dr., Marosi Anikó dr.:* Haematologiai beteganyag izoszerológiai szűrővizsgálatával szerzett első tapasztalataink.
5. *Filonyenko Alla dr., Molnár Vera dr., Mohácsi Antónia dr.:* Koraszülöttön anti-e izoimmunizáció miatt kialakult enyhe haemolytikus betegség első hazai esete.
6. *Joó-Szabados Teréz, Domby Elemér, Czinyéry Judit dr., † Székessy Vilma dr.:* Rh(D) positiv anya Rh(D) positiv újszülöttjén anti-D izoimmunizáció okozta újszülöttkori haemolytikus betegség első hazai esete.

A **Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja** 1979. június 4-én, délután 4 órakor, az Egyetem Központi Épületében *tudományos ülést* tart.

Gofman Ljubov, Németh László, Szilárd István, Süle Tamás, Nagy Judit, Deák György, Ambrus Mária: Öröklődő nephritis pathogenesise (15 perc).

Nagy Judit, Ambrus Mária, Bajtai Gábor, Deák György, Füst György, Süle Tamás, Szücs György: Vírusok pathogenetikai szerepe IgA glomerulonephritisben (15 perc).

Brasch Hilda, Nagy Judit, Süle Tamás, Deák György: IgE szerepe nephropathiákban (10 perc).

Németh László, Gofman Ljubov, Deák György: Glomerularis basalmembran-ellenes sejtközvetítette immunválasz nephropathiákban (15 perc).

Hazafi Klára, Győri László, Czopf József, Karátson András: Neuropsychiatriai és klinikai electrophysiológiai vizsgálatok chronikus veseelégtelenségben szenvedőkön (15 perc).

Rumi György, Solt István, Patty István, Németh Árpád: A gyomor- és duodenumbiopsia értéke a generalizált amyloidosis felismerésében (10 perc).

Sámik József, Boros György, Ágoston Márta, Karátson András: Peritonealis dialysis hatása a chronikus uraemiás betegek alvadás-zavarára (10 perc).

Süle Tamás, Gofman Ljubov, Nagy Judit, Sámik József, Németh László, Deák György: Vesebetegek gondozása és orvosi rehabilitációja (15 perc).

A **Zala megyei Kórház—Rendelőintézet Tudományos Bizottsága** 1979. június 7-én, délután 15 órakor Zalaegerszegen, a Kórházban (Zrínyi M. u. 1.) *tudományos ülést* tart.

1. *Kutas János dr.:* Bevezetés (3 perc).

2. *Harang Péter dr., Tarsoly László dr.:* A sebészeti osztályon kezelt végtag-gangraenas betegek sorsa (10 perc).

3. *Tarsoly László dr., Gasztonyi Vince dr.:* Osztályunkon végzett desobliterativ és reconstructiv érműtétek eredményeinek elemzése (15 perc).

4. *Kroll Katalin dr., Tarsoly László dr., Rácz Szabolcs dr.:* Embolektomiával szerzett tapasztalataink (10 perc).

A **Magyar Sebész Társaság** 1979. június 7-én (csütörtök) 18 órakor Budapesten, az I. Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78.) *kerekasztal-konferenciát* rendez.

Téma: *A postoperativ thrombosis prophylaxisának kérdései.*

Moderátor: *Prof. Soltész Lajos.*

Tagjai: Alánt Oszkár dr., Boros Mihály dr., Csengődy József dr., Dubecz Sándor dr., Dzsinich Csaba dr., Érdi Antal dr., Krasznai Attila dr., Lelkes József dr., Pályi Anna dr., Rózsa Imre dr., Sándor Tamás dr., Széchy Miklós dr., Szlávy László dr., Vimláti László dr.

A **Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiója** 1979. június 6—7—8-án Nagykanizsán, a Hevesi Sándor Művelődési Központban (Széchényi tér 5—9.) rendezi *XXVI. Vándorgyűlését.*

1979. június 6., szerda, 9 óra

Plenáris ülés

Hámori Artúr: Elnöki megnyitó.

Üdvözlések

Felkért referátum:

1. *Patakfalvi Albert* (Zalaegerszeg): Szolid tumorok kemotherapiája.

Szünet

10 óra

Haematologiai sectio

Üléselnök: *Burger Tibor.*

2. *Miszlai Zsuzsanna, Nagy Ibolya, Losonczy Hajna, Kelényi Gábor, Jávor Tibor* (Pécs): Non-Hodgkin lymphomában szenvedő betegek klinikai adatainak elemzése.

3. *Simon Kornél, Jávor Tibor, Miszlai Zsuzsanna, Gogl Árpád* (Pécs): Prognosztikai index non-Hodgkin lymphomában.

4. *Losonczy Hajna, Nagy Ibolya, Csermely Lajos, Miszlai Zsuzsanna* (Pécs): A thrombocyták funkcióváltozásának jelentősége malignus lymphomában.

5. *Muth Lajos, Tornóczky János, Horgász János* (Szekszárd): Klinikai megfigyelések T-sejtes lymphoblastomában.

6. *Lovász Etelka, Tarnóczky János, Horgász János, Kolombusz* László (Szekszárd): Infectiok malignus lymphomában.

Üléselnök: *Nagy Ibolya.*

7. *Olosz Éva, Patakfalvi Albert* (Zalaegerszeg): A pleura és tüdő leukaemiás infiltratiója két chronicus myeloid leukaemiás eset kapcsán.

8. *Szentcsiki Mária, Brenner Ferenc, Balogh Csaba, Hites Levente* (Tatabánya): Busulphán kezelés alatt álló chronicus granulocytás leukaemiás beteg terhessége.

9. *Schmelczer Matild, Burger Tibor, Schnell János, Tatai Zsuzsa, Jávor Tibor* (Pécs): Acut leukaemiás betegek túlélése és ezt befolyásoló tényezők.

10. *Janáky Rózsa, Kövér Géza* (Keszthely): Diabetes insipidus — acut leukosis.

11. *Rasch Hilda, Tornóczky János, Kolombusz László* (Szekszárd): Adatok az agranulocytosis kezeléséhez.

Cardiológiai sectio

Üléselnök: *Horváth Mihály.*

12. *Hajduczky István, Berényi István* (Balatonfüred): A 12 elvezetéses terheléses EKG a coronarographia tükrében.

13. *Varga József, Kováts-Szabó Károly* (Győr): A bal kamrai cardiogram diagnosztikus értéke mitralis click syndromában.

14. *Ludvigh Károly, L.-né Szegfalvi Edit, Sziebert Péter, Török Mária, Varga Margit, Hajdu Zsuzsa* (Balatonfüred): Az öregkori EKG III. A Veszprém megyei szocialis betegotthonban ápolt öregek EKG-inak statisztikai elemzése.

15. *Wagner Gyula, Tarján Jenő* (Szekszárd): Romano—Ward-syndroma.

16. *Brenner Ferenc, Szentcsiki Mária, Kocsis Judit* (Tatabánya): Vektorcardiographiás vizsgálatok myocardialis infarctusban.

Üléselnök: *Brenner Ferenc.*

17. *Horváth M., Stommer M., Went E., Timár K.* (Balatonfüred): Újabb támpont az acut myocardiális infarctus diagnosztikájához. Serum myoglobulin radioimmuno assay.

18. *Zörényi István, Takács Piroska, Csike Margit* (Zalaegerszeg): Recidiv infarctusos betegek elemzése.

19. *Szabó Csaba, Csuka S. Katalin* (Nagykanizsa): Infarctusos betegeink resuscitatiós eredményeinek értékelése.

20. *Zulik Robert, Zentai I.* (Tatabánya): Atrio-ventricularis blockkal járó pitvari tachycardia.

21. *Szontágh Csaba, Kerekes Károly, Dinnyés József, Hambach József* (Esztergom): Hirtelen szívhalál eseteink vizsgálata.

Gastroenterologiai sectio

Üléselnök: *Balogh Illés.*

22. *Nagy László, Pölöskei István* (Győr): A fekélybetegség és gyomortumorok differenciáldiagnosztikai problémái.

23. *Zsembery Dezső, Pák Gábor* (Dorog): Endoscopia jelentősége a felső gastrointestinalis vérzések megítélésében.

24. *Menyhárt Miklós, Horváth József* (Nagykanizsa): Műtétileg megoldott Mallory—Weiss-syndromás esetünk és egyéves utóvizsgálata.

25. *Rumi György, Solt István, Patty István, Németh Árpád* (Pécs): Biopsiával igazolt gyomor-xanthelasma esetek.

Üléselnök: *Ablonczy Pál.*

26. *Solt István, Rumi György, Patty István, Német Árpád* (Pécs): Neurogen eredetű gyomortumor két esete.

27. *Patty István, Rumi György, Solt István, Takátsy Zoltán, Németh Árpád* (Pécs): Gyomor APUDOMA esete.

28. *Augusztin Ágnes, Zsembery Dezső, Balázs Márta* (Dorog, Budapest): Percután májbiopsiával szerzett tapasztalataink.

29. *Barta Miklós, Batiz Anna* (Szombathely): A sorbitol cholecystokyneticus hatásának összehasonlító vizsgálata.

30. *Pár Alajos, Barna Kornél, Bajtai Gábor, Hollós Iván, Ambrus Mária, Kovács Márta, Jávor Tibor* (Pécs): Levamisol a belgyógyászati gyakorlatban. Tapasztalatok vírus hepatitisekben.

