ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
FORRAI JENŐ DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

112. ÉVFOLYAM

*

27. SZÁM

*

1971. JÚLIUS 4.

TARTALOMJEGYZÉK

II Sch
112-1971 II

Budai József dr., Melis László dr. és Szabó Aranka dr.:
A kanyaró elleni tömeges védőoltás klinikai tapasztalatai 1563

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Káli Gábor dr., Kovács Ferenc dr. és Tomka Imre dr.:
EEG vizsgálatok kanyaró ellen védőoltott gyermekeken 1567

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Vereckei István dr. és Demeczky Mihályné dr.:
A rauwolfia-alkaloidák szerepéről a hyperthyreosisok kezelésében, különös tekintettel a TSH-secretio befolyásolásának kérdésére 1570

EPIDEMIOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Sere Gabriella dr., Tass Mariann dr. és Reich Gusztáv dr.:
Fővárosi egészségügyi intézményekben észlelt iatrogen hepatitisjárványok 1575

REFERÁTUMOK

Telegdy Gyula dr.:
A foeto-placentáris egység szerepe a steroidhormonok anyagcseréjében 1579

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Kocsis István dr., Argay István dr. és Szigeti László dr.:
Tapasztalataink a Kovács-féle extraamnialis szőlőcukor-feltöltéssel 1585

RITKA KÓRKÉPEK

Korányi György dr. és Mészáros József dr.:
Congenitalis májfibrosis 1588

KAZUISZTIKA

Péley Domokos dr. és Magyar László dr.:
Érdekes koponyaűri idegentest 1592

Beszámolók, jegyzőkönyvek 1595
Folyóiratreferátumok 1597
Levelek a szerkesztőhöz 1610
Könyvismertetés 1611
Hírek 1615
Megjelent 1614, 1615, 1616
Pályázati hirdetmények 1618

DAEDALON

tabletta, végbélkúp

ÖSSZETÉTEL:

1 tabl. 50 mg β-dimethyl-aminoaethyl-benzhydryl-aether-8-chlortheophyllin.-ot;
1 kúp (1,4 g) 100 mg β-dimethyl-aminoaethyl-benzhydryl-aether-8-chlortheophyllin, 100 mg chlorbutanolumot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Légibetegség, és egyéb okokból fennálló (terhesség, uraemia, sugárbetegség, inhalatiós narcosis, labyrinthitis stb.) nausea és hányás. Menière-syndroma.

ADAGOLÁS:

1–2 tabletta vagy 1–2 kúp 4–6 óránként, a beteg állapotától függően. Prophylactikusan kinetosis megelőzésére egy órával az utazás megkezdése előtt 1–2 tabletta vagy 1 kúp.

MEGJEGYZÉS:

Tabl. + kúp társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.
Négy tabl. orvosi vény nélkül is kiszolgáltatható.

CSOMAGOLÁS:

10 tabl.	4,60 Ft
100 tabl.	17,80 Ft
10 kúp	9,60 Ft
100 kúp	69,20 Ft

Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest, X.

Budapest Főváros László Kórháza, I. Gyermekosztály
(osztályvezető: † Csapó József dr.)

A kanyaró elleni tömeges védőoltás klinikai tapasztalatai

Budai József dr., Melis László dr.
és Szabó Aranka dr.

A kanyaró elleni rendszeres, aktív védőoltás bevezetésére hazánkban 1969 őszén került sor. Egészségügyi kormányzatunk tömegoltás céljaira, számos oltóanyagtípus közül, a Leningrád-16 jelzésű, élő, attenuált morbillivírust tartalmazó készítményt választotta, amely mind az előzetes kísérletekben (6), mind pedig az 1967-es és 1968-as területi oltásban megfelelt az optimális követelményeknek: viszonylag csekély oltási reakció árán, kellő titerű egyedi és magas, 90% feletti csoportimmunitást hozott létre (17).

Az 1969. október 6-án megindított kampány során, december 31-ig Budapesten 34 042 oltás történt. Az 1965-ben született gyermekek közül 3511, az 1966—67-es korosztályból 10 924, az 1968-ban születettek közül pedig 19 607 gyermek részesült kanyaró elleni védőoltásban. Ugyanezen idő alatt országosan mintegy 215 000 oltást végeztek.

Az esetleges szövődmények egységes szemléletű megítélése érdekében minden budapesti oltottat, akinek oltási betegsége — az észlelő orvos nézete szerint — a szokásostól eltérő volt vagy szövődményre volt gyanús, a László Kórház I. Gyermekosztályára vettünk fel. Néhány gyermek került csak más kórházba, ezek adatait az illetékes főorvosok bocsátották rendelkezésre.

A beutaltak osztályozásában mindenekelőtt azt igyekeztünk tisztázni, hogy betegségük összefügg-e a védőoltással vagy attól függetlennek tekinthető. Ennek megítélésében a következő elvek alapján jártunk el:

1. Az oltással való összefüggés lehetősége elvileg minden olyan esetben felmerül, ahol a betegség tünetei az oltás után 14—16 napon belül lépnek fel. Ezen időponton túl kezdődő kórképek vaccinatiós eredete nagy valószínűséggel kizárható.

2. A megadott időben jelentkező betegségek közül, mint oltási szövődmények, kizárandók az akcidentálisan fellépő, jól körülírt vagy önálló aetiológiájú kórképek.

3. Azok a kórképek, amelyek az oltási betegség részjelenségei, illetve következményei lehetnek (otitis, sinusitis, felsőlégúti hurut), independensnek tartandók, ha attól elkülönülten alakulnak ki.

4. Nem tekinthetők a vaccinatio következményének azok a kórképek sem, amelyek az oltottakon és a nem oltottak csoportjában egyidejűleg, azonos arányban fordulnak elő.

Eredmények

Oltási szövődmény gyanúja miatt Budapest területéről 127 beutalás történt, vidékről — elsősorban a főváros környékéről — 21 gyermeket vettünk fel. Adataikat, valamint a fenti kritériumok alapján történt osztályozásukat az 1. táblázat mutatja.

1. táblázat

Kanyaró oltási szövődmény gyanújával a László kórházba beutalt 148 gyermek adatai. (1969 október 6—december 31.)

	Budapest	Vidék*
Az oltottak száma	34.042	—
Beutaltak száma	127	21
Beutalás aránya	3,7‰	—
I. Az oltástól független esetek száma	17	0
II. Az oltással összefüggő esetek száma	110	21
A) Kontraindikáció ellenére oltott	4	0
B) Szövődménymentes oltási betegség	46	11
C) Az oltási betegség ismérveitől eltérő reakciók:		
1. Tonsillitis follicularis	39 (14 együtt)	5
2. Idegrendszeri tünetek	35 (14 együtt)	5

* Elsősorban Budapest környéke

I. Az *oltástól függetlennek* találtuk 17 gyermek betegségét. Ezeknél meningitis epidemicát, mononucleosis infectiosát, pyelitist és néhány, az oltási betegséget megelőzve fellépett otitis mediát és sinusitist észleltünk. Nem tekintettünk oltási ártalomnak 5 laryngitis subglottica esetet sem, bár az oltási betegség ideje alatt szállították őket osztályunkra, mivel a nem oltott, szomszédos korosztályokból, egyidejűleg 22 gyermek került hasonló ok miatt felvételre.

II. Az *oltással való összefüggés* 110 budapesti és 21 vidékről érkezett gyermek esetében volt igazolható.

A) *Kontraindikáció ellenére történt oltás* következményei miatt 4 gyermeket vettünk fel.

Down-kórban szenvedő 18 hónapos fiúbetegünk esetében az oltást követően igen súlyos, feltehetőleg viralis eredetű pneumonia alakult ki, emiatt 6 hétig állott kezelés alatt. Gyógyultan távozott.

Morbus sacer, Little-kór, valamint hypsarrhythmia miatt ápolás alatt álló gyermekek oltását pedig az oltási betegség idején fellépő, halmozott görcsroham követte. A lázas szak múltával a korábbi állapot állott vissza.

B) Az oltással összefüggésbe hozható esetek közel felénél a vaccinatiót ismert arányban követő *oltási betegség* szokásos jeleit észleltük csupán, lázat, exanthemával vagy anélkül, a 7—12. napon. Egyéb kóros jelenséget nem lehetett kimutatni. A 34 esetben elvégzett EEG vizsgálat is negatív eredményt adott (11).

2. táblázat

A kanyaróoltás után észlelt idegrendszeri ártalmak jellege, száma, aránya és fellépési ideje

	Budapest	Vidék
Eclampsia		
Száma	32	4*
Aránya	0,94‰	—
Fellépte.....	7—12. postvacc. nap	9—10 postvacc. nap
Enyhe encephalitis		
Száma	3	0
Aránya	0,09‰	—
Fellépte.....	6., 8. és 14. postvacc. nap.	—
Súlyos encephalitis		
Száma	0	1**
Aránya	—	0,5:100 000
Fellépte.....	—	10. postvacc. nap

* Csak Budapest környéke
** Az országos, 215.000 oltásból

C) *Az oltási betegség ismérveitől eltérő reakciók.*

1. A *tonsillitis follicularis*sal járó esetekben a torokkép a streptococcus okozta elváltozástól nem volt elkülöníthető; a rendszeres bacteriológiai vizsgálat sem *Streptococcus pyogenes*t, sem egyéb kórokozót nem mutatott ki. A torokfolyamat az oltási betegséggel egyidejűleg alakult ki és annak elmúltával szűnt meg.

2. Az *idegrendszeri tünetek* miatt felvett gyermekek számát, az ártalom jellegét és fellépti idejét a 2. táblázat mutatja.

a) Az *eclampsia* minden esetben az oltási betegséggel együtt, a 7—12. postvaccinatiós napok között jelentkezett, valamennyi gyermeknél a lázas reakció tetőpontján, 39—40° C temperatura mellett. A roham otthon zajlott le, pár percig tartott és a kórházi felvétel után, 1 esettől eltekintve, nem ismétlődött. Liquorvizsgálatot 14 gyermeknél végeztünk. Mivel az eredmény következetesen negatív volt, a továbbiakban a lumbalpunctiótól eltekintettünk.

Minden esetben történt EEG vizsgálat, amely vagy teljesen negatív eredményt adott, vagy a lázas eclampsia után szokásos, enyhe, átmeneti eltérést mutatta csupán (11).

3. táblázat

A postvaccinatiós idegrendszeri tünetek aránya és kormegoszlása a Budapesten oltottak között

Születési idő	Oltottak száma	Eclampsia		Enyhe encephalitis	
		száma	aránya ‰	száma	aránya ‰
1965	3 511	1	0,28	0	0
1966—67	10 924	12	1,09	1	0,09
1968	19 607	19	0,96	2	0,10
Összesen:	34 042	32	0,94	3	0,09

Az eclampsiás rohamot átélt gyermekek 8—10 napos megfigyelés után, tünet- és panaszmentes állapotban hagyták el a kórházat.

b) *Enyhe átmeneti agyvelőgyulladás.*

Néhány esetben az oltási betegség idején, annak tünetein kívül, olyan múló neurológiai elváltozások alakultak ki, amelyek igen enyhe postvaccinatiós agyvelőgyulladás felléptére utaltak. Az EEG eltérés e feltevést megerősítette.

H. D., 19 hónapos, valamint *B. Cs. 3 ½ éves lány* esetében, az oltási betegség jelei mellett, a 6., illetve a 14. postvaccinatiós napon bágyadtság és kisfokú aluszékonyság mutatkozott. Egyéb idegrendszeri elváltozás nem volt. A tünetek 1 nap után nyomtalanul elmúltak. A liquorvizsgálat negatív eredményt adott. Az EEG diffúz lassulást jelzett, ez az eltérés 5 nappal később már nem volt fellelhető.

K. Sz., 1 ½ éves lány felvétele görcsroham miatt történt. Az eclampsia az oltás utáni 8. napon, otthon zajlott le, pár perc után spontán oldódott. Felvételekor neurológiailag tünetmentes volt. Az EEG vizsgálatban észlelt lassult tevékenység, a klinikai képpel együtt értékelve, gyulladásos jellegű idegrendszeri károsodásra utalt. Őt nappal később az EEG normális agyi elektromos tevékenységet regisztrált.

A laboratóriumi vizsgálatok egyéb vírusinfectio szerepét mindhárom esetben kizárták.

A gyermekek tünetmentesen távoztak és a későbbi kontroll vizsgálat sem mutatott ki eltérést.

A Budapesten oltott, idegrendszeri tüneteket produkáló esetek számát és az összes oltásokhoz viszonyított arányát, korspecifikus bontásban, a 3. táblázat részletezi.

c) *Súlyos encephalitis* az országosan végzett mintegy 215 000 oltás után 1 esetben alakult ki.

V. I., 18 hónapos, vidéki fiú. Normális terhesség, zavarmentes szülés. Jól fejlődött. Korábbi kötelező oltásai során súlyosabb reakciót nem észleltek.

1969. október 10-én kanyaró ellen oltották. 19-én lázas lett és 20-ára hajló éjjel, 40° C körüli hőmérséklet mellett görcs lépett fel. Az alkalmazott Germicid baby kúp lázát nem csökkentette és görcsös állapota sem oldódott. Mentővel a területileg illetékes kórház gyermekosztályára szállították. Itt gyógyszeres és fizikális hűtést végeztek, görcsoldó injekciókat adtak, de az eclampsia csak 4 (!) órás tartam után oldódott. Eszmélete zavart maradt, időnként a jobb testfélre kiterjedő clonusos rángások jelentkeztek.

Rövid átmeneti javulás következett, láztalan lett, sensoriuma feltisztult; folyadékot fogyasztott.

Október 23-án ismét hyperpyrexia lépett fel, eszméletlenné vált és 4 órán át tartó görcsrohamba esett. Eszmélete ezután már nem tért vissza. A következő napokon 1—2 percig tartó rángások miatt tartós, gyógyszeres deconnexiót vezettek be. Szondán át táplálták.

Liquorvizsgálat (október 20-án): Pándy: negatív; fehérje: 40 mg%; cukor: 65 mg%; üledékben 1—1 vvt.

Október 24-én: sejtszám: 5; Pándy: h. op.; egyéb vizsgálatra kevés.

A beteget 1969. október 30-án vettük át a László Kórház I. Gyermekosztályára.

Felvételi státusából: korának megfelelően fejlett és táplált kisded. Lázas, eszméletlen. Tekintete réveteg, nem fixál, környezetéről nem vesz tudomást. Jobb oldali végtagokban kis kitérésű spontán mozgás figyelhető meg, a bal oldal mozgásszegény. Meningeális jel nincs. Egyéb szervek részéről eltérés nem észlelhető.

Az ideggyógyászati konzilium *(Kovács dr.)* a parainfectiosus encephalitis diagnózisát megerősítette.

Corticoid adása mellett tüneti kezelést alkalmazunk.

November 5-től láztalan, idegrendszeri állapota változatlan. Szájon át táplálható. Bal oldali tónustúlsúly alakult ki.

A későbbiek során eszméletzavara csökkenni látszik, időnként figyelme felkelthető, de tartósan nem köthető le.

Liquorvizsgálat (okt. 31., nov. 6., nov. 17): negatív.

EEG. November 3-án: igen súlyosan károsodott cerebrális tevékenység, amely helyenként teljes aktivitáshiányt tükröz.

November 11-én: diffúz, súlyos cerebrális károsodás. Kisfokú javulás mutatkozik.

December 9-én: oldalkülönbség alakult ki, a jobb hemispherium sokkal laposabb, kivehető hullámokat alig tartalmazó tevékenységet mutat.

A rutin laboratóriumi vizsgálatok negatív eredményt adtak. A liquorból és a torokváladékból cytopathogen ágenst nem sikerült izolálni. A savópárok vizsgálata szerint mumpszvírus, adenovírus, rubeolavírus, valamint LCM-vírus ellen antitest nem termelődött *(OKI, Vírusosztály, Dömök dr.).*

A kanyaró ellenanyag titere HAG próbában 1969. október 31-én 1:80, 1970 áprilisában 1:32 volt *(OKI, Csonka dr.,* illetve *Pallinger dr.).*

A beteget hatheti ápolás után súlyos motoros és psychés maradványtünetekkel adtuk haza.

Megbeszélés

A kanyaró védőoltás szövődményeivel foglalkozó irodalom meglehetősen szegényes. A postvaccinatiós események regisztrálása ugyanis a legtöbb országban nem előzetes terveknek megfelelően történik, hanem az adatok spontán bejelentéseken vagy kérdőívre adott válaszokon alapulnak.

További bizonytalanság származik abból, hogy az *oltási betegség,* illetve az *oltási szövődmény* fogalmának határai nem egyszer elmosódnak.

A kanyaró oltást követően ugyanis — hasonlóan a himlő elleni oltáshoz — *oltási betegség* felléptével kell számolni. Ennek tünetei közül az enyhe, 38,5° C-ig emelkedő láz az oltottak 20%-ánál, magasabb láz pedig 5%-ánál várható. 3—6% a morbilliform exanthema kialakulásának a valószínűsége (6). Bár oltási szövődmény gyanúja kizárólag egyéb tünetek esetén merülhet fel, a súlyosabb oltási betegségtől való biztos elkülönítés intézeti elhelyezést tehet szükségessé.

Saját vizsgálatainkban 148 szövődménynek tartott eset kórházi szintű analízisét végeztük el.

A beutalások viszonylag alacsony aránya (3,7:1000) arra mutat, hogy az *oltási betegség* sem arányaiban, sem jellegében nem haladta meg az irodalomban leírt és korábbi vizsgálatainkban is észlelt mértéket. Felvett betegeink több mint egyharmadánál csak ennek tünetei voltak fellelhetők, kórházi elhelyezésükre, a sok esetben kétségtelenül heves reakciótól eltekintve, leginkább szociális indok miatt került sor.

A kanyaró oltással kapcsolatos klinikai problémák közül kimagasló jelentőségűek az *idegrendszeri ártalmak.* Az *eclampsia* valószínűségét a természetes kanyaró kapcsán 7‰-re becsülik (14). A védőoltással kapcsolatos gyakoriságára vonatkozó adatok azonban bizonytalanok, és a vizsgálat helyétől függően 0,17—20‰ között változnak (19). A védőoltás kísérleti szakaszában kizárólag a fejlődő államokban fordult elő jelentősebb arányban, az USA-ban 1965-ben jelentett esetek aránya mindössze 1:375 000 volt (12). Magunk sem észleltünk görcsöt experimentális viszonyok között végzett oltásaink során, még a jóval hevesebb reakciót produkáló Leningrád-4 készítmény használatakor sem (5), és görcsmentesen zajlottak le az 1967-es és 1968-as területi oltások (17), valamint a jelen oltást megelőző, előrefuttatott oltások is.

