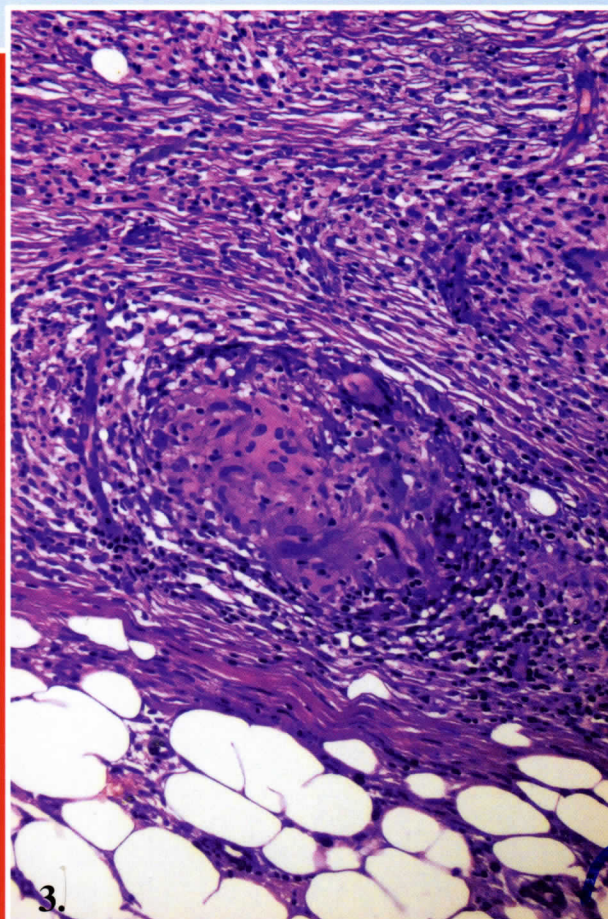


Károlyi Zsuzsanna dr., Tóth Gyöngyi dr., Ködmön Csaba
Sporotrichoid *Mycobacterium marinum* infekció



2. ábra:
Sporotrichoid terjedést mutató
granulomák az alkaron



3. ábra:
Epitheloidsejtes
granulomatosis reakció
az irhában

2007 JÚL 23.

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

Szerkesztő:

Ablonczy Éva dr.

A szerkesztőbizottság tagjai:

Baló Mátyás dr.	Marschalkó Márta dr.
Bata Zsuzsa dr.	Nagy Endre dr.
Black Anikó dr.	Nagy Károly dr.
Daróczy Judit dr.	Nebenführer László dr.
Farkas Beatrix dr.	Podányi Beáta dr.
Gyulai Roland dr.	Schneider Imre dr.
Horkay Irén dr.	Simon Miklós dr.
Horváth Attila dr.	Ifj. Simon Miklós dr.
Hunyadi János dr.	Somlai Beáta dr.
Husz Sándor dr.	Szegedi Andrea dr.
Kárpáti Sarolta dr.	Török László dr.
Kemény Lajos dr.	Várkonyi Viktória dr.
Korom Irma dr.	

TARTALOM

83. évf. 2007. 1. szám

KAZUISZTIKA

<i>Kui Róbert dr., Bata-Csörgő Zsuzsanna dr., Varga Erika dr., Korom Irma dr., Kiss Mária dr., Husz Sándor dr., Kemény Lajos dr.:</i> Dermatomyositishez társuló <i>Cryptococcus sepsis</i>	3
<i>Török László dr., Krenács László dr., Kocsis Lajos dr., Bagdy Enikő dr., Bolgár Jenő dr., és Komlódi Júlia dr.:</i> CD8 pozitív epidermotrop T-sejtes cutan lymphoma, mint a mycosis fungoides CD8 pozitív variánsa	7
<i>Károlyi Zsuzsánna dr., Tóth Gyöngyi dr., Ködmön Csaba:</i> Sporotrichoid <i>Mycobacterium marinum</i> infekció	13
<i>Faust Fülöp dr.:</i> A Baranya Megyei Bőr- és Nemibeteg Gondozó Intézet története I. rész: A megye egészségügyének fejlődése	19
<i>Faust Fülöp dr.:</i> A Baranya Megyei Bőr- és Nemibeteg Gondozó Intézet története II. rész: A megye fekvő és járó beteg ellátásának alakulása	27
Könyvismertetés	33

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle folyóiratban megjelent valamennyi eredeti írásos és képi anyag közzétételére a szerkesztőséget illeti. A megjelent anyagnak – vagy egy részének – bármely formában való másolásához, felhasználásához, ismételt megjelentetéséhez a szerkesztőség írásbeli hozzájárulása szükséges.

Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum,
Általános Orvostudományi Kar, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika
(igazgató: Kemény Lajos dr., egyetemi tanár)

Dermatomyositishez társuló Cryptococcus sepsis Dermatomyositis associated with cryptococcal sepsis

KUI RÓBERT DR., BATA-CSÖRGŐ ZSUZSANNA DR., VARGA ERIKA DR.,
KOROM IRMA DR., KISS MÁRIA DR., HUSZ SÁNDOR DR., KEMÉNY LAJOS DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők egy 61 éves, dermatomyositisben szenvedő nőbeteg esetét ismertetik, akinél az immunszuppresszív kezelés harmadik hetében, az általános állapotában és laboratóriumi leleteiben jelentkező változások sepsis gyanúját vetették fel. Az elvégzett vizsgálatok során a bakteriális eredet nem igazolódott, viszont a gomba-DNS kimutatására szolgáló PCR vizsgálat és a *Cryptococcus* antigén latex-agglutinációs teszt pozitívnak bizonyult. A bevezetett antimycotikus kezelésre a beteg állapota javult és laboratóriumi értékei is rendeződtek. A szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy immunszupprimált állapotban felléphetnek opportunista fertőzések, melyek sikeresen kezelhetők, ha időben felismerésre kerülnek.

SUMMARY

The authors demonstrate a case of a 61-year-old woman suffering from dermatomyositis. On the third week of immunosuppressive therapy, changes in her general condition and laboratory results suggested the possibility of sepsis. Bacterial origin wasn't established, but fungi DNA was detected with PCR method and the cryptococcal antigen latex agglutination test proved to be positive. Due to the antimycotic therapy the general condition of the patient improved, and the laboratory results became normal again. The authors emphasize the importance of opportunistic infections in immunocompromised hosts. These cases can be treated successfully if they are diagnosed in time.

Kulcsszavak:
dermatomyositis - immunszuppresszív
kezelés - cryptococcosis

Key words:
dermatomyositis - immunosuppressive
therapy - cryptococcosis

A cryptococcosis opportunista infectio, melynek kórokozója egy tokos, sarjadzó gomba, a *Cryptococcus neoformans*. Az ubiquitaer gomba a talajban és a galambok beszáradt ürülékében található meg nagy számban. A fertőzés a gombasejtek inhalációjával történik. Az elsődleges behatolási kapu, a tüdő viszonylag ritkán betegszik meg. A tüdőből a fertőzés disszeminálódhat és elvileg bármely szerv megbetegedhet. A disszeminált fertőzés gyakori manifesztációja a meningitis. A disszemináció leginkább sejt-immunhiány esetén jelentkezik (HIV-fertőzés, hematológiai malignus betegségek, elhúzódó immunszuppresszív kezelés) (1-4).

Esetismertetés

A 61 éves nőbeteg anamnéziséből pancreatitis, cholecystectomy és gastro-oesophagealis reflux betegség emelhető ki. Elmondása szerint 5-6 éve észleli, elsősorban a fénynek kitett helyeken, a kezdetben erythemás, később erodálódó bőrelváltozásokat. Panaszaival alkalmanként felkereste háziorvosát, akitől antihisztamin injekciókat kapott. Tünetei többször spontán is regrediáltak.

Egy hónappal felvétele előtt a törzs felső részén és a térdeken kiterjedtebb erythema és helyenként erosio jelentkezett. Contact dermatitisnek vélelmezték tüneteit, ezért közepes dózisu per os steroid kezelést kapott. Ezalatt állapota tovább romlott: járásképtelen

lett, izomfájdalom, nyelési nehezítettség lépett fel, szájnyalkahártyáján fájdalmas erosiok jelentkezték, többször lázas is volt. Az ekkor elvégzett laboratóriumi vizsgálatok emelkedett CK értéket (544 U/l) és gyorsult süllýedést mutattak. A panaszok háttérben steroid myopathiát vélelmezték, a steroidot elhagyták. A beteg állapota tovább romlott, ekkor vettük fel klinikánkra.

Felvételekor a rendkívül elesett állapotban lévő nőbeteg bőre a törzs felső részén, a karokon, a combokon, a térdek felett erythemás, beszűrt, érintésre fájdalmas, melegebb tapintatú volt (1. ábra). A hátton és a gluteuson nedvedző, fájdalmas erosiokat észleltünk (2. ábra). Az arc területén, az ajkak és a szemek körül is erythemás, oedemas volt a bőr. A térdeken és a kézfejekken, az ízületek felett, erythemas, hámló papulák (Gottron-papulák), periungualisan erythema volt látható (3. ábra). A szájnyalkahártyán is hyperaemiát, helyenként erosiót észleltünk. A proximális izmokban az alsó és felső végtagon egyaránt izomgyengeség volt tapasztalható.

A felvételt követően a m. deltoideus területéről bőr-izom biopszia történt. Az elvégzett szövettani vizsgálat során a felszíni hám subepidermalis lokalizációban való leválását, a hám elvékonyodását, a basalis réteg degenerációját láttuk. Az oedemas irha erei körül enyhefokú, mononuclearis beszűródés helyezkedett el (4. ábra). DIF vizsgálattal a bőrben immunpatológiai eltérést nem találtunk. A harántcsíktal izomszövetben sejtmag internalizáció, vacuolálás és szemcsés degeneratio, a harántcsíktal részleges eltűnése, oedema látzott. A kötőszöveti septumokban, az erek körül minimális, kereksejtes beszűródést észleltünk (5. ábra). DIF vizsgálattal az izomközti sővényekben minimalis vasculitisre utaló jelek voltak észlelhetők IgG-vel és C3-mal.



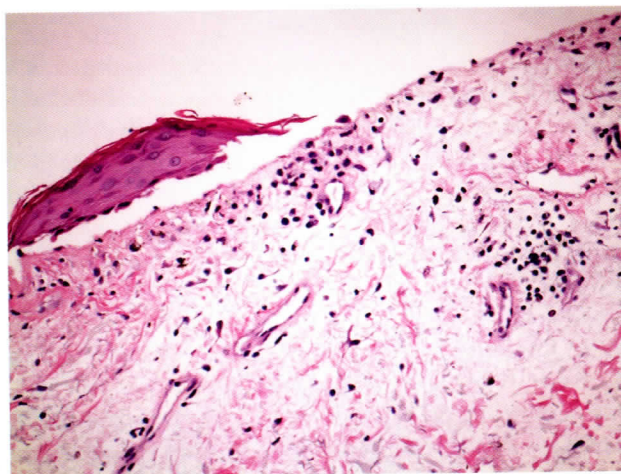
1. ábra

A comb bőrén erythema, infiltratio; a térdízületek felett Gottron-papulák



3. ábra

A kézfejen Gottron-papulák és periungualis erythema



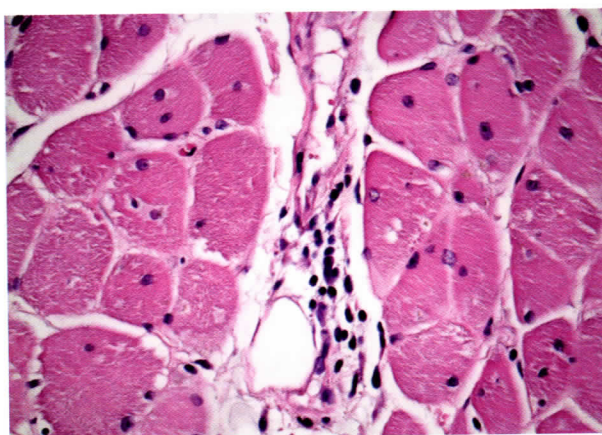
4. ábra

Az oedemás irha erei körül, enyhefokú, mononuclearis beszűrődés (HE festés)



2. ábra

A hát bőrén nagy kiterjedésű, fájdalmas erosioval járó dermatitis



5. ábra

Sejtmag internalizáció, vacuolás és szemcsés degeneratio, a harántcskolat részleges eltűnése az izomszövetben (HE festés)

A keringő autoantitestekre irányuló vizsgálatok során az ANF, a mitokondrium és az Sm antitest meghatározás pozitív, a dsDNS, a Ro/SSA, az La/SSB és a Jo-1 meghatározás negatívnek bizonyult.

A felvétel napján elvégzett laboratóriumi vizsgálatokban kifejezetten emelkedett LDH (706 U/l) és CK (743 U/l) értékeket, emelkedett gyulladásos paramétereket (CRP: 21,2 mg/l, We: 54 mm/h), balra tolt vércépet, thrombocytopeniát és emelkedett májfunkciós értékeket találtunk.

A klinikai kép, a laboratóriumi eltérések, valamint a szövettani lelet alapján dermatomyositis diagnózisát állítottuk fel. 250 mg/die dózissal intravénás methylprednisolon kezelést kezdtünk, melyet fokozatosan csökkentettünk, majd per os 100 mg/die dózissal prednisonra váltottunk. A betegnél részleges tumorkutatást is végeztünk.

Bár a betegnél légzési panaszokat nem észleltünk, az elvégzett mellkasröntgen pneumonitis fennállását igazolta, emiatt a 7. napon a terápiát 2x500 mg clarithromycinnel és 2x50 mg azathioprinnel egészítettük ki. A bevezetett immunosuppresszív kezelésre a gyulladásos paraméterek és a CK érték csökkenését észleltük. A beteg izomereje lassan javult, nyelési nehezítettsége valamelyest csökkent.

A *tumormarkerek* közül a carcinoembrionális antigén (emésztőrendszer), carbohidrat antigén 15-3 (emlő), cancer antigén 125 (ovarium), CA 19-9 (emésztőrendszer) negatívnak bizonyult. A *hasi UH* hepatomegálián kívül kóros eltérést nem talált. A *nőgyógyászati konzílium* során a kismencedei UH és a fizikális vizsgálat kóros eltérést nem mutatott. Széklet Weber-teszt pozitívitas miatt *gastroscopia* is történt, mely feltehetően steroid okozta diffúz nyálkahártyavérzést írt le a corpus alsó harmadában és az antrumban. A *mellkasröntgen* mindkét basison kifejezett intersticiális rajzolatfokozódás volt látható, mely pneumonitis ill. tüdőfibrosis gyanúját vetette fel. A tüdőfibrosis meglétét és súlyosságát pontosabban megítélő légzésfunkciós, high resolution CT (HRCT) és egyéb pulmonológiai diagnosztikus vizsgálatokat technikai okokból és a beteg együttműködésének hiánya miatt nem tudtuk elvégeztetni.

A kezelés harmadik hetében a beteg általános állapotában és laboratóriumi értékeiben jelentkező változások felvetették a sepsis lehetőségét. A gyulladási paraméterek (süllyedés, CRP) ismételtlen megemelkedtek. Leukocytosis, majd néhány napon belül leukopenia volt látható a vérképben, valamint progresszíven romló thrombocytopenia és anaemia lépett fel. Dermatomyositis ismételtlen aktivitást mutatott, amit a CK érték emelkedése kísért. Bakteriális sepsis gyanúja merült fel, de a beteg láztalan volt, valamint haemokultúrája és szérum prokalcitonin értéke ismételtlen negatívnak bizonyult. Az újra elvégzett mellkasröntgenen nem látszott változás az első vizsgálathoz képest. Gombasepsis lehetősége merült fel, így ez irányban szerológiai vizsgálatokat végeztünk. *Candida* antigén kimutatása szérumból negatívnak bizonyult, a *Cryptococcus neoformans* antigén azonban 1:100 arányban hígított vérsavóban pozitív volt, a megismételt vizsgálatban pedig az 1:100 és az 1:1000 arányban hígított szérumban is. A gomba-DNS kimutatására szolgáló PCR vizsgálat szintén pozitív eredményt mutatott. Ismételtlen megjegyezzük, hogy az itt elvégzett mellkasröntgenen érdemi változást ill. gombafertőzésre karakterisztikus képet nem írtak le.

A mikrobiológiai és a laboratóriumi leletek alapján, diagnózisunk *Cryptococcus* sepsis volt, ennek alapján 800 mg/die dózisú intravénás fluconazole terápiát kezdtünk, melyet a kezelés 7. napján per os adagolásra váltottuk.

A beteg laboratóriumi értékei a kontroll során javulást mutattak. Thrombocytaszáma normalizálódott, CK értéke lecsökkent a normál tartományba. Anaemiáját vörösvértest-koncentrációt transzfúziójával rendeztük. A beteget kielégítő általános állapotban bocsátottuk otthonába, ahol az antimycoticus és az immunosuppresszív kezelést továbbra is alkalmaztuk.

A beteget ezt követően még két alkalommal hospitalizáltuk aktív tünetek, kontrollvizsgálatok elvégzése, valamint anaemiájának rendezése miatt. A megismételt szerológiai vizsgálatok negatív eredménnyel zárultak. A kontroll mellkasröntgen felvételeken érdemi változás továbbra sem volt észlelhető. A steroid és az azathioprin dózisát fokozatosan csökkentettük. Az immunosuppresszióra való tekintettel az antimycoticus terápiát csökkentett dózisban (400 mg/die, majd 200 mg/die) elhúzódoan alkalmaztuk, majd 7 hónap után felfüggesztettük.