1979. június 6., szerda, 15.30 óra

Haematologiai sectio

Üléselnök: *Zsámbéky Pál.*

31. *Niederland Vilmos, Poór Ferenc* (Mosonmagyaróvár): Thromboticus thrombocytopeniás purpura. Diagnosztikus problémák, újabb therápiás lehetőségek.

32. *Wenczl Miklós, Illés Edit, Hankiss János, Kádas László* (Szombathely): Moschcowitz-syndroma esete.

33. *Kovács Elemér* (Szekszárd): A fibrinolysis pathophysiologiája jelen ismereteink tükrében.

34. *Kolumbusz László, Kovács Elemér* (Szekszárd): A fibrinolysis pathogenetikai jelentőségéről nem haematologiai kórképekben.

35. *Bán András, Póth Ilona, Kerényi Mária* (Zalaegerszeg): Adatok a phlegmasia coerulea dolens fibrinolyticus therapiájához.

Üléselnök: *Bán András.*

36. *Sebestyén Miklós* (Nagykanizsa): A tüdőemboliás halálozás gyakorisága kórházunkban.

37. *Muth Lajos, Tornóczky János* (Szekszárd): Adatok a thromboemboliák non-invasiv diagnosztikájához.

38. *Galda J., Varga J., Havasi A.* (Tata): Paget—Schroetter-syndromás betegeink, venographias tapasztalataink tükrében.

39. *Szaksz Irén, Nagy Ibolya, Losonczy Hajna* (Pécs): A Heparin hatása a thrombocyta rendszerre és a zsíranyagcserére.

40. *János László* (Nagykanizsa): Általános sebészeti betegeink thrombosis prophylaxisa.

Cardiologiai sectio

Üléselnök: *Bohenszky György.*

41. *Vizer Gyula, Jilek Zsuzsa, Horváth András, Molnár Dániel, Udvardy Tibor* (Pápa): Acut myocardialis infarctus ellátása hagyományos kórházi körülmények között.

42. *Ruttner Pál* (Nagykanizsa): Coronaria őrzési egységünk működéséről.

43. *Szigeti Gyula, Fejes Magda* (Balatonfüred): A myocardium infarctus preventiójának problémái.

44. *Böszörményi Ernő, Ludwig Géza, Berényi István* (Balatonfüred): Az infarctuson átesett betegek rehabilitációjának néhány kérdéséről.

45. *Herr Gyula, Kelle László, Pelyhe János, Palotai Zoltán, Kovácsy Tibor, Kompa Ferenc* (Nagyatád): Myocardialis infarctuson átesett betegeink rehabilitációja.

Üléselnök: *Tarján Jenő.*

46. *Böszörményi Ernő, Strommer Mátyás* (Balatonfüred): Cardiogenshock sikeres kezelése nagy dózisban adott Noradrenalinnal és Isuprellel.

47. *Dékány Miklós, Kékes Ede, Bányai Ferenc, Barcsák János* (Bpest.): Vasodilatátiós kezelés hatása súlyos aorta és mitralis regurgitatióban.

48. *Kocsis Zsuzsanna, Brenner Éva* (Szombathely): A Sensittel kapcsolatos megfigyeléseink mechanographiás vizsgálatok tükrében.

49. *Kelle László, Bóta László, Diallo Oumar* (Nagyatád): A gyógyszeres kezelés hatásossága pitvari fibrillatio megszüntetésében.

Gastroenterologiai sectio

Üléselnök: *Rumi György.*

50. *Ablonczy Pál, Juhász Béla, Metlágel Zoltán* (Bonyhád): Postoperatív veseelégtelenség elzáródásos sárgaságban.

51. *Horváth Tünde, Burger Tibor, Mozsik Gyula, Németh Gyula, Lőrincz Piroska* (Pécs): Idült májbetegségekhez társuló diffúz peritonitis esetek kóroki elemzése.

52. *Benyó István, Róna György* (Ajka): Haemoperitoneum malignus hepatoma spontán rupturája következtében.

53. *Borsos Sándor, Tábor I., Sebes M., Endrédi S.* (Marcali): Epekőbetegség és heveny pancreatitis előfordulása az osztály 10 éves beteganyagában.

Üléselnök: *Solt István.*

54. *Aradi M., Romics L., Patakfalvi A.* (Zalaegerszeg, Bpest.): Familiaris hyperlipoproteinaemiához társuló acut pancreatitis.

55. *Mészáros István, Ládics Ottó* (Tapolca): A hyperlipaemiás acut pancreatitis-syndroma.

56. *Nagy Mária, Csala Gyula, Bán András* (Zalaegerszeg): Acut pancreatitis Calcitonin kezelésével szerzett tapasztalatok.

57. *Horváth József* (Nagykanizsa): Az acut pancreatitis postacut szakában végzett sebészeti kezelés tapasztalatairól.

58. *Bokor Nándor, Koltay Erzsébet* (Szombathely): Korai végbélrákos betegeink és gondozásuk.

1979. június 7,. csütörtök, 9 óra

Plenáris ülés

Üléselnök: *Hámori Artúr.*

Ángyán emlékelőadások.

59. *Farádi László:* Ángyán János emlékezete.

60. *Deák János, Farádi László* (Marcali, Budapest): Adatok a felnőttkori diphteria klinikai képéhez.

61. *Háber József, Zibotics Hilda* (Pécs): A kis hörgők betegsége (small airways disease) pécsi szénbányászok között.

62. *Barna Kornél* (Pécs): Ángyán professzor vizitjeinek diagnosztikus emlékei.

63. *Horváth Mihály* (Balatonfüred): A nucleáris-cardiologia helye a cardiologiai diagnosztikában.

64. *Bohenszky György, Bokor Zsuzsa* (Pécs): Mechanikai és haemodynamikai jelenségek viszonya aorta insufficientiában.

65. *Tamási Károly* (Dombóvár): A szívinfarctus diagnosztikus problémái.

66. *Burger Tibor* (Pécs): Az erythropoesis vizsgálata korszerű radiovas-kinetikai módszerrel.

67. *Nagy Ibolya* (Pécs): A veleszületett AT III csökkenés klinikai jelentősége.

68. *Patakfalvi Albert* (Zalaegerszeg): A splenectomia therapiás és diagnosztikus jelentősége hyperspleniával járó különböző megbetegedésekben.

69. *Keszthelyi Béla* (Harkány): A B_{12}-vitamin háztartás lehetséges zavarairól és kimutatásának módjairól.

70. *Csermely Ferenc* (Nagykanizsa): A véranyagcserét befolyásoló tényezők diabeteses betegeinkben.

1979. június 7., csütörtök, 15.30 óra

Hypertonia sectio

Üléselnök: *Tényi István.*

71. *Németh Magdolna, Tényi István, Nemes János, Jávor Tibor* (Pécs): „Cross-over" tanulmány a prazosin és a hydralazin vérnyomáscsökkentő hatásának összehasonlítására.

72. *Tényi István, Németh Magdolna, Nemes János, Than Zoltán, Horváth László, Bőm Klára* (Pécs): Tapasztalataink a renovascularis hypertoniás betegek gyógykezelésében.

73. *Barcsák János, Horányi Péter, Kékes Ede* (Bpest.): Hygroton és Trasicor-80 kombinált kezelés értéke essentialis hypertoniában.

74. *Szakály Margit* (Nagykanizsa): Trasicor-80-al szerzett tapasztalatok hypertoniás és coronaria betegeken.

75. *Veres József, Böszörményi Ernő, Schwarz János* (Balatonfüred): Tapasztalataink GYKI 41 099 béta-blockoló kezelés alatt végzett kerékpár-ergometriás terhelések során.

76. *Nemes János, Tényi István, Németh Magdolna, Jávor Tibor* (Pécs): GYKI 41 099 hatása essentialis hypertoniás betgek vérnyomására és plasma renin activitására.

Orvosképzés

Üléselnök: *Jávor Tibor.*

Pécsi OTE I. Belgyógyászati Klinika és Oktatási Csoport: Korszerű eszközök használata az orvosképzésben.

Jávor Tibor: Bevezető.

Bemutatások filmvetítéssel:

77. *Gógl Árpád, Pár Alajos, Berót Tamás, Ferenci J.:* Alkoholos májcirrhosis.

78. *Pár Alajos, Kádas I., Beró Tamás, Ferenci J.:* Krónikus aktív hepatitis. Hepatocellularis carcinoma.

79. *Ferenci J., Tényi István, Kádas István, Pár Alajos, Beró Tamás:* Májbiopsia (Részlet az „Eszközös vizsgálatok" c. sorozatból).

80. *Beró Tamás, Kett Károly, Pongrácz Gy., Tényi István, Pár Alajos, Ferenci J., Jávor Tibor:* Kóros kövérség kezelése bypass-műtéttel.

Varia sectio

Üléselnök: *Csermely Ferenc.*

81. *Hankiss János* (Szombathely): Új kódolási systema klinikai beteganyag gyűjtéséhez.

82. *Jávor András, Bordás István* (Szekszárd): Morbiditási vizsgálatok belgyógyászati osztályokon.

83. *Andits Tamás, Prugberger László* (Szombathely): Tapasztalatok a belgyógyászati ambulancián.