Az eclampsia eredetére vonatkozóan általánosan elfogadott, hogy nem a vaccina közvetlen hatására, hanem az oltási betegség alatt fellépő láz következményeként alakul ki (12). Erre utal, jellegzetes korspecifikus eloszlása mellett, *Káli, Kovács* és *Tomka* (11) megfigyelése is, amely szerint a postvaccinatiós eclampsia és a szokványos lázas eclampsia okozta EEG elváltozások egymástól nem különíthetők el. Az oltás után fellépő *görcs aránya,* eredetéből adódóan, megfelelő *lázcsillapítással csökkenthető,* így nem tekinthető az oltás elkerülhetetlen velejárójának. A tömegoltásokban észlelhető nagyobb arányú fellépését az magyarázza, hogy míg a kísérletes oltásokban a láz mérséklésére különös gondot fordítanak, a területi oltásokban a lázcsillapítás, akár a kellő orvosi felvilágosítás hiányában, akár a szülő indolenciája következtében gyakran elmarad és a magas láz eclampsiába torkollik. A lázcsillapítás jelentőségét mutatja, hogy míg 1966-ban Angliában 1,9‰-ben fordult elő postvaccinatiós görcs, megfelelő felvilágosítás után ez az arány 1968-ban 0,19‰-re csökkent (20).

A budapesti oltásokban észlelt 1‰ körüli, meglehetősen magas arány a gondosabb lázcsillapítás szükségességére hívja fel a figyelmet. Ennek az adatnak az értékelésénél figyelembe veendő az is, hogy az oltások idején ismeretlen aetiológiájú felsőlégúti hurut járványszerű elterjedése miatt a vaccináltak egy része bizonyára nem volt a megkívánt tünetmentes állapotban.

Az *enyhe, átmeneti agyvelőgyulladásról* mint postvaccinatiós ártalomról, irodalmi adatok alig állanak rendelkezésre. Ennek oka valószínűleg az, hogy felismeréséhez EEG vizsgálat szükséges, mivel az enyhe, 1—2 napig fennálló neurológiai eltérések elkerülik a figyelmet. *Müller* és *Eckholdt* (15) 102 oltott gyermek közül háromnál talált, klinikai tünet nélkül, átmeneti EEG elváltozást a 8. postvaccinatiós napon. Saját eseteinkben az idegrendszeri elváltozások felléptét — az EEG megfelelő jelein kívül — igen enyhe agyvelőgyulladásra utaló klinikai tünetek is jelezték. *Müller* és *Eckholdt* adatai mellett a mi tapasztalataink is arra mutatnak, hogy átmeneti, maradvány nélkül lezajló idegrendszeri ártalom felléptével a kanyaró elleni oltást követően is számolni kell, annak ellenére, hogy egyes szerzők szerint ennek a lehetősége kizárt (9, 10). Az ártalom valószínűsége azonban a vaccinatiót követően lényegesen kisebb (0,09‰), a természetes kanyaróhoz képest, amely során 50% feletti előfordulását is észlelték (8).

Súlyos encephalitis a természetes kanyaró szövődményeként 1:1000—1:10 000 közötti valószínűséggel fordul elő (4). Az élő, attenuált vírust tartalmazó oltóanyagok agyvelőgyulladást kiváltó hatása hosszú ideig kétes volt. A kérdés vizsgálatát megnehezíti, hogy az oltások számának növekedésével arányosan növekedik a koincidencia valószínű-

sége; továbbá az is, hogy az agyvelőgyulladás és az oltás közötti oki összefüggés direkt úton nem igazolható. *Nader* és *Warren* (16) adatai azt mutatták, hogy a kanyaró védőoltás nem növeli az encephalitis veszélyét, felméréseik szerint a nem oltottak csoportjában magasabb volt a bejelentett esetek száma, mint a 15 millió oltott között. *Geme* (7) az attenuált morbillivírus neurotropizmusát biztonsággal kizártnak tartja.

Az angliai tömegoltások tapasztalatai hívták fel elsőként a figyelmet, hogy ez az oltás sem mentes az agyvelőgyulladás veszélyétől. Bár a vaccinatio és az azt követően észlelt encephalitisek közötti oki kapcsolatot csak valószínűsíteni lehetett, azt a készítményt, amely az agyvelőgyulladás előidézésében inkább látszott felelősnek, a termelő a forgalomból kivonta (2, 3, 13).

Magyarországon a mintegy 215 000 oltást követően 1 encephalitis lépett fel, aránya 0,5:100 000. Az esetnek a vaccinatióval való kapcsolata nem zárható ki, bár súlyos lezajlásában, a maradandó károsodások létrejöttében, véleményünk szerint jelentős szerep jutott a hosszan tartó eclampsia okozta agyi hypoxiának is.

Figyelembe véve, hogy 215 000 gyermek természetes kanyarós megbetegedése esetén, a legkisebb 1:10 000 valószínűséggel számolva is, legalább 20 agyvelőgyulladás várható, nyilvánvalónak látszik, hogy a védőoltás, ezen egyetlen megbetegedés árán, számos eset kialakulását akadályozta meg.

Jelentős számú *tonsillitis follicularist* találtunk. Halmozódását a területen is észlelték, de előfordulási arányát — adatok híján — nem lehet megállapítani. Mivel frequentiája a nem oltottak között nem emelkedett, másrészt a bakteriológiai vizsgálat az oltástól való függetlenségét nem igazolta, az oltás következményének tekintettük. Bár magunk korábbi oltásaink során nem észleltük, mások 75%-os előfordulását is leírták (19). Múló, ártalmatlan volta miatt azonban szövődménynek nem tekinthető, helyesebb az oltási betegség tünetei közé sorolni.

Több, thrombocytopenia okozta *purpura* esetet közöltek, mint oltási komplikációt (1, 18). Saját anyagunkban ilyen kórforma előfordulását nem észleltük és nem találkoztunk egyéb, allergiás eredetre visszavezethető postvaccinatiós jelenséggel sem.

Adataink analíziséből azt a következtetést vontuk le, hogy a 148 oltási szövődmény gyanúja miatt beutalt gyermek közül mindössze 4 eset bizonyult valóban oltási szövődménynek; akiknél gyulladásos idegrendszeri ártalom létrejöttét lehetett kimutatni.

Amennyiben az oltási reakció ártalmatlanságát és a szövődményes esetek igen alacsony arányát összevetjük a problémák azon tömegével, ami hasonló számú morbilli megbetegedés esetén felmerül, megállapítható, hogy a kanyaró elleni védőoltás egyéni és társadalmi szempontból egyaránt hasznos, preventív eljárás.

Összefoglalás. Szerzők az 1969-es kanyaró védőoltás klinikai tapasztalatait dolgozták fel 34 042 budapesti oltás alapján. Oltási szövődmény gyanújával 148 gyermeket vettek fel (127 Budapestről, 21 vidékről). 17-nél az *oltástól független betegséget* találtak, 57 esetben csak az *oltási betegséget* észlelték. A *kontraindikáció* ellenére oltott 4 gyermeken az oltási betegség súlyos szövődményekkel zajlott le.

Jelentős számú, nem tisztázható eredetű *tonsillitis follicularist* észleltek.

Az *eclampsia* aránya 1‰ volt, az oltási láz tetőzésekor lépett fel. Az EEG vizsgálat vagy negatív eredményt adott, vagy az egyéb eredetű lázas görcs után észlelhető átmeneti eltérést mutatta.

Három esetben észleltek *enyhe agyvelőgyulladást* (0,09‰). A múló klinikai tünetek mellett EEG eltérés is kialakult, ami 5 napon belül rendeződött.

Az országosan végzett 215 000 oltás után, azzal feltehetőleg összefüggésben, *1 súlyos encephalitis* lépett fel. A beteg maradandó motoros és psychés károsodásokkal hagyta el a kórházat.

Szerzők szerint sem a tonsillitis follicularis, sem pedig az eclampsia nem tartható oltási szövődménynek. Utóbbi előfordulása ugyanis gondosabb lázcsillapítással csökkenthető.

Oltási komplikációnak azokat az eseteket minősítették, ahol gyulladásos idegrendszeri elváltozás alakult ki (3 enyhe és 1 súlyos encephalitis).

IRODALOM: 1. *Alter, H. J. et al.:* Amer. J. Dis. Child. 1968, *115*, 111. — 2. *Annotations:* Lancet. 1969, *1*, 1198. — 3. *Barbor, P. R. H., Grant, D. B.:* Lancet. 1969, *2*, 55. — 4. *La Bocetta, A. C., Tornay, A. S.:* Amer. J. Dis. Child. 1964, *107*, 247. — 5. *Budai J., Farkas E., Nyerges G., Csapó J.:* Orv. Hetil. 1965, *105*, 7. — 6. *Budai J. és mtsai:* Gyermekgyógyászat. 1968, *19*, 162. — 7. *Geme, J. W. St. jr. et al.:* J. Pediat. 1967, *70*, 36. — 8. *Gibbs, F. A. et al.:* J. Amer. med. Ass. 1959, *171*, 1050. — 9. *Gibbs, F. A. et al.:* Amer. J. Dis. Child. 1962, *103*, 395. — 10. *Halonen, P. et al.:* Acta Paediat. (Uppsala) 1962, *51*, 401. — 11. *Káli G., Kovács F., Tomka I.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 1563. — 12. *Katz, S. L.:* Arch. ges. Virusforsch. 1965, *16*, 222. — 13. *Leading article,* Brit. med. J. 1969, *1*, 794. — 14. *M. R. C. Rep.* Brit. med. J. 1966, *1*, 441. — 15. *Müller, K., Eckholdt, G.:* Z. Kinderheilk. 1966, *96*, 172. — 16. *Nader, P. R., Warren, R. J.:* Pediatrics. 1968, *41*, 997. — 17. *Rudnai O. és mtsai:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 2197. — 18. *Wilhelm, D. J., Peagle, R. D.:* Amer. J. Dis. Child. 1967, *113*, 534. — 19. Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser. 1963, *263*. — 20. Wld. Hlth. Org. Reg. Comm. for Europe, 19th Session, Sept. 9—13, 1969, Budapest.

Budapest Főváros László Kórháza
(igazgató: † Román József dr.),
EEG Laboratórium
és az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet
(igazgató: Zoltán László dr.)

EEG vizsgálatok kanyaró ellen védőoltott gyermekeken

Káli Gábor dr., Kovács Ferenc dr.
és Tomka Imre dr.

Az exanthemás fertőző betegségek között morbilliben leggyakoribb az idegrendszeri szövődmény, kb. az esetek 0,4—1‰-ében fordul elő (1, 2, 3). Az agyi gyulladásos folyamatokban a megzavart funkciót jól tükrözi a cerebrális elektromos tevékenység megváltozása. A manifeszt klinikai tünetekkel együttjáró morbilli encephalitis esetek mindegyikében kimutathatók electroencephalographiás (EEG) eltérések, erre a kérdésre több szerző utal (4, 5, 6). Hasonlóan általános az a megfigyelés is, hogy a klinikai tünetek javulását csak hetek, hónapok elteltével követi az agyi elektromos tevékenység rendeződése és ha az akut tünetek elmúltával organikus vagy psychés defectállapot marad vissza, az electroencephalogramm (EEG) is kóros, sőt EEG eltérés klinikai residuum nélkül is lehetséges (4).

Magunk 1967. június 1. és 1969. december 31. közötti időben 14 morbilli encephalitises gyermeket vizsgáltunk. Minden EEG-n a klinikai kép súlyosságával párhuzamos intenzitású, diffúz vagy gócos cerebrális funkciózavart észleltünk, több esetben görcspotenciálokkal. Közülük 11 beteg katamnesztikus vizsgálatát végeztük el 1970 júniusában, az akut időszak után 7—36 hónappal. (Hat esetben másfél évnél később.) Bár klinikailag csak egy beteg volt somaticusan és mentalisan károsodott és további négy esetben észleltünk enyhe magatartászavart organikus neurológiai eltérés nélkül, az EEG csak két betegen bizonyult physiológiásnak. Két görbén mérsékelt fokú diffúz bradyrhythmiát, két ízben convulsiv tevékenységet (1 esetben temporo-occipitalis lassú gócot időszakos bilateralis synchron meredek-lassú hullámparoxysmussal, 1 esetben unilateralis centralis tüske kisülést) észleltünk. Öt esetben bilateralis occipitalis lassú csoportokat figyeltünk meg, melyeket igen erőteljes, de gyorsan szűnő hypokapniás synchronisatio kísért.

Számos közlés szól arról is, hogy a „természetes" morbilli idegrendszerileg szövődménymentes eseteiben is kialakulhatnak EEG elváltozások.

Gibbs és mtsai megfigyelték (7) hogy a neurológiailag tünetmentes kanyaró esetek 51%-ában az EEG alaptevékenység diffúzan meglassul. Hároméves kor alatt ez az arány még nagyobb: 72%! Az elváltozás az esetek 3%-ában hosszabb ideig fennmaradt.

Pampiglione vizsgálatai szerint (8) az EEG már az exanthema megjelenése előtt néhány nappal kóros lehet, legkifejezettebb elváltozás a kiütés virágzása idején észlelhető.

Gmyrek, Eckoldt és *Müller* (9) 70 kanyarós gyermeket vizsgáltak meg és 40 EEG-ját találták kórosnak anélkül, hogy az idegrendszer érintettségére klinikai jel utalt volna. Az alaptevékenység meglassult, sőt néhány esetben ehhez izgalmi jelenségek társultak. Kifejezett funkciózavar esetén az EEG elváltozás két héten túl is megmaradt. Az EEG képet egybevetve az egyidejűleg végzett liquorvizsgálat eredményeivel, úgy vélik, hogy a „természetes" morbilli folyamán a manifeszt encephalitisek mellett igen sok subklinikus idegrendszeri gyulladás is lezajlik.

Hasonló következtetésre jutottak más munkacsoportok is (10, 11, 12).

Megalapozottnak és igazoltnak vehető tehát, hogy a kanyaró esetek többségében a központi idegrendszer átmeneti, néha elhúzódó alteratiója az encephalitis manifeszt tünetei nélkül is előfordul, s

I. Táblázat

Összefüggés a klinikai tünetek és az első EEG vizsgálat eredményei között

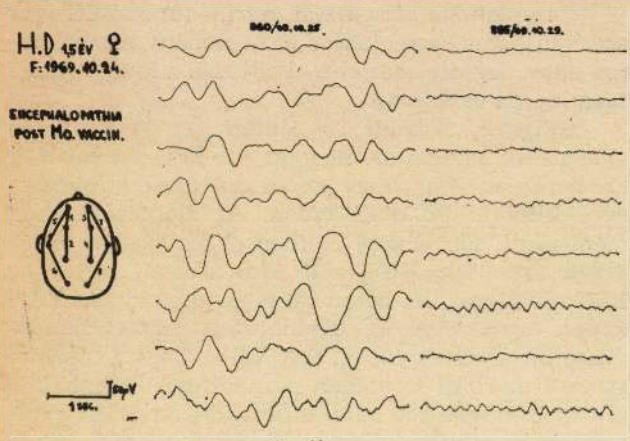
	Oltási megbetegedés tünetei és ...				
	enyhe sensorium-zavar	eclampsia	eclampsia és idegrendszeri góctünetek	idegrendszeri eltérés nincs	Összesen
Normális EEG	—	24	—	31	55
Az EEG már az oltás előtt is kóros volt:	—	2	—	—	2
Enyhén eltérő EEG (occipitális lassú csoportok)	—	10	—	1	11
Diffuzan lassult tevékenység: ...	2	1	1	—	4
Összesen:	2	37	1	32	72

ez magyarázatul szolgálhat a szövődménymentes kanyarón átesett gyermekek későbbi magatartási zavaraira is. Ezért is fogadunk örömmel minden olyan eljárást, mely e betegség megelőzését célozza.

A Leningrád-16 attenuált morbilli-vírus törzsszel végzett előzetes oltások kedvező tapasztalatait felhasználva 1969-ben hazánkban is megkezdték a morbilli elleni védőoltást.

A vaccinatio időszakában 131 gyermeket szállítottak kórházunkba oltási szövődmény gyanúja miatt. Közülük 72 beteg EEG vizsgálatát végeztük el „Alvar Reega-VIII Portable" készülékkel, az

alábbiakban ezek eredményét foglaljuk össze. Klinikai adatokat csak annyiban ismertetünk, amennyi az EEG értékelése szempontjából szükséges, egyébként utalunk *Budai, Melis* és *Szabó* közleményére (13).



1. ábra.

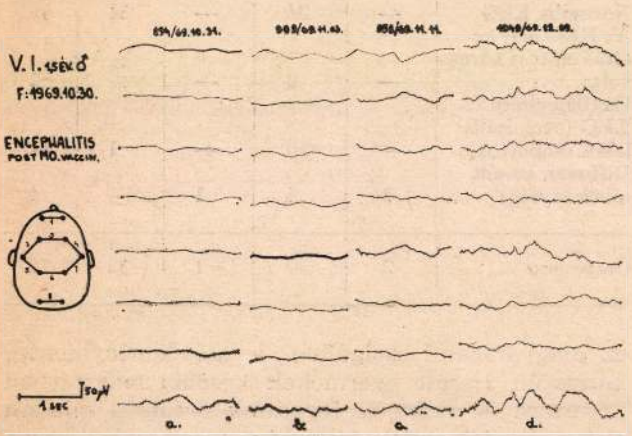
H. D., másfél éves leány. Első vizsgálat: 860/1969. okt. 25.: diffúzan, magas amplitúdójú $^1/_2$–2 c/s delta tevékenység. Második vizsgálat: 885/1969. okt. 29.: az egész agy felett 5–6 c/s theta hullámok dominálnak, temporo-occipitalisan gyakran ritmusos csoportokban

Vizsgálati anyag és módszerek

Minden beküldött gyermek vizsgálatra került, kiben az oltási megbetegedés mellett egyéb tünet (eclampsia, átmeneti sensoriumzavar, tartós sensoriumzavar idegrendszeri góctünetekkel és eclampsiával) idegrendszeri szövődmény gyanúját keltette. Ilyen beteg összesen 40 volt. Kontrollként 32 gyermeket vizsgáltunk, ezek előzményében csak az oltási megbetegedés tünetei szerepeltek. A gyermekek életkora 1—3 év között volt.

Minden esetben csak a nyugalmi tevékenységet regisztráltuk, a betegek kora miatt provokáló eljárásokat nem alkalmaztunk. A görbéket visuális úton értékeltük. Az első vizsgálat 1—3 nappal a klinikai tünetek jelentkezése után, az esetek többségében az oltást követő 10—12. napon volt.