Megbeszélés

Esetünkben klinikai tünetek, a laboratóriumi eltérések és a szövettani vizsgálat alapján dermatomyositis diagnózisát állítottuk fel. A beteg fényérzékenysége, Sm pozitívítása pedig *systemas lupus erythematosus-dermatomyositis* overlap szindróma fennállására utalt. A dermatomyositis/polymyositis asszociált overlap szindrómákra jellemzően betegünk tünetei sem merítették ki a társuló SLE diagnosztikus kritériumait. Antiszintetáz szindróma fennállását a jellegzetes antitest hiányában ki lehetett zárni. A bevezetett immunosuppresszív kezeléssel a klinikai kép és laboratóriumi eredmények javulását sikerült elérnünk. A kezelés harmadik hetében, a beteg laboratóriumi értékeiben olyan változások léptek fel, amelyek sepsis fennállására utaltak. Mivel bakteriális eredetet igazolni

nem tudunk, gombasepsis gyanúja merült fel, melyet az elvégzett PCR és szerológiai vizsgálat megerősített.

Dermatomyositisben, a tanulmányok szerint, az esetek 5-46%-ában lép fel intersticiális tüdőbetegség. Az alapbetegség prognózisát és a beteg életkilátásait nagymértékben befolyásolja a tüdő érintettsége, így ennek korai diagnosztikája (légzésfunkciós vizsgálatok, HRCT vizsgálat) nagyon fontos. (11) Esetünkben, sajnálatos módon, technikai okokból és a beteg együttműködésének hiánya miatt nem tudtuk ezeket a lényeges vizsgálatokat elvégeztetni.

Az általunk látott röntgenelváltozás megfelelhet ugyan egy tüdőt érintő, diffúz *Cryptococcus* fertőzés radiológiai képének, de mivel a röntgenkép a sepsis tüneteivel jóval megelőzően már mutatta a fent leírt elváltozásokat ill. a cryptococcosis klinikai és laboratóriumi gyógyulása után érdemi változást nem mutatott, ezért véleményünk szerint a röntgenen észlelt elváltozás inkább az autoimmun alapbetegség részjelenségének tartható, bár a beteg szerológiai vizsgálata nem mutatott Jo-1 pozitívítást. Ezt egyértelműen a szövettani mintavétel döntötte volna el, melyre jelen esetben nem került sor.

A cryptococcosis a dermatomyositis ritka szövődőmánya. A cryptococcosis kialakulására jelenleg a HIV fertőzés a leggyakoribb predisponáló tényező. A *Cryptococcus* infectioban szenvedő egyének 80-90%-a HIV-fertőzött. (6) Nem HIV-fertőzött egyének esetében malignus haematológiai betegségek vagy a hosszan tartó iatrogén immunosuppresszió (szervtranszplantáción átesettek, autoimmun betegségben szenvedők) a fő hajlamossító tényezők.

A fertőzés kapuja nagyon ritkán lehet a bőr, ahol inoculatio útján történik meg a fertőzés. Gyakoribb, hogy a disszeminált fertőzés a bőrt is involválja. A kialakuló kép nem specifikus a betegségre. A bőrtünetek általában papulák, pustulák ill. kifeléyesedő csomók képében jelentkeznek. A leggyakoribb behatolási kapu a tüdő, mely ennek ellenére viszonylag ritkán betegszik meg. A fertőzés maradhat lokalizált, de bizonyos hajlamossító tényezők esetén disszeminálódhat. A disszeminált fertőzés leggyakrabban meningitis, meningo-encephalitis képében jelentkezik, de a tüdő, a prostata, a vesék ill. a csontok megbetegedése is felléphet. (1-4) *Cryptococcus* sepsis ritkán, csak erősen immuncompromittált egyéneken fordul elő és gyakran halálos kimenetelű. Egy tanulmány 52 beteget vizsgált, akik cryptococcaemiában szenvedtek. A cryptococcaemiás betegek 80%-a került septikus állapotba és a betegek 50%-ának volt meningealis érintettsége; 46%-uk volt HIV-fertőzött, 23%-uk részesült hosszan tartó immunosuppresszióban, és 21%-nál észleltek decompensált májcirrhosist mint hajlamossító tényezőt. (7)

Fertőzés esetén a gomba kimutatható az érintett szövetekben vagy a liquorban hisztológiai módszerekkel, speciális festéssel (PAS, India Ink). A gomba könnyen tenyészthető a liquorból, az érintett szövetekből, testváladékokból és cryptococcaemia esetén a vérből. Gyors és specifikus vizsgálat a gomba antigén kimutatására szolgáló szerológiai vizsgálat (latex-agglutinációs teszt, ELISA), melyet a liquorból és a vérből is el lehet végezni.

A cryptococcosis kezelésében alkalmazott antimycoticus gyógyszerek dózisa és adagolásának időtartama függ a fertőzés súlyosságától, a beteg immunológiai statusától és a fertőzés helyétől. Elsőként választandó szer a fluconazole, melyet per os és parenteralis formában is alkalmazhatunk a klinikai képtől függően. A dózis általában 200-400 mg/die. Ha a beteg statusa úgy kívánja, fenntartó fluconazole kezelés válhat szükségessé, melyet akár 6-12 hónapig is folytathatunk. Fluconazole intolerancia esetén itraconazole adható ugyanilyen dózisban. Terápiás alternatíva cryptococcosis kezelésére az amphotericin B (dózisa: 0,5-1 mg/ttkg/die), mely parenteralisan alkalmazható, majd utána fenntartó fluconazole kezelésre váltható. (7)

Egyes tanulmányok szerint a magas dózisu (800-1000 mg/die) fluconazole kezelés hatásosabbnak tűnik a 400mg/die dózissal és a betegek részéről is jól tolerálható. (8, 9)

Esetünket a *Cryptococcus* sepsis ritka előfordulása miatt tartottuk közlésre érdemesnek. Bár immunszupprimált állapotban opportunist fertőzések felléphetnek, *Cryptococcus* sepsis csak ritkán, általában súlyos immunhiányos állapotú betegekben jelentkezik.

Megemlítjük, hogy klinikánkon fordult már elő korábban *Cryptococcus* sepsis tartósan immunszupprimált betegnél. A 36 éves nőbeteg több mint tíz éven keresztül részesült immunsuppresszív terápiában systemas lupus erythematosus miatt. Kezelésének 13. évében bőrén barnásvörös, kifeléyesedő csomók jelentek meg, melyekből szövettani vizsgálattal sikerült kimutatnunk a *Cryptococcus neoformans*-t. A latex-agglutinációs teszt itt is pozitívnak bizonyult. Az elvégzett mellkas CT-n pneumonia volt látható. A beteg a kombinált antibiotikus és antimycoticus kezelés ellenére súlyos septikus állapotba került és sokszervi elégtelenség miatt exitált. Az autopszia ARDS-t, mesangialis sclerotizáló glomerulonephritist, a tüdőben és a bőrben cryptococcosist igazolt. (10)

Eseteinkkel arra hívjuk fel a figyelmet, hogy az opportunist fertőzések immuncompromittált betegekben fatális

kimenetelűek is lehetnek, ám az időben felismerésre kerülő, súlyos fertőzés sikeresen kezelhető.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk a SZTE ÁOK Klinikai Mikrobiológiai Intézet munkatársainak a diagnosztikában nyújtott segítségükért és Dr. Hajdú Editnek értékes tanácsaiért.

IRODALOM

1. Szalka A., Simon Gy.: Az orvosi mikológia gyakorlati kérdései. Golden Book (2000). 197-198.
2. Fungal diseases In: Dermatology (Braun-Falco, O., Plewig, G., Wolff, H. H., Burgdorf, W. H. C. eds.) Springer (2000). 348-349.
3. Hay R. J.: Deep fungal infections. In: Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. (Freedberg, I. M., Eisen, A. Z., Wolff, K., Austen, K. F., Goldsmith, L. A., Katz, S. I. eds.) McGraw-Hill (2003), 2029-2030.
4. Hamill R. J.: Fertőző betegségek: gombák által okozott kórképek. In: Korszerű orvosi diagnosztika és terápia (Tierney, L. M., Jr., McPhee, S. J., Papadakis, M. A. eds.) Melania (2003), 1487-1488.
5. Levitz, S. M.: The ecology of *Cryptococcus neoformans* and the epidemiology of cryptococcosis Rev Infect Dis (1991) 13, 1163-1169.
6. Jean, S. S. és mtsai: Cryptococcaemia: clinical features and prognostic factors. Q J Med (2002) 95, 511-518.
7. Saag, M. S., Graybill, R. J., Larsen, R. A.: Practice guidelines for the management of cryptococcal disease. Clin Infect Dis (2000) 30, 710-718.
8. Duswald, K. H., Penk, A., Pittrow, L.: High-dose therapy with fluconazole > or = 800 mg/day. Mycoses (1997) 40, 267-277.
9. Menichetti, F. és mtsai: High-dose fluconazole therapy for cryptococcal meningitis in patients with AIDS. Clin Infect Dis (1996) 22, 838-840.
10. Szabad G., Oláh J. és mtsai: Cryptococcosis in a patient with systemic lupus erythematosus. Case presentations of the Hungarian Dermatological Society (Chief Ed. Marschalko M.) 2th EADV Spring Symposium 29-31.
11. Fathi, M., Lundberg, I.E.: Interstitial lung disease in polymyositis and dermatomyositis. Curr Opin Rheumatol. (2005) 17, 701-706.

Érkezett: 2006. I. 23.

Közlésre elfogadva: 2006. X. 27.

Megyei Kórház-Rendelőintézet Bőrgyógyászat (vezető főorvos: Török László dr., egyetemi magántanár), Pathológia (osztályvezető főorvos: Cserni Gábor dr.)**, Onkoradiológiai Központ Kecskemét és Daganatpatológiai és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium (vezető főorvos: Szűcs Miklós dr.)***, és Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Alapítvány, Szeged (igazgató: Kálmán Miklós dr.)*****

CD8 pozitív epidermotrop T-sejtes cutan lymphoma, mint a mycosis fungoides CD8 pozitív variánsa

CD8 positive epidermotropic T-cell cutaneous lymphoma as a CD8 positive variant of mycosis fungoides

TÖRÖK LÁSZLÓ DR.* , KRENÁCS LÁSZLÓ DR.**** , KOCSIS LAJOS DR.** , BAGDY ENIKŐ DR.**** , BOLGÁR JENŐ DR.*** ÉS KOMLÓDI JÚLIA DR.*

ÖSSZEFOGLALÁS

33 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél a szövettani, immunhisztokémiai vizsgálatok segítségével CD8+, CD4 negatív T-sejtes epidermotrop lymphomát diagnosztizáltak. Az eset további különlegességét a CD8 molekula alfa/alfa konstellációja jelentette, amelyet eddig még nem írtak le. A klinikai képből a klasszikus mycosis fungoidestől eltérően a nem hámló erythemás, papulo-infiltratív jelenségek domináltak. 3 éves megfigyelés mellett belső szervi részvételt nem találtak, jóllehet a bőrt érintő recidívák egyre gyakrabban és kiterjedtebben jelentkeztek. Felhívják a figyelmet a CD8+ T sejtes lymphomák előfordulására, a heterogén klinikai képükre és prognózisukra, valamint a kezelés nehézségeire.

Kulcsszavak:
CD8 pozitív mycosis fungoides - TCR alfa/béta - CD8 alfa/alfa - indolens lefolyás

A cutan T-sejtes lymphomák döntő többségében a lymphoid infiltrátumot CD3+, CD4+ és CD45RO+ lymphocyták alkotják. Az esetek mintegy 5%-ban, a fenti klasszikus formától eltérően, cytotoxikus CD8+ fenotípussal találkozhatunk. Újabban ismert, hogy a CD8+ T-sejtes lymphomák heterogén klinikai képpel és prognózissal rendelkezhetnek. A következőben egy olyan CD8+ cután T-sejtes lymphomás beteget mutatunk be, amely a klinikum, az immunfenotípus és a molekuláris biológia szempontjából különlegesnek mutatkozott.

Esetismertetés

33 éves nőbeteg, akinek panaszai 1 éve, a terhesség első trimeszterében kezdődtek a jobb lapocka felett lévő, 6 cm nagyságú, elmosódott szélű, halvány vörös, oedemás, papulosus, helyenként crustosus

SUMMARY

The case of a 33-year-old female patient is demonstrated who has been diagnosed with CD8 positive, CD4 negative T-cell epidermotropic lymphoma with the help of histological examinations and immunohistochemistry. The other specialty of the case was the alpha/alpha constellation of the CD8 molecule, which has not been published yet. Apart from the classic mycosis fungoides the non-scaling, erythematous, papulosus infiltrative symptoms dominated the clinical picture. During the 3-year – follow-up internal organ involvement was not found, although, the skin relapses appeared more frequently and more extensively. They call attention to the occurrence of the CD8 positive cutaneous T-cell lymphoma, to their heterogenic clinical pictures, prognosis as well as to the difficulties of the therapy.

Key words:
CD8 positive mycosis fungoides - TCR alfa/ beta - CD8 alfa/alfa - indolent course

felszínű plakk formájában. Később, a szoptatás alatt az első göctől disztálisan egy halvány vörösesbarna, elmosódott szélű, alig infiltrált újabb lézió jelent meg (1. ábra).

Szövettan: Kifejezett epidermotrop tendenciát mutató, konfluáló, dermalis lymphoid infiltráció látható akanthotikus epidermalis hyperplasiával és Pautrier microabscessusokkal, spongiosissal és a papillaris dermisben kifejezett vizenyővel. Mind a dermalis, mind az epidermalis infiltrátum cerebriform magvú hyperchrom sejtekből áll (2. ábra).

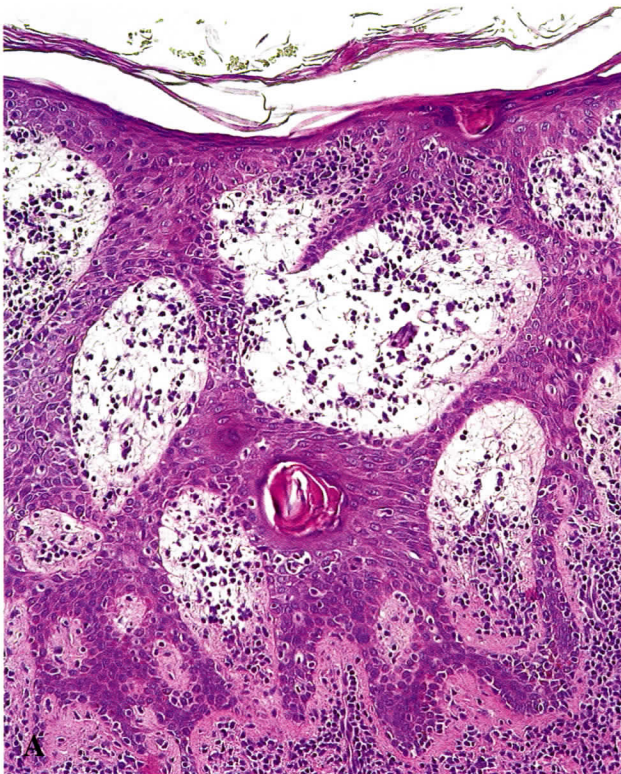
Immunhisztokémia: az infiltrátum sejtjei homogén CD2, CD7, CD8, TIA-1 és granzym M pozitivitást mutatnak, míg CD4, CD56, és granzym B negatívak (3. ábra).