84. *Mohos Zoltán, Hambach József, Szontágh Csaba, Dinnyés József* (Esztergom): Újabb lehetőség diabetes mellitusban szenvedő betegek állapotának ellenőrzésére.

Üléselnök: *Sebestyén Miklós.*

85. *Andréka Bertalan, Háfenscher István* (Győr): Pajzsmirigy betegségek előfordulása Győr-Sopron megyében.

86. *Kiss-Antal Mária, Árvay György, Zsemlye László* (Sopron): A fluorid hatása az im. adott thyreocalcitonin (TCH) okozta anyagcsere-változásokra.

87. *Zsemlye László, Árvay György, Kiss-Antal Mária, Mózes János* (Sopron és Balf): A fluorid hatása az iv. calcium-terhelés okozta hypercalcaemia megszűnésére.

1979. június 8., péntek, 9 óra

Nephrologiai sectio

Üléselnök: *Boros György.*

88. *Hankiss János, Kovács Árpád, Weigl Miklós, Vértes Anna, Varga József, Náfrádi Lilla* (Szombathely): Megyére kiterjedő veseszűrés első eredményei.

89. *Gofman Ljubov* (Pécs): Öröklődő nephritis therapiája és gondozása.

90. *Küronya Pál, Mészáros Sándor* (Ajka): Renalis tubularis acidosis systemas lupus erythematosusban.

91. *Szalmásy Zsuzsanna, Karátson András, Farkas László, Rácz Lajos, Hazafi Klára* (Pécs): Chronicus uraemiás dialysált betegek pericarditise.

Üléselnök: *Hankiss János.*

92. *Boros György, Orbán István, Nagy Judit* (Kaposvár és Pécs): Goodpasture-syndroma klinikai képében jelentkező Wegener-granulomatosis.

93. *Sámik József, Ágoston Márta, Boros György, Hámori Artúr Karátson András* (Pécs): Peritonealis dialysis hatása chronikus uraemiás betegek alvadás-zavarára.

94. *Hazafi Klára, Czopf József, Karátsony András* (Pécs): Electrophysiologiai vizsgálatok chronikus veseelégtelenségben szenvedő betegeken.

95. *Pák Gábor, Zsembery Dezső, Juhász József* (Dorog és Bpest.): A haemofiltratio és a peritonealis dialysis együttes alkalmazásának lehetőségei vesebetegeken.

Immunologiai sectio

Üléselnök: *Patakfalvi Albert.*

96. *Balogh József, Gautier Barna* (Hegyfalu): Mycobacterium pathogenitasa a cellularis immunitas károsodása esetén.

97. *Tóth Tibor, Ambrus Mária, Boros György* (Kaposvár): Az immunreaktivitás jellemzői familiaris IGA-hiányban.

98. *Háfenscher István, Andréka Bertalan* (Győr): A tumor-antigenek.

Varia sectio

Üléselnök: *Keszthelyi Béla.*

99. *Pölöskey István, Nagy László* (Győr): A belgyógyász dilemmái a mozgásszervi betegségek kezelésekor.

100. *Balogh Illés, Péntek Anna, Gajdon Zsuzsanna, Kummer Mária, Kozáry Mária* (Nagykanizsa): Adatok a spondylarthrosis ankylopoetica korai felismeréséhez.

101. *Ürmösi András* (Tatabánya): A keresőképesség elbírálásának szempontjai spondylarthrosis ankylopoeticában.

102. *Gautier Barna* (Hegyfalu): Az idült bronchitis complex therapiája.

Üléselnök: *Réthly Endre.*

103. *Ágoston Éva, Horváth László, Horváth Lajos, Papp Sándor* (Dombóvár): Granuloma fungoides esete.

104. *Wenczl Miklós, Dobos Jenő, Hankiss János, Kádas László (Szombathely): Subcutan dermatofibrosarcoma protuberans, mint a septikus láz oka.*

105. *Tárnok Ferenc, Beró Tamás, Földi Imre, Nagy Lajos, Németh Péter, Jávor Tibor* (Pécs): Chronicus hasmenést okozó medulláris pajzsmirigy carcinoma.

106. *Szentesiki Mária, Brenner Ferenc, Diós Erzsébet* (Tatabánya): A kullancsencephalitisről, különös tekintettel a megelőzés lehetőségeire.

Ablonczy Pál, Bohenszky György, Burger Tibor, Csermely Ferenc, Hankiss János, Jávor Tibor, Keszthelyi Béla, Patakfalvi Albert, Tényi István: Beszámoló a Sectiókban elért eredményekről.

Hámori Artúr: Elnöki zárszó.

Tájékoztató:

Kongresszusi iroda: Június 5-én 17—21 óráig a Central halljában, június 6—9-én az előadások előtt 1 órával, az előadások befejezéséig a Művelődési Központ előcsarnokában.

Mindennemű felvilágosítást *Csermely Ferenc dr.* és *Sebestyén Miklós dr.* (8800 Nagykanizsa, Fabik Károly u. 2—8. Kórház, tel.: 11 500-11 511) ad.

Előadások időtartama 10 perc. Hozzászólások időtartama 2 perc.

Vetítési lehetőség diapozitív („A" sectióban írásvetítő is).

Az **Északkelet-magyarországi Gyermekgyógyász Szakcsoport** 1979. június 7—8-án Debrecenben, az Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb előadótermében *tudományos ülést* rendez.

1979. június 7., csütörtök, de. 9 óra

Üléselnök: *prof. Karmazsin László.*

1. *Buda Károly* főtitkár, *Teslér Katalin* megyei főorvos és *Tarczali Dezső dr.* városi főorvos: Üdvözlések.

2. *Prof. Karmazsin László:* Bevezetés.

Referátumok:

3. *Sólyom Enikő* (Miskolc): Anyagcserebetegségek neurológiai tünetei (20 perc).

4. *Kiszely Katalin* (Budapest): Gyermekkori epilepsziák kórlefolyása (20 perc).

5. *György Ilona* (Debrecen): Perinatalis cerebralis laesiok etiopatogenezise, diagnosztikája és terápiás lehetőségei (20 perc).

6. *Séra Ibolya* (Debrecen): A gyermekideggondozás szerepe és feladatai (20 perc).

7. *Tornay Alajos* (Debrecen): Súlyos idegrendszeri sérült gyermekek helyzete, intézeti elhelyezése, nevelési és rehabilitációs lehetőségei (20 perc).

8. *Vincze János* (Miskolc): A myelodysplasia és hydrocephalus sebészi kezelésének késői kilátásai (20 perc).

9. *Kovács Zoltán, Hencz Péter* (Eger, Szeged): Intenzív-terápiás beavatkozások gyakorlása újszülött állatokon (film-bemutatás) (20 perc).

Hozzászólás — Vita

Poster-bemutatások.

Szünet

1979. június 7., csütörtök, du. 15 óra

Üléselnök: *Csorba Sándor.*

10. *Prof. Mestyán Gyula* (Pécs): „Korszerű klinikai orvostudomány" és paediatria (25 perc).

11. *Csorba Sándor* (Debrecen): Gyakori táplálási hibák és azok következményei csecsemőkorban (20 perc).

12. *Fekete Miklós, Horváth Magdolna, Vincellér Mária, Kar-*

dos Mária (Pécs): Perinatalis hipoxia és icterus (10 perc).

13. *Rubecz István, Varga Péter* (Pécs): Fenntartási energiaforgalom és parenteralis táplálás a korai neonatalis periódusban (10 perc).

14. *Klujber László, Soltész Gyula, Jászai Vera, Molnár Dénes, Kardos Mária* (Pécs): HDL-cholesterin és gyermekkori diabetes (10 perc).

15. *Weisenbach János, Schultz Károly, Sarlós Péter* (Pécs): A meconium-aspiratio röntgenologiai kórismézése (10 perc).

Hozzászólás — Vita

Szünet

Üléselnök: *Kovács Zoltán.*

16. *Velkey László, Hunyadi Katalin* (Miskolc): Secunder trombocitopeniák a csecsemőkorban (10 perc).

17. *Soltész Gyula, Molnár Dénes* (Pécs): csecsemő- és gyermekkori hipoglikaemia néhány elméleti és gyakorlati aspektusa (10 perc).

18. *Kosztolányi György, Klujber László, Károlyi György, Lázár Anna* (Pécs): Pneotypus és karyotypus (10 perc).

19. *Kajtár Pál, Weisenbach János* (Pécs): Mediastinalis lymphomás eseteink elemzése 10 éves beteganyagunkban (10 perc).

20. *Kissik Imre, Loós Tibor, Nagy Olga, Frank Mária, Beke Olga, Zsemberovszki Mária, Kovács Zoltán* (Eger, Nyíregyháza): Recidiváló pneumoniák bronchologiai háttere osztályunk anyagában (10 perc).

21. *Molnár Sándor, Szombathy Gábor, Dolinay Tamás* (Nyíregyháza): Diabetes szindróma csecsemőkorban (10 perc).

22. *Tuba Gábor, Sándor Edit* (Salgótartján): Ulcusos betegeink kezelésével szerzett tapasztalataink (10 perc).

Hozzászólás — Vita

1979. június 8., péntek, de. 9 óra

Üléselnök: *Turay Pál.*

23. *Pintér Sándor, Kövesdi György, Szücs Sándor, Czeglédi Imre* (Szolnok): Peritonealis dialízissel szerzett tapasztalataink hazai sebészeti eseteinkben (10 perc).