Az első vizsgálat alkalmával talált EEG elváltozások megoszlását az 1. táblázat mutatja.



2. ábra.

V. I., másfél éves kisfiú. a) vizsgálat: 894/1969. okt. 31.: az egész agy felett alig kivehető lapos delta–theta tevékenység. b) vizsgálat: 909/1969. nov. 3.: az előző felvétellel megegyező lelet. c) vizsgálat: 958/1960. nov. 11.: diffúzan lapos theta–delta tevékenység. A görbe az előzőkhöz viszonyítva kevésbé inaktív. d) vizsgálat: bioccipitalisan közepes amplitúdójú, irregularis delta tevékenység. Az agy többi része felett alacsony amplitúdójú kevert delta–theta tevékenység, melyre gyors beta hullámok supernonálódnak

Eredmények

Normálisnak bizonyult 55 gyermek EEG-je.

Két beteg anamnézisében szerepelt előzetes cerebrális károsodás (Little-kór), ill. EEG eltérés (hypsarrhythmia). Felvételeiken az előző, egyéb intézetekben készített, leletekhez viszonyítva változást nem találtunk.

Enyhén eltérőnek 11 EEG-t értékeltünk. Ezekben az esetekben az alaptevékenység mérsékelt meglassulása mellett, vagy anélkül, elsősorban occipitálisan, de néha temporo-parietalisan is, magas amplitúdójú theta-delta csoportok jelentkeztek, többnyire unilateralisan. Ritkán mindkét hemisphaerium felett egyidejű, magas feszültségű, rhythmusos delta kisüléseket észleltünk. Az ellenőrző vizsgálatok alkalmával (négy-hat nappal az első lelet készítése után) az említett elváltozások már eltűntek, minden esetben fiziológiás határokon belüli agyi elektromos tevékenységet találtunk.

Négy EEG minősült határozottan kórosnak.

Három esetben magas amplitúdójú diffúz delta tevékenységet észleltünk, mely 4 nap elteltével normalizálódott. Közülük két gyermeken az oltási megbetegedés tünetei mellett — eclampsia, meningealis izgalmi jelek és idegrendszeri góctünetek nélkül — enyhe, 36 órán belül megszűnő sensoriumzavart figyeltünk meg. A harmadik beteg közvetlen előzményében ismétlődő lázas eclampsia fordult elő, neurológiai eltérést kimutatni nem tudtunk. Jellemző példaként H. D. másfél éves leány EEG-jét mutatjuk be (1. ábra).

Az e csoportba sorolt negyedik gyermek V. I. másfél éves kisfiú EEG-ja mutatott leginkább károsodást (2. ábra).

A morbilli oltást követő 10. napon lázas lett, eszméletlenné vált, majd rövid szünetekkel tartósan görcsölt. Már felvételekor encephalitis egyéb tüneteit is észleltük. Az ekkor készített EEG-n (2. ábra), A) kifejezetten deprimált, kivehető hullámokat alig tartalmazó tevékenység látható, mely az ismételt vizsgálatoknál (2. ábra, B, C) kezdetben lényegesen nem változott. Távozásakor — hatheti ápolás után — még súlyos psychomotoros gátoltság és agyi góctünetek mellett az EEG, bár az előzőkhöz viszonyítva jelentősen javult, még mindig kifejezett diffúz funkciózavart tükrözött (2. ábra, D).

Megbeszélés

A morbilli vaccinatio bevezetése óta számos munkacsoport tanulmányozta EEG segítségével az egyes attenuált vírustörzsek hatását a központi idegrendszerre.

Gibbs, Gibbs és *Rosenthal* 40 vaccinált gyermeket vizsgáltak meg az oltás napján és az azt követő 10. napon (14). Csak egy esetben találtak az occipitalis regiók felett lassú aktivitást. Megjegyzik, hogy a beteg az oltás utáni második napon felsőlégúti hurutos megbetegedésbe esett, így az észlelt EEG eltérés ennek következménye is lehetett. Eseteik között voltak epilepsia megbetegedésben szenvedő, valamint olyan betegek is, akiknek előzmé-

nyében különböző okokra visszavezethető organikus cerebrális károsodás kimutatható volt. Ezek EEG-jén az oltás hatására értékelhető változás nem alakult ki.

Müller és *Eckoldt* (12) 102 vizsgált gyermek közül 92 EEG-jét találták az oltás utáni 8. napon is normálisnak. Három esetben enyhe bioccipitalis meglassulás alakult ki, mely két betegen nyolc, a harmadikon 14 napig állott fenn. Hét esetben mind az oltás előtt, mind az azt követő vizsgálatnál azonos jellegű és intenzitású funkciózavart észleltek. Az oltás Leningrád-16 törzzsel történt.

Askerov és *Mirozjan* ugyancsak a Leningrád-16 attenuált törzs központi idegrendszeri hatását vizsgálta EEG segítségével (15). Az EEG-k értékelését vizuálisan és gépi úton végezték. Negyven vizsgált gyermek közül 38 EEG-je volt normális, köztük 17 olyan betegé, kiknél az oltás mérsékelt fokú vaccinatiós reakciót okozott. Két betegen generalizált paroxysmalis lassú csoportokat figyeltek meg néhány napig. Mindkettőn kifejezett volt a vaccinatiós reakció is. A rhythmicus fény- és hangingerlés nem okozott EEG elváltozást.

Halonen és mtsai tíz beteg agyi elektromos tevékenységét normálisnak találták az oltás utáni 14. napon (16).

Fourrier és mtsai (17) 66 Schwarz-vaccinával oltott gyermeket vizsgáltak az oltás előtt és az oltás utáni 10. és 20. napon. Megfigyelésük szerint 44 EEG változatlan maradt, három esetben határesetnek tekinthető görbét észleltek, 19 betegen az alaptevékenység diffúzan meglassult, occipitalis lassú csoportok egyidejű megjelenésével. Tapasztalatuk szerint az EEG elváltozása a vaccinatiós reakció kezdetekor alakul ki, az ellenanyagok megjelenésével egyidőben. Az elváltozás néhány esetben két hónapig is kimutatható volt.

Az irodalmi adatok többségéhez viszonyítva saját eseteink között nagyobb arányban észleltünk EEG pozitivitást. Ez azzal magyarázható, hogy míg a szerzők nagy része válogatás nélküli eseteket vizsgált, addig betegeink mindegyike oltási betegségnek megfelelő vagy idegrendszeri szövődményre gyanút keltő tünetekkel került felvételre.

Saját adataink, valamint *Fourrier és mtsai* (17) megfigyelésének összehasonlításában értékelési nehézséget okoz a használt oltóanyagok közötti különbség.

Az enyhe EEG eltérések megfeleltek az ismert és ismeretlen aetiológiájú — főleg hurutos — megbetegedésekhez társuló ún. lázas eclampsiákban észlelt EEG képnek (18, 19). Az eltérések localisatiója, jellege, gyors regressziója, valamint az a tény, hogy egy eset kivételével a lázas állapotban görcsölő gyermekeken találtuk meg azokat feltehetően posteclampsiás eredetük mellett szól és nem tekinthető a morbilli vaccinatio specifikus szövődményének.

Oltási károsodásnak tartjuk az utolsó csoportba sorolt négy beteg EEG-ján észlelt diffúz meglassulást. Három betegünknél az átmeneti, de kifejezett EEG elváltozást enyhe idegrendszeri tünetek is kísérték. Ez arra figyelmeztet, hogy az oltás utáni időszakban a tartós görcs vagy átmeneti sensoriumzavar egyéb neurológiai tünet hiányában is oltási szövődményt jelezhet és gondos ellenőrzést igényel. V. I. másfél éves kisfiú esetében mind a klinikai kép, mind az EEG egyértelműen vaccinatiós encephalitis mellett szólt. A súlyos elváltozás kialakulásáért azonban a gyulladásos tényező mellett nagymértékben felelős lehet a tartós görcsállapot által okozott agyi hypoxia is.

Az 1969. évben megejtett morbilli védőoltás idején neurológiai szövődmény gyanúja vagy kizárása miatt EEG-vel is vizsgált esetek azt igazolják, hogy a természetes morbilliban észlelt aránylag nagy számú EEG elváltozáshoz mérten védőoltás után az átmeneti EEG eltérések aránya is csekély. A vaccinatiós encephalitis a morbilli kimutatható és latens idegrendszeri károsodásához mérten igen ritka. Az eclampsiára hajlamos gyermekek esetében azonban gondolni és számítani kell a lázzal járó oltási megbetegedésre és törekedni kell a görcs kialakulásának megelőzésére.

Összefoglalás. A szerzők az 1969-ben Leningrád-16 attenuált morbilli-vírus törzzsel védoltott és szövődmény gyanújával kórházba küldött 72 három év alatti gyermek EEG vizsgálatáról számolnak be. 55 esetben, valamint két, már korábban is eltérő EEG-jű beteg esetében az oltás nem okozott EEG elváltozást. 11 betegen enyhe, posteclampsiás, károsodást találtak. Három esetben enyhe, egy ízben súlyos vaccinatiós encephalitisnek megfelelő képet figyeltek meg. Az irodalmi adatokkal megegyezően az oltás csekély veszélyességére hívják fel a figyelmet, szemben a természetes morbilli alatt észlelt nagyszámú idegrendszeri és EEG eltéréssel. Felhívják a figyelmet, hogy az oltási betegség alatti láz görcsöt aktiválhat, melynek megelőzését elengedhetetlenül szükségesnek tartják.

IRODALOM: 1. Enceph. Surveillance 1965. Annual Summary Communicable Disease Center USA. Dept. of Health and Welfare. — 2. Measles Enceph., Brit. Med. J. 1966, *2*, 64. — 3. *Tyler, H. R.:* Medicine. 1957, *36*, 147. — 4. *Gibbs, F. A., Rosenthal, I. M.:* Amer. J. Dis. Child. 1962, *103*, 395. — 5. *La Bocceta, A. C., Tornay, A. S.:* Amer. J. Dis. Child. 1964, *107*, 247. — 6. *Swanzon, B. E.:* Amer. J. Dis. Child. 1956, *92*, 272. — 7. *Gibbs, F. A. és mtsai:* JAMA. 1959, *171*, 1050. — 8. *Pampiglione, G.:* Brit. Med. J. 1964, *2*, 1296. — 9. *Gmyrek, D. és mtsai:* Z. Kinderheilk. 1965, *93*, 197. — 10. *Grossmann, H. J. és mtsai:* Pediatrics. 1956, *18*, 556. — 11. *Breton, A. és mtsai:* Ann. Pédiat. 1960, *36*, 503. — 12. *Müller, K., Eckoldt, G. Z.:* Z. Kinderheilk. 1966, *96*, 172. — 13. *Budai J. és mtsai:* Orv. Hetil. (közlés alatt). — 14. *Gibbs, F. A. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1961, *264*, 800. — 15. *Askerov, V. F., Mirozjan, N. Sz.:* Vopr. ochr. Mater. i det. 1969, *14*, 87. — 16. *Halonen, P. és mtsai:* Amer. J. Dis. Child. 1962, *103*, 347. — 17. *Fourrier, A. és mtsai:* Pediatrie. 1969, *24*, 97. — 18. *Külz, J. J., Jakob, G.:* Zschr. ärztl. Fortbild. 1967, *61*, 645. — 19. *Dumermuth, G.:* Electroencephalographie im Kindesalter. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1965, 198.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, II. Belklinika
(igazgató: Gömöri Pál dr.)

A rauwolfia-alkaloidák szerepéről a hyperthyreosisok kezelésében, különös tekintettel a TSH-secretio befolyásolásának kérdésére

Vereckei István dr. és Demeczky Mihályné dr.

Az indiai népi orvoslásban 2500 éve ismert rauwolfia alkaloidák (r. a.-k) bevezetését a psychiátriai megbetegedések [1931, *Sen, G.* (60)], illetve a hypertonia [1940, Vakil, R. J. (68)] modern kezelésébe hamarosan követte hasznosításuk a hyperthyreosisok therapiájában is (6, 10, 39, 58, 65, 67). Ilyen vonatkozású effektivitásukat a szerzők egy része (4, 46) nagyon szerénynek tartja csupán: a túlműködő pajzsmirigy laboratóriumi paraméterei ugyanis r. a.-k adására — számos megfigyelés szerint — javulást jelző változást alig, illetve csak ritkán (49) mutatnak. Ennek ellenére a kedvezőnek mondható klinikai tapasztalatok maradtak túlsúlyban és a szer mindmáig használatos ezen az indicatiós területen is. Szerepe van ebben a többi antihyperthyreoticummal szembeni viszonylagos ártalmatlanságának is, bár a közismerteken kívül elvétve újabb toxikus mellékhatásairól olvashatunk [intrahepatikus cholostasis (42), csontvelőártalom (25, 63)]. Többé-kevésbé vitatott maradt azonban az, hogy az előnyös hatásnak melyek is volnának a fő összetevői. A válaszadás nem könnyű, részben azért sem, mert a r. a.-k hatásspektruma széles, több irányú: befolyásolhatják a pajzsmirigy-túlműködés kórfolyamatának nem egy láncszemét, illetve a betegség számos tünetét.

A hatásmechanizmust magyarázó nézeteket az alábbiak szerint foglalhatjuk össze:

1. Köztudott a r. a.-k sedativ hatása a cortexre és a hypothalamusra (34, 56). Ismert ugyanakkor az is, hogy az agykéreg izgalmi állapota kedvezőtlenül befolyásolja a hyperthyreosis minden formáját (57). A hypothalamusnak pedig nemcsak közvetítő szerepe van a cortex és a hypophysis között, hanem a hyperthyreosisok nem egy fajtájánál — talán csak az adenoma toxicumokat és a thyreoiditises eredetűeket leszámítva — kisebb vagy nagyobb mérvű kórformáló jelentősége is (2, 50).

2. Több szerző a TSH-secretio fékezését véli lényegesnek a therapiás hatás szempontjából (20, 22, 41, 52, 55, 61, 67). Indirekt bizonyítékok nagy számát sorakoztatták fel ennek igazolására, amit más vizsgálatok nem tudtak megerősíteni (36). Érinti itt e kérdés a nagy problémát, van-e TSH-nak — physiológiai jelentősége mellett — kórformáló szerepe a pajzsmirigy túlműködésében. Pusztán az irodalom tanulmányozása alapján is úgy tűnik, hogy ebben a kérdésben a szélsőséges álláspontok egyikének sincs igaza. Ma már senki sem gondolja, hogy a TSH pathogenetikai szerepe szinte kizárólagos volna, amint azt régebben hittük (15, 69). Nem fogadható azonban el kritika nélkül *Werner* (72) és mások (5, 13, 18, 21, 23, 47, 48) a TSH szerepét teljesen elvető véleménye sem, mely újabban főleg a radioimmuno-assay jellegű hormonmeghatározások eredményeire támaszkodik: ezek szerint ugyanis Basedow-typusú hyperthyreosisban a plasma-TSH általában nem vagy csak kivételesen emelkedett. A fentiekkel összefüggésben azonban nem hagyható figyelmen kívül, hogy egyes szerzők magasabb TSH-szintet találtak a hyperthyreosis némely esetében (7, 19, 24, 27, 28, 29), illetve a betegség bizonyos szakaiban (66, 71), kétségkívül a kevésbé egzaktnak tartott bio-assay jellegű methodikákkal. Egyesek rámutatnak továbbá arra is, hogy Basedow-kórban a hypophysis klasszikus TSH-jának hatására jellegzetes pajzsmirigyhormon-fractiók felszaporodása tapasztalható (2). A teljességhez hozzátartozik annak felemlítése is, hogy a radioimmuno-assay eljárásoknak is megvannak a maguk gyenge pontjai, illetve tisztázásra váró problémái (38). Mindezeket mérlegelve úgy véljük, hogy ha a Basedow typusú hyperthyreosisok nagyobb részében az elhúzódó hatású és nem hypophysaer eredetű LATS-t tarthatjuk is több-kevesebb joggal (11) a kórkifejlet fő rugójának, illetve — talán szerencsésebb megfogalmazásban — a betegség fenntartójának, nagyon is lehetséges, hogy kezdetben — legalábbis az esetek egy részében — a TSH túlprodukció volt a pajzsmirigyet megbetegítő első impulsus (35, 53) úgy, amint az esetek másik nagy hányadára vonatkozóan sokan egyéb noxákban, így pl. focalis thyreoiditisekben vélik az antitestjellegű LATS termelődésének elindítóját megtalálni (45). Feljegyzésre méltók az olyan adatok és elgondolások is, melyek óvatosnál óvatosabb megfogalmazásban ugyan, de azt a lehetőséget sejtetik, hogy a LATS esetleg nem más, mint TSH, ami hyperthyreosisban más hordozófehérjéhez kapcsolódva „elhúzódó" hatásúvá válhat (3, 40, 43).

3. Nem elhanyagolható a r. a.-k sympathicolyticus hatása sem, hiszen a hyperthyreosis számos kellemetlen tünete sympathicus túlsúlyra utal. Így van ez annak ellenére, hogy ellentmondóak az irodalmi utalá-

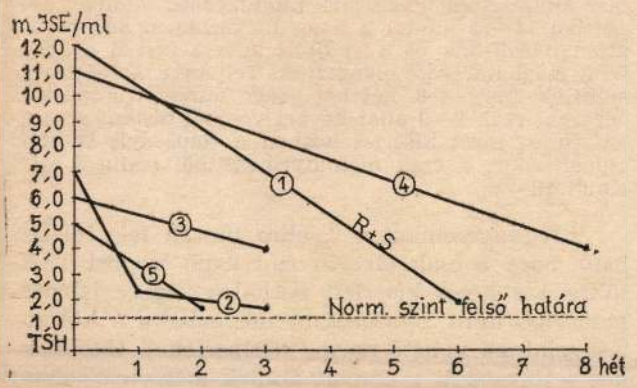
Táblázat

Hyperthyreoticus betegek laboratóriumi paraméterei Rausedyl-kezelés előtt és után

Sor-szám	Beteg		Krogh %		Se-cholesterin mg%		PBJ %	
	neme	kora	előtte	utána	előtte	utána	előtte	utána
1.	nő	39	+30	+40	200	160	—	—
2.	nő	28	+43	+50	136	150	9,3	—
3.	fi	22	+60	+65	—	150	14,0	15,5
4.	nő	60	+54	+42	160	170	12,0	11,0
5.	nő	45	+22	+20	200	210	8,5	8,2

sok a catecholaminok hyperthyreosisnál tapasztalható excretióját illetően. Egyesek ugyanis nem találtak különbséget az egészséges és a hyperthyreoticus szervezet catecholamin-ürítése között. Ismerve azonban a sympathicoton mediatorok és a pajzsmirigyhormonok közötti synergismust, sympathicus blokkoló szerek alkalmazása mindenképpen célszerű. Ténylegesen számos adat támasztja alá a r. a.-k ilyen irányú hasznosságát (14, 31, 32, 33, 44). Reserpin therapia felfüggesztése után pedig nem egy esetben rebound-phenomenszerűen fokozódhat az adrenalinkiválasztás (51). A classicus sympathicolyticumok (reserpin, guanetidin) alkalmazásán kívül lényegében a fentiek indokolták a β-receptorblokkoló propranololnak, mint „periferiásan ható antihyperthyreoticum"-nak bevezetését is a therapiába (8).