Molekuláris biológiai: A T-sejt receptor gamma gén átrendeződés PCR alapú vizsgálata monoclonális T-sejt populáció jelenlétét bizonyította. Fagyasztott metszeteken végzett fenotípzálás a daganatsejtek TCR béta lánc pozitívítását és a TCR delta lánc negatívítását bizonyította, amely alfa/béta felszíni TCR receptor komplex jelenlétére utalt. Tipizálása során a CD8 alfa lánc mellett a daganatsejteken nem lehetett CD8 béta láncot kimutatni, amely CD8



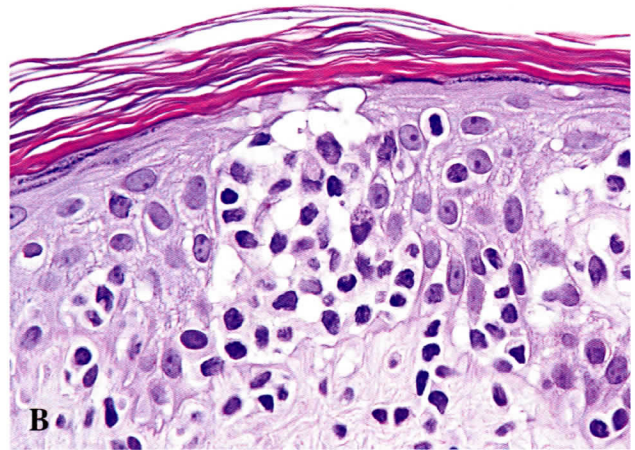
1. ábra

Kissé oedemás erythemás plakkok a hát bőrén



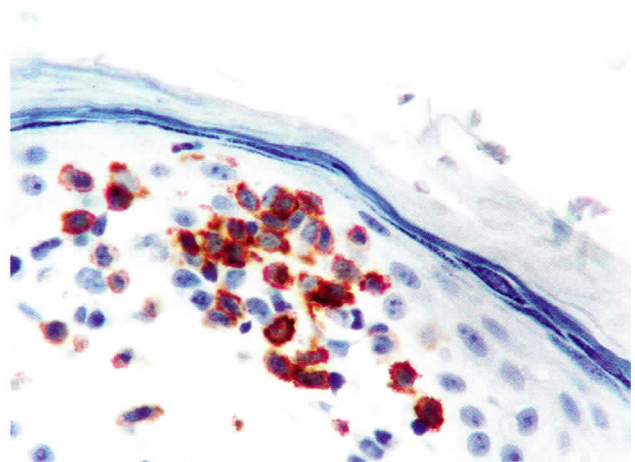
2A. ábra

A hyperplásiás epidermist oedemás papillaris dermis emeli elő. H+E 200x



2B. ábra

Az epidermisbe hatoló lymphoid sejtek Pautrier-féle microabscessusokat képeznek. Az infiltrátum a dermisben összefolyó jellegűt mutat. H+E 400x



3. ábra

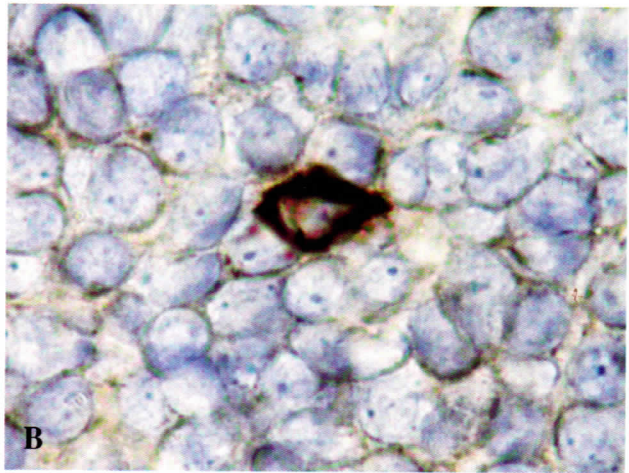
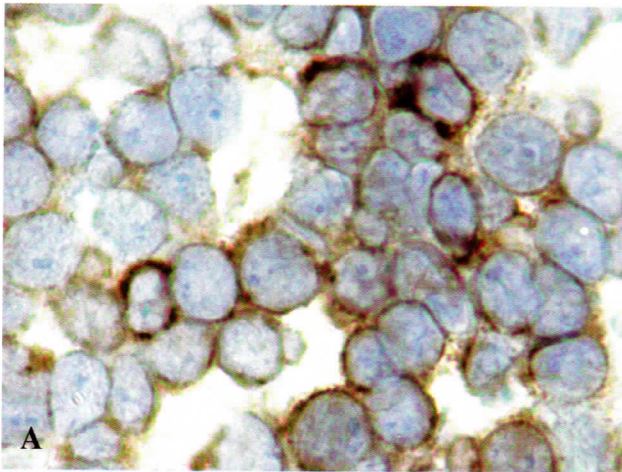
Az epidermotrop lymphomás sejtek CD8 pozitívást mutatnak. DAKO-Envision- peroxidáz módszer. 400x

alfa/alfa homodimer jelenlétére utal (4. ábra). (A konvencionális CD8+ T sejtek általában alfa/béta heterodimert hordoznak.) A fenti különlegességet figyelembe véve diagnózisunk: CD8 pozitív mycosis fungoides, IA stádium, TCR alfa/béta, CD8 alfa/alfa (4, 5. ábra).

Kivizsgálás: Mellkas CT, hasi és hónalji, valamint lágyéki UH és rutin laboratóriumi vizsgálattal csak mérsékelten megnagyobbodott lépét és thymus persistens tudunk kimutatni.

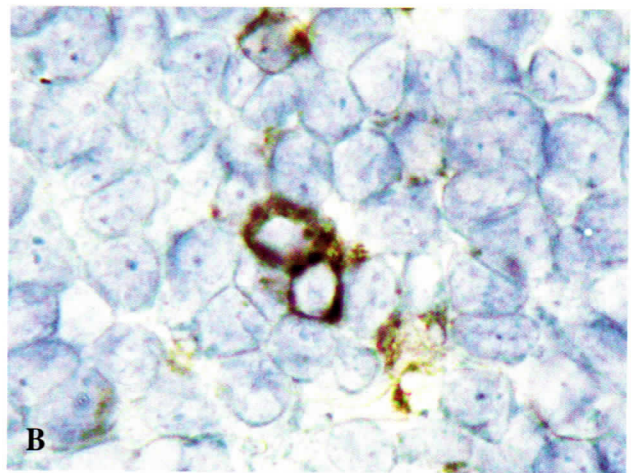
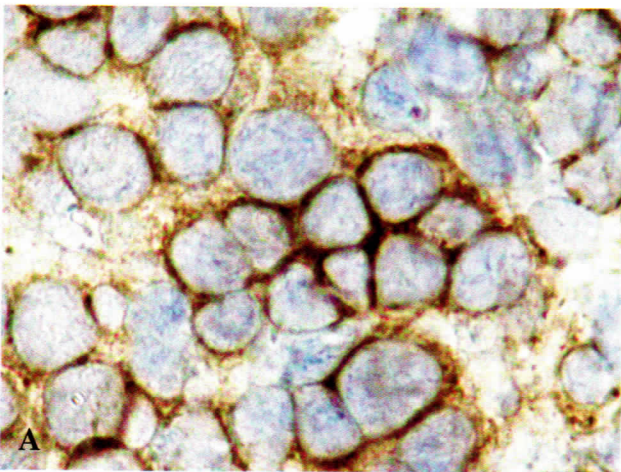
Kórlefolyás, kezelés: A lymphomás góccokra percutan irradációt végeztünk AP háti mezőkből 10 MeV energiájú elektronnal, napi 2GY-s frakciókkal, 40 – 40 GY dózisban, amelyre az infiltrátumok visszafejlődtek. Adjuváns kezelésként kombinált acitretint (40mg/die), PUVA-t és 3x3 millió E/hét interferont alkalmaztunk 3 hónapon keresztül.

Az első relapszus másfél év múlva alakult ki a mons pubison 12 X 2,5 cm nagyságú csíkszerű, nem hámló, erythemás infiltrátum képében (6. ábra). A szövettani vizsgálattal az epidermotrop, folliculocentrikus lymphoid infiltrátum most az előzőnél kifejezettebb volt és kiterjedt a dermis egész részére. Immunfenotípus: CD3, CD5, CD8 alfa, TIA-1 és granzim M pozitívítás, míg a CD4, a CD56 és a granzim B negatívak. Kezelés: a gócra a koráb-



4.A.B. ábra

(A) A lymphomás sejtek TCR béta láncot expresszálnak, amely arra utal, hogy a lymphomás sejtek alfa/béta T-sejt receptor komplexet hordoznak. (B) A TCR béta lánc csak egy-egy kisebb, nem daganatos lymphocytában pozitív. DAKO-Envision-peroxidáz módszer (A) és (B) 1000x



5.A.B. ábra

A lymphomás sejtek homogén CD8 alfa lánc pozitívítást mutatnak (A) míg a CD8 béta lánc csak néhány kisebb, nem daganatos lymphocytában látható. (B) Ez bizonyítja, hogy a CD8 dimert csak alfa láncok alkotják. DAKO-Envision-peroxidáz módszer (A) és (B) 1000x



6. ábra

Az első recidíva erythemás, nem hámló csíkszerű infiltrátuma



7.A. ábra

A második recidíva erythemás papulái és felszínes beszűrődései



B



C

7.B.C. ábra

A második recidíva erythemás papulái és felszínes beszűrődései

bi feltételek mellett elektron-besugárzást kapott 36Gy össz dózisban.

A második relapszus már 3 hónap múlva következett be a bal hónaljban, mindkét mell alatt és a köldökben lévő szintén nem hámló, lividvörös ill. erythemás, papulosus infiltrátumok alakjában (7. ábra). MRTG, hasi, hónalji és lágyéki ultrahang és a rutin laboratóriumi vizsgálattal csak a lágyékhajlatokban észleltünk nem tapintható reaktív nyirokcsomókat.

A relapszus disszeminált voltára való tekintettel beaxoten (150mg/m²) (Targretin) és PUVA kezelést (heti 3X) indítottunk, amely jelenleg is folyamatban.

Megbeszélés

Az új WHO-EORTC cutan lymphoma klasszifikáció, a közelebről nem tisztázott primer cutan perifériás T-sejt lymphomák közül, csak a primer cutan agresszív epidermotrop CD8 pozitív cytotoxikus T-sejt lymphomát különbözteti meg mint provizórikus kategóriát (6, 10). E mellett ismert, mint esetünk is mutatja, hogy vannak olyan CD8 pozitív mycosis fungoides esetek, amelyek indolensek (2, 3, 4, 9). Az eddig publikált esetek klinikailag és patológiailag a következő típusokba sorolhatók: 1. Mycosis fungoides típus, 2. Sezary syndroma típus, 3. Anaplasztikus, nagysejtes CD30+ T-sejt lymphoma típus, 4. Lymphomatoid papulosis típus, 5. Pagetoid reticulosis típus és 6. Rapid, progresszív típus. A leírt CD8 T-sejtes lymphomák mintegy fele a nem agresszív típusba tartozott, amelyek CD8 pozitív mycosis fungoides variánsoknak foghatók fel (7, 9). A cytotoxikus mycosis fungoides rendszerint spontán alakul ki, de gyermekeknél, ahol nem ritka, megfigyelték pityriasis lichenoides krónicából való kifejlődését is (8).

A rapid, progresszív formát generalizált plakkok, papulonodosus, tumorozus tünetek és kifekélyesedés jellemzik, nemegyszer disszeminált, pagetoid reticulosis utánozva. Fontos ismervük továbbá a metasztatikus terjedés szokatlan helyekre, mint a tüdő, herék, központi idegrendszer, szájüreg, míg a nyirokcsomók érintetlenül maradnak. A medián túlélés 32 hónap (1). A progresszív formák kezelésére a doxorubicin alapú kemoterápiát, míg az indolens esetekben a nem-agresszív eljárásokat ajánlják.

Esetünkben a klinikai tüneteket a klasszikus mycosis fungoidestől eltérően a következők jellemezték: viszonylag fiatal életkor, nem hámló, erythemás, papulosus, később papulonodosus tünetek, a relapszusokra való hajlam, amely az egyre gyakoribb, kiterjedtebb és nehezen kezelhető bőr részvételben nyilvánult meg, valamint a belső szervi tünetek hiánya 3 éves megfigyelés idő mellett. A tumor sejtek fenotípusa TCR alfa/béta volt, amelyhez CD8 alfa/alfa konstelláció társult. Ezt a fenotípust a bőrben eddig még nem írták le. Ilyen sejtvonalat egy CD4 pozitív CD8 negatív cután lymphómából experimentálisan tudtak létrehozni, amely a daganatsejtek fenotípusának heterogenitására utal (5).

Esetünk felhívja a figyelmet a cytotoxikus T sejt lymphomák különleges csoportjára, kiemelve egy viszonylag gyorsan progrediáló, bőr részvétellel járó formát. Rámutat arra, hogy vannak olyan CD8 pozitív T-sejt lymphomák, ahol sem a klinikai, sem a szövettani képből, sem az immunfenotípusból nem lehet a későbbi kórlefolyásra következtetni. Ez gyakran csak az egyes betegek megfigyelésével állapítható meg utólag. Hangsúlyozza a szoros követés fontosságát, az agresszívebb kezelések mérlegelését, végül utal az új lymphoma klasszifikáció hiányosságaira is.

IRODALOM

1. *Berti E., Tomasini D.*: Primary Cutaneous CD8-Positive Epidermotropic Cytotoxic T Cell Lymphomas. *Am J Pathol* (1999) 155, 483-492.
2. *Di Lu, Kaushali A.*: Clinical and pathological spectrum of CD8-positive cutaneous T-cell lymphomas. *J Cutan Pathol* (2002) 29, 465-472.
3. *Dippel E.*: Von der Morphologie zur Molekularbiologie: Entwicklungen der Dermatohistopathologie am Beispiel des kutanen T-Zell-Lymphoms. *Akt Dermatol* (2004) 30, 99-108.
4. *Dummer R.*: Junctional CD8+ cutaneous lymphomas with nonaggressive clinical behavior: a CD8 variant of mycosis fungoides? *Arch Dermatol* (2002) 138, 199-203.
5. *Nikolova M., Echchakir H.*: Isolation of a CD8aa+ CD4- tumour T-cell clone with cytotoxic activity from a CD4+ CD8- cutaneous T-cell lymphoma. *Brit J Dermatol* (2003) 148, 24-29
6. *Pauli M, Berti E.*: Cutaneous T-cell lymphomas (including rare subtypes). Current concepts II. *Haematologica* (2004) 89, 1372-88.
7. *Santucci M.*: Cytotoxic/Natural Killer Cell Cutaneous Lymphomas. *Cancer* (2003) 97, 610-27.
8. *Tomasini D., Zampatti C., Palmado G.*: Cytotoxic Mycosis fungoides Evolving from Pityriasis lichenoides chronica in a Seventeen-Year-Old Girl. *Dermatology* (2002) 205, 176-179.
9. *Whittam L. R., Calonie E., Orchard G.*: CD8-positive juvenile onset mycosis fungoides: an immunohistochemical and genotypic analysis of six cases. *Brit. J Dermatol* (2000) 143, 1199-1204.
10. *Willemze R., Jaffe E. S., Burg G. és mtsai*: WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *Blood* (2005) 105, 3768-85.

Érkezett: 2006. IX. 7.

Közlésre elfogadva: 2006. XI. 27.

Felhívás

Kedves Kollégák!

A 2005. évi XCV. Törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről, amely 2006. 01. 01-től hatályos szerint – az orvos gyógyszert csak a forgalomba hozatali engedélyen jóváhagyott és az alkalmazási előírásban szereplő javaslatban jogosult felírni. Ez a törvény jelentősen korlátozza terápiás tevékenységünket. Az MDT vezetőségének felkérésére össze szeretnénk állítani azon betegségek listáját, amelyre nincs indikációban jóváhagyott gyógyszer. Kérem a Kollégákat, hogy segítsék közös munkánkat azzal, hogy ha találkoznak ilyen betegséggel, a betegségnek a nevét küldjék el részemre. A terápiánál vegyék figyelembe mind a belső, mind a külső kezeléseket is, és alapidokumentumként a Gyógyszer Kompendium alkalmazás előírásait használjuk.

E-mail cím: torokl@kmk.hu

Kecskemét, 2007. 01. 24.

Köszönettel, kollegális üdvözléssel:

Prof. Dr. Török László

Miskolc Város Önkormányzat Semmelweis Kórház – Rendelőintézet Bőrgyógyászati Osztály,
Miskolc¹ (osztályvezető főorvos: dr. Károlyi Zsuzsánna)
Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Észak-magyarországi Regionális Intézete,
Mycobacterium Tenyésztő Decentrum² (laborvezető: dr. Puskás Erzsébet)

Sporotrichoid *Mycobacterium marinum* infekció Sporotrichoid *Mycobacterium marinum* infection

KÁROLYI ZSUZSÁNNA DR¹., TÓTH GYÖNGYI DR¹., KÖDMÖN CSABA²

ÖSSZEFOGLALÁS

Mycobacterium marinum az atípusos mycobacteriumok csoportjába tartozó, vízben élő fakultatív, saprophyta kórokozó, mely rendszerint a halakat betegíti meg. Humán fertőzést is okozhat apró hámsérülés nyomán fertőzött halakkal vagy vízzel való kontaktus során. Az infekció elsősorban a kezujjakon alakul ki cutan granulomatosus léziók formájában, adekvát kezelés hiányában a folyamat a nyirokutak mentén proximális irányban sporotrichoid terjedést mutathat, ritkán a mélyebb szöveteket is érintheti tenosynovitist, arthritist okozva. Kezelése nem standardizált, doxycyclin, clarithromycin, fluoroquinolonok alkalmazhatók, terápiarezisztens esetekben rifampicin – ethambutol kombináció eredményes. A szerzők egy 55 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél akváriumtisztítást követően a bal hüvelykujjon és az alkaron sporotrichoid terjedést mutató, a szokványos kezelésre nem reagáló *Mycobacterium marinum* fertőzés alakult ki. A friss szövetmintából a kórokozó kitenyésztett, a rezisztencia vizsgálatok alapján beállított célzott rifampicin – ethambutol kezelés végül a beteg gyógyulását eredményezte.

Kulcsszavak:

Mycobacterium marinum - sporotrichoid terjedés - rifampicin - ethambutol terápia

SUMMARY

Mycobacterium marinum is an aquatic, facultative, saprophyte atypical mycobacterium usually infecting fishes. However, it can also be human pathogen if minor skin injuries are exposed to infected water or fish. The infection generally occurs on the fingers as cutaneous granulomatous lesions, but without adequate treatment it can show proximal sporotrichoid spreading along lymphatic vessels. Rarely the disease can involve deeper tissue layers causing tenosynovitis or arthritis. The therapy is not standardized, doxycycline, clarithromycin or fluoroquinolones can be used, while for therapy resistant cases a combined rifampicin and ethambutol treatment has been shown to be effective.

Authors present the case of a 55-year old female patient, who developed *Mycobacterium marinum* infection of the left thumb and forearm following cleaning an aquarium. The infection showed sporotrichoid spreading and did not respond to conventional treatment. The pathogen was successfully cultured from fresh tissue samples and a specific combined rifampicin and ethambutol treatment, chosen based on the susceptibility results, led to the complete resolution of the skin symptoms.