24. *Biró Ildikó, Tóth Tibor, Czeczon Zoltán* (Szolnok): Berger-kór négy esete (10 perc).

25. *Vissy Ágnes, Bagyó Erzsébet, Kassay László, Vámosi Ildikó* (Miskolc): Fehérjeürítés mennyiségi és minőségi vizsgálata glomerulopathiák diagnosztikájában.

26. *Bagyó Erzsébet, Vissy Ágnes, Kassay László* (Miskolc): Veseköves betegeink Ca és Mg ürítése (10 perc).

27. *Pálinkás Éva, Juhász Jolán, Csemberovszki Mária, Kovács Zoltán* (Eger): Profilaktikusan alkalmazott vérzéscsillapító hatása újszülöttkorban (10 perc).

28. *Fazekas Árpád* (Nyíregyháza): Adatok a Bourneville-szindróma tünettanához (10 perc).

29. *Sándor Margit* (Salgótarján): Újszülöttkori methaemoglobinaemia (10 perc).

30. *Medgyessy Erzsébet, Petkovics Tamás, Balthazár Veronika* (Nyíregyháza): Enteritis nekrotizáns négy esete (10 perc).

31. *Kövesdi György, Szücs Sándor, Böjthe Lajos, Pintér Sándor* (Szolnok): Kongenitális hasfali defektusok kezelése (10 perc).

Hozzászólás — Vita

Szünet

Üléselnök: *Szombathy Gábor.*

32. *Peja Márta, Madácsy László, Biró Barna* (Miskolc): Légzésfunkciós vizsgálatok diabeteses gyermeken (10 perc).

33. *Nagy Katalin, Sólyom Enikő, Berkes Enikő, Minik Károly* (Miskolc): Letalisan végződő cellularis immundefektus (esetbemutatás, 10 perc).

34. *Dicső Ferenc, Fekete Farkas Pál* (Nyíregyháza), Budapest): Supraventricularis tachycardia három eset kapcsán (10 perc).

35. *Petrássy Klára, Biró Éva, Felházy Lajos* (Miskolc): Az intenzív betegellátás szerepe az égett gyermekek szövődményeinek és mortalitásának csökkentésében (10 perc).

36. *Ságodi László, Kiss Ákos* (Miskolc): Appendicitist követő descendáló adnexitisek gyermekkorban (10 perc).

37. *Bikszádi Ilona, Minik Károly* (Miskolc): Urticaria pigmentosa esete (10 perc).

38. *Léderer László, Tóth Gyula Csizy István* (Miskolc): Béldupli-katura perforált esete (10 perc).

Hozzászólás — Vita

Szünet

1979. június 8., péntek, du. 15 óra

Üléselnök: *Kiss Szabó Antal.*

39. *Pethő Ágnes, Füle Erzsébet, Molnár Ilona, Kocsis Klára* (Nyíregyháza): Tracheo-bronchitis maligna sicca jelentkezése ikerpáron (10 perc).

40. *Bökönyi Zsuzsanna, Dolinay Tamás* (Nyíregyháza): Szomatometriás felmérések nyíregyházi általános iskolásokon (10 perc).

41. *Podhragyay László, Tordy László* (Mátészalka): Sclerosis tuberosa esete.

42. *Ambró Irma, Sári Bálintné, Sztenszky Ernőné, Kozma László, Karmazsin László* (Derbecen): HLA-antigén és cukor-tolerancia vizsgálatok (10 perc).

43. *Balla György, Szöllősi János, Makay Anikó, Karmazsin László* (Debrecen): Lymphocyták esterase-aktivitásának vizsgálata (10 perc).

44. *Makay Anikó, Zsindely Attila, Balla György, Karmazsin László* (Debrecen): A koraszülöttek phagocyta tevékenysége során észlelt enzimváltozások (10 perc).

45. *Beregszászi Gyula* (Debrecen): Az antiasztmatikus kezelés elméleti alapjai, jelenlegi helyzetei és perspektívái (10 perc).

Hozzászólás — Vita

Szünet

Üléselnök: *Velkey László.*

46. *Csabai István, Illyés István, Marossy Pál* (Debrecen, Miskolc): A juvenilis struma vizsgálata miskolci iskolások körében. I. Szűrővizsgálatok eredményei (8 perc).

47. *Illyés István, Marossy Pál, Csabai István* (Miskolc): A juvenilis struma vizsgálata miskolci iskolások körében. II. A pajzsmirigyműködés vizsgálata (8 perc).

48. *Oláh Éva, Kovács Ilona, Balogh Klára* (Debrecen): A citogenetikai vizsgálatok jelentősége vérképzőrendszeri megbetegedésekben (10 perc).

49. *Sulyok Katalin* (Debrecen): Korai pulmonalis hypertoniához vezető ductus Botalli persistens (10 perc).

50. *Balla György. Kecskés József, Stenszky Éva* (Debrecen): Elősegítő tényezők a légzészavarok postnatalis kialakulásában (10 perc).

51. *Hallay Judit, Bobok Ildikó* (Debrecen): Hemolitikus uremiás szindróma esetismertetés kapcsán.

Hozzászólás — Vita

Elnöki zárszó

Poster bemutatások.

52. *Ambró Irma, Stenszky Ernőné, Kozma László, Karmazsin László* (Debrecen): HLA-antigének a juvenilis diabetes mellitusban (10 perc).

53. *Csorba Sándor, Szabolcs Márton, Kávai Mária, Szabó Béla* (Debrecen): A gliadin antigenitása és vele szemben coeliakiában termelt ellenanyag típusa (10 perc).

54. *Juhász Jolán, Pálinkás Éva* (Eger): Saprophyta okozta újszülöttkori sepsis (10 perc).

55. *Karmazsin László, Makay Anikó, Csernyánszky Hedvig* (Debrecen): Koraszülöttek B- és T-lymphocytáinak elkülönítése LDH isoenzim aktivitásuk alapján (10 perc).

56. *Kovács Zoltán, Frank Mária, Milkovits Ilona, Pálinkás Éva* (Eger): Secunder malabsorptiós betegeink kezelése során szerzett tapasztalataink (10 perc).

57. *Marián Erzsébet, Dicső Ferenc* (Nyíregyháza): Centralis véna kanülálása ritka szövődménye (10 perc).

58. *Maródi László, Csorba Sándor, Varga Sándor, Nagy Béla* (Debrecen): Polymorphonuclearis és mononuclearis leukocyták chemotactikus mozgása újszülöttekben (10 perc).

59. *Nagy Béla, Csorba Sándor, Varga Sándor, Maródi László* (Debrecen): A human colostrumsejtek funkciói (10 perc).

60. *Pozor Júlia, Skribel József, Nagy Edit, Szombathy Gábor* (Nyíregyháza): Égett betegeink kezelése során szerzett tapasztalatok (10 perc).

61. *Szabó Béla, Karmazsin László, Csorba Sándor, Nagy Béla* (Debrecen): A vékonybél-nyálkahártya szöveti reakciója ellenanyaghiánnyal társuló felszívódási zavarokban (10 perc).

62. *Varga Éva, Vargáné Szabó Eszter, Dolinay Tamás* (Nyíregyháza): Csecsemőkori mucoviscidosisos eseteink pulmonalis vonatkozásai (10 perc).

63. *Vattai Anna, Dicső Ferenc* (Nyíregyháza): A ductus arteriosus persistens gyógyszeres zárásának lehetősége kis súlyú újszülöttekben (10 perc).

Elszállásolási ügyben jelentkezés Dr. Várady Szabó Elemérné, 4012 Debrecen, Pf. 32., Gyermekklinika.

A **Magyar Orthopaed Társaság** 1979. június 7—9-én Szegeden, a Biológiai Központban (Újszeged, Odesszai krt. 62.) rendezi *Vándorgyűlését.*

A Vándorgyűlés keretében június 8-án kerül sor a *Gyógytornász Konferenciára.*

A vándorgyűlés főtémái:

1. *Végtag és gerinc fejlődési rendellenességek.*
2. *A térdízület degeneratív betegségei.*

A gyógytornász konferencia témája:

A helyes testtartás — tartásjavító módszerek különböző mozgásszervi elváltozásokban.

1979. június 7., csütörtök, 9.00 óra

A vándorgyűlés megnyitása

10.00 óra
1. terem

Üléselnök: *Barta O.*

Czeizel E. (Budapest): A végtagrendellenességek genetikája.

Bellyei Á. (Pécs): A fejlődési rendellenességek multifaktorialis kóreredete.

Bender Gy., Lénárt Gy. (Budapest): A veleszületett lábdeformitások biomechanikai vizsgálatának lehetősége.

Pap K. (Debrecen): Adatok a mozgásszervek betegségeinek biomechanikájához.

Vizkelety T. (Budapest): Végtag fejlődési rendellenességek műtéti kezelése.

Kecskés R., Éles L. (Budapest): Alkar fejlődési rendellenességek osztályunk anyagában.

Üléselnök: *Riskó T.*

Szentpétery J., Kellermann M., Varga Á. (Békéscsaba): Ritkábban előforduló kéz fejlődési rendellenességek.

Gonda A., Tácsik I., Borsay J. (Budapest): A kéz fejlődési rendellenességeinek sebészi rehabilitációja.