4. Ugyancsak előnyös hyperthyreosisban a r. a.-k bradycardizáló (16, 34) és a digitalis-tolerantiát fokozó hatása (64). Itt nem kell a r. a.-k erőteljes rhythmusgyérítő és az a. v.-idő jelentős meghosszabbodását is eredményezni tudó effektusától tartani, mint egyéb, nem hyperthyreoticus cardiopathiák esetében.



1. ábra.
Hyperthyreotikus betegek TSH-szintjének változása Rausedyl adására

5. A számos oldalról leírt testsúlygyarapító effektus célszerűségét, melynek oka részben az étvágy hypothalamikus befolyásolásában keresendő, senki sem vitatja.

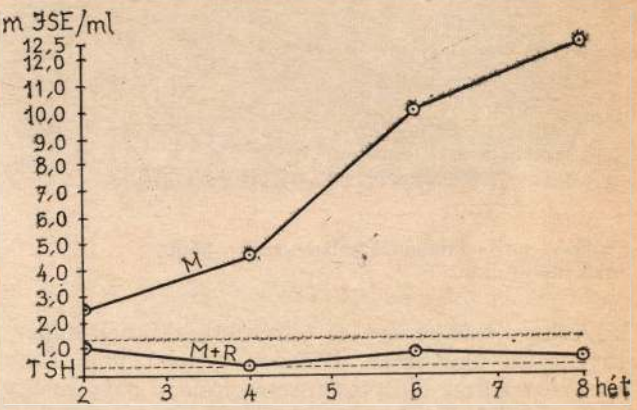
6. Azt a feltételezést, miszerint a fentebb felsorolt hatásmódok mellett a r. a.-knak volna egy, a perifériás szöveteket befolyásoló olyan effektusa, ami azokat a pajzsmirigy hormonokkal szemben resistenssé teszi, több (10, 37) erre vonatkozó utalás ellenére egyelőre hypothetikusnak kell tartanunk. Valószínűleg a fentebb vázolt általános sympathicolysis más megfogalmazásáról van csupán szó.

Mi magunk a r. a.-k közül a therapiában leginkább használatos reserpin (Rausedyl) TSH-ra irányuló hatását vizsgáltuk részben klinikai anyagon, részben állatkísérletekkel. Teljesség okából itt említjük meg, hogy egyesek (39) kiemelik az összalkaloida-kivonatok kiváló klinikai hatékonyságát is.

Klinikai vizsgálatok

Csak olyan betegeket vonhattunk értékelésünkbe, akik előzetesen semmiféle differens kezelésben nem részesültek. Antithyreoid drogokon kívül számos gyógyszer (9, 55) befolyásolhatja ugyanis a pajzsmirigyműködést és részben azon keresztül a TSH-secretiót is.

Első 2 betegünk (1. ábra, 1. és 2.), akik a fenti feltételeknek megfeleltek, és akiknek TSH-tükre a kezelés előtt is magas volt, amit egyébként a klinikára kerüléskor a hyperthyreotikus beteganyagnak egy kisebb hányadán találhattunk csak meg, néhány hónapja szenvedett Basedow typusú hyperthyreosisban, annak valamennyi klasszikus tünetével (exophthalmus, diffus struma, tachycardia, tremor stb.). Az egyik beteg csak napi $3 \times 0{,}25$ mg Rausedylt (R) kapott, a másik, tekintettel súlyosabb és színesebb tünetcomplexusára, napi 3×2 tbl. Sevenalettát (S) is. Mindkét beteg folytatta szellemi munkával járó foglalkozását és a TSH-szint süllyedésével párhuzamosan jelentős javulásról számolt be. Tachycardiájuk megszűnt, nyugodtabbakká váltak, híztak, betegségérzetük csökkent.

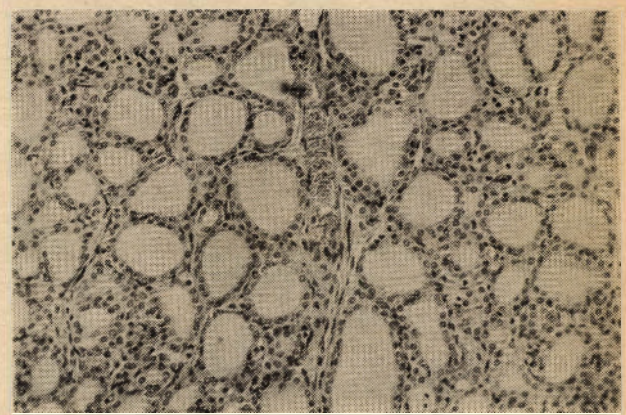


2. ábra.
Patkányok TSH-szintjének változása Metothyrin, illetve Metothyrin + Rausedyl adására

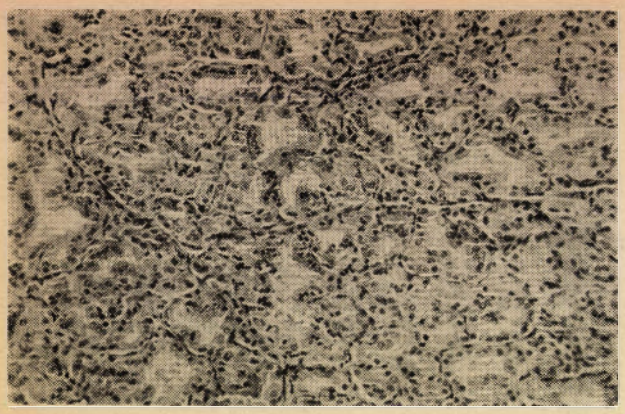
TSH-értéküket mind a therapia előtt, mind pedig annak folyamán *Tsuji* és *Ogura* (66) módszere szerint határoztuk meg. Miként előző közleményeinkben (70, 71) részleteztük, 0,46 mJSE/ml* plasmaszintet találtuk az endocrin szempontból normálisnak tartható egyének középértékének.

Az 1. ábra 3 további olyan beteg (3—5.) TSH-értékének napi $3 \times 0{,}25$ mg Rausedyl adására be-

* JSE = Junkmann—Schoeller-egység. Az ‚m' jelzés arra utal, hogy itt az egységek ezred- (milli-) részei értendők.



3. ábra.
Kezeletlen patkány pajzsmirigyének mikroszkópos képe



4. ábra.
Patkány pajzsmirigyének mikroszkópos képe Metothyrin után

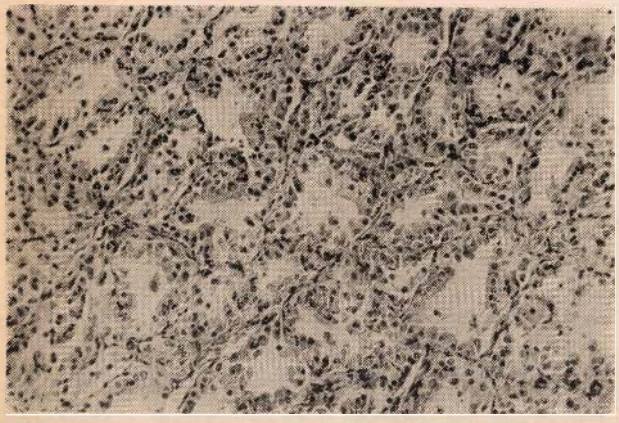
következő csökkenését is feltünteti, akiknek hyperthyreosisa ugyancsak Basedow-typusú volt. Ezek sem részesültek előzetesen semmiféle, a pajzsmirigy működését befolyásolni tudó therapiában. Eltérően az első 2 betegtől, az utóbbiaknál a meghatározások részben klinikai ápolásuk alatt történtek. A Rausedyl sedativ hatásához ezekben az esetekben a hospitalisatio hasonló effektusa is hozzászámítandó, illetve nem kizárható.

Az 5 beteg laboratóriumi paramétereit, melyek az előzőekben jellemzett klinikai javulással szemben változást gyakorlatilag nem mutatnak, táblázatban foglaltuk össze.

Állatkísérletek

Itt sem kevésszámú az idevágó irodalmi utalás (22, 30, 37, 61). A vizsgálók rendszerint a r. a.-k hatását nézték valamilyen, TSH-effektusnak tartott, történésre. Közvetlen TSH-meghatározásról *Ducommun*nél (17) találunk feljegyzést. Az eredmények meglehetősen ellentétesek, aminek oka részben az eltérő methodikákban, részben abban keresendő, hogy az alkalmazott r. a. adagok a hatástalannak tartott 0,02—0,1 mg/kg/naptól a már súlyosan toxicus 40 mg/kg/nap dózisig váltakoztak (22). Nem elhanyagolható az ellentmondások magyarázatára az a körülmény sem, hogy újabb adatok szerint (54) ugyanazon r. a. dózis esetén is, az alkalmazás módjától (im., ip. stb.) függően, változik az effektivitás.

Mi patkánykísérletben tanulmányoztuk a problémát.



5. ábra.
Patkány pajzsmirigyének mikroszkópos képe Metothyrin + Rausedyl után

Először 18 kezelés nélküli állat TSH-tükrét állapítottuk meg. Ennek alapján a normális patkány TSH-szint: 0,9 (szélső értékek: 0,3—1,4) mJSE/ml plasma. Ezt követően 48—48 állaton, két csoportban végeztük kísérleteinket úgy, hogy mindkét csoport tagjai gyomorszondán át Metothyrint kaptak, másodnaponként $^1/_2$ tablettát, vízben oldva. Ez az állatok 165—170 g-os testsúlyát figyelembe véve, 15 mg/kg/nap Metothyrin adását jelentette. A Metothyrintől mint a pajzsmirigyhormon synthesisét gátló szertől a TSH-szint jelentős emelkedése várható, akár már egyhetes adagolás után is (62). Az egyik állatcsoport ezenkívül Rausedylt is kapott, im. injectio formájában, 0,24 mg/kg/nap dózisban. Választásunk azért esett erre az adagra, mert az e helyen nem részletezett előkísérleteink szerint ennek kétszerese, azaz 0,48 mg/kg/nap, hosszabb kísérletben már kifejezetten toxikusnak mutatkozott. Mindkét csoportból 12—12 állatot 2 hetes időközökben decapitatio útján megöltünk és a gyűjtött kevert vérből a TSH-szint meghatározást elvégeztük. Teljesség okából megemlítjük, hogy a 8. hét hét végén mindkét csoportnál egyaránt csak 9—9 állat kevert véréből történt a meghatározás, mert kísérlet közben a Rausedylt is kapó csoportból 3, a csak metothyrinezettből pedig 2 állat elhullott.

Eredményeinket a 2. ábra tünteti fel. Jól látható, hogy a csak Metothyrint kapó csoport TSH-tükre a 8 hetes kísérleti periódus végére jelentősen (több mint 13-szorosan) meghaladta a kiindulási szintnek vehető norm. középértéket. Ugyanakkor a Rausedylt is kapott állatok megfelelő adatai az átlagos értékhatárok között maradtak, bizonyítékául annak, hogy a vázolt kísérleti elrendezésben a thyreostaticum okozta TSH-tükör-emelkedés Rausedyllel fékezhető volt.

A 8. hét végén decapitált 9—9 állaton megmértük a pajzsmirigysúlyokat és 3—3 esetben megnéztük a histológiai képet is.

Megállapíthattuk, hogy amikor a kezeletlen kontroll állatok pajzsmirigyének relatív súlyátlaga 11 mg/100 g (S. D. $\pm$ 1,55) volt, a Metothyrint kapottaknál 27,6 mg/100 g (S. D. $\pm$ 1,73) volt az átlagos mirigysúly. Ez a jelentős különbség a thyreostatikum eredményezte fokozott TSH-secretio igen kifejezett thyreoproliferativ effektusára utal.

A kontroll pajzsmirigysúlyok megállapítása egyidős patkányokon és azonos időpontban történt. A TSH-secretio és attól függően a thyreoidea nagysága ugyanis évszakonként — saját és mások tapasztalatai (1) szerint — jelentősen változhat.

Ami a Rausedylt is kapó állatok hasonló adatait illeti, elmondható, hogy bár a 2. ábra tanúsága szerint a Rausedyl a Methothyrinre bekövetkező TSH-szint emelkedést ki tudta védeni, ugyanez nem mondható el maradék nélkül a pajzsmirigy súlyát illetően. A Metothyrint és Rausedylt egyszerre kapó csoportnál 24 mg/100 g (S. D. $\pm$ 1,84) volt ez az érték. A különbség azonban — a csak metothyrinezett csoporttal összevetve — mégis significans ($p < 0{,}001$).

A pajzsmirigy szöveti képét a 3.. (norm. struktúra), a 4. (Metothyrin után) és az 5. (Metothyrin + Rausedyl után) ábra mutatja be. A histológiai kép értékelése (Juhász Jenő dr.) a következő:

3. ábra: Kezeletlen fehérpatkány pajzsmirigyének mikroszkópos képe. A pajzsmirigy kisebb-nagyobb acinusait egyrétegű, alacsony hám béleli; a lumenben egynemű, eosinophil festődésű, PAS pozitív kolloid helyezkedik el.

4. ábra: A pajzsmirigy normális szerkezete megváltozott: az acinusok lumene szinte teljesen eltűnt, kolloidot nem tartalmaznak. Az acinusokat bélelő hám magas hengerhámmá változott, és a lumenekbe emelkedve azokat teljesen kitölti. A mikroszkópos kép struma parenchymatosának megfelelő strukturát mutat.

5. ábra: Az acinusoknak a kontroll képen látható kerek vagy ovális lumene itt nem figyelhető meg. Legtöbb lumen a normálisnál jóval kisebb vagy eltűnt. A hámbélés mindenütt magas hengerhámmá alakult át. A megmaradt lumenek üresek vagy csak nagyon kevés, halványan festődő, felhígult kolloidot tartalmaznak.

A metszetek tanulmányozásából az a conclusio szűrhető le, hogy a r. a.-k a Metothyrinre létrejövő szöveti képet ugyancsak befolyásolni képesek, bár a normális struktúrát teljesen helyreállítani nem tudják. Más kísérleti feltételek között *Stern* (61) a r. a.-knak a pajzsmirigy normális struktúráját maradéktalanul megőrző, protectiv effektusát találta.

Megbeszélés

Mind klinikai, mind pedig kísérletes megfigyeléseink alapján úgy véljük, hogy a r. a.-k TSH-secretiót fékező hatása bizonyítottnak tekinthető.

Az emberen tett megfigyeléseinket illetően, felmerülhet itt az az ellenvetés, hogy a fenti esetekben a TSH-szint csökkenése a Rausedyltől független spontán történés, ami a Basedow-betegség folyamán amúgy is bekövetkezhet. Ellenérvül felemlíthetjük, e helyen nem részletezett, két megfigyelésünket, melyek szerint egyfelől egészséges egyének normális TSH-tükrét is csökkenteni képesek a r. a.-k, másfelől egy centralis regulatív dysfunctióban szenvedő betegünk 6 mJSE/ml-es TSH-szintje sedatióra (elsősorban tartós Rausedyl-adásra) $1^1/_2$ év alatt 1,5 mJSE/ml-re csökkent, majd a medicatio kihagyása után hetek alatt 4, majd 6 mJSE/ml-re emelkedett.

Az állatkísérletek értékeléséről pedig összefoglalóan annyit, hogy ismerjük azokat a fenntartásokat, melyek az ilyen experimentumok eredményeinek a klinikumra történő átvitelével kapcsolatosak, különösen az endocrinológiában. Ezért térünk ki részletesebben arra a tényre, hogy kísérleteink során a patkányok Metothyrinre bekövetkező TSH-szintemelkedése Rausedyllel teljességgel kivédhető volt ugyan, nem úgy azonban a strumigen hatás. Ebben a vonatkozásban egyébként ellentmondóak az irodalmi utalások is. *Földes* (20) és mások (36) nem találták a r. a.-kat a thyreoidea nagyságát illetően hatásosnak, szemben egyesek ellenkező előjelű experimentális (41), illetve klinikai (67) tapasztalataival. Úgy véljük, hogy ezek az eltérések részben az alkalmazás időtartamában, részben pedig a dózisokban mutatkozó jelentős különbségekkel indokolhatók. Saját kísérleteinkre visszatérve, annak magyarázata, hogy a TSH thyreoproliferativ princípiumát nem tudtuk maradék nélkül fékezni Rausedyllel, normális határok között maradó plasma-TSH mellett, nyilván az, hogy a Tsuji-féle methodika a jódanyagcserére irányuló TSH-hatás mérésén alapszik; ez utóbbi pedig feltehetően (26) nem jár mindig párhuzamosan a TSH thyreoproliferativ effektusával.

Felvetődhet egy olyan kérdés is, hogy vajon jelentős therapiás nyereség-e a r. a.-k TSH fékezése, ha ugyanakkor a pajzsmirigy-túlműködésre jellegzetes paraméterek általában nem változnak. Azt gondoljok, feltétlenül az. A magas TSH-jú betegeknél a hyperthyreotropinismus csökkentésével talán a pathogenesis első láncszemét (59) iktathatjuk ki. A betegség további alakulása szempontjából pedig nem lehet közömbös, hogy ez a láncszem milyen intenzitással és mennyi ideig hathatott. Az eleve mitigált TSH-effektus által hyperthyreoticussá tett pajzsmirigyből kevesebb LATS-t termelő antigen szabadulhat csak fel és így a későbbiekben a betegség enyhébb formája várható. Nem szabad továbbá az emelkedett TSH-szint káros extrathyreoidalis kihatásairól sem megfeledkezni, mint amilyenek a szív- és csontvázizomzat sejtes beszűrődése, illetve degeneratiója, a máj zsírtartalmának növekedése stb. (12). Előnyös a r. a.-k effektusa az exophthalmusra is (10). Ha az azt kiváltó EPS-t ma már a TSH-tól különálló faktornak tarthatjuk is, a pajzsmirigy bizonyos funkcióváltozásai kapcsán gyakori együttes mozgásuk és azonos befolyásolhatóságuk felvehető.