Key words:

Mycobacterium marinum - sporotrichoid spreading - rifampicin and ethambutol therapy

A *Mycobacterium marinum* (*M. marinum*) az egész világon elterjedt, természetes vizekben, akváriumokban, medencékben élő atípusos mycobacterium, mely elsősorban a halakat betegíti meg. Alkalmanként humán fertőzést is okozhat kontaminált vízzel, vagy fertőzött állatokkal való érintkezés során. A kórokozót 1926-ban Aronson izolálta a Philadelphiai Akvárium elpusztult halaiból. Az első emberi fertőzést csak 1951-ben észlelték a svédországi Orebro uszodájában, innen ered a betegség „swimming pool granuloma” elnevezése is (1). Az infekció apró hámsérülés nyomán, primér inoculatio révén alakul ki, elsősorban a végtagokon. A fakultatív kórokozó patogenitása alacsony, optimális szaporodásához 30-32 °C

szükséges, ezért rendszerint csak felszínes cutan fertőzéseket okoz. Megfelelő kezelés hiányában a folyamat a mélyebb struktúrák felé is terjedhet, sporotrichoid lymphangitis, tenosynovitis és arthritis alakulhat ki (2, 8). Immunszupprimált egyéneknél, elsősorban tartós szteroid terápia alkalmával disseminált fertőzéseket is leírtak (3, 11).

A betegség diagnosztizálása gyakran késik, mert rendszerint szokványos bakteriális infekcióra gyanakodnak, ezért csak rutin bakteriológiai leoltásokat végeznek. A diagnózis felállításához pozitív anamnesis esetén szövettani és PCR vizsgálat, valamint felkészült laboratóriumokban tenyésztéses vizsgálat elvégzése szükséges.

Esetismertetés

Az 55 éves nőbetegnek korábban komolyabb megbetegedése nem volt. 2005 októberében a bal hüvelykujj végpercén a körömágy körül, valamint az ujjbegyen kifejezetten fájdalmas, nyomásérzékeny, livid-vörös plakk alakult ki (1. ábra). Traumára nem emlékezett. Háziorvosa tetracyclin, majd Sumetrolim kezelésben részesítette, de állapota nem javult. 2005 decemberében az alkar feszítő felszínén 2 db, élénkvrös, mogyorónyi fájdalmas nodulus lépett fel (2. ábra), sebészeti, majd bőrgyógyászati szakrendelésen járt, paronychia és lymphangitis diagnózisát állították fel, amoxicillin, majd clarithromycin terápia történt. 2006 januárjában perzisztáló bőrtünetek miatt kérték bőrsztályos felvételét, illetve bőrbioptia elvégzését. Rákérezésre a beteg elmondta, hogy otthonában díszhalakat tart, 2005 szeptemberében végzett utoljára akváriumtisztítást, melynek során sérülést nem észlelt. Bőrstátusz: a bal kéz hüvelykujján a körömágy körül és az ujjbegyen kékes-vörös, indurált, enyhén hámló, nyomásérzékeny plakk. Az alkar feszítő felszínén a nyirokutak lefutása mentén 2 db, mogyorónyi, hyperaemias nodulus. Axillarisan nyirokcsomó nem tapintható.

Rutin laborvizsgálatok: negatívak, Mantoux-próba: normergias, mellkas-rtg. vizsgálat: negatív.

Az alkaron lévő nodulus histológiai vizsgálata (3. ábra): a kimetszett bőrrészlet mély írharétegében epitheloidsejtes granulomatosus reakció, Langhans típusú óriássejtekkel. Sajtós necrosis nem látható. Auramin festéssel kórokozó nem mutatható ki, polarizációs fényben idegen anyag nincs.

A paraffinos blokk PCR vizsgálata (SZOTE Bőrclinika dr. Kiss Mária): Mycobacterium genus pozitív, Mycobacterium tuberculosis IS6110 inszerció szekvencia DNS-re végzett PCR vizsgálata: negatív.

A klinikai tünetek, anamnesztikus adatok, a szövettani vizsgálat során észlelt granulomatosus reakció és a PCR vizsgálat eredménye

alapján atípusos mycobacterium infekció az un. „uszoda vagy akvárium granuloma” diagnózisát állítottuk fel.

Terápia: 2x500 mg ciprofloxacín 6 héten át, melynek során érdemi javulást nem tapasztaltunk.

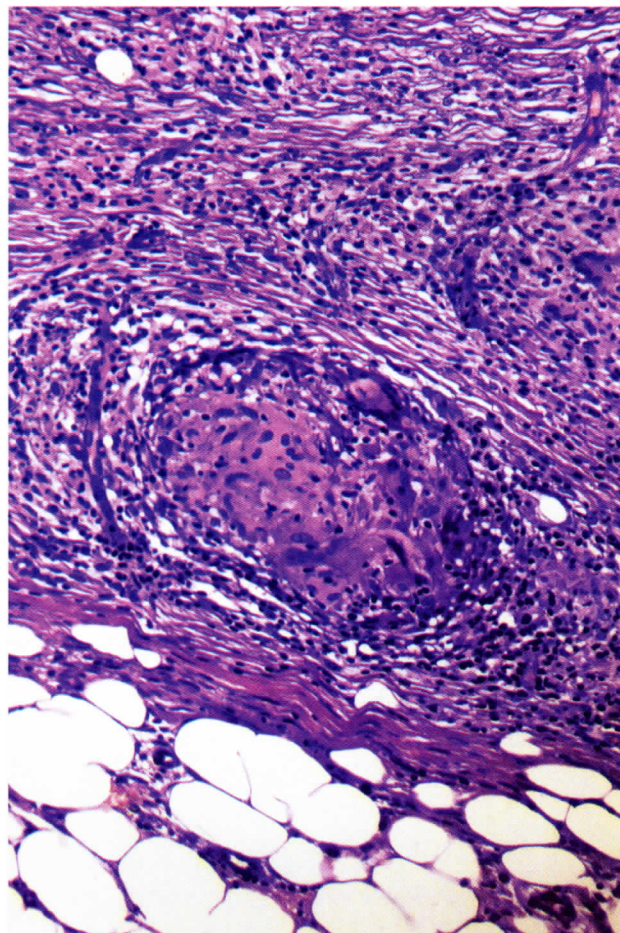
2005 márciusában a terápia rezisztens folyamat miatt rebiopsiát végeztünk és a friss szövetmintát a megyei ÁNTSZ Mikrobiológiai Laboratóriumának Mycobacterium Tenyésztő Decentrumába továbbítottuk.

Mikrobiológiai vizsgálat: a friss szövetmintát fiziológiás só oldatban homogenizáltuk, majd a homogenizátumot NALC-NaOH (N-acetil-L-cisztein-nátrium-hidroxid) módszerrel dekontamináltuk (5).



1. ábra

Livid-vörös, hámló plakk a körömágyon



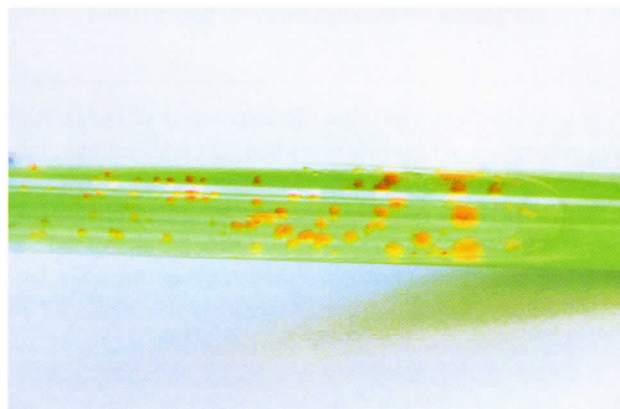
3. ábra

Epitheloidsejtes granulomatosus reakció az írhaban



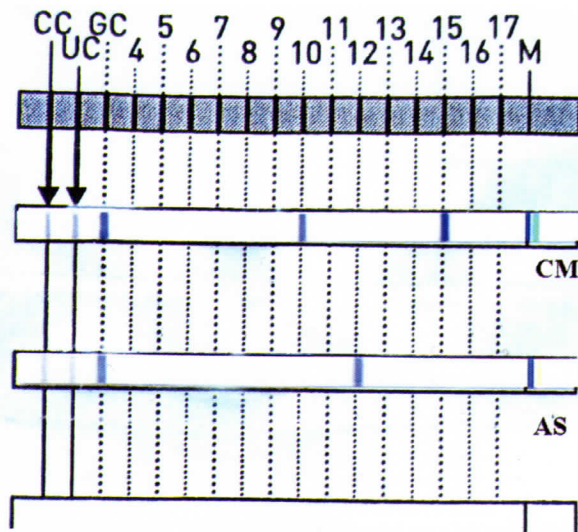
2. ábra

Sporotrichoid terjedést mutató granulomák az alkaron



4. ábra

Mycobacterium marinum photochromogén telepei Löwenstein – Jensen táptalajon



5. ábra
PCR alapú DNS reverzhibridizáció: *M. marinum*

A dekontaminált üledékben Ziehl-Neelsen szerinti festéssel saválló pálcák, Mycobacteriumok voltak láthatók. A dekontaminált üledékből 0,1 ml-t BacTec 12B tápoldatot tartalmazó palackba, valamint 0,1-0,1 ml-t 4 db Löwenstein-Jensen táptalajra oltottunk le. A BacTec 12B palackot és 2 db Löwenstein-Jensen táptalajt 37 °C-on, továbbá 2 db Löwenstein-Jensen táptalajt 32 °C-on inkubáltunk. A BacTec 12B tápoldatban és a 32 °C-on inkubált Löwenstein-Jensen táptalajon a 4. héten, míg a 37 °C-on inkubált Löwenstein-Jensen táptalajon 6 hét múlva volt detektálható növekedés (4. ábra). A 4. héten PCR-alapú DNS-reverzhibridizációval indentifikáltuk a kitenyészett baktérium törzset (5. ábra), így igazolva *Mycobacterium marinum* jelenlétét. A törzs rezisztenciaspektrumát a BacTec 12B gyors, és a hagyományos Canetti-féle proporciós módszerrel is meghatároztuk. A baktérium törzs rifampicinre és ethambutolra érzékeny, míg streptomycinre és INH-ra rezisztensnek bizonyult.

Kezelés: három hónapos kombinált rifampicin-ethambutol terápia után a bőrtünetek regressziója megkezdődött, a teljes gyógyulás kb. 5 hónap alatt következett be.

Megbeszélés

Az atípusos mycobacteriumok csoportjába számos kórokozó tartozik (1. táblázat), közülük a csak néhány species (*M. marinum*, *M. fortuitum*, *M. chelonae*) vált ki halakban és emberben is egyaránt megbetegedést. A fertőzések döntő többségét az aerob, Gram pozitív *M. marinum* okozza. Magyarországon *Lohinai* és munkatársai (7) kö-

I. csoport	III. csoport
<i>M. kansasii</i>	<i>M. avium</i>
<i>M. marinum</i>	<i>M. intracellulare</i>
<i>M. ulcerans</i>	<i>M. xenopi</i>
	<i>M. triviale</i>
	<i>M. terrae</i>
II. csoport	IV. csoport
<i>M. scrofulaceum</i>	<i>M. fortuitum</i>
<i>M. flavescens</i>	<i>M. smegmatis</i>
	<i>M. chelonae</i>

1. táblázat
Atípusos mycobacteriumok

zöltek akvárium halak által közvetített *M. chelonae* infekcióit.

A *M. marinum* édesvizekben és tengerekben az egész világon előfordul. A fertőzés átvitelében a halaknak, csigáknak és egyéb vízi gerinctelen állatoknak van szerepe. A kórokozó a halak minden fajtáját megbetegítheti, de leggyakoribb trópusi akvárium halakban. A tünetmentes baktériumhordozás mellett a halaknál anorexia, noduláris, ulceratív bőrléziók és exophthalmus jelezhetik a mycobacteriosist (9).

Emberben a fertőzés leginkább kontaminált vízzel való kontaktus, vagy halak okozta sérülések által jön létre akvárium tisztítás, halfeldolgozás során. Veszélyeztetett személyek az akvaristák, halfeldolgozók, halászok, állatkereskedők (6, 9). A fertőzés emberről emberre nem terjed.

A *M. marinum* desinficiensekkel szemben relatíve rezisztens, csak magasabb klór koncentráció mellett pusztul el. Vízben, nedves talajban akár két évig is életképes marad, ezért a fertőzés indirekt átvitele is lehetséges. A kórokozó a sérült bőrfelületen hatol be és általában csak lokalizált cutan fertőzést okoz. Ahogy azt saját esetünkben is tapasztaltuk, a betegek sokszor az apró traumára nem is emlékeznek. A fertőzés inkubációs ideje 2-4 hét. Az invázió helyén fájdalmas erythemas plakk, papula, nodule vagy fekély alakul ki. Úszás, fürdőzés során elszenvedett fertőzéseknel a lábfejek, térd- és könyökizületek felett, akvaristáknál a kézfejek, kezujjakon lépnek fel a bőrtünetek. A fertőzés proximalis irányban a nyirokutak mentén továbbterjedhet (sporotrichoid forma). A lymphogén terjedés az esetek 20-25%-ában figyelhető meg (2, 10). Adekvát kezelés hiányában a mélyebb szövetek is érintettek lehetnek, a kialakuló tenosynovitis, bursitis, arthritis, osteomyelitis komoly differenciáldiagnosztikai problémát jelenthet. Számos esetben közölték félrediaosztizált eseteket, amikor is a szisztémás szteroid terápia beállítását a betegség disseminatioja követte (4, 11). Az atípusos mycobacterium fertőzéseket sokszor késve ismerik fel, betegünkben is közel fél év telt el a korrekt diagnózis felállításáig. A betegséget paronychiától, mély gombás fertőzésektől, kőszvénytól, tularaemiától, leishmaniasistól, sporotrichosistól, sarcoidosistól, idegentest granulomától és primer cutan tuberculosistól kell elkülöníteni (10).

A diagnózishoz elengedhetetlen a célzott anamnesis felvétel, valamint a bőrbioptia elvégzése szövettani és tenyésztési vizsgálatokra. A szövettani kép nagymértékben függ az elváltozás korától. Kezdeti bőrléziókban rendszerint megtalálhatók a saválló baktériumok, valamint neutrophil leukocyták és histiocyták. Az idősebb léziókban epitheloidsejtes, granulomatosus reakció látható Langhans típusú óriássejtekkel, elsajtosodás nélkül. A paraffinos blokkból elvégzett PCR technika gyors, megbízható módszer, hazánkban a *Mycobacterium marinum*ra specifikus primer széles körben még nem érhető el, ezért PCR vizsgálattal kizárás alapon csak az atípusos mycobacterium

jelenlétét lehet igazolni. A definitív diagnózis felállításához feltétlenül szükséges a kórokozó Löwenstein-Jensen táptalajon történő kitenyésztése. Erre csak speciálisan felkészült laboratóriumokban van lehetőség. A tenyésztéses vizsgálat hosszadalmas és az eseteknek kb. 70%-ban eredményes. A kórokozó, mivel elsősorban a hidegvérűekhez adaptálódott, kb. 30-32 °C-os hőmérsékleten szaporodik jól, táptalajon kb. 3-4 hét alatt nő ki. A baktérium photochromogén, vagyis sárgásfehér telepei fény hatására narancssárgává színeződnek (1).

A *Mycobacterium marinum* fertőzés terápiajában a legfőbb problémát az jelenti, hogy a kezelése nem standardizált (2, 4, 6). Spontán gyógyulás alkalmanként előfordul, antibiotikumok beállítása azonban mindenképpen indokolt a mély szöveti invázió meggátlására. Tetracyclineket, clarithromycint, azithromycint, trimethoprim-sulfamethoxazol és quinolonokat ajánlanak 4-8 héten, esetleg hónapokon át. Leghatékonyabbnak a minocyclint tartják, a szer azonban hazánkban nincs törzskönyveztve. A terápia rezisztencia gyakori, ilyen esetekben rifampicin – ethambutol kombináció lehet eredményes. A kórokozó streptomycinre és INH-ra rendszerint rezisztens, ezért adásuk empirikus alapon nem ajánlott. A szteroid terápiaát kerülni kell a szisztematizáció kockázata miatt (3).

Betegünknel a sporotrichoid terjedést mutató bőrfolyamat a szokványos, az irodalomban ajánlott antibiotikus kezelésekkel szemben rezisztensnek bizonyult. A hatékonynak gondolt antibiotikumok közül betegünk hosszan tartó tetracyclin, clarithromycin, sulfonamid és ciprofloxacinnal terápiaiban részesült, ezen kezelések ellenére a kórokozó a friss szövetmintából még kitenyészthető volt. Gyógyulást csak a rezisztencia vizsgálatok alapján beállított, hosszantartó, célzott rifampicin – ethambutol kezeléssel sikerült elérnünk. Bár az atípusos mycobacterium fertőzés gyors diagnosztizálását gyanú esetén a szövettani

és PCR vizsgálat lehetővé teszi, esetünk azt példázza, hogy a hatékony terápia megválasztásához bizonyos esetekben a tenyésztéses és rezisztencia vizsgálatok elvégzésére is szükség van.