Csorba E. (Budapest): Pollex brachymesophalangia műtéti megoldása.

Szappanos L., Rigó J. (Debrecen): Hasított kéz és láb műtéti megoldása.

Mike Gy., Bellyei Á. (Pécs): A rákolló deformitásról.

Lénárt Gy. (Budapest): Kongenitális csont bifurcatiók.

Kéry L. (Budapest): Kongenitális könyök és térdízületi ankylosis esete.

Gueth Gy. (Kaposvár): Nem klasszifikált metaphyseális chondrodysplasia esete.

Gábor A., Solti F., Adonyi Á. (Budapest): Részleges végtaghiányok. Az ellátás gyakorlati problémái.

2. terem

Üléselnök: *Szentpétery J.*

Rimaszombati Klára, Süköd L. (Budapest): Csecsemők hasonfekvésének hatása a fejlődésre.

Szabados P., Katona F., Sohr Györgyné (Budapest): Az alsóvégtagok működésének funkcionális terápiája az első két trimenonban.

Balázs Mária, Katona F. (Budapest): Az alsó végtagok működésének differenciáldiagnosztikája és prognosztikája az újszülött elemi mozgásmintáinak vizsgálata alapján.

Bellyei Á., Kránitz J., Szijjártó Z. (Pécs): Csípő-dysplasiák a családi anamnesis tükrében.

Ungor E. (Pécs): A csípőízületi instabilitás.

Berényi P. (Nyíregyháza): Az iliosacrális ízület kötöttsége dysplasiás csecsemőkön.

Jankovic Lj. (Belgrád): Kongenitális tibia álízület kezelése homolog henger transzplantátummal és velőűrszegezéssel.

Üléselnök: *Kamondi Z.*

Riskó Z., Riskó T., Gesztessy Á. (Budapest): Veleszületett tibia álízület műtéti megoldása.

Kránitz J., Bellyei Á. (Pécs): Láb fejlődési rendellenességek patogenetikai alapja.

Antal J. (Budapest): A dongaláb recidivák okai.

Glausch A., Simon E. (Budapest): Ínátültetések a myelodysplasiás láb funkciójának javítására.

Kékesi I., Fejérdi G. (Budapest): A világrahozott lúdtalp diagnosztikája.

Teleki Józsefné, Kunos Ferencné (Budapest): Alsó végtag rendellenességgel született gyermekek protetizálása.

Barna Judit (Budapest): Femur hypoplásiás gyermekek sorsának alakulása.

Vizkelety T. (Budapest): Kongenitális térdficam különös esete.

Június 7., csütörtök, 15.00 óra
1. terem

Üléselnök: *Pap K.*

Hellinger, J. (Drezda): A kongenitális scoliosis korrekciója columnotomiával.

Altorjay I., Beviz J. (Szeged): A húgyhólyag exstrophiához társuló kóros medence-elváltozások és azok korrigálhatósága.

Mattner, H. R. (Halle): A gerinc ritkább fejlődési rendellenességei.

Lénárt Gy., Köllő Katalin (Budapest): Elülső gerinc synostosisok gyermekkorban.

Bocsák A., Végh G. (Zalaegerszeg): A lumbosacrális átmenet fejlődési rendellenességei derékfájásban.

Vajda A., Köllő Katalin (Budapest): Csigolya nyúlványok fejlődési rendellenessége.

Szutrély F., Mocsai L. (Budapest): A tünetmentes nagy gerinchasadékokról.

Jakab G. (Budapest): Spondylolisthesis.

Tomory I., Élő Gy. (Budapest): A rotáció szerepe a scoliosisban.

Joós Márta, Tomory I., Plesa I. (Budapest): A Gyógyászati Segédeszközök Gyára új típusú Milwaukee rendszerű fűzőjének rendelésével és gyártásával szerzett eddigi tapasztalatok.

Barcsa Cs., Papp J., Fazekas I. (Debrecen): Fejlődési rendellenességek gyakorisága lumbagónál.

Stadler E. (Budapest): Kombinált lumbosacrális anomáliák ambuláns betegeinknél.

Mónus A., Csider T., Gunda A. (Budapest): Tartáshibák javítása és a változások ellenőrzése az iskolai gyógytestnevelésben.

Gurin J., Köllő Katalin (Budapest): Idősebb torticollisos gyermekek nyaki gerincének radiológiai képe.

2. terem
Protézis konferencia

Moderator: *Plesa I.*

Csényi L. (Budapest): PTB protézis hagyományos mintázási eljárásai.

Baranyai P., Birmacher J. (Budapest): Túlnyomásos méretvétel technikája.

Radnai L. (Budapest): Egyes méretvételi technikák összehasonlító értékelése.

Sidló F., Birmacher J. (Budapest): Építő („jusztírozó") készülék ismertetése, használatának technikai feltételei.

Radnai L. (Budapest): Függesztő rendszerek biomechanikája — orvosi és műszaki szempontok.

Kozma D., Radnai L. (Budapest): Különböző függesztő rendszerek gyakorlati alkalmazásával szerzett tapasztalataink.

Kozma D., Sidló F. (Budapest): Méretlap szerkesztése.

Radnai L., Bojki Ildikó, László J. (Budapest): Végleges PTB protézis viselésére alkalmas lábszárcsonk kritériumai.

Június 8., péntek, 9.00 óra
1. terem

Üléselnök: *Forgon M.*

Glauber A., Csató Zsuzsa, Aszódi K. (Budapest): Az intraoperatív szövettani diagnózis jelentősége a rosszindulatú végtagtumorok radikális sebészi kezelésében.

Glauber A., Csató Zsuzsa, Aszódi K. (Budapest): Az óriássejttumor (osteoclastoma) helyi terjedési módjai.

Hein, W. (Lipcse): Műanyagok az ortopédiában.

Berentey Gy., Feczkó J., Harmath Z. (Budapest): Traumás eredetű combrövidülés kiegyelítése az ép femur szegment-rezekciójával. Javallatok, technika és eredmények.

Timmel H. G. (Frankfurt am Main): A Lindenhof- és Friedrichfeld-féle Frialit kerámia csípő totálendoprotézis implantációs technikája.

Riskó T., Udvarhelyi I. (Budapest): Térdízületi endoprotézisek indikációs és technikai problémái.

Benedek T., Kozma L. (Budapest): Térdízületi csúszóprotézisek primaer műtéti eredményei.

Süköd L., Krakovits G., Kóthy J. (Budapest): A térdprotézis indikációjáról.

Arendt, W. (Berlin): A csontburjánzás histokémiai vizsgálata a térdízület praearthrosisában és arthrosisában.

Trzenschik K. (Berlin): A porcstruktúra intra-artikuláris injekciók utáni pH változásoknál.

Üléselnök: *Bender Gy.*

Kelemen J. (Szeged): Térdsérülések röntgen dragnosztikája. (20 perc).

Seyfarth, H. (Lipcse): Adat a térdarthrosis műtéti kezeléséhez.

Milosevic, D., Todorovic, J., Sudjic, V. (Belgrád): A térdarthrosis műtéti gyógyításának lehetőségei.

Jaster, D. (Rostock): Az arthrodesis jelentősége a térdarthrosis kezelésében.

Végh G., Bocsák A. (Zalaegerszeg): Meniscus laesio tüneteit okozó chondronecrosisok.

Massányi L., Eiben E., Árky N., Berkes I. (Budapest): Idült térdízületi mellső keresztszalag szakadások műtéti pótlása gracilis ínnal.

Ukropina, D., Milosevic, D., Ivanovic, M. (Belgrád): A posttraumás térdízületi instabilitás szerepe a gonarthrosis etiopatógenezisében.

Mándi A., Rigó J., Gáspár L. (Debrecen): A térd posttraumás arthrosisa.

Fenyves T., Czipott Z. (Szeged): Osteotomiák gonarthrosis eseteink kezelésében.

Krakovits G., Süköd L., Tácsik I. (Budapest): A „magas" tibia osteotomia műtéti technikája.

Jakab G., Irsai É., Lakatos J. (Budapest): Lemezes osteoszintézis magas tibia osteotomia esetén.

Irsai Éva, Jakab G. (Budapest): Magas tibia osteotomiával szerzett tapasztalataink a térdízületi arthrosis kezelésében.

Eiben E., Massányi L., Berkes I. (Budapest): A térdízület rotaciós instabilitásának műtéti megoldásával szerzett tapasztalataink.

Június 8., péntek, 15.00 óra

Kerekasztal-konferencia

A patello-femorális arthrosis és kezelése

Moderator: *Czipott Z.*

Kiss I., Arany L., Szappanos L. (Debrecen): A patello-femoralis tájék rendellenességei és jelentőségük.

Kéry L., Sillár P., Horváth F. (Budapest): A praearthrotikus tényezők szerepe a degeneratív térdelváltozások kialakulásában.

Köllő Katalin, Mészáros T. (Budapest): A patello-femorális ízület funkcionális röntgenvizsgálata.

Imreh G. (Szombathely): A patello-femorális arthrosis műtéti kezelése.

Süköd L., Krakovits G., Tácsik I. (Budapest): A patello-femorális degeneráció műtéti megoldása.

Czipott Z., Fenyves T. (Szeged): Maquet—Bandi-műtéteink eddigi tapasztalatai.

Kullmann L., Matejevszki H., László G. (Budapest): Bandi—Maquet-műttétel szerzett korai tapasztalataink.