Végül egy gyakorlati szempontból fontos kérdés: strumigen drogokkal folytatott therapia kellemetlen következményei lehetnek az exophthalmus fokozódása és a struma növekedése. Ezek hátterében a túl energikusan lecsökkentett perifériás pajzsmirigyhormon-szintre bekövetkező reactiv TSH-secretio-fokozódás áll. Észleltünk már 70 mJSE/ml-es értéket is (a normális átlag több mint 140-szeresét is!). Ennek kivédésében a szokásos rendszabályok (kis adagú pajzsmirigyhormon adagolás) mellett a r. a.-k adása logikus és eredményt ígérő lépésnek tekinthető.

Befejezésül felemlítendő, hogy a bevezetésben tárgyaltak értelmében a r. a.-k természetesen haszonnal alkalmazhatók olyan esetekben is, amikor a hyperthyreosis nem TSH-hypersecretio folyománya, illetve ilyen összefüggés nem bizonyítható.

A fentiekben vázoltak mellett hangsúlyozni kívánjuk azonban, hogy maga a pajzsmirigy-túlműködés, akár LATS-hatás, akár a mirigyfunkció autonommá válása (2, 11) tartja is azt a továbbiakban fenn, Rausedyl-medicatióval maradék nélkül rendszerint nem eliminálható: a parameterek előzőekben idézett változatlansága is erre utal. A thyreostatikus therapia jogosságát tehát a r. a.-k nem tehetik vitássá, hanem a sedatióra is megnyugvó, enyhe eseteket leszámítva, csakis annak kiegészítői lehetnek.

Összefoglalás. A szerzők a rauwolfia alkaloida (reserpin) TSH-secretióra irányuló hatását vizsgálták részben Basedow typusú hyperthyreosisban, részben állatkísérletben. Azt találták, hogy hyperthyreosisban az alkaloidával csökkenthető a TSH-szint anélkül, hogy a pajzsmirigyfunkciót jellemző laboratóriumi paraméterek módosulnának. A klinikai tünetekben azonban jelentős subjektiv és ob-

jektiv javulás regisztrálható. Ugyancsak effektívnek bizonyult a szer állatkísérletben is: antithyreoid drog (Metothyrin) hatására jelentkező, hatalmasan fokozott TSH-hypersecretio egyidejű rauwolfia adagolásra elmarad.

IRODALOM: 1. *Bános Cs., Nagy J.:* Kísérl. Orvostud. 1964, *16,* 136. — 2. *Baranov, V. G. és mtsai:* Ter. Arch. 1968, *40,* No. 7, 62. — 3. *Baranov, V. G. és mtsai:* Probl. Endokr. Gormonter. 1970, *16,* No. 6, 27. — 4. *Blumenthal, M., Davis, R., Doe, P.:* Arch. intern. Med. 1965, *116,* 819. — 5. *Bonnyns, M.:* Rev. franç. Étud. clin. biol. 1967, *12,* 77. — 6. *Bornemissza P.:* Z. ges. inn. Med. 1959, *14,* 684. — 7. *Bottari, P. M.:* cit. *Góth E.:* Az endokrinológia újabb eredményei. Bpest, Medicina Kiadó, 1963, 15. — 8. *Bourel, M. és mtsai:* Sem. Hôp., Párizs, 1969, *45,* 903. — 9. *Börner, W., Lautsch, M., Moll, E.:* Med. Welt. (Stuttg.) 1965, *I,* 18. — 10. *Canary, J. J. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1957, *257,* 435. — 11. *Chopra, I. J. és mtsai:* J. Clin. Endocr. 1970, *30,* 524. — 12. *Danowski, T. S.:* Clinical Endocrinology. Williams and Wilkins Comp., Baltimore, 1962, *II,* 4. — 13. *D'Angelo, S. A.:* J. Clin. Endocr. 1963, *23,* 229. — 14. *Dillon, P. T. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1970, *283,* 1020. — 15. *Drouet, P. L.:* Rev. Franç. Endocr. 1934, *12,* 101. — 16. *Duchêne-Marullaz, P., Vacher, J., Delort, P.:* Med. Pharm. exp. (Basel) 1965, *12,* 177. — 17. *Ducommun, P. és mtsai:* Endocrinology. 1967, *80,* 953. — 18. *Emrich, D., Mühlen, A.:* Arch. klin. Med. 1967, *213,* 237. — 19. *Eszkin, J. A. és mtsai:* Probl. Endokr. Gormonter. 1967, *13,* No. 4, 6. — 20. *Földes J., Nagy J., Kertai P., Remenár L.:* Magy. Belorv. Arch. 1959, *12,* 10. — 21. *Freychet, P., Rosselin, G., Dolais, J.:* Presse méd. 1969, *77,* 13. — 22. *Freydberg-Lucas, V.:* Acta endocr. (Kbh.) 1956, *23,* 419. — 23. *Gautier, E., Juillard, E., Lemarchand-Béraud, T.:* Schweiz. med. Wschr. 1968, *98,* 8. — 24. *Gilliland, I. C., Strudwick, J. I.:* Brit. Med. J. 1956, *I,* 378. — 25. *Goodman, L. S., Gilman, A.:* Pharmacol. Basis Therap., New York—London—Toronto, Macmillan Comp., 1965, 181. — 26. *Greer, M. A.:* Proc. Soc. exp. Biol. (N. Y.) 1951, *77,* 603. — 27. *Horster, F. A., Schleusener, H.:* Klin. Wschr. 1965, *43,* 762. — 28. *Horster, F. A., Schleusener, H., Schimmelpfennig, K.:* Dtsch. med. Wschr. 1967, *92,* 661. — 29. *Horster, F., Schleusener, H., Schimmelpfennig, K.:* Dtsch. med. Wschr. 1967, *92,* 673. — 30. *Jamazaki, E., Slingerland, D. W., Noguchi, A.:* Acta endocr. (Kbh.) 1956, *23,* 419. — 31. *Johnson, G. E.:* Acta physiol. scand. 1963, *59,* 438. — 32. *Juchems, R., Ammerschläger, G.:* Med. Klin. 1967, *62,* 600. — 33. *Klenke, L.:* Med. Klin. 1967, *62,* 143. — 34. *Knoll J.:* Gyógyszertan. 1967, 118. és 335. — 35. *Kriss, J. P., Pleshakov, V., Chien, J. R.:* J. Clin. Endocr. 1964, *24,* 1005. — 36. *Krüskemper, H. L., Kessler, F. J., Steinkrüger:* Acta endocr. (Kbh.) 1962, *39,* 423. — 37. *Kuschke, H. J., Gruner, H.:* Klin. Wschr. 1954, *32,* 563. — 38. *Lemarchand-Béraud, T.:* Acta endocr. (Kbh.) 1970, *64,* 610. — 39. *Lövei E., Bóna E.:* Z. ges. inn. Med. 1957, *12,* 372. — 40. *Meek, J. C.:* J. Clin. Endocr. 1970, *31,* 48. — 41. *Moon, R. C., Turner, Ch. W.:* Proc. Soc. exp. Biol. (N. Y.) 1959, *102,* 134. — 42. *Möckel, W.:* Med. Klin. 1965, *60,* 294. — 43. *Munro, D. S. és mtsai:* Acta endocr. (Kbh.) 1960, *35,* Suppl. 51, 1189. — 44. *Musacchia, X. J.:* Proc. Soc. exp. Biol. (N. Y.) 1964, *117,* 502. — 45. *Müller, W.:* Med. Klin. 1969, *64,* 1487. — 46. *Newman, S., Fisch, V. J.:* J. Clin. Endocr. 1958, *18,* 1296. — 47. *Pimstone, B. L. és mtsai:* J. Clin. Endocr. 1963, *23,* 336. — 48. *Pinchera, A., Pinchera, M. G., Stanbury, J. B.:* J. Clin. Endocr. 1965, *25,* 189. — 49. *Pittman, J. A. és mtsai:* Acta endocr. (Kbh.) 1960, *35,* Suppl. 51, 1175. — 50. *Policzer M.:* Orv. Hetil. 1968, *109,* 1737. — 51. *Povolockaja, G. M. és mtsai:* Probl. Endokr. Gormonter. 1969, *15,* No. 3, 17. — 52. *Premachandra, B. N.:* J. Endocr. (Lond.) 1965, *33,* 397. — 53. *Rawson, R. W., Money, W. L., Greif, R. L.:* Duncan's Diseases of Metabolism. Philadelphia. London. Toronto. Saunders Comp. 1969, 789. — 54. *Rosencrans, J. A.:* Psychopharmacologia (Berl.) 1967, *10,* 452. — 55. *Ruiz-Torres, A.:* Med. Klin. 1967, *62,* 797. — 56. *Samec, V.:* Med. Welt. (Stuttg.) 1968, *I,* 281. — 57. *Scheid, G.:* Med. Klin. 1965, *60,* 1889. — 58. *Schumann, H.:* Klin. Wschr. 1954, *32,* 220. — 59. *Seif, F.:* Dtsch. med. Wschr. 1967, *92,* 147. — 60. *Sen, G., Bose, K.:* cit. Weber E.: Schweiz. med. Wschr. 1954, *84,* 968. — 61. *Stern, P., Milin, R., Sčepovic, M.:* Schweiz. med. Wschr. 1956, *86,* 415. — 62. *Studer, H.:* Schweiz. med. Wschr. **1966, *96,*** 711. — 63. *Sundermann, A.:* Lehrbuch der inn. Med. Jena, Fischer Verlag, 1965, II, 165. — 64. *Takagi, M. és mtsai:* Amer. J. cardiol. 1965, *15,* 203. — 65. *Tarján P., König M.:* Orv. Hetil. 1956, *97,* 595. — 66. *Tsuji, Sh., Ogura, H.:* Arch. f. exp. Path. u. Pharmakol. 1960, *238,* 391. — 67. *Tulczynski, M.:* Praxis. 1958, *47,* 766. — 68. *Vakil, R. J.:* Medizinische. 1955, *1,* 47. — 69. *Verzár F.:* Lehrbuch der inn. Sekretion, Liestal, Verlag Ars Medici, Lüdin, A. G., 1948, 83. — 70. *Vereckei I., Demeczky M., Takács L.:* Orv. Hetil. 1963, *104,* 1555. — 71. *Vereckei I., Demeczky M., Takács L.:* Orv. Hetil. 1965, *106,* 1741. — 72. *Werner, S. C., Spooner, M., Hamilton, H.:* J. Clin. Endocr. 1955, *15,* 715.

BALTIX CSEPPEK

1 üveg (10 ml) 0,5 g clofedanolt tartalmaz.

Köhögéscsillapító hatása a codeinéhez hasonló, alkalmazása azonban nem vezet hozzászokáshoz és mentes a codein-származékok ismert mellékhatásaitól.

A felnőtt és gyermekszervezet egyaránt jól tűri, obstipatiót nem okoz.

Javallatairól, adagolásáról, rendelhetőségéről a „Tájékoztató" c. kézikönyv nyújt felvilágosítást.

1 üveg (10 ml) 8,40 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

OH
1574

EPIDEMIOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Budapest Fővárosi Közegészségügyi-Járványügyi Állomás
(igazgató: Gács Ferenc dr.)
és VI. ker. V. B. Egészségügyi Osztálya
(osztályvezető: Hanny Irén dr.)

Fővárosi egészségügyi intézményekben észlelt iatrogen hepatitisjárványok

Sere Gabriella dr., Tass Mariann dr.
és Reich Gusztáv dr.

A fertőző májgyulladás súlyos volta és gyakori előfordulása a magyarázata annak, hogy e betegség ma is az érdeklődés középpontjában áll és az ezzel foglalkozó irodalom úgyszólván áttekinthetetlen. A megbetegedések nagy számából adódik, hogy a hepatitist gyakran hurcolják be a sárgaságot megelőző időszakban különböző kórházi osztályokra, ahol az újabb megbetegedések forrásává válik. A fővárosi KÖJÁL fertőzőbeteg-szállítási adatai szerint (5) a nem fertőző kórházi osztályról járványkórházba szállított betegek között a hepatitis fordul elő leggyakrabban. A iatrogen hepatitissel foglalkozó közlemények elsősorban a krónikus betegek gyógykezelésével foglalkozó osztályok (tbc, elmeosztályok) érintettségét emelik ki (10, 20, 1). A hazai irodalomban *Bárász* (1) közöl enteralis úton terjedő hepatitisjárványt a Korányi Tüdőszanatóriumból, *Solt* (18) körzeti orvosi rendelőben terjesztett hepatitis megbetegedésekről tesz említést, *László (Losonczy* hivatkozásában) egészségügyi dolgozók között figyelte meg iatrogen hepatitisek járványos felléptét.

A fertőző betegségek bejelentését figyelemmel kísérve mi is gyakran tapasztaltuk a hepatitis esetek halmozódását egy-egy egészségügyi intézmény, kórház vagy rendelőintézet körzetében. Járványügyi vizsgálataink során azonban rendszerint nem találtuk meg azokat a bizonyítékokat, amelyek a kórházban történt fertőződést kétségen kívül igazolnák. A műszeres orvosi beavatkozás ugyan kétségtelen, de a góckutatás többnyire eredménytelen és a járványügyi lánc folyamatossága hiányzik. A betegség hosszú lappangási ideje, a serumhepatitis járványok elhúzódó volta miatt ezen esetek folytatását többnyire nem ugyanazon kórházban észlelik és az összefüggésekre nem derül fény. Valószínűleg ez az oka annak, hogy iatrogen hepatitisjárványokra vonatkozó kazuisztikai közlemény a hazai irodalomban alig található.

Közleményünkben két fővárosi egészségügyi intézményben észlelt iatrogen hepatitises járványt epidemiológiai módszerekkel bizonyítani tudtuk.

Anyaggyűjtés és módszerek

A kórokozóra vonatkozó hiányos ismeretek miatt az összefüggések felderítésére kizárólag epidemiológiai módszereket használtunk. Ezek: anamnesztikus adatfelvétel a fertőzőforrásra vonatkozóan, a lappangási idővel kapcsolatban, az egészségügyi intézményben való tartózkodás idejéről, az injectiós kezelések gyakoriságáról, módjáról és idejéről, egyéb gyógyszeres kezelésről stb. A klinikai tünetekkel kapcsolatban adatainkat a betegek kórtörténetének utólagos feldolgozásával nyertük. A fertőzés átviteli módjának bizonyítására az érintett egészségügyi intézményekben ellenőriztük az injectiós tűk és fecskendők és más orvosi műszerek kezelésének rendszerét, a mechanikus tisztogatást, a kifőzési időt. Összehasonlítottuk a naponta adott injectiók és a használatban levő fecskendők számát. Végül figyelembe vettük az életkort és a szezonális előfordulást.

A járványok ismertetése

A hepatitis esetek halmozódását először egyik fővárosi tüdőgyógyintézet 40 ágyas osztályán észleltük. Itt 1968 második felétől 1969 októberig összesen 8 hepatitis megbetegedés történt. Ugyanezen időszakban a 220 ágyas szanatórium más osztályain összesen csak 4 hepatitis fordult elő. A betegek szanatóriumi gyógykezelésének idejét és a fertőző osztályra szállítás időpontját könnyebb áttekinthetőség kedvéért az ábrán tüntettük fel.

Az első beteg G. L., 38 éves, 1967. december 20-tól 1968. október 5-ig feküdt az osztályon, 1968. július 3-án szállították át hepatitis diagnózissal az Újpesti Városi Kórház hepatitis osztályára. Augusztus 18-án visszatért a tüdőgyógyintézetbe, ahonnan 1968. október 5-én otthonába hazabocsátották.

A második hepatitises beteg K. K., 1968. január 27-től augusztus 15-ig feküdt az osztályon. Szobatársa volt G. L.-nek, augusztus 15-én hepatitis osztályra szállították.

A harmadik beteg B. J., 1968. június 14-én került az osztályra, tehát itt-tartózkodott G. L. és K. K. hepatitis megbetegedésének sárgaságot megelőző időszakában. 1969. január 11-én szállították át hepatitis osztályra.

A következő beteg H. P., 1968. június 12-től szeptember 23-ig állt gyógykezelés alatt, tehát részben egyidőben az előző betegekkel. A kórházból való távozás után 3 hónappal otthonában jelentkezett nála a sárgaság és 1969. január 24-én szállították hepatitis osztályra.

Az ötödik beteg K. D., 1968. szeptember 25-én került a szanatóriumba. Vele egyidőben feküdt az osztályon a harmadik és a negyedik hepatitisben megbetegedett személy is. 1969. február 5-én innen szállították át hepatitis osztályra.

Hasonló a helyzet a következő betegnél, M. I.-nél, aki 1968. szeptember 17-én került a szanatóriumba és

1. táblázat

Klinikai és laboratóriumi vizsgálati eredmények a tüdőgyógyintézeti járványban

	Legnagyobb májduzzanat	Serumbilirubin maximuma (mg%)	SGPT maximuma	Thymol turbiditas maximuma	Laboratóriumi vizsgálati érték csökkenése
G. L.	1 ujjnyi	15,78	680 E	9,6 E	20 napra
K. K.	elérhető	5,72	180 E	7,6 E	19 napra
B. J.	3 ujjnyi	10,09	240 E	8,7 E	13 napra
H. P.	2 ujjnyi	2,92	190 E	8,3 E	20 napra
K. D.	2 ujjnyi	3,12	270 E	5,7 E	35 napra
M. I.	3 ujjnyi	8,29	380 E	8,7 E	35 napra
T. F.	3 ujjnyi	16,96	310 E	4,6 E	38 napra
T. B.	3 ujjnyi	3,94	210 E	7,3 E	7 napra

1969. február 17-én innen szállították át hepatitise miatt az újpesti kórházba.

T. F.-et 1968. szeptember 30-tól 1969. március 10-ig ápolták a szanatóriumban. 1969. március 10-én panaszmentesen bocsátották haza. Június 24-én otthonából szállították be hepatitis kórházba.

T. B.-t 1969. február 26-án vették fel. Panaszmentesen hazabocsátották szeptember 19-én. Otthonából szállították hepatitis kórházba 1969. október 27-én.

A másik hepatitisjárvány a főváros egyik orvosi rendelőjének körzetében lépett fel. A rendelő orvosa vette észre, hogy a naponta insulin injectióban részesülő diabetes mellitusban szenvedő betegei között halmozottan fordultak elő hepatitis megbetegedések. (A diabeteses, injectióban részesülő gondozottjai egy kivételével megbetegedtek.) Ezen kívül megbetegedett még két személy, aki 7 hónappal előbb a körzeti orvosi rendelőben egyéb injectiós kezelésben részesült (Algopyrin, Hydroxocobalamin, Exacthin). A megbetegedések sorrendje: 1968. november 22., december 4., december 24, 1969. január 3., január 20. és január 21.