IRODALOM

1. Angelini G., Bonamonte D.: Aquatic dermatology. Springer – Verlag Italia, Milano 2002. p. 136-143.
2. Bormann G., Marsch W. C.: Sporotrichoid atypical mycobacterial Infections. Antibiotic monotherapy. Hautarzt. (2004) 55 (3), 292-5.
3. Ho P. L., Ho P., Fung B. K. és mtsai: A case of disseminated Mycobacterium marinum infection following systemic steroid therapy. Scand J Infect Dis. (2001) 33 (3), 232-3.
4. Janik J. P., Bang R. H., Palmer C. H.: Successful treatment of Mycobacterium marinum infection with minocycline after complication of disease by delayed diagnosis and systemic steroids. J Drugs Dermatol. (2005) 4 (5), 621-4.
5. Kent P. T., Kubica G. P.: Public health mycobacteriology. A guide for the level III laboratory. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control. 1985.
6. Leuenberger R., Bodner T.: Clinical presentation and therapy of Mycobacterium marinum infection as seen in 12 cases. Dtsch. Med Wochenschr. (2000) 125 (1-2), 7-10.
7. Lohinai Gy., Dávid S., Fodor T. és mtsai: Mycobacterium chelonae fertőzés. Bőrgyógy Vener Szle. (2000) 76, 161-163.
8. Powers R., Fischer M.: Images in clinical medicine. Tenosynovitis due to Mycobacterium marinum. N Engl J Med. (2004) 351 (9), 911.
9. Schmoor P., Descamps V., Bouscarat F. és mtsai: Tropical fish salesmen's knowledge and behaviour concerning „fish tank granuloma”. Ann Dermatol Venereol. (2003) 130 (4), 425-7.
10. Szolnoky Gy., Kovács R., Kiss M. és mtsai: Sporotrichoid atípusos mycobacterium fertőzés: a diagnózis megerősítése PCR technikával. Bőrgyógy. Vener. Szle. (2002) 78 (3), 119-121.
11. Streit M., Bohlen L. M., Hunziker T. és mtsai: Disseminated Mycobacterium marinum infection with extensive cutaneous eruption and bacteremia in a immunocompromised patient. Eur J Dermatol (2006) 16 (1), 79-83.

Érkezett: 2007. I. 19.

Közlésre elfogadva: 2007. I. 31.

*Baranya Megyei Kórház Bőr és Nemibeteg Gondozó Intézete, Pécs
(intézetvezető főorvos: Dr. Várszegi Dalma)*

A Baranya Megyei Bőr és Nemibeteg Gondozó Intézet története

The history of the Dermatovenerological Health Care Institute of Baranya County

I. rész. A megye egészségügyének fejlődése I. The development of the public health of the county

FAUST FÜLÖP DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerző ismerteti az egészségügy kibontakozását Baranya megyében. A XI-XII. században a megye fokozatos fejlődésének köszönhetően különböző szerzetesrendek telepedtek le. Az általuk létesített kórházat Szent Bertalanról nevezték el, és 1367-ben a kórház területén alapították meg az első magyar egyetemet. 1686-ban szabadult fel Pécs városa a török megszállás alól. A volt dzsámi melletti török dervis kolostor épületét az 1713. évi pestis járvány idején kórházi célra engedték át a városnak. A XIX. század második felében a kórház elindult a fejlődés útján. A dermatológiai kórképek felismerésének, eredményes kezelésének köszönhetően a dermatológia önállósodott és 1896. január elsejével kialakításra került a bőrgyógyászati osztály. Az osztály orvosai a fekvő betegek ellátása mellett az ambulancián látták el a megye járó betegeit.

Kulcsszavak:

A betegellátás fejlődése - Az osztály kialakítása

SUMMARY

The author reports on the development of health care in Baranya county. During the 11th and 12th century different monastic orders settled here due to the gradual development of the county. They named the hospital they had established after St Bartholomew. They also founded the first Hungarian university on the grounds of the hospital in 1367. In 1686 the city of Pécs was liberated from the Turkish occupation. The building of the Turkish dervish monastery next to the one-time mosque was yielded to the city for the purpose of hospital during the 1713 epidemic of the plague. In the second half of the 19th century the hospital started to develop vigorously. Owing to the perception and successful treatment of skin disease entities the dermatological ward was called into being on 1 January, 1896. The specialists of the ward attended the out-patients as well as the bed-patients of the county.

Key words:

The development of medical health care - The dermatological ward

Az emberiség kultúrtörténetének elejétől maradtak fenn adatok a bőrön megjelenő kóros tünetekről. A régmúltban csak a bőrbetegségek tüneteinek ismerete adhatott lehetőséget arra, hogy a gyógyítással foglalkozók a szervezet kórfolyamatait tanulmányozzák. Így érthető, hogy a bőr volt az orvoslással foglalkozók első „tankönyve”, atlasza, ahogy ezt a bibliai leírások és ókori írott leletek egyaránt tanúsítják.

Legismertebb a Kr. e. 1550-ből származó un. Ebers-papirusz, ezen a papirusztekercsen 18 bőrbetegséget írtak le. A római Celsus (Kr.e.20-Kr.u.40.) „De medicina” című műve teljes egészében megmaradt és a nyolc könyvből a hatodik foglalkozik egyebek mellett a bőr betegségeivel (22, 41).

A Kárpát-medence területét ősidők óta különböző népek lakták. Időszámításunk előtt fél ezer évvel a Dunától nyugatra kelta és illír népek éltek. A terjeszkedő Római

birodalom e népeket hódította meg. 400 éves uralmukat a népvándorlás népei váltották fel; a hunok, germánok után avarok telepedtek le, akiknek birodalmát Nagy Károly (742-814) hadai zúzták szét. Majd Szvatopluk morva fejedelem és a germánok között folyt a harc Pannonia földjéért, melyet végül a magyar törzsek foglaltak el (24, 40). E törzsek 899-ben érkeztek a Mecsek aljára. Botond törzse 900-ban telepedett le területünkön.

Szűkebb hazánk Baranya megye székhelye kialakulását a Mecsek hegység védelmének és kedvező földrajzi fekvésének köszönhette. A letelepedőknek biztos megélhetést jelentett, mely a terület gyors fejlődését biztosította. Már a pannon-kelta népek fallal és vizesárok-körülvevett várat

építettek itt. A római korban a Traianus császársága alatt létesült város elnevezése Sopianae, mely alsó Pannonia Valeria tartomány székhelye volt. Itt haladt át a Római Birodalom egyetlen a Dráván átkelő észak-déli útvonala (Pécs – Eszék), mely hozzájárult a kétezer éves város fejlődéséhez (3, 4, 24, 40). A XI. században fordult elő először a „Pécs” elnevezés egy oklevélben. Egy-két évszázad alatt az ország legnagyobb városává fejlődött és Baranya megye az ország legnépesebb vármegyéje lett (2).

Szent István király 1009-ben püspökséget alapított a városban, mely ettől az időtől a magyar keresztény kultúra egyik bástyája lett. A gyors fejlődés következményeként különböző szerzetes rendek telepedtek ide, és 1181-ben érkeztek Pécsre az ispotályosok* (3). Korhú okiratok szerint 1182 után Pécssett egy ispotály létesítéséről történt többször említés. A mai Belvárosi templom helyén állt plébánia anyagi lehetőségei módot adtak az ispotályosok vezette kórház működtetésére. A kórházat Szent Bertalanról nevezték el, és Pécssett a mai Király u. 44. számú telken működött (jelenleg Széchényi I. gimn.- Lyceum templom).

A kórház területén 1367-ben alapította *I. Lajos* (Nagy Lajos 1321-1382) az első magyar egyetemet, melyet ekkor a Jeruzsálemi Szent János lovagrend tartott fenn, és Szent Erzsébetről nevezték el (25, 45). A megye és a város lakóinak betegellátása a kor európai országaiban uralkodó egészségügyi állapotokkal azonos szintet mutatott. Az egyház által létesített és működtetett ispotályok a rászoruló betegek ellátása mellett szegényházi feladatokat is betöltöttek. A gyógyítás korabeli lehetőségeinek és ismeretszintjének megfelelően a legkülönbözőbb betegségeken szenvedők vegyes elhelyezést kaptak a csupán gondozásra szoruló elaggottakkal együtt. Ez alól csak a pestises betegek voltak kivételek (21).

A XV. század végén a pestis mellett egy új rettegett fertőző betegség jelent meg. VIII. Károly francia király zsoldos serege 1495. februárjában elfoglalta Nápolyt. A győzelmet 80 napig tartó tobzódás követte (23). Ekkor robbant ki a syphilis járvány, mely egyaránt sújtotta a polgári lakosság minden rétegét és a megszálló katonaságot. Ezt követően a mintegy 40 000 főnyi zsoldos sereg fejvesztetten menekült Nápolyból és szétszóródott Európában, és a betegséget hihetetlen gyorsasággal terjesztették el Európa országaiban.

E betegség gyors terjedése nagy vitát váltott ki az orvosok között, mind eredetét, mind kórokozóját és kezelését illetően (23, 25).

A betegség kezelésével kapcsolatos eljárások erre a kora jellemzőek: 1508-ban került Európába a *Guaiac-fa*, valamint a *Sassafras*. E növényekből készült teák hatása megfelelt a kor méregtelenítési elméletének: izzadást, vizelethajtást, hasmenést okoztak. Nagy mennyiség fogyasztása esetén a szervezet átmosását, vagyis a vér meg-

tisztítását remélték tőlük. Ma talán természetesnek tűnik, hogy nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. A későbbiekben megkísérelték a higany kezelést. Először gőzöléssel és kenőcs formájában alkalmazták mindaddig, amíg a beteg a higanymérgezés tünetei (nyálcsurgás, hasmenés, cachexia stb.) be nem állottak. Később az úgynevezett Barbarossa-féle, *higany* tartalmazó pirula formájában alkalmazták (19).

Nyugat-Európában a nagyszámú halálos áldozat miatt a betegség elleni társadalmi fellépést kizárólag a kór terjesztőinek tartott prostituáltak és idegenek elkülönítésében látták. Franciaországban az 1498-ban kiadott rendelkezés értelmében halálbüntetés terhe mellett minden beteg idegennek 24 óra alatt el kellett hagynia Párizst. Több európai állam hasonlóan rendelkezett, így az országutak Párizstól Bécsig stb. megeltek üldözött ragályt terjesztő betegekkkel.

A helyzet nem volt jobb hazánkban sem. *Brambilla* és *Etienne* főorvosok már 1784-ben országos csapásról beszéltek. „A bécsi nép söpredékének” és 1752-1769 között a bécsi koldusokat, kéjनोंket és dologtalanokat egyszerűen összefogták és Győrbe, Komáromba, Temesvárra, vagy a Bánátba szállították. Az ilyen u. n. Wasserschub-ok évenként kétszer, hajókon történtek 150-300 emberrel (39).

A syphilis elterjedésével egyidejűleg hasonló pusztítást jelentett a magyarság számára 1526-tól a török veszedelem. A törökök 1529-ben Pécs városát teljesen felégették, és végigdúlták, de nem foglalták el. Másodszor 1541-ben támadták meg, ekkor Athynai Simon a vár kapitánya a támadást visszaverte. A törökök 1543 nyarán Szulejmán vezetésével nagy sereggel újból közeledtek Pécs felé. A nagy túlerő miatt a támadás visszaverésének nem volt esélye, a város lakói és vezetői elmenekültek. A törökök a várost elfoglalták és letelepedtek. A magyar lakosság csak a városfalon kívül élhetett. Ezekre a családokra olyan embertelen fejadókat vetettek ki, amit legtöbben nem tudtak megfizetni. A magyar lakosság fokozatosan elszegényedett és elmenekült.

1686-ban a száznegyvenhárom évig tartó török uralom véget ért és a vert sereg az elvonulásuk közben Baranya megyében még 500 falut felégették. 1543-1686 közötti török uralom idején a lakosság egészségügyi ellátottságáról feljegyzés nem található (4). Távozásuk után sem orvos, sem kórház nem maradt a megyében.

A Megyei Kórház mai helyén – Szentkirályi István pécsi történész szerint – a XVI. század elején a Szentlélekről elnevezett apácák zárdája állt (21, 46). A XVI. század második felében a törökök itt építették fel Jakováli Hasszán pasa dzsámiját, amely – csekély átalakításokkal – ma is helyén áll. *Evlija Cselebi* útleírásában megemlítette, hogy dzsámihoz iskola és kolostor is tartozott, amely a dzsámi-val összefüggésben épült. 1686-ban Pécs város török megszállás alól felszabadult. A dzsámi és a kolostor területe – mint majorság – a pécsi püspökség tulajdonába került, amely a dzsámit keresztény kápolnává alakította át. A török hódoltságot követő években a megfogyatkozott lakosságnak sem kórház, de még orvos sem állt a rendelkezésére. A gyógyító munkát a seborvosok és borbélyok

* Amalfi város kereskedői 1070 körül Jeruzsálemben a beteg zarándokok ápolására alapították meg a Szent János kórházat (*ispotályosok*, Johannita rend, Szent János keresztések, stb.), II. Géza király (1141-1162) idején jelentek meg Esztergomban, majd további rendházak, kórházak létesültek hazánkban és Szlavóniában.

végezték. 1712-ben gróf *Nesselrod Ferenc* (1652-1737) pécsi püspök (1703-1732) mint a nemes vármegye főispánja – meghívta *Maximilian Joseph von Minzenriedt dr.*, s megbízta őt a betegellátás irányításával. Első dolga volt az Egészségügyi Tanács megszervezése, mert ebben az időben ismételtén visszatérő járvány volt a pestis. Az 1713. évi pestis járvány idején a kórházat a püspök majordórában rendezték be a volt török dervis kolostor helyén. A püspök a járvány idejére csak a helyiségeket engedte át a kórháznak, a berendezésről a város gondoskodott. Dr. Szabó Lajos kutatásai szerint az újonnan megalakult Városi Egészségügyi Tanács 1713. november 16-án engedélyezte, hogy a járvány szüntével megüresedett kórházi ágyakra más betegeket is fektethetnek (46). Így a pestis járvány miatt kialakított ideiglenes kórházat nem szüntették meg, hanem azt – az 1714. évtől kezdve – a betegek és sínylődők elhelyezésére vették igénybe és fejlesztették tovább (21).

A kórház ettől az időtől kezdve a város betegeinek gyógyítását is szolgálta. A létesítmény sorsa a későbbiekben az alábbiak szerint alakult:

A levéltári feljegyzések szerint már 1722-ben Kórház utcának nevezték a mai Garay utcát. A város évekig szorgalmazta az állandó kórház létesítését, de erre csak 1731-ben került sor. Ez az 1714-ben létesített kórház helyén felépített, 50 fő beteg befogadására alkalmas földszintes épület volt.

1780-ban Mária Terézia uralkodása alatt Pécs szabad királyi város lett és a kórház a város tulajdonába ment át (3). Ugyanakkor az 50 ágyas földszintes épületet egyemeletesé alakították át (1. ábra).

A bőr- és nemi betegeket is a Városi Kórházban gyógyították. Az 1845-ben kiadott Baranya vármegye Orvosi helyirata szerint a pécsi kórházban 10 év alatt gyógyított betegségek a következők voltak: Bujasenyv, Sorvadás, Köszvény, Fekélyek, Vízkór, Különféle lázak, Aggaszály.

A felsorolás első helyen említi az ún. bujasenyves betegséget. Ezt támasztja alá, hogy „A városi pénztár az alapítványokon keresztül történt támogatáson felül 440 pengő forinttal segíti évenként újabb időkben, mivel a városi bujasenyvesek itt orvosoltatnak” (21).

A következő évtizedekben is nagy problémát jelentett a



1. ábra

A városi kórház I. emeletes épülete

nemi betegek nagy száma. A földművelési, ipari és kereskedelmi minisztérium egészségügyi osztálya nevében Bugát Pál (1793-1865) az egészségügyi osztály vezetője rendelkezést adott ki a bujasenyv leküzdésére az 1848-49-es szabadságharc idején. Célul tűzte ki, hogy „homentő harcosaink egészségi s férfias erejét” megvédjék. A kéjhölgyek vizsgálatán, ellenőrzésén, nyilvántartásán és a velük való bánásmódon kívül, a kórházi ellátásra vonatkozó intézkedésekről is szólt, többek között arról, hogy a kórházban elkülönítve legyenek, s a férfiakkal semmi érintkezésbe ne kerülhessenek, illetve a kankehes vagy takáros (nemi betegek) személyek míg meg nem gyógyulnak a kórházból el ne bocsáttassanak(47).

Az általános ápolási körülmények javítására *Scitovszky János* (1785-1866) püspök javaslatára 1855-ben a Szent Vincéről elnevezett apácarend nővéreit telepítette át Grazból Pécsre (48).

1857 fordulópontot jelentett a kórház történetében, mivel közkórházi címet és jelleget kapva már minden beteg ellátott lakóhelyre és vallásra való tekintet nélkül. Ebben az évben a kórház udvarán egy földszintes vályogfalú épületet emeltek az úgynevezett szegényházi betegek céljára, akik eddig a kórházi betegek között feküdtek. 1858-ban a kórháztelken, a Rákóczi úti kapu és a volt dzsámi között, felépült a Rudolfineumnak nevezett épület, amely árvaházi célokat szolgált.

Jelentős előrelépés volt, amikor 1869-ben a kórház épületére felhúzták a második emeletet. Az így kialakult 100 ágyas kórház osztályos bontás nélkül működött (2. ábra). Ezt követően 1873-ban nevezték ki *Dr. Schwartz Frigyes* járványorvost tiszteletbeli kórházi főorvosnak (48). A kórház betegségi törzskönyve szerint a bőr és nemi betegeket



2. ábra

A kétemeletes városi kórház

a fertőző betegek között helyeztek el és tartották nyilván. Abban az időben a beteg forgalom 40,6%-a fertőző beteg volt és e kórképek előfordulása a következőképpen festett (1. táblázat): Feltűnő, hogy sok a nemi betegek száma; 647 betegből 151 főt tesznek ki (1). 1878-ban nevezték ki *dr. Erreth Lajos* sebészt a kórház igazgatójává, aki nagy lelkesedéssel és hozzáértéssel kezdett a kórház fejlesztéséhez, majd 1879-ben *dr. Schwarcz Frigyes*t kinevezték főorvosnak (48). 1885-ben a régi kórházépületet renoválták. Ugyanekkor a teleknek a mai Szendrey Júlia utca felőli oldalán szegényház építésébe fogtak, amely 1891-re készült el. (Ebben volt a későbbiek során a Központi Laboratórium és több szakrendelő.) 1894-ben az udvar déli részén nyílt meg a ragályos és fertőző betegek egyemeletes épülete A fertőző betegek átköltöztetésekor a nemi betegeket a régi épületben hagyták. Részükre kialakították a bujakóros osztályt, és megbízták *Dr. Kaufér Mór* osztályorvost a vezetésével (48). A már meglévő épületekhez csatlakoztatva – a Garay J. és Szendrey Júlia utcák által keretezett telekhatáron az új főépület felépítésébe kezdtek. 1895-ben készült el az új kétemeletes főépület, melyben 108 belgyógyászati- és sebészeti ágy állt a gyógyítás szolgálatára: A kórház összes ágyszáma 264 volt.