Feczkó J., Berentey Gy (Budapest): A tuberositas tibiae előemelésével (Maquet—Bandi-műtét) szerzett tapasztalataink.

Mészáros T., Cser I. (Budapest): A patello-femorális ízület tehermentesítése laterális tokplasztikával.

Kamondi Z. (Zalaegerszeg): A módosított Löffler-műtét eredményei térdarthrosisos betegeken.

Június 9., szombat, 9.00 óra
1. terem

Üléselnök: *Illyés Zs.*

Pusztay Gy., Fenyves T., Czipott Z. (Szeged): Összehasonlító szcintigraphiás vizsgálatok térdarthrosis miatt végzett műtéteknél.

Rényi-Vámos A., Viola S., Palkonyai G. (Budapest): Genu varum és valgum okai gyermekkorban.

Krakovits G., Süköd L., Sass L. (Budapest): Statikai korrekciók a térden.

Szappanos L., Kiss I., Arany L. (Debrecen): Plasztikai elvek a térdtáji műtéteknél.

Balla M., Rimaszombati K. (Budapest): Mennyire értékelhetők a gyermekkori térdpanaszok?

Rodé L., Bazsa G. (Miskolc): Meniscuslaesio a gyermekkorban.

Jókai I., Dósa G., Monoki E. (Szeged): Epiphyseolysisek a sípcsont felső végén.

Varga J., Kludák I. (Mátraháza): A gümőkór okozta térdízületi degeneráció komplex gyógyszeres és műtéti kezelésének tapasztalatai.

Üléselnök: *Benedek T.*

Kellermann M., Varga Á. (Bébéscsaba): Anyagcsere és rendszerbetegségekhez társuló térd-arthropathiák.

Biró Zs. (Nyíregyháza): Térd szalagsérülések rekonstrukciós műtéti kezelése.

Gueth Gy. (Kaposvár): A térd medialis oldalszalag pótlása semitendineus ín transpozícióval.

Szabó I., Oláh T., Fenyves T., Horpácsi G., Czipott Z. (Szeged): Proteinase inhibitor (Gordox) hatásának vizsgálata a térdízületi gyulladás biokémiai elváltozásaira, kísérletes és klinikai anyagon.

Major S. (Budapest): Postoperatív térdízületi haemarthros Gordox kezelése.

Pintér J., Rischák G., Lénárt Gy. (Budapest): A térd intra- és extraarticularis calcifikációinak kristálytani vizsgálata.

Szepesi J., Szabó E. (Pécs): A synoviális hártya és az ízületi porc elváltozásai osmiumsavval végzett synovectomiák után.

Gál D., Gáspárdy G., Lakatos J. (Budapest): Térdízületi synovectomiák késői eredményei.

2. terem

Üléselnök: *Sillár P.*

Bakay E., Vajda A. (Budapest): A csont növekedésének stimulálása alacsony intenzitású árammal állatkísérletben.

Kovács P. (Kakasszék): Orthopéd betegek rehabilitációja.

Miklós Katalin (Budapest): Az EMG szerepe a perinatális károsodottak korai diagnosztikájában.

Dömötör I., Árokszállásy J., Kálovics M. (Szeged): Spinális anaesthesia tetracainnal alsó végtag műtétekhez.

Cser I., Mészáros T. (Budapest): Coxarthrosis miatt végzett intertrochanterikus osteotomiák értékelésének szempontjai.

Massányi L., Simon L., Kozlovszky M. (Budapest): Sportolók degeneratív gerincelváltozásai.

Üléselnök: *Szepesi K.*

Papp J., Fazekas J., Barcsa Cs. (Debrecen): A serdülőkori derékfájás.

Perlaky Gy., Bender Gy., Bolner G. (Budapest): Az ismételt myelographiák értékelése.

Sillár P., Cser I., Kéry L. (Budapest): Habituális vállficam miatt végzett Putti—Platt-műtétek eredményei.

Szücs Gy. (Sátoraljaújhely): Traumás scapula alata műtéti korrekciója.

Tarjány J., Temesi M. (Pécs): Graner-műtéttel szerzett tapasztalataink.

Tőzsér K. (Eger): A fixateur-externe alkalmazásával szerzett tapasztalataink.

Mindennemű felvilágosítást *Czipott Zoltán dr.* ad. Cím: 6720 Szeged, Pécsi u. 4., I. Sebészeti Klinika, tel.: 11-422.

A **Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága Tiszántúli Tagozata** és a **Vas megyei Tanács Markusovszky Kórház** 1979. június 7—8—9-én Szombathelyen, *tudományos ülést* tart.

Témái:

I. *A depressió kezelésének aktuális kérdései* (június 7-én, a Markusovszky Kórház előadótermében).

II. *Gyulladásos idegrendszeri megbetegedések* (június 8-án, a Markusovszky Kórház előadótermében).

III. *Agyi traumát követő psychés kórképek és szabadon választott előadások* (június 9-én Vérellátó Állomás előadótermében).

IV. *Izombetegségek és szabadon választott előadások* (június 9-én, a Markusovszky Kórház előadótermében).

1979. június 7. (csütörtök)
délelőtt 9.00 óra
Megnyitó

Kuncz Elemér dr. (Budapest): Az álcázott depressiók és kezelésük.

Szabó Erzsébet dr., Molnár Gábor dr. (Debrecen): Összefüggés az endogen depressio tünetei és therápia között.

Vas József dr., Gál Piroska dr. (Miskolc): Hogyan módosítja a társuló reaktív dysthymia az endogén depressio lefolyását és therápiáját?

Lipák János dr., Woláczky Katalin dr., Vaszil M. dr., Kiss K. dr., Kiss J. dr. (Miskolc): Qualitativ-quantitativ depressió skála.

Abonyi Erzsébet dr., Széll Katalin dr., Pisztora Ferenc dr. (Miskolc): Therápiás tapasztalatok a túlnyomórészt vegetatív szférában zajló depressziókkal kapcsolatban.

Reuter Éva dr., Kékesi Ferenc dr. (Sopron): Affectiv tüneti elemek szerepe ötvözött kórképekben.

Wischán Elek dr., Bárdos Lajos dr. (Nagykálló): Depressiv tudatformák és módok forensicus jelentősége.

Megbeszélés — Szünet

Vigvári László dr., Vojnik Mária dr. (Nagykálló): Depressiók kezelése intravénás amitriptylin (Teperin) cseppinfúzióval.

Szabó Erzsébet dr., Zsadányi Erzsébet dr. (Debrecen): Tapasztalataink a Lithium therápiával.

Pethő Zoltán dr. (Szeged): Depressiós maradványtünetek generációs psychózist követően.

Szombathelyi Győző dr. (Zalaegerszeg): Időskori depressiós betegek therápiás problémái.

Váczi Péter dr. (Budapest): Neuroticus és reactiv depressiók kezelése.

Burucs János dr., Baraczka Balázs dr. (Budapest): A körzeti orvosok therápiás tevékenysége depressióban.

„Grandaxin új magyar psychopharmakon" EGYT filmje.

Megbeszélés

Délután 15.00 óra

Fráter Rózsa dr., Környey Edit dr. (Budapest): Organikus tényezők szerepe a depressiók kezelésében.

Várady Géza dr. (Budapest): Budapest suicidológiai epidemiológiája.

Boldizsár Ferenc dr., Szücs Katalin dr. (Kaposvár): Az öngyilkossági kísérletek családi hátteréről.

Szücs Rozália dr. (Budapest): A depressiók elkülönítési lehetőségei vörösvértest (serum lithium szintek alapján).

Bánki M. Csaba dr. (Nagykálló): A vér szerotonin-koncentrációjának változásai intravénás amitriptilyn kezelés során depressióban.

Balogh Gizella dr., Tass Gyula dr. (Miskolc): Physostigmin szerepe antidepressansok túladagolásánál.

Megbeszélés — Szünet

Szentistványi István dr., Rimanóczy Ágnes dr., Janka Zoltán dr. (Szeged): Iontranszport változások vörösvérsejteken antidepressiv kezelés hatására.

Lipák János dr., Kassai L. dr., Weláczky Katalin dr., Kiss J. dr., Vaszil M. dr. (Miskolc): A serum és vörösvértestek tartalma depressiókban.

Lipák János dr., Szita István dr., Kassai L. dr., Kiss K. dr., Veláczky Katalin dr. (Miskolc): A liquor Na, K, és Ca, tartalma depressióban.

Lipák János dr., Szita István dr., Kassai L. dr., Kiss J. dr., Kiss K. dr. (Miskolc): A parotis nyál Na, K, Ca, tartalma depressióban.

„Cavinton" a Kőbányai Gyógyszergyár filmje.

1979. június 8. (péntek)
délelőtt 8.30 óra

Tariska István dr. (Budapest): Enterovírus 71 okozta encephalomyelitis és az 1978. évi járvány.

Geréby György dr. (Budapest): Az idegrendszer gyulladásos megbetegedéseinek EEG tünetei.

Mázló Mária dr. (Budapest): Kísérletes kullancs encephalitis.

Majtényi Katalin dr. (Budapest): Necrotizáló encephalitis a felnőttkorban.

Baltavári László dr., István Lajos dr., Marton Éva dr., Kádas László dr., Garzuly Ferenc dr. (Szombathely): Salvoseptyl allergia okozta necrotizáló vasculitis és encephalomyelitis Lyell-féle jelenséggel.