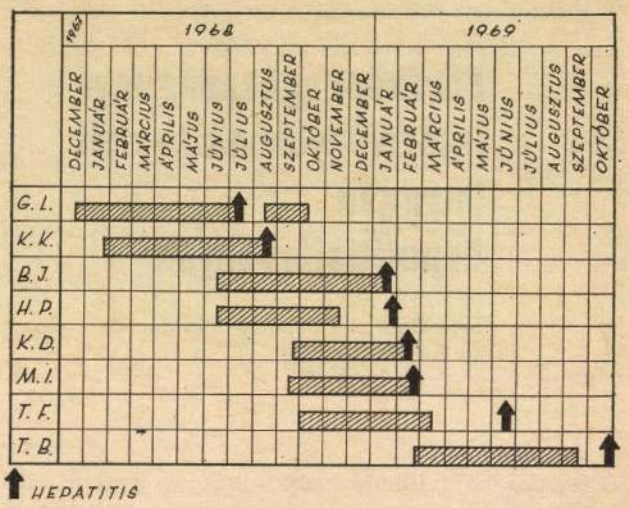
Megbeszélés

A fertőző hepatitis megbetegedések etiológiája terén a szerzők egy része az infectiosus hepatitis (IH) és a serumhepatitis (SH) két különféle vírus által okozott és terjedési módjában is különböző volta mellett foglal állást (13, 15), mások ezt a különbséget tagadják vagy erősen kétségesnek tartják (6, 7). Egységes az álláspont atekintetben, hogy a bizonyításhoz jelenleg egyetlen széles körben alkalmazható virológiai vagy serológiai módszer sem áll rendelkezésre, kizárólag klinikai és epidemiológiai megfigyelésekre vagyunk utalva. Úgy látszik, hogy a kétféle hepatitis vírus fennállását az Ausztráliai Antigénnel kapcsolatos legújabb kutatások meg fogják erőstíeni (4, 16).

2. táblázat

Klinikai és laboratóriumi vizsgálati eredmények az orvosi rendelőben észlelt járványban

	Legnagyobb májduzzanat	Serumbilirubin maximuma (mg%)	SGPT maximuma	Thymol turbiditas maximuma	Laboratóriumi vizsgálati értékek csökkenése
M. E.	elérhető	9,9	350-E	9,0 E	10 napra
J. M.	4 ujjnyi	14,2	1020 E	16,1 E	másf. hó.-ra
B. P.	3 ujjnyi	8,6	480 E	9,8 E	2 hó.-ra
K. J.	tenyérnyi	16,4	660 E	14,5 E	21 napra
M. L.	3 ujjnyi	8,2	600 E	7,5 E	14 napra
M. E.	2 ujjnyi	13,2	900 E	6,3 E	21 napra



1. ábra.

A tüdőgyógyintézeti ápolás időtartama és a fertőzőosztályra szállítás időpontja

A két megbetegedési forma elkülönítése a lappangási idő, az anamnézis, a sárgaságot megelőző időszak tünetei, időtartama, a betegség lefolyása, a májfunkciós vizsgálati eredmények, a szezonalitás és a koreloszlás szerint volna lehetséges. Mi is megpróbáltuk ezen szempontokat az általunk észlelt esetekre alkalmazni.

Első esetünkben — a szanatóriumi ápolás és gyógykezelés mellett — mind az enteralis, mind a parenteralis fertőződési módra lehetőség adódott. A betegek a szanatóriumban naponta találkoztak egymással közös étkezési helyeken, otthonról küldött élelmiszercsomagjaikból egymást kínálgatták, közös mellékhelyiségeket használtak. Az első beteg G. L. szobatársa volt további három hepatitises betegnek. A parenteralis fertőzéshez bőségesen lehetőséget nyújtott az, hogy az ápolási idő kezdetén minden beteg rendszeres injectiós kezelésben részesült im. Streptomycin vagy PAS infusiók formájában, a későbbiekben pedig hetenként 1—2-szer vért vettek laboratóriumi vizsgálat céljából. A rendszeres vérvételekhez és injectiózásokhoz használt tűket egy közös villanysterilizátorban kifőzéssel sterilizálták. Intramuscularis injectiók sorozatos adásakor csak tűt cseréltek, fecskendőt nem. Ezzel a módszerrel — amely még mai napig is országosan bevett szokás — a serumhepatitis kivédése nem biztosítható.

A lappangási időt az ábra szemlélteti. A sorrendben 3., 4., 7. és 8. betegnél a lappangási idő

meghaladja a négy hónapot, sőt T. B. betegnél fél évnél is hosszabb. Ez a tény SH vírussal történt fertőződés mellett szólna. Újabb megfigyelések szerint az SH vírus tekintetében 180 napnak tartott incubatiós idő lényegesen túlléphető, egyes szerzők megfigyelései szerint 230 napot is elérhet (15). Ki kell azonban hangsúlyoznunk, hogy az SH vírussal történt parenteralis fertőződés esetünkben is csupán feltételezhető, de a hepatitis vírus kimutatásának közismert akadályai miatt semmiképpen sem bizonyítható. Figyelemre méltó körülmény, hogy az első beteg G. L. szanatóriumi gyógykezelésének idejében további hat beteg is az osztályon feküdt hosszabb-rövidebb ideig. A betegek egy részénél azonban az együtt töltött idő G. L. hepatitisből való felépülése és a szanatóriumba való visszatérése utáni időszakra esik. Nem zárható ki, hogy G. L. egy ideig vírushordozó maradt és gyógyulása után is fertőző gócként szerepelt. A homológ serumhepatitis vírusának hordozása tekintetében eddigi megfigyelések szerint igen hosszú idővel számolhatunk (l. az ábra). *Murray és mtsa*inak (12) önkénteseken végzett kísérletei szerint SH vírus tekintetében az infectiositás időtartama 43—385 nap között változott. A *Berk* és *Malamut* (2) által közölt esetek alapján feltételezhető, hogy egyetlen hivatásos véradó volt az oka öt és fél éven keresztül a vérét befogadó egyének fertőződésének. A hepatitissel foglalkozó összefoglaló munkák is többéves időtartamról szólnak SH vírus hordozása tekintetében (15, 14, 11).

Második esetünkben a parenteralis fertőződési mód kétségtelen. Mind a hat beteg környezetében körültekintő góckutatást végeztünk, a megkérdezettek közül azonban senki sem tudott környezetében előzetesen „sárgaságot, illetve májgyulladást" átvészelt egyénről. Közös étkezési forrást sem találtunk. A betegek a rendelőintézeten kívül nem álltak kapcsolatban egymással, valamennyi betegnél szerepelt azonban közös fertőzési forrásként a körzeti orvosi rendelőben kapott injectio. A rendelő ellenőrzése alkalmával az általános hygienés állapotokat a fővárosi átlagnak megfelelőnek találtuk. Az orvosi műszereket az ellenőrzés alkalmával elegendő ideig sterilizálták, elegendő steril tűvel rendelkeztek. A fecskendők száma azonban csak 4—5, a naponta adott injectiók száma 6—35 volt. A lappangási idő felbecsülése a négy diabetes mellitusban szenvedő betegnél lehetetlen. Nem tudhatjuk, hogy a naponta adott injectiókkal mely időszakban fertőződhettek a betegek. Több hónapos azonban a lappangási idő az egyéb okból kezelt betegek esetében. Az injectiós kezelés ideje mindkét betegnél 7 hónappal előzi meg a sárgaság kifejlődését.

A továbbiakban megvizsgáltuk, hogy a két járványban érintettek között vannak-e különbségek klinikai megjelenési forma szerint (a mellékelt táblázatok szemléltetik).

Tüdőgyógyintézetben észlelt járványunkra hosszabb (1 héttől 1 hónapig tartó) prodromális időszak, kevés subjectiv panasz, viszonylag alacsonyabb enzimértékek, alacsonyabb Thymol-turbiditás jellemző. (A Thymol-turbiditás még azon két betegnél is viszonylag alacsony, akiknél magasabb és hosszabb ideig fennálló serum bilirubin értékeket találtunk.) (1. tábl.)

Körzeti orvosi rendelőben észlelt második járványunkban a prodromális időszak csak néhány napig tartott. Az esetek többségében a megbetegedés lefolyása lényegesen súlyosabb volt, egyik beteg igen elesett, somnolens, praecomás állapotban került kórházba. Két betegnél szembetűnő a máj erős megnagyobbodása. Magas értékeket mutattak a serum bilirubin, a Thymol-turbiditás és az SGPT vizsgálatok is (2. tábl.).

Kis számú beteganyagunkban nem fordult elő halálozás. A tüdőgyógyintézetben ápoltak között életkortól függetlenül jelentkeztek a megbetegedések, a rendelőben kezeltek életkora 62—73 év volt. A megbetegedések zömét mindkét ismertetett esetben a téli időszakban észleltük.

Fentiek alapján a két járvány epidemiológiai sajátosságai a fertőződés módja, az incubatiós idő és a szezonalitás tekintetében azonosnak látszanak és serumhepatitis mellett szólnak. A klinikai megjelenési formák vizsgálatakor azonban olyan szembetűnő a különbség, hogy mindenképpen más-más, egymástól megbetegítő tulajdonságaiban eltérő vírustörzs által okozott járványra kell gondolnunk.

Mindkét járvány kivizsgálását preventív hygienés intézkedések követték. Előírtuk, hogy minden injectióhoz és vérvételhez külön, megfelelően sterilizált tűt és fecskendőt kell használni. Előírtuk a műszerek sterilizálás előtti mechanikus tisztogatásának módját, tisztogatás előtt pedig $\frac{1}{2}$ óráig 3 százalékos hydrogensuperoxid oldatban való áztatását. A 3%-os hydrogensuperoxid oldatban való áztatást a Fővárosi KÖJÁL kórházhygienés osztálya kísérletezte ki *(Kende és mtsai)* és javasolta bevezetés végett a fővárosi egészségügyi intézményekben (5).

Az ismertetett esetekkel kapcsolatban ismételten felhívjuk a figyelmet azon körülményre, hogy hazai egészségügyi intézményeinkben intracutan és intramuscularis injectiók egymás utáni adásakor nem használnak minden betegnél külön fecskendőt, pusztán tűcserét alkalmaznak. A serumhepatitis gyakoriságának felbecsülésével foglalkozó kutatók egyértelműen kiemelik e módszer jelentős fertőzést közvetítő szerepét. *László* 1753 betegre kiterjedő feldolgozásában az inoculatiós szempontból pozitív, de kontakt fertőzés szempontjából negatív anamnézisű, 45—180 napos incubatiós idejű betegek aránya az összes hepatitisek 45,2%-a, *Solt* vizsgálatai szerint a serumhepatitisek aránya országosan 15%-ra becsülhető. A hepatitis megbetegedések száma Budapesten az utóbbi három évben évi 1800 körül mozgott, a májgyulladásban elhaltak száma pedig 69—85 volt. Ha e megbetegedések és halálozások egy részét orvosi tényked esünk során mi okozzuk, úgy a fővárosban a iatrogen hepatitis megbetegedések évenkénti legkisebb száma 270, a legnagyobb 810, a legkevesebb valószínű iatrogen halálozás 10—13, a legtöbb 31—38 körül lehet. A vírushepatitisek epidemiájával foglalkozó magyar szakemberek hazánkban is már másfél évtizeddel ezelőtt felhívták a figyelmet a iatrogen hepatitisek megelőzésének fontosságára (3, 9, 17), a kérdés mégsem nyert megoldást mai napig sem.

Összefoglalás. Közleményükben két iatrogen hepatitisjárványt ismertetnek. Egyik járvány tüdőgyógyintézetben zajlott le, a másikat egy orvosi rendelő rendszeres injectiós kezelésben részesülő betegei között észlelték. A két járvány epidemiológiai sajátosságai — a fertőzés módja, az incubatiós idő, a szezonalitás — azonosnak látszanak. A klinikai megjelenési formák vizsgálatakor azonban olyan szembeötlő a különbség, hogy mindenképpen más-más, egymástól megbetegítő tulajdonságaiban eltérő vírustörzs által okozott járványra kellett gondolniuk. Eseteik közlésével fel kívánták hívni a figyelmet az orvosi gyakorlatban bevett azon szokás tarthatatlanságára, amely akadályozza a helyes kisműszerhasználat (fecskendő és tű) kialakulását.

Köszönetnyilvánítás: köszönetet mondunk Faragó László dr. epidemiológus orvosnak és dr. Tóth Istvánnénak, a fővárosi KÖJÁL járványügyi ellenőrének azon lelkes munkáért, amellyel e ritka epidemiák kivizsgálásához segítséget nyújtottak.

IRODALOM: 1. *Bárász Z.:* Orv. Hetil. 1953, *94*, 766. — 2. *Berk, J. E., Malamut, L. L.:* Ann. Int. Med. 1949, *31*, 857. — 3. *Dabis L., Magyar I.:* A vírushepatitisek. „Művelt Nép" Kiadó, 1955. — 4. *Farkas E.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 843. — 5. Főv. KÖJÁL Évkönyve, szerk.: Kende É. és mtsai, 1968. — 6. *Heidel, G.:* Ztschr. ges. Hyg. 1969, *15*, 189. — 7. *Jáblokova, M. L.:* Orv. Hetil. 1950, *91*, 1226. — 8. *Keleti B., Pintér Z.:* Honvédorvos. 1961, *13*, 99. — 9. *László B.:* Orv. Hetil. 1956, *97*. 309. — 10. *Losonczy Gy.:* Iatrogen infectiók. Bp., Medicina, 1967. — 11. *Magyar I.:* Májbetegségek. Bp., Medicina, 1962. — 12. *Murray, R. és mtsai:* JAMA. 1954, *154*, 1072. — 13. *Neefe, J. R. és mtsai:* JAMA. 1954, *154*, 1066. — 14. *Petrilla A.:* Részletes járványtan. Bp., Medicina, 1961. — 15. *Schüttmann, W.:* Zeit. ges. Hyg. 1968, *14*, 755. — 16. *Scriba, M.:* Dtsch. Med. Wschr. 1969, *44*, 2294. — 17. *Solt K.:* Orv. Hetil. 1960, *101*, 1513. — 18. *Solt K.:* Népegészségügy. 1967, *48*, 344. — 19. *Stampeli, K.:* Schwz. Med. Wschr. 1967, *97*, 1487. — 20. *Szakulin, I. P., Arenszkij, V. A.:* Problemi Tuberkuloza. 1968, *10*, 17. — 21. *Vince L.:* Orv. Hetil. 1957, *100*, 1394.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség.

Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

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

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ"

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszap-kompressz forgalombahozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte.

A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

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

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

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozása szerint az alábbi testrészekre applikálható:

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

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Élettani Intézet
(igazgató: Lissák Kálmán dr.)

A foeto-placentáris egység szerepe a steroidhormonok anyagcseréjében

Telegdy Gyula dr.

Általánosan ismert, hogy terhesség alatt a vizeletben kiürülő steroidhormonok mennyisége jelentősen megnő. Ezek közül a legfontosabb a pregnandiol, a progesteronnak, az oestriol az oestrogéneknek a végterméke. Az 50-es évek végéig az volt az általános elképzelés, hogy ezen hormonok fokozott elválasztásáért egyedül a placenta felelős. Először 1962-ben *Diczfalusy* javasolta, hogy az eredeti placentáris anyagcsere helyett helyesebb lenne a foeto-placentáris egység anyagcseréjéről beszélni (1). Az 1962-ben felvetett gondolatot 1964-ben általánosan működési elvvé fejlesztette tovább (2). Eszerint középidős terhességben a foetus és a placenta funkcionális egységet képez, mintegy mozaikszerűen kiegészítik egymást és ilyen módon együttesen hozzák létre azt a steroidhormon milieu-t, amely a terhességre jellemző. Ami más szóval azt jelenti, hogy a steroidszintézisben résztvevő enzimek megoszlanak a foetus és a placenta között. Amelyek hiányoznak vagy nem funkcionálnak az egyikben, megtalálhatók a másikban. Az elmúlt 10 év eredményei igazolták ennek a hipotézisnek a helyességét és sok olyan részletkérdésre derítettek fényt, amely azóta nemcsak az elméleti orvostudomány számára hozott újat, hanem a gyakorlatban is, a terhesség prognózisában, a foetus állapotának megítélésében a klinikusnak is segítséget jelentenek.

Az elmúlt években több összefoglaló munka jelent meg a foeto-placentáris egységben folyó steroidhormon szintézisről (3, 4, 5, 6, 7, 8). Ezek a munkák időről időre összefoglalták azokat az eredményeket, amelyek a kérdéssel kapcsolatban a munka időpontjában rendelkezésre állottak. Közleményemben azokat a legújabb eredményeket kívánom összegezni, amelyek a foeto-placentáris egységről alkotott ismereteinket tovább gyarapították. Természetesen e munkának nem lehet célja, hogy a kérdés valamennyi adatát magába foglalja. Nem foglalkozik az in vitro szöveti steroidhormon szintézissel kapcsolatos adatokkal. Továbbá kizárólag emberi adatokat tartalmaz, amelyek a terhesség 17—20. hetére vonatkoznak. Ez egyben azt is jelenti, hogy a terhesség korai időszakában vagy a terhesség végén a viszonyok bizonyos mértékben ettől eltérőek lehetnek.

A kísérleti anyag legális művi abortus eseteiből származott a terhesség 17—20. hetéből. A kérdés tanulmányozása radioaktív praecursoroknak a felhasználásával történt, amelyet normál (9, 10) vagy mellékveseirtott foetusba (11) in situ a placentába (12) laparotomia alatt az intakt foeto-placentáris egységbe (13) uterus artériába (12) az amnion-folyadékba (14) vagy intravénásan adtak az anyának a terhesség megszakítása előtt (15). Olyan esetekben, amikor az izotóp bevitele az anyára nézve veszélyes lehetett volna, a teljes foeto-placentáris egység egészben történt eltávolítása után az anyagot extrauterin perfusio formájában (16) juttattuk a teljes foeto-placentáris egységbe vagy annak izolált komponenseibe (17). A vizsgálatok végén a praecursorból szintetizált hormonok meghatározása adott felvilágosítást a foeto-placentáris egységben folyó hormonok anyagcseréjéről.