Az ápolási feladatokat ekkor már a korábban említett Szent Vince apáca rend 26 nővére végezte. Rajtuk kívül 5 férfi és 3 ápolónő teljesített szolgálatot (48).

Betegség	1873	
Váltóláz	133	20,5%
Tüdőlob	121	18,7%
Bujakór	103	15,9%
TBC	100	15,4%
Gonorrhoea	48	7,4%
Typhus abdom.	47	7,3%
Cholera	34	5,2%
Rüh	15	2,3%
Orbánc	13	2,0%
Himlő	15	2,3%
Sepsis	3	0,46%
Condyloma	9	1,13%
Vérhas	2	0,3%
Vörheny	2	0,3%
Heveny bélhurut	2	0,3%

1. táblázat

A fertőző betegek megoszlása 1873-ban

A dermatológia fejlődésével, integrálódásával kapcsolatos számos külföldi példa, valamint a bőr- és nemi betegek ellátásával kapcsolatos számos megoldatlan helyi kérdés vezetett oda, hogy a XIX sz. végére, 1896. január elsejével *Dr. Kaufér Mór* főorvost az újonnan kialakított *Bőrgyógyászati osztály* élére kinevezték megbízott osztályvezetőnek (48).

Az alábbiakban beszámolót adunk az osztály vezetőiről, az osztály sorsának a későbbi évtizedekben végbement alakulásáról:

A bőr- és nemi betegek részére kialakított osztályt az alábbiak szerint helyezték el: A Garay utcai északi szárnyon, elzárt folyosón belül volt két kisebb és két nagyobb kórterem a bujakóros férfiak számára, összesen 32 ágygal. A keleti szárnyon (4. ábra) az I. emeleten egy 18 ágyas férfi bőrgyógyászati kórterem működött. A II. emeleten, a keleti szárnyon három 12 ágyas kórteremben a női bujakóros betegeket ápolták 36 ágyon szeparáltan (48).

Dr. KAUFÉR MÓR (1859-1918) Pécsen 1859. július 30-án született s itt végezte iskoláit. Orvosi diplomáját „Egyetememes orvosi tudományok”-ból Bécsben szerezte 1883-ban (5. ábra). 1882. október 1-től 1887-ig tényleges katonai szolgálatban lévő császári és királyi ezredorvos volt. 1887. március 1-től 1889. február 26-ig gyakorló-orvosként működött s 1889. március 1-től a pécsi városi közkórházban végleges másodorvos kinevezést kapott. 1891. április 15-vel kinevezték a fenti állás mellett az akkor kialakított városi kórházi szakrendelőbe. 1893-ban osztály vezető orvossá léptették elő. 1894-ben megbízták a belgyógyászati munka mellett a bujakó-

1895-re a fejlesztések eredményeképpen az alábbi kórházi osztályokat alakították ki:

Osztály	vezető főorvos	főorvos helyettes	másod orvos
Sebészet	Dr. Erreth Lajos ig.		Dr. Schmidt Antal
Belgyógyászat	Dr. Schwarcz Frigyes	Dr. Pick Ignác	Dr. Bokor Emil
Szülészet	"	"	"
Szemészet	"	"	"
Bujakóros oszt.	Dr. Kaufér Mór		Dr. Kenessey Aladár



3. ábra

Az orvosi kar 1895-ben

Állnak balról jobbra: Dr. Pick Ignác, Dr. Schmidt Antal, Dr. Bokor Emil.
Ülnek balról jobbra: Dr. Schwarcz Frigyes, Dr. Erreth Lajos,
Dr. Kaufér Mór



4. ábra

A kórház keleti szárnya (A XX század első harmadában)

ros osztály vezetésével. Fizetését 200 forinttal megemelték. 1896. január 1-vel kinevezték megbízott osztályvezetőnek a kialakított bőrgyógyászati osztályra.

1898 májusában dr. Schwarcz Frigyes (46) halálával a belgyógyászati osztályvezetői állás megüresedett és ekkor az osztályt két részre osztva Dr. Kaufer Mórt az „A” osz-



5. ábra
Dr. Kaufer Mór

tály vezető főorvosává nevezték ki. Majd 1901. január 09-én a megüresedett a Városi Kórház igazgatói állásra kapott kinevezést (12).

Dr. PICK IGNÁCZ (1845-1909) Kalocsán született 1845. február 1-én s itt folytatta tanulmányait. 1896. június 11-én kapta meg Bécsben „Orvostudori” oklevelét (6. ábra).

1869-89 között orvosi magángyakorlatot folytatott. 1889. március 1-vel a pécsi városi közkórházban másodorvossá nevezték ki. 1891 április 15-vel TB főorvosi megbízást is kapott és a kórházban kialakított szakrendelésen is rendelt (45). 1896-ban a belgyógyászati osztályon főorvos helyettesi kinevezést kapott. 1897-ben szülésmesteri és novemberben sebésztudori minősítést szerzett. Ezt követően 1898. május 6-tól, kinevezték a bujakóros osztályra osztályvezető főorvosnak. Vezetése alatt az osztály sokat fejlődött. 1908-ban ment nyugdíjba.

Dr. BAHULA JÓZSEF (1865-1918) 1865. augusztus 29-én született. Az egyetemet Budapesten végezte. 1892 december 24-én kapott egyetemes orvostudori oklevelet. A kórházi gyakorlatot Budapesten a Rókus Kórházban végezte 1893-ban. 1893. április 24-től TB. városi kerületi orvos. 1894. november 1-én Tisztiorvosi minősítésről kapott bizonyítványt. 1895 december 31-től 1900 január 1-ig tartalékos honvéd segédorvos volt.

1901 január 15-től a pécsi városi közkórházban másodorvosi kinevezést kapott. Dr. Pick Ignác mellett a bőr- és bujakóros osztály orvosa volt 9 évig. 1909-ben a buja-



6. ábra
Dr. Pick Ignác

kóros és bőrgyógyászati osztály osztályvezető főorvosává nevezték ki. A kórházi munka mellett a Munkásbiztosító pénztár igazgató főorvosi munkakört is ellátta (46).

A XX. század elején a bőr és bujakóros betegek adták a kórház betegeinek 32 %-át. Az 1914-ben kitört I. világháború alatt következményes módon megemelkedett a nemi betegek száma. Ennek az országos problémának a megoldása érdekében kormánybiztos kinevezését tartották szükségesnek 1916-ban. Baranya megyében a helyzet később

súlyosbodott, mivel itt a világháború végét követően még évekig tartó szerb megszállás követte. A megnövekedett betegforgalom miatt Dr. Bahula József osztályvezető főorvos mellé felvételt nyert az osztályra dr. Magay Pál, majd 1917-ben dr. Jobst Pál másodorvos.

IRODALOM

lásd a IV.- rész végén.

I. A megye egészségügyének fejlődése

HAZAI HÍREK

A Magyar Dermatológiai Társulat Kontakt Dermatitis Munkacsoportja 2006. évi tudományos és vezetőségválasztó ülését 2006. december 1-jén a SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikán tartotta meg.

A tudományos program előadásai a következő szakmai témákat értékelték: „Metodikai kérdések és válaszok”, beszámoló az European Society of Contact Dermatitis 2006. üléséről (dr. Temesvári Erzsébet), 2005. évi foglalkozási bőrbetegségek bejelentésének értékelése (dr. Kohánka Valéria), kontakt ekzema-pruritus (dr. Nebenführer László) és atópia konszenzus (dr. Baló-Banga Mátyás).

A Munkacsoport 2007. évre 10 centrumos multicentrikus vizsgálatot szervezett négy, ez ideig a Magyar sorban nem tesztelt kontakt allergén tesztelésére. További tervként a Fragrance II. és a növényi allergének tesztjét tervezi rutinvizsgálatként bevezetni.

A Munkacsoport vezetőségválasztó ülése az elnök beszámolójának elfogadását követve, egyhangúlag választotta meg vezetőségét (elnök: dr. Temesvári Erzsébet, titkárok: dr. Kohánka Valéria, dr. Jurcsik Ágnes).

Budapest, 2006. december 1.

dr. Temesvári Erzsébet
Munkacsoporti elnök

*Baranya Megyei Kórház Bőr és Nemibeteg Gondozó Intézet, Pécs
(intézetvezető főorvos: Dr. Várszegi Dalma)*

A Baranya Megyei Bőr és Nemibeteg Gondozó Intézet története

The history of the Dermatovenerological Health Care Institute of Baranya County

II. A megye fekvő és járó beteg ellátásának alakulása II. The development of the attendance of bed-and out-patients of the county

FAUST FÜLÖP DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A Kórház bőrgyógyászati osztályának 1896-ban történt kialakítását követően a szakorvosok járó beteg részlegben látták el a kinti betegeket. A Bőrgyógyászati Klinika Pécsre helyezésekor 1924-ben a városi bőrgyógyászati osztályról áthelyezték a szakorvosokat a klinika ambulanciájára, ahol folytatták a járóbeteg ellátást. 1925. tavaszán a klinika már fogadni tudta a fekvő betegeket is. A szakellátás magas szintje eredményezte azt hogy a betegforgalom megnőtt és a klinika ambulanciája szűknek bizonyult. A probléma megoldása érdekében 1928-ban a városi bőrbetegek ellátására a Munkácsy M. utcai Rendelő Intézetben bőrgyógyászati szakrendelőt alakítottak ki. Majd 1939-ben az új Egészségházba helyezték a város nemi beteg ellátását. A megyei járó betegellátás biztosítására 1948-52. között 3 járási BNGI-t hoztak létre (Mohács, Komló, Szigetvár). Ezzel szétvált a járó betegellátás a fekvő betegellátástól.

Kulcsszavak:
Szakorvosi rendelő kialakítása - A BNGI megszervezése

SUMMARY

Following the establishment of the hospital's dermatological ward in 1896, specialists attended out-patients in the ambulatorium. When the Dermatological Clinic was set to Pécs in 1924, specialists from the dermatological ward were placed to the ambulatorium of the Clinic where they continued out-patient care. In the spring of 1925 the Clinic could already receive bed-patients, too. The high standard of health care called forth the rise in patient turnover so the Clinic's ambulatorium proved tight.

In order to solve this problem, a new dermatological department was established to attend the skin diseased out-patients of the city at the Polyclinic in Munkácsy street. Then in 1939 venerological health care was put into the new health centre. To supply the out-patient attendance of the county, three district Dermatological Institutes were set up from 1948-52. Thus the out-patient health care became separated from the bed-patient attendance.

Key words:
setting up of a dermatological department - organisation of a regional DVHCI

A Nemzetgyűlés 1921-ben elfogadta azt a törvénycikket, mely szerint az 1914-ben alapított és székhelyét veszített Pozsonyi M. Kir. Erzsébet Tudományegyetemet Pécsre helyezték. 1923. október 14-én történt az egyetem megnyitása ünnepélyes keretek között a Rákóczi úti főépület aulájában.

A pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem Bőrgyógyászati klinikája a volt cs. és kir. csapatkórházban (a jelenlegi Bőrgyógyászati klinika épülete) nyert elhelyezést. 1924. szept. 1-jével a Bőrgyógyászati klinika ambulanciájára helyezték át a járó betegek ellátására dr. Magay Pál,

illetve a nemi betegek gyógyítására és gondozására dr. Jobst Pál szakorvosokat.

1924. szeptember 24-én Beck Soma professzor a klinika első igazgatója (1872-1930) megbízásából Pécsre érkezett Dr. Szathmáry Sebestyén a klinika épületének átvételére, és az átalakítási munkák ellenőrzésére (42). Baranya megyében az első világháborút a szerb megszállás követte, s a szerb csapatok csak 1921. augusztus 21.-én hagyták el Pécsét.

A szerb megszállást követően az átvett csapatkórház kirabolt, kifosztott és lezsarolt állapota miatt a Bőrgyógyá-



1. ábra

Munkácsy Mihály utcai Rendelőintézet

szati klinika beindítása néhány hónapot késett s emiatt a fekvőbeteg ellátás továbbra is a Pécs Városi kórházban maradt. Beck Soma prof. 1924. december elején Pécsre költözött és 1925 tavaszára a klinikát felújították és lehetőség nyílt a fekvőbetegek klinikai elhelyezésére. Rövid időn belül – óriási erőfeszítések, anyagi áldozatok (egy vesztés világháború végén van az ország!) – eredményeképpen megindulhatott a klinikán a korszerű gyógyító, oktató és kutatómunka. (Az építés lendületét és előrehaladott voltát a Bőrgyógyászati klinika esetében is Szabó Lőrincnek 1924. október elején az „Est” c. lapban megjelent cikke tükrözi (45).

Beck Soma professzor beosztottai közül a Zita kórházból dr. Szathmári Sebestyén, dr. Kesztreli István tanársegéd, dr. Gragger Jenő, dr. Lang Mihály és két nővér költözött Pécsre (42).

A megnövekedett megyei bőrbeteg forgalom miatt dr. Magay Pál főorvost a Bőrgyógyászati Klinika Ambulanciájáról áthelyezték a Munkácsy Mihály utcai rendelő épületének I. emeletén (1. ábra) újonnan megnyitott bőrgyógyászati rendelőbe.

1917-ben már készen volt hazánkban egy olyan modern nemi beteg törvénytervezet, mely volt olyan modern, mint az 1918-ban elfogadott és az egész világnak mintául szolgáló svéd törvény.

A nemibeteg-gondozásban fordulópontot jelentett 1923-ban az újpesti Szociális Intézetben Dr. Somogyi Zsigmond által szervezett modern nemibeteg-gondozás bevezetése.

A továbbiakban Baranya megyében a nemi betegek járóbeteg ellátásában dolgozó kollégák munkáját és a gondozó munka fejlődését tekintjük át.

Dr. med. habil. JOBST PÁL (1890-1967):

Pécssett született 1890. január 25-én (2. ábra). A pécsi Ciszterci Gimnáziumban érettségizett. Még ebben az évben felvételt nyert a Budapesti orvostudományi Egyetemre, ahol 1914-ben orvosi diplomát szerzett. Közben kitört az I. világháború, és azonnal behívták katonának. Mint zászlóalj orvos megjárta a déli frontokat. (Szerbia, Olaszország, Dalmácia, Montenegró, Albánia.)

Hazatérése után 1917. január 20-tól a pécsi Városi Közkórháznál másodorvosi állást kapott és a bőrgyógyászati



2. ábra

Dr. med. habil. Jobst Pál főorvos

osztályon dolgozott. 1922-ben bőrgyógyászati szakvizsgát tett Budapesten.

1924 szeptember elsejével áthelyezték a Városi Közkórházból a Bőrgyógyászati klinika ambulanciájára. A klinikai tanársegédi kinevezés birtokában a megye nemi betegek gondozását két asszisztensnővel folytatta. A rendelés a Klinika főépületében a földszinten levő ambulancián történt.

A klinikán kezdetben csak járóbeteg ellátás volt és a fekvőbetegek részére csak az épület felújítása után 1925. tavaszától tudott ellátást biztosítani a klinika.

Jobst Pál mint tanársegéd részt vett a klinikán folyó kutató munkában, több tudományos cikke jelent meg tudományos munkájának eredményeiről és részt vett az egyetemi oktatásban. Az 1930-as évek végén „A nemi betegségek társadalmi vonatkozásai” c. tárgykörből egyetemi magántanár lett.

1928-ban Magyarországon már 6 nemibeteg-gondozó működött, ahol szűrővizsgálatokat és kontaktus-kutatást is végeztek. Ebben az időben a nemibeteg-gondozás munkáját hátráltatta az. egyoldalúan értelmezett orvosi etika. A fertőző források felderítését csak a prostitúcióval gyanúsítható nőkre korlátozta és kizárólag rendészeti eljárások keretében fogadta el. A veszélyeztetett szexuális kontaktusok gondozását az orvosi titoktartásra hivatkozva nem tette lehetővé.

A Pécs városi egészségügyi hatóságok a Bőrclinika ve-

zetőjével, Dr. Berde Károly professzorral (1891-1971) a klinika igazgatójával (1931-1940) együttműködve a nemi betegségek elleni küzdelem eredményesebb megszervezését határozták el. Ennek megfelelően 1934-ben Dr. Jobst Pál adjunktust kinevezték OTI főorvosnak, és mint hatósági orvost megbízták az egész megye nemi betegeinek ellátásával és a nemi betegségek elleni küzdelem intézményes megszervezésével. A betegek ellátása továbbra is a Bőrclinika ambulanciáján történt.