Martini Edit dr. (Debrecen): Acut haemorrhagiás leucoencephalitis.

Grubits János dr., Kékesi Ferenc dr. (Sopron): Tünettani és therápiás megfontolások hyperacut és részben atypusos sclerosis multiplexben.

Ferenczy Mihály dr. (Kaposvár): A sclerosis concentrica (necrosis concentrica?) esetéről.

Clemens Béla dr., Mezey István dr. Berecz György dr. (Debrecen): Diagnosztikai tévedések a subacut progressiv panencephalitis kórismézésében.

Megbeszélés — Szünet

Guseo András dr. (Pécs): A cytológiai vizsgálatok jelentősége az idegrendszer gyulladásos folyamatában.

Brasch András dr., Papp Katalin dr., Benke Bálint dr. (Budapest): Specifikus encephalitis expansiv paranoid syndroma hátterében.

Nagy Sándor dr., Horváth Ágnes dr. (Szombathely): Herpes simplex encephalitis.

Nyuli László dr., Kovács Katalin dr., Andits Miklós dr. (Szombathely): Adatok a rubeola encephalitis klinikumához.

Bánvölgyi Ágnes dr., Cholnoky Gabriella dr., Kovács Gabriella dr. (Budapest): Meningitis basilaris előfordulása anyagunkban.

Garzuly Ferenc dr., Németh Margit dr., Szanyi Tamás dr., Ruzsonyi Zoltán dr., Kádas László dr., Baltavári László dr. (Szombathely): A letalis gümős idegrendszeri fertőzésekről.

Huszár Béla dr., Kiss Tibor dr. (Miskolc): Agytályogok és intracranialis empyemák.

Skapinyecz János dr., Kaáli Lóránt dr. (Miskolc): Frontobasalis sérülésekhez társuló gyulladásos szövődmények.

Alpár Dezső dr., Kóbor Ilona dr., Scherer Erzsébet dr., Schäb Rezső (Szombathely): Gennyes peripachymeningitis és spinalis intraduralis abscessus sebészi kezelése eseteinkben.

Szabó László dr., Farkas Kálmán dr. (Szombathely): Toxoplasmosishoz társuló cytomegália fertőzés.

Megbeszélés

1979. június 9. (szombat)
délelőtt 8.30 óra

Bekény György dr. (Budapest): Az izombiopsia javallatai és diagnosztikus jelentősége.

Bekény György dr., Brasch András dr., Kádár Anna dr. (Budapest): Ocularis myopathia a vázizomzat mitochondriális elváltozásaival.

Mészáros Erzsébet dr. (Szombathely): A myasthenia gravis therápiájának aktuális kérdései.

Csenkér Éva dr., Diószeghy Péter dr., Fekete István dr. (Debrecen): Enzymek (CPK, GOT, GPT, LDH, aldolase) szénhidrát anyagcseretermékek és fehérjék koncentrációja izomdystrophiás betegek sérumában és liquorában.

Diószeghy Péter dr., Csenkér Éva dr., Fekete István dr. (Debrecen): Enzymek (CPK, GOT, GPT, LDH, aldolase) szénhidrát anyagcseretermékek és fehérjék koncentrációja a serumban és liquorban neurogen izomatrophiákban.

Fekete István dr., Diószeghy Péter dr., Csenkér Éva dr. (Debrecen): Elektrolytek (Na, K, Va, Cl, Mg, P) koncentrációja neuromuscularis betegek serumában és liquorában.

Geréby György dr. (Budapest): A periódikus komplexek jelentősége a gyakorlati EEG diagnosztikában.

Bötskey Ottó dr. (Szombathely): Az EEG laboratórium, mint az epilepsiás betegek gondozási „centruma" — 20 év áttekintése.

Cseresnyés János dr., Bötskey Ottó dr. (Szombathely): Az EEG-leletek retrospektiv értékelése előrehaladott életkorban, heveny agyi tünetek jelentkezésekor.

Megbeszélés — Szünet

Mezey István dr., Clemens Béla dr. (Debrecen): Az alvás-megvonás és a spontán alvás elektrodiagnosztikai értéke.

Berecz György dr., Zsadányi Ottó dr. (Debrecen): A circadian rhythmus és a spontán alvás elemzése a cerebrovascularis kórképekben.

Tury Ferenc dr., Csornai Márta dr., Vámosi Bertalan dr., Demeter József dr. (Debrecen): A serum lipoid- és húgysav tartalma heveny cerebrovascularis megbetegedésben.

Demeter József dr., Vámosi Bertalan dr., Csornai Márta dr., Tury Ferenc dr. (Debrecen): A serum összfehérje-tartalma és papírelektroforetikus fractiói cerebrovascularis ictust követően.

Bartos László dr., Kopa János dr. (Kaposvár): Az arteria basilaris aneurysmájának műtéti megoldása Yasargil szerint.

Réthly András dr., Alpár Balázs dr., Kovács Imre dr. (Szombathely): Amipaque myelographiával szerzett tapasztalataink.

Várhegyi Zoltán dr., Török Pál dr. (Miskolc): Sella környéki folyamatok szemészeti vonatkozásai.

Varga Éva dr. (Miskolc): Frontobasalis sérülések neuro-radiológiai vonatkozásai.

Tury Ferenc dr., Csenkér Éva dr. (Debrecen): A Tolosa—Hunt-syndromáról.

Megbeszélés

Majtényi Katalin dr. (Budapest): Az agyi traumákat követő elmegyógyászati kórképek neuropathológiai háttere.

Bújdosó György dr., Szombathelyi Győző dr., Szabó Lajos dr. (Zalaegerszeg): Craniocerebralis traumákat követő psychoorganos syndromák katamnesticus vizsgálata.

Pisztora Ferenc dr., Hörcsik E. dr. (Miskolc): A magyar parasztság és földmunkásság társadalmi értékkoncentrációi és nagyzásos téveszmeiben 1867 és 1918 között.

Vigváry László dr., Vojnik Mária dr., Bánki M. Csaba (Nagykálló): Psychopathometriai skálák alkalmazásának diagnosztikai és prognosztikai jelentősége depressiókban.

Tass Gyula dr., Balogh Gizella dr., Mihalecz Lászlóné (Miskolc): A psychotherápia hatékonyságának vizsgálata psychotherápiás módszerekkel.

Pocsai Judit dr., Balogh Gizella dr., Tass Gyula dr., Szentmiklóssy Gizella dr. (Miskolc): A csoportpsychotherápia szerepe a resocialisatióban.

Megbeszélés — Szünet

Pintér Nándor dr., Hegedüs Katalin dr. (Nyíregyháza): Gyermekek rajzteljesítményének változása tudatzavarral kezdődő kórképekben.

Hegedüs Katalin dr., Pintér Nándor dr., Princzinger Ágota dr., Stahorszky Margit dr. (Nyíregyháza): Infectióhoz társuló tudatzavarral járó kórképek elkülönítésének nehézségei gyermekkorban.

Zsemlye Klára dr. (Budapest): Matrimoniális problémái klinikai vizsgálata házassági diagnózismodell alapján.

Papp Katalin dr., Kovács Ágnes dr., Brasch András dr., Benke Bálint dr. (Budapest): Megfigyelések intermittáló psychogen tudati alteráció geneziséhez személyiségszerkezeti adatok alapján.

Bánki M. Csaba dr. (Nagykálló): A disszulfiram-alkohol reakció hatása a perifériás indolamin anyagcserére.

Megbeszélés

Felvilágosítást nyújt: Baltavári László dr., 9701 Szombathely, Megyei Kórház.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(215/c)

Ózd Városi Tanács Kórház—Rendelőintézeti Egység igazgató főorvosa (Ózd I., Béke út 1.) pályázatot hirdet: egy fő központi laboratóriumban megüresedett **orvosi** állásra.

Illetmény és besorolás a 3/1977. EüM—MüM sz. együttes utasításának megfelelően a szolgálati idő és esetleges szakképesítés figyelembevételével.

Lakás megbeszélés szerint.

Az állás azonnal elfoglalható.

Gavallér István dr.
kórház—rendelőintézeti egység
h. igazgató főorvosa

(229)

Használt, de jó állapotban levő oesoohagoscopot (Haslinger vagy Brünings) tartozékaival együtt könyvjóváírással keresünk. Cseréként, használt, de jó állapotban levő ORION EMG gyártmányú (ENG-4-es) csatornás elektronystagmograph könyvjóváírással felajánlunk. Szeged, Kórház, Kossuth L. sgt. 42. 6701 Pf. 455.

Ördögh János
igazgató gazd. helyettes

(243)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot hirdet az I. sz. Sebészeti Klinika 2125 kulcsszámú **szakorvosi** állásra.

Pályázhatnak belgyógyászati szakorvosi képesítéssel rendelkezők.

A pályázónak meg kell felelnie az egyetem oktatóival szemben támasztott követelményrendszerben foglaltaknak (megtekinthető az Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályán, Bp. VIII., ker. Üllői u. 26. fsz. 6.). A kinevezendő szakorvos feladata lesz a szervátültetéssel kapcsolatos nephrológiai teendők ellátása, továbbá a tápcsatornán végzett endoszkópos eljárásokban való részvétel.