Acetát- és cholesterin-anyagcsere

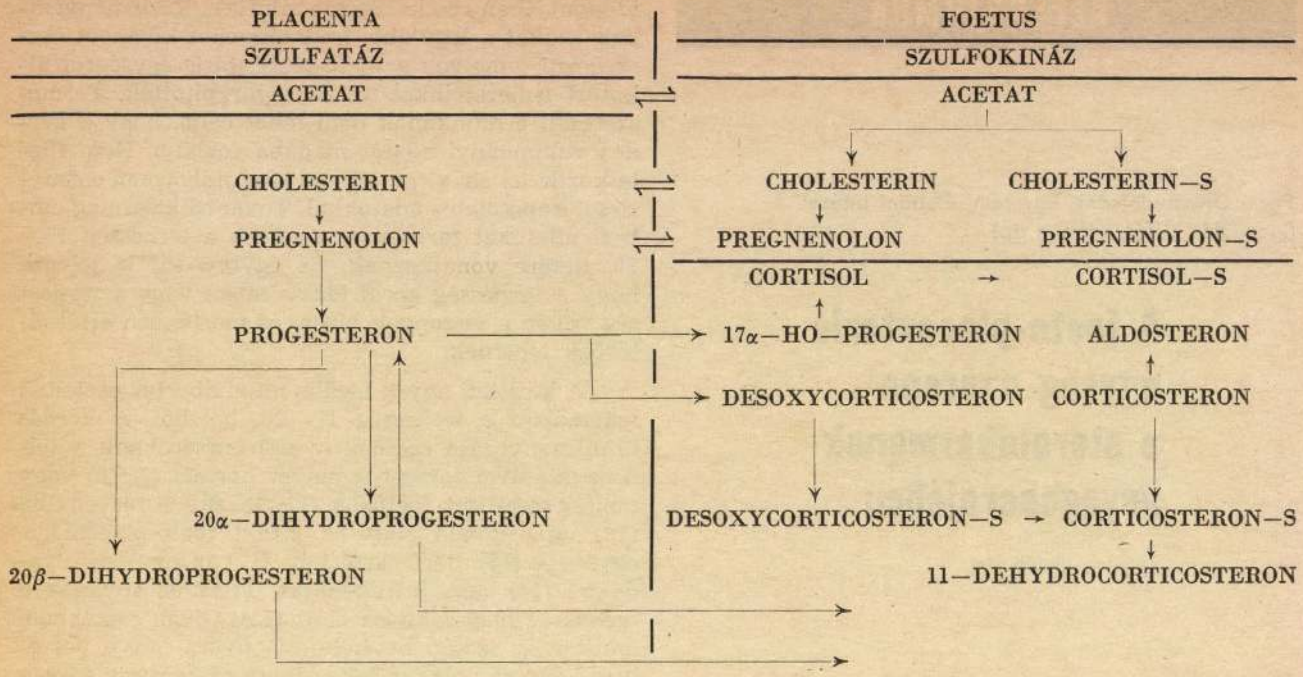
Az extrauterin nagy dózisú acetát-^{14}C-nek és cholesterin-7α-^{3}H-nek a placenta, a foetus, ill. a teljes foeto-placentáris egység perfusiójával kapott eredmények (17, 18, 19, 20) azt mutatták, hogy középidős placenta nem képes az acetátot felhasználni steroidszintézisre és kizárólag a vérben keringő cholesterinből képezi a két legfontosabb placentáris steroidot, a pregnenolont és a progesteront (1. ábra). Ezzel szemben a foetus acetátból jelentős mennyiségű cholesterint képez. A foetus keringésben levő cholesterint és a keletkező, de novo cholesterint tovább metabolizálja pregnenolonná, ill. dehydroepiandrosteronná (DHA) (19, 20) (1. ábra). A foetusban a cholesterin főleg a májban és a mellékvesében képződik, azonban kis mennyiségű szintézist sikerült kimutatni a herében is (19, 20).

A placentában és a foetusban két alapvető steroidmetabolizáló folyamat van élesen elkülönítve. Ez a foetusban a steroidszulfát képzés (szulfokináz aktivitás), a placentában pedig a steroidszulfátok hydrolízise (szulfatáz aktivitás) (21). Ezalól kivételt csak a mellékvese corticoidjai képeznek, amelyek a foetusból a placentába kerülve nem vagy csak nagyon kismértékben hydrolizálódnak (22).

A foetusban keletkező cholesterin főleg konjugált formában, míg a keringő cholesterin főleg szabad formában metabolizálódik tovább pregnenolon-szulfáttá (pregnenolon-S), ill. pregnenolonná (19, 20) (1. ábra).

* A szerző által elvégzett kísérletek készültek 1968—69-ben a Swedish Medical Research Council Reproductive Endocrinology Research Unitjában — Karolinska Sjukhuset, Stockholm (Director: prof. E. Diczfalusy) a Ford Alapítvány Reprodukciós Endokrinológiai Ösztöndíjával.

Acetat-, cholesterin-, pregnenolon- és progesteron-anyagcsere sémája a foeto-placentáris egységben 1. ábra.



Pregnenolon- és progesteron-anyagcsere

A cholesterinből keletkezett pregnenolon jelentős része progesteronná alakul a placentában (23, 24, 25, 26). Mivel a placenta rendkívül kis mértékű 17α-hydroxyláz aktivitással rendelkezik, a tulajdonképpeni steroidbioszintézis itt elakad (27, 28, 18). Progesteronból 20α-dihydroprogesteron és elenyészően csekély 20β-dihydroprogesteron képződik (27, 28, 18) (1. ábra).

A foetusban a pregnenolon részben konjugálódik, majd mindkettő a konjugált és a szabad a 16α, ill. a 17α helyzetben hydroxylálódik (29). A 17α-hydroxypregnenolon átalakul dehydroepiandrosteronná (DHA), ill. annak szulfátjává (DHA-S) (30), majd a placentába kerülve hydrolyzálódik és átalakul androstendionná (31, 32, 33) (2. ábra). A dehydroepiandrosteron a foetusban, főleg a foetalis májban átalakul 16α-hydroxydehydroepiandrosteronná (16α-HO-DHA), ill. annak szulfátjává (16α-HO-DHA-S), majd így kerül a placentába (37) (3. ábra).

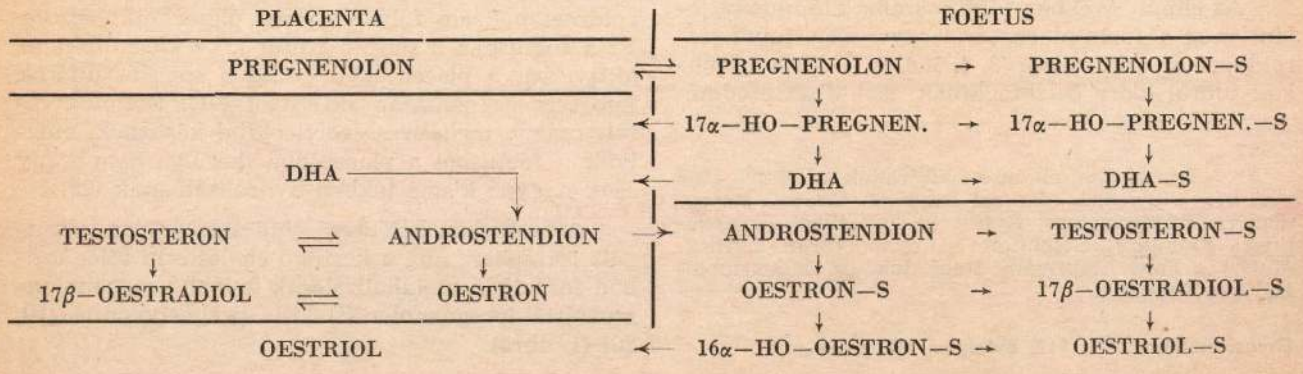
A placentából származó progesteron a foetalis mellékvese corticoidjainak praecursora. A foetusban keletkező progesteron jelentéktelen mennyiségű (20). A corticoidok közül a legfontosabbak a cortisol, corticosteron, desoxycorticosteron, 11-dehydrocorticosteron és aldosteron (34, 35, 29, 36). A progesteron a foetusban redukálódik és hydroxylálódik is (34, 35, 11).

Androgén-anyagcsere

A placentában a foetusból származó dehydroepiandrosteron-szulfát, ill. a 16α-hydroxydehydroepiandrosteron-szulfát nagymértékben hydrolizál (31). Ezután a dehydroepiandrosteron androstendionná, majd ebből testosteronná alakul (32, 33) (2. ábra). A 16α-hydroxydehydroepiandrosteron átalakul 16α-hydroxyandrostendionná (32) (3. ábra).

A foetusban a placentából, a mellékveséből és a heréből származó androstendion és testosteron a foetus különböző szöveteiben egymásba átalakul. A testosteron részben szulfurálódik és az androstendionnal együtt a mellékvesében a 11β helyzetben hydroxylálódik (38).

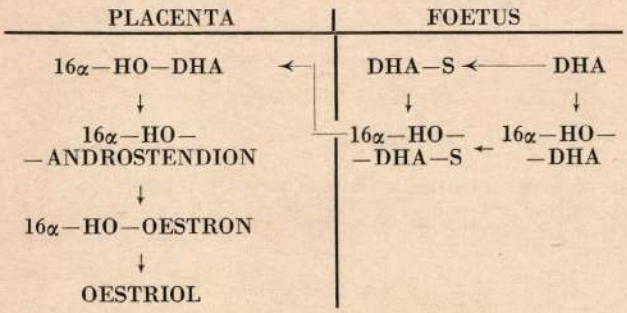
Androgén- és oestrogén-anyagcsere sémája a foeto-placentáris egységben 2. ábra.



Oestrogen-anyagcsere

A placentában az androstendionból oestron, ill. a testosteronból 17β-oestradiol képződik aromatizációval (2. ábra). A placenta ezekből a származékokból oestriolt szintetizálni nem tud (12, 31, 32). Azonban a foetusból származó 16α-hydroxydehydroepiandrosteronból 16α-hydroxyandrostendionon keresztül a placentában oestriol keletkezik (39, 40) (3. ábra).

3. ábra.
Oestriol bioszintézis sémája a foeto-placentáris egységben dehydroepiandrosteronból



A foetusban keletkezett kis mennyiségű androstendion és testosteron a placentában keletkezettekkel együtt aromatizációval átalakul oestronná és 17β-oestradiollá. Mindkettő a placentáris oestronnal és 17β-oestradiollal metabolizálódik együtt (41). A 16-os szénatomon hydroxylálódva az oestronból 16α-hydroxyoestron, az oestradiolból pedig oestriol lesz. A 16α-hydroxyoestron a 17-es szénatomon tovább hydroxylálódik és így alakul át részben a foetusban, részben a placentában oestriollá (42, 43) (2. ábra).

Az oestrogének a foetusban nemcsak szulfáttá, hanem glycuronáttá, ill. szulfát-glycuronát kettős konjugáttá is képesek átalakulni (44, 45). A placenta a szulfátot képes lehasítani, a glycuronátot azonban nem (14, 46, 47, 48).

Összefoglalás. Az elmondottakból nyilvánvalóvá válik, hogy a foetus és a placenta csak együttesen képes a terhességre jellemző hormonok képzésére. A középidős placentából hiányzik vagy nem működik a 20α-22-desmoláz enzim, ezért nem képes cholesterint szintetizálni és emiatt részben az anyai, részben a foetális cholesterint használja fel a pregnenolon és progesteron képzésére. A foetusból viszont hiányzik vagy nem működik a progesteron képzéséhez szükséges Δ^4-Δ^5-izomeráz—3β-ol-dehydrogenáz rendszer, ezért a placenta progesteronját használja corticoidok képzésére. A placenta az oestron és 17β-oestradiol szintéziséhez 17α-20-desmoláz, ill. a 17α-hydroxyláz enzym elégtelensége miatt, főleg foetális dehydroepiandrosteront használ. Az oestriol képzéséhez pedig ugyancsak a foetusban a 16α helyzetben hydroxylált dehydroepiandrosteronra vagy oestrogénekre van szükség. Tehát a progesteron szekréció elsősorban a placenta, az oestrogének, és ezen belül az oestriolképzés, főleg a foetális funkciótól függ.

IRODALOM: 1. *Diczfalusy E.:* Acta obstet. gynec. scand. 1962, *41,* suppl. 1, 45. — 2. *Diczfalusy E.:* Fed. Proc. 1964, *23,* 791. — 3. *Diczfalusy E.:* Excerpta med. int. Congr. Ser. 1966, No. 132, p. 82. — 4. *Diczfalusy E.* and *Benagiano, G.:* in Research on Steroids. 1966, vol. 2, p. 27. Ed.: C. Cassano, Rome Il Pensiero Scientifico. — 5. *Goebelsmann, U., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1968, *59,* 595. — 6. *Levitz, M., Condon, G. P., Dancis, J., Goebelsmann, U., Eriksson, G.* and *Diczfalusy E.:* J. clin. Endocrin. 1967, *27,* 1723. — 7. *Diczfalusy E.:* Excerpta med. int. Congr. Ser. 1968, No. 183, p. 65. — 8. *Telegdy G.* and *Diczfalusy E.:* Biochem. J. 1969, *112,* 21. — 9. *Diczfalusy E., Cassmer, O., Alonso, C.* and *De Miquel, M.:* Recent Progr. Hormone Res. 1961, *17,* 147. — 10. *Mikhail, G., Wiqvist* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1963, *43,* 213. — 11. *Wilson, R., Bird, C., Wiqwist* and *Diczfalusy E.:* J. clin. Endocrinol. and Metab. 1966, *26,* 1155. — 12. *Bolté, E., Mancuso, G., Eriksson, G., Wiqvist* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1964, *45,* 535. — 13. *Haynes, R. C., Mikhail, G., Wiqvist N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1964, *45,* 297. — 14. *Diczfalusy E., Tillinger, L., Wiqvist, N., Levitz, M., Condon, G.* and *Dancis, J.:* J. clin. Endocrinol. and Metab. 1963, *23,* 503. — 15. *Goebelsmann, U., Eriksson, G., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1965, *50,* 273. — 16. *Lerner, U.* and *Diczfalusy E.:* Excerpta med. (Amst.) Int. Congr. Ser. 1968, *170,* 19. — 17. *Telegdy G., Weeks, J. W., Lerner, U., Stakemann, G.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. 1970, *63,* 91. — 18. *Telegdy G., Weeks, J. W., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. 1970, *63,* 104. — 19. *Telegdy G., Weeks, J. W., Archer, D. F., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. 1970, *63,* 119. — 20. *Telegdy G., Weeks, J. W., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. 1969. Suppl. 138, 54. — 21. *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1969, *61,* 649. — 22. *Pasqualini, J. R., Cedar, L., Nguyen, B. L.* and *Alsat, E.:* Biochim. biophys. Acta. 1967, *139,* 177. — 23. *Solomon, S.:* in: The Placenta and Foetal Membranes, p. 201. Editor: C. A. Villee. Williams and Wilkins Co., Baltimore Md. 1960. — 24. *Morrison, G., Meigs, R. A.* and *Ryan, K. J.:* Steroids (Shrewsbury Mass.) 1965, *5,* Suppl. 1, 59. — 25. *Ryan, K. J., Meigs, R.* and *Petro, Z.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1966, *96,* 676. — 26. *Maeyama, M., Tuchida, Y.* and *Matuoka, H.:* Steroids (Shrewsbury, Mass.) 1968, *11,* 799. — 27. *Pion, R., Jaffé, R., Eriksson, G., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1965, *48,* 234. — 28. *Palmer, R., Blair, J., Eriksson, G.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1966, *53,* 407. — 29. *Solomon, S., Bird, C. E., Ling, W., Iwamiya, M.* and *Young, P. C. M.:* Recent Progr. Hormone Res. 1967, *23,* 297. — 30. *Pion, R. J., Jaffe, R., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Biochim. biophys. 1967, Acta 137, 584. — 31. *Lamb, E., Mancuso, S., Dell'Acqua, S., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1967, *55,* 263. — 32. *Dell'Acqua, S., Mancuso, S., Eriksson, G., Ruse, J. L., Solomon, S.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1967, *55,* 389. — 33. *Govaerts, M., Van Crombrecq, T.* and *Schwers, J.:* in: Abstracts III International Congress of Endocrinology, Mexico, D. F., 1968, p. 127. Editor: C. Gual ICS 157 Excerpta Medica, Amsterdam. — 34. *Bird, C. E., Solomon, S., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Biochim. Biophys.

Acta. 1965, *104*, 623. — 35. *Bird, C. E., Wiqvist, N., Diczfalusy E.* and *Solomon, S.:* J. clin. Endocr. 1966, *26*, 1144. — 36. *Pasqualini, J. R., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Biochim. biophys. Acta. 1966, *121*, 430. — 37. *Bolté, E., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1966, *52*, 583. — 38. *Mancuso, S., Benagiano, G., Dell'Acqua, S., Shapiro, M., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1968, *57*, 208. — 39. *Bolté, E., Mancuso, G., Eriksson, Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1964, *45*, 575. — 40. *Kirschner, M. A., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1966, *53*, 684. — 41. *Mancuso, S., Dell'Acqua, S., Eriksson, G., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Steroids (Shrewsbury, Mass.) 1965, *5*, 183. — 42. *Schwers, J., Eriksson, G.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1965, *49*, 65. — 43. *Schwers, J., Govaerts-Videtzky, M., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1965, *50*, 597. — 44. *Haynes, R. C., Mikhail, G., Eriksson, G., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1964, *45*, 297. — 45. *Mikhail, G., Wiqvist, N.* and *Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1963, *42*, 519. — 46. *Levitz, M., Condon, G. P., Dancis, J., Goebelsmann, U., Eriksson, G.* and *Diczfalusy E.:* J. clin. Endocr. 1967, *27*, 1723. — 47. *Levitz, M., Dancis, J., Goebelsmann, U.* and *Diczfalusy E.:* in: Proceedings II. International Congress on Hormonal Steroids, Milan, 1966. pp. 646. — 48. *Goebelsmann, U., Wiqvist, N., Diczfalusy E.:* Acta endocr. (Kbh.) 1968, *59*, 595.

Ne fosszuk meg a Budapesti Orvostudományi Egyetemet attól a babérkoszorútól, amelyet Semmelweis, mint névadó jelent!

SEPTOSYL

szemkenőcs összetételének megváltoztatása

A Septosyl szemkenőcs összetétele megváltozott: az új összetételű kenőcsben nincs naphazolin.
A naphazolin mentes Septosyl kenőcs nem szemcsésedik és egyenletesen oszlik el a szemrésben.