A harmincas években nagyszabású egészségvédelmi programot dolgozott ki a m. kir. Belügyminisztérium XV. (egészségvédelmi és járványügyi) osztálya és ennek megvalósítását szolgálta, hogy 1937. április 24-én Pécsre érkezett a minisztérium képviselőjében Dr. Somogyi Zsigmond egyetemi tanár, magyar királyi eu. Főtanácsos; több napos tárgyalás után megegyezés született arról, hogy Pécsen a város Egészségházat létesít a Rockefeller-alapítvány támogatásával (33). Ennek vezetője a városi főorvos lesz, és a rendeléseket szakorvosok végzik. A legfontosabbnak tartották, hogy működjön benne:

1. Iskolaorvos rendelés
2. Iskola fogorvosi rendelés
3. TBC szakorvosi rendelés
4. Nemi beteg ellátás és gondozás
5. Házasság előtti tanácsadás

Külön kiemelték, hogy a nemi beteg ellátás feladata a gyógyításon felül a gondozás, kontaktus kutatás, megelőzés, a betegek nyilvántartása, kezelése.

Az új városi Egészségház kialakítása érdekében az illetékesek megvették a Megye u. 21. számú házat. Az épület átalakítása és berendezése 1939. május 1-re megtörtént (3. ábra) és a rendelő részlegek beköltözésével megkezdődött a betegellátás.

1939. májusában az egészségügyi vezetés a jobb betegellátás érdekében a terveknek megfelelően Dr. Jobst Pál magántanárt mint vezető főorvost a fent említett Egészségházba helyezte át és megbízták a város bőr és nemi betegeinek ellátásával és gondozásával. A Pécsi Napló (34) szerint „Az Egészségház az egész ország legmodernebb vidéki orvosi intézménye, ahol a szegény sorsúak számára az ellátás ingyenes. Ez főként a tbc. és a nemi betegség



3. ábra

Az új Egészségház épülete (Pécs, Megye u. 21.)

terjedésének csökkentése érdekében jelentős előrelépés.” A megyei nemi betegeket továbbra is a Bőrgyógyászati Klinika ambulanciáján látták el a bőrbetegek mellett. Ezt a munkát 1939-től Dr. Dávid Margit tanársegédnő napi 2 órában végezte. Amikor Dr. Dávid Margit főorvosnő munkahelyet változtatott, helyére 1942. november 1-jével a megye hivatalosan megbízta a klinikai ambulancia új vezetőjét Dr. Döbrentey Ilona tanársegédnőt erre a feladatra napi 2 órás elfoglaltsággal; ő emellett havonta ellenőrizte a nemi betegek helyzetét vidéken, és erről a megyei főispáni hivatalnak havonta jelentést volt köteles küldeni. A vidéki betegek kezelés utáni gondozását a körzeti orvosok és gondozónők végezték.

Az antivenereás küzdelemnek igazi lendületet az 1940-ben hatályba lépett VI. törvénycikk, a „Lex veneris” adott, mely kötelezővé és ingyenesé tette a nemi betegségek gyógyítását.

Az I. világháborús időszakhoz hasonlóan a II. világháború alatt és az azt követő időkben is bekövetkezett a nemi betegek számának ugrásszerű növekedése.

1948. február hónapban Dr. Hal József tisztii főorvos nyilatkozata szerint: „Az Egészségház forgalma állandóan növekszik. A köz-, és szegény betegellátást csaknem teljes egészében az Egészségház látja el. Nem lehet az iskolás gyermekeket a tbc-s és nemi betegektől elkülöníteni a váró helyiségben”.

Ezt gyors intézkedés követte. A Városi Bőr és Nemi beteg ellátás a Munkácsy Mihály utcai Rendelő Intézet I. emeletére került. Jobst Pál vezető főorvossal egy időben költözött le Dr. Rajky János főorvos és Szűcs Júlia gondozónő Dr. Magay Pál főorvos rendelőjébe, ahol együtt látták el a bőr és nemi betegeket.

Ugyanúgy túlsúlyos volt a Bőrgyógyászati klinika Ambulanciája is, ahol az ambuláns betegek mellett a megyei nemi betegeket is ellátták.

A probléma megoldásaként először Mohácson 1948-ban, majd 1951-ben Komlón, és 1952-ben Szigetváron alakítottak ki Járási Bőr- és Nemibeteg-gondozó Intézetet. Az első években napi 2 órában látták el a bőr és nemi betegeket.

A negyvenes években a forgalom, tovább növekedett. Ezért a Rendelőintézet Kisfaludy utcai oldalán a földszinten megüresedett helyiségeket adták át a bőr és nemi beteg ellátás számára (1. ábra).

A Kisfaludy utca 8. szám alatt dolgozott tovább az Intézet. Itt már 2 rendelő, 1 kötöző, 1 váró valamint raktárhelyiség, labor és öltöző állt rendelkezésre.

A nemi beteg ellátás javítása érdekében megjelent a 82/1.951 M.T. rendelet és a 8332/sz/10/1952 Eü. M. számú utasítás, melyek a bőr és nemi beteg ellátás működését szabályozták, és diszkriminációtól mentes, következetesen preventív szemléletű orvosi munkát tettek lehetővé.

1951-ben létesült Budapesten az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézetet (OBNI), mely szakmailag irányította, segítette és ellenőrizte a bőr- és nemi beteg szakellátást végző intézetek munkáját.

Az OBNI 1952-től fokozatosan kiépítette a bőr- és nemibetegellátás progresszív szakmai rendszerét.

Baranya megye bőr-, és nemibetegeinek jobb ellátása és főleg gondozása érdekében létrehozták a Baranya megyei Bőr és Nemibeteg gondozó Intézetet (BNGI), amelynek vezetésével Dr. Jobst Pál főorvost (aki korábban a városi BNG vezetője volt), egyetemi magántanárt bízták meg.

Feladataként a következőket jelölte meg az OBNI:

- Biztosítsa a megye egész területén a magasabb szintű dermato-venerologiai ellátást
- Lássá el az alacsonyabb szinten működő gondozóknál a keresőképtelen bőrbetegek szakfelülvizsgálatát.
- Szervezze és irányítsa a bőr és nemi betegségek terjedése elleni küzdelmet.

Dr. Jobst Pál intézetvezető főorvos, aki már több évtizede dolgozott bőrgyógyászként és nagy gyakorlattal és hozzáértéssel végezte munkáját, irányította és egyben ellenőrizte a megye területén működő gondozók munkáját. Egységesebbé és áttekinthetőbbé tette Baranya megye bőr és nemi beteg ellátását.

Kiemelkedő munkája elismerése mellett 69 éves korában 1959. december 31.-vel nyugdíjba vonult.

Dr. NAGY DEZSŐ (1909-1986) Diósgyőrött született 1909. július 5-én (4. ábra). A középiskolát a székesfehérvári reálgimnáziumban végezte. Érettségi után felvételt nyert a pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem orvosi karára.

1937-ben történt doktorrá avatása. Már egyetemi éveit alatt elhatározta, hogy bőrgyógyász lesz. Nagy hatással volt rá az egyetemen Dr. vitéz Berde Károly (1891-1971) (igazgató 1932-1940) professzor tanítása, magatartása, egyénisége. Az avatás után Budapesten az Uzsoki utcai



4. ábra

Dr. Nagy Dezső főorvos

kórház belosztályán kapott állást, díjtalan gyakornokként. Itt engedélyezték, hogy a Budapesti Szt. István Kórház bőrgyógyászati osztályán, mint externista készülhessen szakvizsgájára. Nékám professzornál tanult és szakvizsgázott 1941. december 17-en. A sikeres vizsga után az OT-BA Rendelőintézet már fizetéses orvos gyakornokként alkalmazta. A Felvidék és Észak-Erdély visszacsatolásakor katonai behívót kapott. Mint orvos-főhadnagy, majd századosként Besztercebányára kapott átirányítást.

1942-ben az ottani M. Kir. Honvédkórház h. parancsnoka, majd parancsnoka lett. A háború és leszerelés után Budapesten orvosi állást nem kapott. Mivel körzeti orvosi szakvizsgája is volt, 1946-ban Bácsbokodon helyezkedett el körorvosként.

1948-ban Mohácson meghirdették a tisztiorvosi állást szolgálati lakással, melyre kinevezést kapott. Mivel bőrgyógyászati szakvizsgája is volt, megbízták Mohács és környéke bőrbetegeinek ellátásával, kezdetben heti 2x2 órás elfoglaltsággal.

1952-ben, amikor megszervezésre került az országos hálózat, megbízták a Mohácsi Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézet vezetésével is. 1956-ban Pécsre költözött, ahol előbb a KÖJÁL-ban dolgozott majd 1957-ben megyei főorvos helyettesi, később megyei főorvosi kinevezést nyert. 1960. január elsejével nevezték ki Dr. NAGY DEZSŐ főorvost a Baranya Megyei BNGI intézetvezető főorvosának. Az Intézet eredményes munkájának köszönhetően a negyvenes években megemelkedett nemi betegek száma az ötvenes években lecsökkent. Mivel Európaszerte a hatvanas években, ha kismértékben is, de emelkedni kezdett a venereás betegek száma, ezért első feladatának tekintette a megelőzés fokozását, és már 1962-ben a munka alkalmassági vizsgálatokhoz kapcsolódóan s egyéb megelőzési okokból 12.000 vérvétel történt a Gondozóban. A betegek gyors kiszűrése, kezelésbe vétele megelőzte a súlyosabb károsodás kialakulását. Ennek köszönhetően a megbetegedések száma jelentősen csökkent.

A gondozási és megelőzési munka mellett feladatának tekintette a bőrbeteg ellátás spektrumának tágítását. Vezetése alatt az országban elsőként 1960-ban az Intézetnél került bevezetésre a *lábszárfekélyes betegek kezelése és gondozása* (27, 30). A rendszeres gondozottak száma 1966-ra ezer fölé emelkedett. Tekintettel a Kisfaludy utcai rendelőben lévő helyszűkére, a gondozást a Buzsáki úti körzeti orvosi rendelő mellett kialakított bőrgyógyászati szakrendelő helyiségeiben végezte Dr. Kulcsár Sándor főorvos (27, 29, 30).

A lábszárfekély gondozás fontosságát aláhúzta az a tény, hogy sok beteg meggyógyult és az utógondozással a recidívák száma lényegesen csökkent. A hatvanas években a Dermatológiai Társulat ülésein több esetben számoltak be a BNGI munkatársai a kezelés eredményeiről és új kezelési módokról. Az eredmények, tapasztalatok alapján a gondozást az egész megyében, sőt az ország sok gondozójában is bevezették.

A BNGI munkatársai a lábszárfekély gondozás esetében az adatok nyilvántartásához kidolgozták a katonai rend-

szert, hogy a kezelési folyamat könnyebben követhető, és a betegek eredményesebben kezelhetők legyenek.

Ezen tapasztalatok alapján nem csak a lábszárfekélyes betegeknek vezettek be ezt a szisztémát, hanem az országban elsők között minden beteg kezelésénél a Bőr és Nemibeteg-gondozó Intézetben (31, 38).

A *foglalkozási bőrbetegek száma* a város fejlődésével párhuzamosan emelkedett. Ezt a bőrgyógyászati rendelők munkabírása nem követte, ezért dr. Nagy Dezső intézetvezető főorvos átmeneti megoldásként 5 nagyobb üzemből heti 2-2 órában kihelyezett bőrgyógyászati szakrendelést biztosított a jobb betegellátás érdekében.

A megyében működő több szénbánya mellett, 1958-ban a Mecseki Ércbánya Vállalatnál is elkezdtek a termelést, amely jelentős munkáslétszám többletet jelentett. Ez magával hozta azt a tényt, hogy megnőtt a pyodermás, gombás lábfertőzések és lábszár ekzémás betegek száma. E betegek kezelésére, kórállapotuk megelőzésére a BNG munkatársai nagy gondot fordítottak.

A Baranya megyei szénbányákban a megelőző intézkedések ellenére robbanásos balesetek is előfordultak; melyek következtében megnőtt az égési sérülést szenvedett betegek száma és ezeket a betegeket a Bőrgyógyászati Klinika látta el. 1969-ben a betegek gyorsabb gyógyulása érdekében a pécsi 3. sz. Honvédkórházban külön "Égési Osztály"-t létesítettek. Itt a balesetet követően az égési osztályon a sebészek közvetlenül elvégezheték a bőrátültetést és ezzel a gyógyulási, valamint a kórházi kezelési időt csökkentették.

Dr. Nagy Dezső főorvos a gondozók problémáit jól ismerte, mint a fentiekből ismert 1948-ban Mohácson mint tiszti főorvos napi 2-2 órában bőrgyógyász szakorvosként látta el a bőrbetegeket. Itt szerzett tapasztalata alapján harcolt azért, hogy ne napi 2-4 órás mellékállásban lássák el a bőrbetegeket, hanem mindhárom vidéki Bőr és Nemibeteg-gondozóban 6 órás főállású szakorvos végezze a munkát. Ez a hatvanas években az alábbiak szerint meg is valósult:

1. *Mohács Járási* BNGI.

Ellátási területe: Mohács város és járás

Dr. Hal Kornélné szakfőorvosnő lát el összesen 64.000 lakost.

2. *Komló Városi* BNGI

Ellátási területe: Komló város és Sásdi járás

Dr. Somfalvi Béla szakfőorvos lát el 65.000 lakost.

3. *Szigetvár Városi* Bőr- és Nemibeteg-gondozó Intézet

Ellátási területe: Szigetvár város és járás

Dr. Korányi Barnabás szakfőorvos lát el összesen 33.000 lakost.

Pécsett a betegellátás a következőképpen alakult:

1. Bőrgyógyászati klinika ambulancia

Dr. Mérő Klára

2. Kisfaludy utca 8.

Dr. Nagy Dezső intézetvezető

Dr. Dávid Margit

Dr. Mezey Klára

Dr. Döbrentey Ilona

3. Buzsáki út. 8.

Dr. Kulcsár Sándor

A legnagyobb zsúfoltság a Kisfaludy utcai rendelőben volt, ahol a bőrgyógyászati rendelésekhez egyetlen 20 m² alapterületű váróhelyiség állt rendelkezésre. Ebben a váróban naponta 150-180 beteg fordult meg. Súlyosbíttotta a helyzetet hogy heti 2 napon a syphilis szűrővizsgálat céljából még 50-100 fő várakozott ugyanitt vérvételre (37).

A hatvanas évek második felében több esetben végzett a KÖJÁL ellenőrzéseket a Kisfaludy utcai Gondozó Intézetben. „Részben helyszűke, részben elégtelen higiénés viszonyok miatt funkciójának ellátására alkalmatlannak” találta a rendelőt. Dr. Nagy Dezső főorvos a megállapításokat több esetben saját véleményével kiegészítve ismertette a Megyei Egészségügyi Osztállyal. 1967-68-ban az Uránvárosi Rendelő Intézet tervezésekor az országos ajánlott normákat figyelembe véve részletes javaslatot tett a teljes berendezéssel együtt az Egészségügyi Osztálynak. A javaslatokat elfogadták, és figyelembe vették az intézet felépítésénél és berendezésénél. Ő maga sajnos nem élvezhette a megváltozott és javult munkakörülményeket, mert 1969-ben nyugdíjazták.

IRODALOM

lásd a IV. rész végén.

**BŐRGYÓGYÁSZATI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

**BŐRGYÓGYÁSZATI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN
DERMATOLOGICAL SOCIETY

Address of editorial board: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

Beszámoló

a Németnyelvű Mikológiai Társaság 40. Kongresszusáról

A Németnyelvű Mikológiai Társaság folyó év szeptember 7-9. között Innsbruckban (Ausztria) rendezte meg 40. kongresszusát. A rendezvényre egy több száz főt befogadó hotelben került sor, amely a festőien szép óváros hegyekkel övezett területén fekszik. A kongresszusi résztvevők többsége német és osztrák volt, Csehországot, Bulgáriát és Magyarországot egy-egy mikológus képviselte. A német mikológusok mellett egy fiatal szakemberekből álló kutató csoport alakult meg, akik a gombadiagnosztikában ma legspecifikusabbnak elismert genetikai és immunológiai módszertani kérdésekkel foglalkoznak.

A kongresszus plenáris ülései két párhuzamos szekcióban folytak. A fő témakörök a patogén gombák elleni védekezésre, a rezisztenciára valamint a kezelésre és a profilaxisra irányultak.

A patogén gombák (főként a candidák és aspergillusok) elleni védekezésben a neutrofil granulociták és makrofágok mellett a trombociták és komplement faktorok szerepe hangsúlyozott. Az antimykotikumokkal szembeni rezisztencia növekedése tapasztalható. A rezisztens törzseknek a száma a *Candida glabrata* és *krusei* tekintetében a legnagyobb. Már az utóbbi években bevezetett és alkalmazott posaconazollal és voriconazollal szemben is rezisztens törzsek alakultak ki. A daganatos megtegedésekben használatos citosztatikumokról kiderült, hogy vincristin és doxycybin rezisztens mutánsokat indukálnak. Az újabb fejlesztések eredményeként antimykotikumok (caspofungin, micafungin, amidulafungin) az echinocandin csoportban tartoznak. Velük szemben rezisztencia kialakulását csak elvétve figyeltek meg.

A szisztémás mikózisok kezelésében a kombinált terápiaikat (liposzomális amphotericin-B és azolok kombinációja) részesítik előnyben. A profilaxisban a fluconazol és itraconazol mellett a caspofungin is adagolásra kerül. Az onychomycosis kezelésében új gyógyszer még nem áll rendelkezésre. Ezen a téren a legjobb eredmény változatlanul a terbinafin tabletták és itraconazol kapszula körömlakkal való kombinációjával érhető el. A terbinafin a candida onychomycosisban kevésbé eredményes. A kezelések időtartama terbinafinnal átlagosan 66,5 míg itraconazollal 89,4 nap.

A gomba diagnosztikában a legspecifikusabb a genetikai vizsgálat, azt követi a szerológia, a hisztológia és a tenyésztés.