Illetmény a kulcsszám szerint kerül megállapításra.

Az álláshoz az egyetem lakást biztosítani nem tud.

A szabályszerűen felszerelt pályázatokat a szolgálati út betartásával az Egyetem Személyzeti és Oktatási Osztályára kell benyújtani, a megjelenést követő három héten belül.

(244)

Fővárosi IV. ker. Tanács IV—XV. ker. Kórház—Rendelőintézetének főigazgató főorvosa (Budapest, Nyár u. 99. 1045) pályázatot hirdet egy fő **fül-orr-gégész szakorvosi** állásra. Szakorvosi bizonyítvánnyal, vagy hosszabb gyakorlati idővel rendelkezők pályázhatnak.

Illetmény megállapítása a 3/1977. (VIII. 19.) EüM—MüM sz. együttes rendelet alapján a szolgálati időnek és szakképesítésnek megfelelően történik.

Az állás azonnal elfoglalható.

Marton Zoltán dr.
főigazgató főorvos

(245)

A Fővárosi XXI., Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézménye főigazgató főorvosa (Budapest XXI., Déli u. 11. 1751) pályázatot hirdet a kórház sebészeti osztályán megüresedett **sebész szakorvosi** állásra, **változó munkahellyel.**

Képesítéstől függően, alorvosi kinevezés is szóba jöhet. Sebészeti gyakorlattal rendelkező szakképesítés előtt állók is pályázhatnak.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Molnár Lajos dr.
főigazgató főorvos h.
az orvostudományok kandidátusa

(246)

A Fővárosi XXI., Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézmény főigazgató főorvosa (Budapest, Déli u. 11. 1751) pályázatot hirdet a kórház **intenzív-anaesthesiológiai** részlegén megüresedett **adjunktusi** állásra.

Az állás elnyeréséhez anaesth. szakorvosi képesítés szükséges. Az intenzív részleg osztállyá való átszervezése esetén főorvosi státuszra való átsorolásra is lehetőség nyílik.

Az illetmény a 3/1977., EüM—MüM sz. együttes rendeletben foglaltak szerint.

Molnár Lajos dr.
főigazgató főorvos h.
az orvostudományok kandidátusa

(247)

Fővárosi XXI., Tanács V. B. Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézménye főigazgató főorvosa (Budapest XXI., Déli u. 11. 1751) pályázatot hirdet a járóbeteg-ellátás területén megüresedett **laboratóriumi szakrendelést vezető főorvosi** állásra.

Az állás július 1-től tölthető be.

A bérezés feltételeit a fennálló rendelkezések határozzák meg.

Molnár Lajos dr.
főigazgató főorvos h.
az orvostudományok kandidátusa

MEGJELENT

EGÉSZSÉGTUDOMÁNY

1979. 1. szám

Frenkl Róbert, Mészáros János: Testalkati és keringési vizsgálatok, orvosegyetemi és testnevelési főiskolai tanulmányok idején.

Róna Borbála, Lukács Pál: Lakótelepi és kertes házban élő általános iskolai tanulók összehasonlító vizsgálata.

Kiss Piroska: Adatok a Klebsiella tribus baktériumai által okozott újszülöttkori fertőzések epidemiológiájához.

Füzi Miklós, ifj. Füzi Miklós: Kísérleti nyulak pasteurella fertőzöttsége.

Szeness László, Sey Lászlóné, Szeness Ágnes: Vízi szárnyasok, halak és békák béltartalmának bakteriológiai vizsgálata, különös tekintettel a nemkolera vibriók előfordulására.

Vörösné Felkai Györgyi: Összehasonlító szerológiai vizsgálatok szisztémás mikózisok kimutatására.

Andrássy Katalin, Horváth Irén: Hajdú megye fürdőinek sarjadzógombás fertőzöttsége.

Szám László, Csatai Lajos, Nikodemusz István, Vedres István, Dákay Mária: Fővárosi metróállomások levegőjének higiénés mikrobiológiai vizsgálata.

Gaál Lajos, Márton Mihály: Inszekticid és herbicid szerek hatásának vizsgálata az ascaris-peték embrionálódására, modellkísérletben.

Márton Mihály, Pauwlik László, Balog Antalné: Szabolcs-Szatmár megye tájegységeinek peszticid terhelése.

Adamis Zoltán: Paraquat hatása makrofágokra in vitro és in vivo.

Schiefner Kálmán: Az akut toxikológiai vizsgálatok szerepe az agglomerációs területek vízellátásában.

Nagy Kálmán: Szedimentációs mérési adatok szisztematikus feldolgozása.

Lehotzky Kornélia, M. Szeberényi Judit, Tátrai Erzsébet: A propaklór tartalmú herbicid (Satecid 65 WP) lokális és szisztémás méreghatása kísérleti állatokon.

MORPHOLOGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE

1979. 2. szám

Kerekes Lajos dr., Schaff Zsuzsa dr., Lapis Károly dr., Kálmán Sándor dr., Domokos Nándor dr.: A placenta scanning elektronmikroszkópos vizsgálata.

Répássy Gábor dr., Szende Béla dr., Lapis Károly dr., Besznyák István dr.: A granulomatosis thymoma ultrastruktúrája.

Suba Zsuzsanna dr., Lapis Károly dr., Sréter Lídia dr., Jabak Imre dr., Raposa Tibor dr., Gráf Ferenc dr.: A „hairy cell" leukaemia ultrastruktúrája.

Balogh István dr., Rubányi Gábor dr., Somogyi Endre dr., Kovách Arisztid dr., Sótonyi Péter dr., Héjj Gábor dr.: Nikkel ionok hatása a perfundált patkányszív ultrastruktúrájára.

Karcsú Sarolta dr., Tóth Lajos dr.: A haránctsíkolt izom acetilkolinészteráz (AChE) aktivitása patkány embrióban elektronhisztokémiai vizsgálatok alapján.

Kendrey Gábor dr.: Morfológiai leletek phenlaxin tartalmú hashajtót szedők májkárosodásában.

Farkas András dr., Ungár László dr.: A kanülálás következményei a vena umbilicalison.

Bély Miklós dr., Fodor István dr., M. V. Wijhe dr., H. V. D. Schoot dr.: Femur diaphysisre lokalizált vascularis eredetű aszeptikus csont-necrosis.

Kelemen Judit dr.: Baleseti sérülések változása biztonsági öv viselésének hatására.

Gábor István dr., Simonits András dr.: A kriminalisztikai hajvizsgálat új lehetősége a neutron aktivációs analízis.

Krutsay Miklós dr., Petrás Sarolta dr.: Öngyilkossági esetek osztályunk ötéves anyagában.

Lontai Imréné dr., Balláné Füszter Erzsébet: Ki vezette a gépkocsit?

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1979. 3. szám

Halász Péter, Rajna Péter, Pál Iván, Vargha Márton, Kundra Olga, Balogh Attila, Kemény András, L'auné György, Marian Éva, Czenner Zsuzsa: Az éjszakai alvás egyes elektrográfiás paraméterei, mint az alvás- és ébresztőrendszer dinamikájának nyomjelzői.

Sándor László dr., Fényes György dr.: A ficammal szövődött nyakcsigolyatörések kezelése. AO lemezes belső rögzítéssel.

Csécsei Gy. dr., Gombi R. dr., Hullay J. dr.: Cystikus intramedullaris tumorok sebészi kezelésének módozatai.

Szalka András dr., Káli Gábor dr.: Facialis paresis leptospirosis kapcsán.

Bartha László dr., Bazsó Péter dr.: Abscessus cerebri vizsgálata Amipaque-kal.

PNEUMONOLOGIA HUNGARICA

1979. 3. szám

Halmos Tamás, Kautzky László: Szteroidok alkalmazása a klinikai gyakorlatban.

Szegedi Gyula: A kortikoszteroidok hatása a celluláris immunreakciókra.

Hutás Imre: Szteroidkezelés asthma bronchialéban.

Herjavecz Irén, Fehér Tibor, Grósz Andrea: A mellékvesekéreg funkció vizsgálata tartós szteroid kezelés után asthma bronchialéban.

Eckhardt Sándor: A kortikoszteroidok szerepe a daganatos betegek kezelésében.

Schweiger Ottó: A kortikoszteroidok a sarcoidosis és tüdőfibrosis kezelésében.

DEMOGRÁFIA

1978. 4. szám

Nathan Keyfitz: Milyen változásokat idézne elő a rákbetegség megszűnése? A Taeuber pparadoxon vizsgálata.

Molnár László dr.: Az életrajzi tanulmányok lehetőségei a női életutak kutatásában.

Dányi Dezső dr.: Az 1964—1976. évi termékenység elemzése. Kísérlet II.

Tamásy József dr: A házasélet demográfiai ciklusa.

Szabady Egon dr.: Időszerű népesedési kérdéseink.

Horváth Róbert dr.: Egyházi anyakönyvezés a török világban: a szegedi példa.

Kármán Tamásné: A nemzetközi összehasonlító népesedésstatisztika fejlődése a XIX. század utolsó negyedében (Luigi Bodio).

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 17 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116-660

MNB egyszámlaszám: 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 jelzőszámlára.
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530
Előfizetési díj egy évre 432,— Ft, negyedévre 108,— Ft, egyes szám ára 9,— Ft

79.1502 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

ISSN 0030—6002 | INDEX: 25 674