Az előadások mellett főként a klinikai eseteket bemutató színes poszterbemutatók szerepeltek a konferencián. Bemutatott poszterünk a *Trichophyton tonsurans* által okozott fertőzésekről szólt. A gomba okozta körképek egyedi, nem sportközösségekben terjedő, esetek voltak, amelyeknek etiológiai tényezői ismeretlenek. Egy hajperforációt okozó *sulfureum subvarianst* is sikerült izolálnunk.

A tudományos program mellett megtekinthettük a nevezetes, műemlékekben gazdag várost. A társasági vacsorák pedig nemcsak kedves színtestek voltak a konferenciának hanem értékadó szakmai beszélgetésekre is alkalmat adtak.

2006. október 3.

Halmy Klára dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Loden M., Maibach H. I.:

**DRY SKIN and MOISTURIZERS
CHEMISTRY AND FUNCTION SECOND EDITION**
CRC Press. Taylor and Francis Group
Boca Raton, London, New York 2006
ISBN-10: 0-8493-2134-4
ISBN-13: 978-0-8493-2134-4

A száraz bőr jellemzőit és terápiáját összefoglaló könyv négy év elteltével újra megjelent. E kiadvány összeállításában több mint 60, nemzetközileg elismert szakember vett részt, így a száraz bőrt jellemző klinikai tüneteit, az élettani eltéréseket a terápiás lehetőségeket dermatológus, farmakológus, a molekulárbiológus, az élettanász és gyógyszerész szemszögekből is ismertetni tudja.

A könyv fejezetei a bőr funkcióját és biokémiai feladatait, a keratinizációt befolyásoló tényezőket, a környezeti hatásokat (preferálva a helyi kezelés alapanyagait) részletezik. Az utolsó fejezetek a bőr funkció mérésének lehetőségeit, valamint a külső behatások provokálta bőrreakciókat tartalmazzák. E fejezet a szenzitív bőr fogalmával és a leggyakoribb irritáló és szenzitiváló ágensekkel ismerteti meg az olvasót. A klinikai tünetek között az allergiás kontakt dermatitis, kontakt urticaria, valamint a fotoszenzitív reakciók mellett hangsúlyt kap a subjectív, és objectív irritáció, a nem erythemás irritáció panasa is. A leggyakoribb klinikai tünetek közül önálló fejezetet kap a subjectív panaszokra épülő, elsősorban kozmetikumok provokálta „szenzitív bőr” szindróma.

A prevenció első lépéseként az externak irritabilitásának „szenzitív” hatásának felmérése, a bőrtesztek és a provokáló faktorok eliminálása szerepel. A prevenció részeként a populáció több mint 40%-ban megtalálható „szenzitív bőr” diagnózisában a kozmetikai szerek általános eliminációja 6-12 hónapban javasolt.

A könyv fejezetei irodalmi hivatkozásokkal zárulnak.

Temesvári Erzsébet dr.

Zackheim H. S.:

CUTANEOUS T-CELL LYMPHOMA
Mycosis Fungoides and Sezary Syndrome.
CRC Press Boca Raton, London,
New York, Washington, D.C. 2005.
ISBN: 0-8493-2101-8

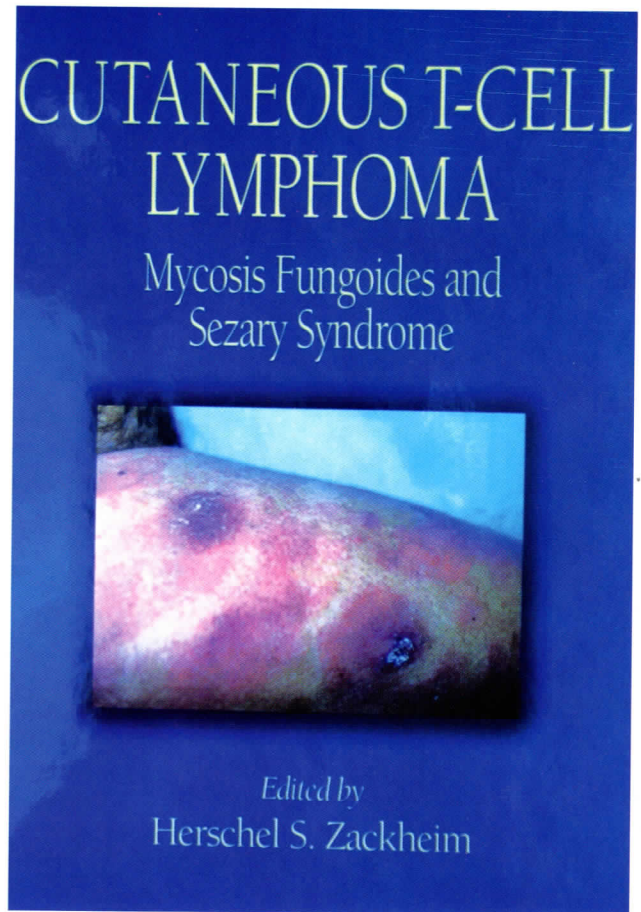
A Howard I. Maibach professzor szerkesztette: Dermatology: Clinical and Basic Science Series sorozat tagjaként kiadott könyv, – a szerkesztő szerint – a bőrgyógyászat egy új, izgalmas, multidiszciplináris területét dolgozza fel. Ennek megfelelően a kórkép ismertetésében az érintett orvosi szakterületek klinikai tünete-tünetegyüttese képviselve van, kielégítve a graduális és a postgraduális képzés kívánalmait.

A cutan T-sejt lymphoma (CTCL), relatív ritka kórkép, de klinikai tünetei mind a dermatológusokat mind az onkológusokat egyaránt érinti. A kórkép adja azt a kevés számú dermatosist, melynek fatális kimenetelére számítani lehet. A korai stádiumok bőrtüneteinek komoly diagnosztikai problémát jelentenek klinikusnak és a hisztológusnak egyaránt. A könyv a mycosis fungoides mint a CTCL leggyakoribb megjelenési formáját ismerteti, kitér az epidemiológia adatokra, a klinikai megjelenési formákra, a szövettani kép jellemzőire.

A szerzők a kórkép ismertetésében részletezik a Sezary syndroma, a lymphomatoid papulosis, a cutan CD30+ anaplasticus nagy sejt lymphoma, valamint a follicularis mucinosis jellemzőit.

A részletesen ismertett diagnosztikus lehetőségek között megtalálhatók a immunokémiai és molecularbiológiai eljárások, továbbá, a kötet végső fejezeteiben a stádium függő modern terápia, valamint a prognosztika lehetőségei részletezettek.

A kötet fejezetei naprakész irodalmi adatokkal zárulnak.



A kórkép klinikai tüneteinek demonstrálásában meglepő az igen nagy számú és a bemutatást nem teljes értékben szolgáló fekete-fehér klinikai és szövettani dokumentáció.

A kötet tanulmányozása a szakorvos képzésben és továbbképzésben egyaránt ajánlható.

Temesvári Erzsébet dr.

Effendy Isaak, Kerschner Martina:

HAUT UND ALTER
Georg Thieme Verlag 2005 108 oldal, 72 kép és 24 táblázat.
ISBN: 3-13-133571-8

Az átlagos életkor kitolódásával a gyakorló orvosoknak számolni kell azzal a ténnyel, hogy a betegiknél halmozottan jelennek meg azok a bőrelváltozások, amelyek tulajdonképpen az öregedési folyamatoknak a következményei, de amelyek adott esetben zavaróak lehetnek a betegek számára. Ugyanakkor számos olyan bőrelváltozás ismert, amelyek különböző rizikó és egyéb faktorok hatására akár fiatalabb életkorban is jelentkezhetnek.

A szerzők célja, hogy áttekintést adjanak a „bőr és életkor” közötti összefüggésekről.

A könyv 4 fejezetből áll. Az első a bőroregedés élettani folyamatát tárgyalja. A másodikban az idősebb életkorban jelentkező bőrgyógyászati megbetegedéseket részletezi. A pruritus, a lábszárfekély, a rosacea, a rhinophima, gombás és virális fertőzések mellett a különböző benignus és malignus tumorok, azokat megelőző állapotok, bullosus pemphigoid kerültek röviden ismertetésre.

A 3. fejezetben részletesen szólnak az idős bőr ápolásáról. Az utolsó részben a hormonális tevékenység és öregedés okozta bőrtü-

Haut und Alter

Isaak Effendy
Martina Kerscher

Unter Mitarbeit von
Alexandra Gelber
Walter Krause
Stefanie Williams



 Thieme

netek összefüggéseire hívják fel a figyelmet. (pajzsmirigy, mellékvesekéreg, oestrogen, testosteron elválasztás).

A könyv színes képei igen jó minőségűek. A táblázatok áttekinthetőek és gyorsra tájékozódásra adnak alkalmat.

A nyelvezetét tekintve könnyen érthető könyv az általános orvosi gyakorlatban jól hasznosítható, ezért háziorvosoknak különösen ajánlható.

Várkonyi Viktória dr.

Tietz H.-J., Sterry W:

ANTIMYKOTIKA VON A-Z ANWENDUNG UND PHARMAKOLOGIE AUF EINEN BLICK

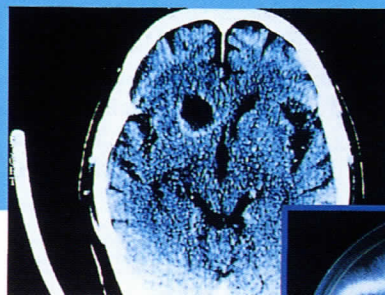
Georg Thieme Verlag 2006.
ISBN: 3-13-137794-1

A könyv 4. kiadását olvasva, már az első oldalak után megállapítható, hogy a könyv a gyakorló orvosoknak szól. A 3 fejezetre tago-

Antimykotika von A-Z

Anwendung und Pharmakologie auf einen Blick

Hans-Jürgen Tietz
Wolfram Sterry



4., neu bearbeitete
und erweiterte Auflage



 Thieme

ló könyv első részében alfabetikus sorrendben sorolják fel a különböző készítményeket (az adott nyelvterületen, Németországban gyári név és hatóanyag). Ezt követi az 1-1 hatóanyaghoz tartozó különböző elnevezésű készítmények és kiszerezések ismertetése. A szerzők bemutatják az antimykotikumok hatásmechanizmusát, a hatásspektrumot és a javallatokat.

A 2. fejezetben ABC sorrendben az egyes készítményeket veszik mindenféle szempontból górcső alá leírva a hatást, indikációt, dozírozást, kontraindikációkat mellékhatásokat, az interakciókat is.

Az utolsó 3. fejezetben a szerzők által kiválasztott kórképeket részletezik terápiás szempontból (onychomykosis, vulvovaginitis, tineia capitis) és felsorolásszerűen az Európában ritkán előforduló szisztémás gombás megbetegedéseket.

A jól áttekinthető könyv hasznos segítséget nyújt az orvosoknak a napi betegellátásban.

Várkonyi Viktória dr.

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle Szerkesztősége fenntartja magának a jogot a hirdetések elfogadására, de a hirdetések tartalmáért nem vállal felelősséget.

MAGYAR BÖRGYÓGYÁSZOK „FEKETE ZOLTÁN” ALAPÍTVÁNYA

éves beszámolója a 2006. év pénzügyi folyamatáról

<i>Bevételek</i>	
Forint folyószámla kamata	99,-
Deviza(EUR)számla kamata (299,57 EUR)	77.882,-
APEH SZJA 1%	23.850,-
Bevételek összesen	101.831,-
<i>Kiadások</i>	
T-Com telefon költség	88.386,-
Bank forgalmi jutalék	58.448,-
Deviza szla.forg.jutalék (162,56 EUR)	42.266,-
Könyvelési díj	80.000,-
Egyéb költségek (posta, irodaszer)	7.802,-
Működési költségek összesen	276.902,-
<i>Támogatások</i>	
Pályázati díj kifizetés 2006.év (650 EUR)	169.000,-
Utazási támogatás 2x200 EUR+2x72,80 szállás költség*	
(Pályázott támogatások a müncheni DUDG kongresszusra)	141.856,-
Földvári Ferenc Alapítvány támogatása	244.400,-
Támogatások összesen	555.256,-

* Azon kollégák adósságainak egyszeri rendezésére, akik nem vették igénybe a müncheni kongresszuson a meghívó által számukra biztosított és kifizetett szállást, vagy a meghívásban biztosított idő lejártá előtt távoztak. Alapítványunk a sajnálatos szervezési problémák utólagos rendezésében is igyekezett teljesíteni. A teljesítések előtt meggyőződünk az érintettek „jóhiszeműségéről” és a kifizetéseket a kuratórium egyhangúan jóváhagyta. Reméljük, hogy a jövőben ilyen felesleges kiadások nem fogják apasztani a kutatások támogatására szánt alapítványi vagyont.

RENDELKEZŐ NYILATKOZAT A BEFIZETETT ADÓ EGY SZÁZALÉKÁRÓL

Kedvezményezett adószáma:

1	9	6	7	7	8	1	1	-	1	-	4	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Kedvezményezett neve:

MAGYAR BÖRGYÓGYÁSZOK FEKETE ZOLTÁN ALAPÍTVÁNYA**TUDNIVALÓK:**

A nyilatkozatot tegye egy olyan postai szabvány méretű borítékba, amely e lap méretét csak annyiban haladja meg, hogy abban a nyilatkozat elhelyezhető legyen.

FONTOS!

A rendelkezés csak akkor érvényes és teljesíthető, ha a borítékban az ÖN NEVÉT, LAKCÍMÉT ÉS AZ ADÓAZONOSÍTÓ JELÉT pontosan feltünteti. Kérjük, a lezárt borítékot a hátoldalon, a záró címkénél szíveskedjék aláírni!

Köszönjük!

Budapest, 2007. január 24.

 Prof. Dr. Baló J. Máttyás
 A kuratórium elnöke

KONGRESSZUSI NAPTÁR 2007

II. Budapesti Bőrgyógyászati Továbbképző Tanfolyam

2007. január 26-27.

Budapest

Szervező: Prof. Dr. Kárpáti Sarolta

Korszerű onkodermatológia

Budapest, 2007. február 22-23.

Országos Onkológiai Intézet,

1122 Bp., Ráth György u. 7-9.,

Tanácsterem, I. ép. I. em.

Szervező: OOI Bőrgyógyászati Osztály

(Dr. Gilde Katalin)

IV. Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképző Hét

SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

2007. március 5-9.

Szeged, Rendezvényház, Középfasor 1-3.

Szervező: Prof. Dr. Kemény Lajos

II. Magyar Magánbőrgyógyász Kongresszus

Siófok, 2007. március 22-24.

Helyszín: Hotel Azúr, Siófok, Vitorlás u. 11.

Szervező:

Magyar Magánbőrgyógyászok Közhasznú Egyesülete

(Dr. Kovács János, globomed@freemail.hu,

Dr. Stehlich Gábor, stehlich@t-online.hu)

Gyermekbőrgyógyászati Továbbképző Tanfolyam

Heim Pál Kórház Bőrgyógyászati Osztály

2007. április 13-14.

Hotel Novotel Centrum, Budapest

Szervező: Dr. Szalai Zsuzsanna

Mikológiai Szekció tudományos napja

2007. április 20-21.

Budapest

Szervező: Dr. Simon Gyula

III. Gyermekbőrgyógyászati Vándorgyűlés

2007. június 1-2.

Miskolc

Szervező: Dr. Szakos Erzsébet, Dr. Bikszádi Ilona,

Dr. Szalai Csilla, Dr. Súlyom Enikő

MDT VIII. Kozmetológiai Kongresszusa

MDT Kozmetológiai szekció,

Dermatochirurgiai Szekció,

DEOEC Bőr- és Nemikórtani Klinika

2007. június 28-30.

DEOEC Elméleti Tömb

4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

Szervező: Dr. Kuhnyár Agnes

Sürgősségi esetek a bőr- és nemigyógyászati gyakorlatban

2007. október 31.

Budapest, 1134 Róbert Károly körút 44.

Szervező: Prof. Dr. Baló-Banga J. Mátyás

E-mail: katasztrofa@munkhk.hu

A Dermato-Ophthalmo-Rheumatológiai (DROP) határterületi, interdiszciplináris fórum

Debrecen, 2007. november 15-17.

Kölcsey Kongresszusi Központ, Debrecen

Szervező: DEOEC III. Belklinika, Reumatológiai Tanszék

(dr. Szekanez Zoltán), New Congress Kft. (Budapest),

Prof. Congress Kft. (Szeged)

További információ: www.rheumatology.hu

STD Társaság Tudományos rendezvénye

2007. november 23-24.

Szervező: Dr. Várkonyi Viktória

Fővárosi Szent-István Kórház – Továbbképző konferencia: Lymphoedema

2007. nov. 9.

Szervező: Prof. Dr. Daróczy Judit

Magyar Dermatológiai Társulat 80. Nagygyűlése

Budapest, 2007. december 13-15.

Semmelweis Egyetem NET

Szervező: Magyar Dermatológiai Társulat

(Prof. Dr. Kárpáti Sarolta)

További információ: www.motesz.hu

KÜLFÖLDI SZAKMAI RENDEZVÉNYEK

DUDG ülés, a 44. DDG keretében

2007. április 25.

Drezda, Németország

Szervező: Prof. Dr. Baló-Banga J. Mátyás

16. EADV Kongresszus

2007. május 16-20.

Bécs, Ausztria

37. ESDR ülés

2007. szeptember 5-8.

Zürich, Svájc

Onkodermatológiai centrumok találkozója

2007. szeptember 6-8.

Barcelona, Spanyolország

Szervező: Malvey Joseph, MD