Összetétel:
1 tubus (5 g) 0,5 g sulfamethylpyrim.-ot tartalmaz vazelin típusú kenőcsben.

Javallatok:
Különböző baktériumok okozta heveny és idült kötőhártya gyulladás, szaruhártya-beszűrődés és fekély, blepharitis acuta, — angularis, — chronica, — ulcerosa, blepharoconjunctivitis, dacryocystitis, fertőzött szemhéj-ekzema, másodlagosan fertőzött trachoma.

Adagolás:
Naponta 2—3-szor borsónyi kenőcsöt az alsó szemhéj mögé helyezünk, és a szemet becsukva, enyhe dörzsöléssel szétkenjük. Ha a szemhéjra akarjuk alkalmazni a kenőcsöt, a szemhéj szélére helyezzük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:
5 g tubus 5,30 Ft

Egyt **Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest**

OH
1584

Miskolci Szentpéteri kapui Kórház, Szülészeti Osztály
(főorvos: Nemecskay Tivadar dr.)

Tapasztalataink a Kovács-féle extraamnialis szőlőcukor feltöltéssel

Kocsis István dr., Argay István dr.
és Szigeti László dr.

Hazánk „szülészeti rendtartása" mindig az egységes és korszerű szülészeti tényked̄ésre törekedett, mind a terhességgel, mind a vetéléssel, illetve a szüléssel és a gyermekággyal kapcsolatosan. Nem sikerült még jelenleg az „egységes, megfelelő" tényked̄és kialakítása a 3 hónapot betöltött és idősebb terhességek megszakítása kérdésében. Mind a hazai (1, 3, 9, 10, 12, 13, 14, 18, 19), mind a külföldi szülészeti irodalom adatai szerint még ezen a téren bizonytalanság van, és útkeresés folyik a legeredményesebb és legveszélytelenebb műtét megválasztásában (4, 5, 6, 7, 8, 11, 16, 17, 20, 21). A szerzők két csoportja alakult ki: *az egyik csoport „egy ülésben" a műtéti veszélyeket inkább vállalva igyekszik célt érni, a másik tábor, az uterus „functionális épségét" jobban biztosító konzervatív módszereket alkalmaz.*

Az első csoportba tartoznak a hysterotomia vaginalis anterior, a sectio caesarea parva és esetleg a Rieck-féle hüvelyi supravaginalis amputatio hívei.

Mivel közleményünk nem ezen csoport eredményeivel foglalkozik, meg fogjuk ugyan említeni, hogy ezen beavatkozásokat hány esetben végeztük és esetleges kritikai megjegyzéseket teszünk, de részletesen nem foglalkozunk velük.

A második csoport úttörő módszerei közül sok már a múlté: laminaria alkalmazása + Hegar-féle tágítás, metreurysis, bougiek, burokrepesztés, cervix-hüvely tamponade és különböző vegyianyagok (illóolajok, szappanoldat, glycerin) méhűrbe juttatása. Megemlítjük, hogy némelyik módszerhez ismételten visszatérnek és széles körben is alkalmazzák (4, 5, 6, 7, 10, 18, 19).

Olvashatunk ma is közleményeket a kétülésben való befejezésekről; metranoikter és abortus fogó alkalmazásáról, a hüvelyboltozaton vagy a hasfalon át amniocentesis útján befecskendezett vegyi anyagokról.

A „legtermészetesebb" és legveszélytelenebb eljárást *Kovács F.* gyakorlati és műtétes szülészet című tankönyvéből (1) és közleményéből (2) ismerjük. Módszerének természetesen pártolói és ellenzői is vannak. Az irodalomból ismert, hogy a 3 hónaposnál idősebb terhességek megszakítása régebben betegség alapján történt. Az egészségügyi kultúra fokozódásával, a kiterjedtebb terhesgondozással és a császármetszés előtérbe kerülésével ma már ritkábban válik szükségessé a terhesség betegség miatt való megszakítása és a sterilizáció. Ezáltal válik érthetővé, hogy régebben miért nem törekedtek az uterus konzerválására, intactságának megőrzésére.

Napjainkban az idős terhességek megszakítása azért került előtérbe, mert a 20 év alatti leányok 18 hetes terhessége még megszakítható szociális javallat alapján. Tehát olyan módszerre volt szükség, hogy a 12 hetet betöltött vagy annál idősebb terhességek megszakítása után is maximális remény maradjon a megtermékenyülésre, a terhesség kihordására és egészséges gyermek szülésére. Ilyen módszer véleményünk szerint a *Kovács*-féle dextroses feltöltés. Felismerve ezen módszer eredményességét és veszélytelenségét, 17 éve vezettük be osztályunkon.

Beteganyag

Jelen dolgozatunkban a Miskolci Szentpéteri kapui Kórház Szülészeti Osztályának 7 éves, 128 feltöltéses esetét tárgyaljuk. Ezen idő alatt a 3 hónaposnál idősebb terhességek megszakítása céljából csak egy hysterotomia vaginalis anteriort végeztünk — sclerosis multiplexes — betegen. Itt az eléggé előrehaladott paretikus állapot és incontinenciás panaszok miatt nem volt ajánlatos a feltöltés. Sectio caesarea parvát 8 esetben végeztünk. A javallat minden esetben valamilyen betegség volt a sterilizációs kérelem mellett. Figyelembe vettük azt, hogy nem ajánlatos a tbc-s, az oligophreniás, a szívbeteg vagy az idült nephritises betegeken fellépő és esetleges elhúzódó lázas állapot és e miatt a szervezet hosszabb igénybevétele. [Itt kell megjegyeznünk, hogy osztályunk 20 éves sectio parvás anyagában egy műtőasztalon történt exitus fordult elő 1955-ben: a súlyosan oligophren betegen maszkos aether narcosis mellett légzésbénulás lépett fel (15).] Ezen terhességmegszakítási módszer rendszeres alkalmazása ellen megemlítjük, hogy gyakran kerülnek be hozzánk olyan idős vetélések, koraszülések, amelyek kórelőzményében előzőleg végzett sectio caesarea parva szerepel. A *Kovács*-féle módszer bevezetése előtt Rieck-műtétet (sokszor szült nőknél) szintén betegségi javallat alapján 7 esetben végeztünk. Jelenlegi beteganyagunkban hasonló műtétet nem végeztünk. Az irodalomban és bevezetőnkben tárgyalt egyéb összes aktív és konzervatív módszereket még kísérletként sem alkalmaztuk.

Nem tartozik ugyan a fentiekben tárgyalt anyagunkhoz, de megemlítjük, hogy a feltöltéses módszer bevezetésének kezdeti időszakában 1953-ban egy halálos szövődményünk volt (15). Az eset rövid ismertetése: *B. B.-né*, 39 éves, P: II. cachexiás beteg (48 kg) VI. hónapos terhes, anamnézisében 2 hónapja fennálló „vérezgetést" említ. RR: 170/100 Hgmm. A lábszárak oedemásak. Vizelet: albumin: ++++. Idült nephritis és a beteg leromlott állapota miatt a belgyógyász a terhesség megszakítását javasolja. Extraamnialis feltöltés + Oxytocinos infusio, transfusio. Három eredménytelen feltöltés után: zárt méhszáj, vérzés nincs, az uterus rohamosan növekszik. Amputatio uteri supravaginalis — mola terhesség. Műtét után peritonitis: kolpotomia — onkotomia. Egy hét múlva részleges hasszétválás — sutura secund. parietis abdominis. Műtét után a 21. napon exitus. *Sectio:* peritonitis, toxicosis, idült nephritis, cahexia.

Módszer

A *Kovács* által leírt módszert követjük; szabályos feltárás után a portiót golyófogóval rögzítjük, majd steril körülmények között puha gumikathetert vezetünk a nyakcsatornán át az uterusűrbe (előzetes tágítás nem szükséges) a burok és a méhfal közé. Ezután a katheteren át annyiszor 100 ml 20%-os dextrose oldatot juttatunk a méhűrbe, ahány hónapos a terhesség, tört hónapoknál a mennyiséget felfelé kerekítjük. A katheter külső végét visszahajlítva megtörjük és selyemfonál segítségével lumenét elzárva a méhűrben hagyjuk és ragtapasz csíkkal rögzítjük. A hátsó hüvelyboltozatot gaze-csíkkal tamponáljuk. A hypertoniás oldat osmotikus hatású, mechanikus feszítő erőt is gyakorol a méhizomzatra, contractiókat vált ki és a pete helyzetét is megváltoztatja. A feltöltést a benthagyott és rögzített katheteren át szükség esetén naponta megismételjük. (A kathetert akár 2 napig is benthagyjuk.) Az eredeti módszertől eltérően minden esetben adtunk a feltöltés után 5%-os glukose cseppinfusiót és abban 5—10 E Oxytocint. Nagyobb terhesség esetén rendszeresen adagoltunk naponta4—5-ször 0,10 g Chinint, esetleg Glanduitrint is, 2 órán át félóránként 0,20 ml-t. Újabban 10 esetben a feltöltésre használt 20%-os glukose oldathoz 100 ml-enként 1 ml 96%-os alkoholt tettünk; ezekben az esetekben kétségtelenül a vetélés lezajlásának meggyorsulását tapasztaltuk. Az esetek kis számára való tekintettel azonban ebből következtetést levonni nem lehet. A vetélés lezajlása után, miként a legtöbb szerző minden esetben műszeres méhűri revisiót végeztünk. Ezzel csökkenteni kívántuk a fertőzés veszélyét, biztosítani a méh tökéletes kiürülését, gyorsabb visszafejlődését.

Eredmények

1963-tól 1969-ig osztályunkon 128 esetben végeztük a 3 hónaposnál idősebb terhességek megszakítását *Kovács*-féle extraamnialis dextrose feltöltéssel. A módszernek osztályunkon való térhódítását mutatja, hogy az első 4 évben még csak 31 esetben alkalmaztuk, az utóbbi 3 évben 1967-től 1969-ig viszont 97 esetben. Ezzel fordított arányban áll az aktív megoldás: az első 4 évben még 8 esetben sectio caesarea parvát, 1 esetben hysterotomia vaginalis anteriort végeztünk, az utóbbi 3 évben műtéti megoldást a 12 héten túli terhességek megszakítására már nem alkalmaztuk.

Az esetek kor szerinti megoszlása a következő volt:

12—15 év között: 22; 16—20 év között: 83; 21—25 év között: 8; 26—30 év között: 6; 31—40 év között: 7; 40 év felett: 2 terhes.

A terhesek közül 113 leány, 15 pedig asszony volt. *110 terhesnek ez volt az első terhessége,* az ismételten terhesek közül 15 már szült, 3 csak vetélt.

Beteganyagunk megoszlását — a terhesség időtartama szerint — az *1. táblázaton* részletezzük:

A vetélés lezajlásának ideje — *1. táblázat*

A terhesség időtartama hónapokban	III—IV.	IV.	IV.—V.	V.	V.—VI.
Esetek száma	24	62	29	9	4

A művi vetélés javallatát 25 esetben betegség képezte: psychiátriai betegség (imbecillitás, schizophrenia) 9, ideggyógyászati (sclerosis multiplex, epilepsia, suicidium kísérlete) 5, cardialis megbetegedés 1, retinopathia 2, idült vesebetegség 5, rubeola 1, leukaemia 1, arthrosis coxae 1 esetben. A vetélést javasló szakorvosok egyetlen esetben sem tartották indokoltnak a művi sterilisatio elvégzését.

A 103 szociális indikáció többségét fiatalkorúak 12 héten túli terhessége képezte, néhány terhes egyéb szociális okok miatt egyéni elbírálás alapján kapott engedélyt a művi vetélésre.

A cukorfeltöltés eredményessége: egyszeri feltöltésre 28 (21,9%), kétszerire 76 (59,3%), háromszorira 17 (13,2%) esetben volt szükség. Háromnál többszöri feltöltést mindössze 7 esetben kellett végeznünk. A vetélések több mint fele (59,3%) másodszori feltöltésre lezajlott, *a feltöltést naponta ismételtük* (!). Olyan eredménytelen feltöltéses esetünk, amelyben más műtéti beavatkozásra lett volna szükség a terhesség megszakítására nem volt.

A feltöltések után a vetélés lezajlásának idejét a *2. táblázaton* szemléltetjük:

Beteganyag megoszlása a terhesség időtartama szerint — *2. táblázat*

A feltöltés és a vetélés lezajlása közti idő órákban	16—24	24—48	48—72	72— felett
Esetek száma	33	65	22	8

A betegek általában 3—5 napot töltöttek az osztályon, az átlagos ápolási idő 4,5 nap volt.

Súlyosabb jellegű *szövődményünk* nem volt, enyhébb 10; láz a cukorfeltöltés és a vetélés közti időben 6, láz a vetélés lezajlása után 8, cervix ruptura 2. A cukorfeltöltés alatt és után rosszullétet, keringési zavart, vérnyomásingadozást, jelentősebb vérzést nem észleltünk. A feltöltés és a vetélés között kialakult lázas állapot a vetélés lezajlása után megszűnt. A vetélés után kialakult lázas állapot (8 eset) 6 betegnél 2 napig, 2 betegnél 3 napig tartott.

Megbeszélés

A tárgyalt terhességmegszakítási módszer veszélytelenségét mutatja, hogy súlyos szövődményünk, halálesetünk nem volt, hasonlóan *Filep* (3), *Kovács* (2), *Avar* (13) megfigyeléseihez. Az egyéb 12 héten túli terhesség megszakítására alkalmasnak tartott módszerek alkalmazásával kapcsolatban már gyakrabban olvashatunk súlyosabb szövődményekről, halálesetekről. *Sabeti* (20) a művi hydramnion alkalmazásával kapcsolatban 2 septicus és 1 sóintoxicatiós esetről számol be (a módszer transabdominalis amnionpunctio és hypertoniás sóoldat befecskendezéséből áll). *Szendi és mtsai* (10) is közöl megyei anyagában — más osztályon történt — burokrepesztés, méhnyak-tamponade után peritonitises halálesetet.

A közölt szövődmények súlyossága is mérvadó. *Kovács, Farkas* (19) transabdominalis sófeltöltés után uterus exstirpatióra kényszerült. A régebbi vaginalis módszereknél a sérülések száma kétségtelenül nagyobb volt, *Szendi, Lakatos* (10) 154, 12 héten túli terhességmegszakítást végzett, mellőzve a *Kovács*-féle módszert kétülésben metranoikter +

ab. fogó alkalmazásával. Sajnos nem derül ki közleményükből, hogy ezen műtétek hány esetben szövődtek sérüléssel.

A Kovács-féle módszer előnyeit a következőkben foglaljuk össze:

1. Narcosist, érzéstelenítést nem igényel.

2. Az alkalmazott gyógyszerek veszélytelenek a szervezetre. *Sabeti* (20), *Mac Donald* (17), *Briggs* (16) óvnak a glukose alkalmazásától, mivel véleményük szerint a mikroorganizmusok számára jó táptalajt nyújtanak. *Cameron* és *Dayan* (21) cerebralis só infarctusról, *Sabeti* (20) só intoxicatióról és eklampsiáról számol be. A közleményeket összehasonlítva a cukor alkalmazása veszélytelenebbnek látszik, mint a sóoldaté.

3. A *Kovács-féle* feltöltés mellett szól még, hogy szemben más terhességmegszakítási módszerekkel, az eljárásnak minimális a műtéti kockázata.

Lényegesen nagyobb műtéti beavatkozás: a sectio caesarea parva, a transvaginalis és transabdominalis punctio, a hysterotomia és a méhszáj Hegar, illetve metranoikterrel való tágítása.

4. A fentebb ismertetett módszerek közül a legkevesebb szakmai gyakorlatot igényli.

5. A cervix tágulása, az abortus lezajlása, az „abortus utáni lochia" ürülése szempontjából a legtermészetesebb, így feltehetően legkevésbé játszik közre a későbbi petetapadási anomáliák és cervix incompetenciák létrejöttében. A méhet legkevésbé károsítja a későbbi gestációs folyamatokat illetően, és legkevésbé okoz fertilitási és sterilitási problémákat.

6. A betegek kórházban tartózkodásuk ideje alatt fennjárók és speciális ápolást nem igényelnek.

Összefoglalás. A szerzők a *Kovács*-féle extraamnialis szőlőcukor feltöltéssel szerzett megfigyeléseiket közlik 128 esetükkel kapcsolatban. A módszer egyszerű, eredményes és veszélytelen, ugyanakkor megbízható. Véleményük szerint más beavatkozásokhoz hasonlítva a legkevésbé veszélyezteti a későbbi teherbeesést és a terhességek kiviselését.

IRODALOM: 1. *Kovács F.:* Gyakorlati és műtétes szülészet. 1943. Egyetemi Nyomda, Debrecen. — 2. *Kovács F.:* Orvosok Lapja. 1948, *11*, 3. — 3. *Filep A.:* Orv. Hetil. 1950, *91*, 4. — 4. *Aburel, E.:* Communicare la Sociecatea Stiintelor Medicale, Jasi, 1934. — 5. *Erhardt, K.:* Münch. Med. Wschr. 1944, *91*, 420. — 6. *Manstein, B.:* Geburtsh. Fraunheilk. 1951, *11*, 141. — 7. *Boero, E. A.:* Gynec. et Obst. 1935, *32*, 305. — 8. *Brosset, A.:* Acta Obst. Gyn. Scand. 1958, *37*, 519. — 9. *Molnár R., Rigó J., Verő T.:* Magy. Nőorv. Lapja. 1954, 355. — 10. *Szendi B., Lakatos I.:* Magy. Nőorv. Lapja. 1961, 354. — 11. *Wood, C., Booth, R. T., Pinkerton, J. H. M.:* Brit. Med. J. 1962, *2*, 706. — 12. *Ács M., Tóth B.:* Magy. Nőorv. Lapja. 1962, *1*, 33. — 13. *Avar Z.:* Magy. Nőorv. Lapja. 1963, 72. — 14. *Kontsek B.:* Magy. Nőorv. Lapja. 1964, 197. — 15. *Argay I.:* Borsodi Orvosi Szemle. 1964, *1*, 28. — 16. *Briggs, D. W.:* Brit. Med. J. 1964, *1*, 701. — 17. *Mac Donald,, D. O'Driscoll, M. K.* és *Georghean, F. J.:* J. Obst. Gyn. Brit. Cwlth. 1965, *72*, 452. — 18. *Bereznay I., Hajdu L.:* Orv. Hetil. 1965, *106*, 703. — 19. *Kovács L., Farkas M.:* Magy. Nőorv. Lapja. 1968, 176. — 20. *Sabeti S., Watteville, H.:* J. Internat. Fed. Gynec. Obstet. 1967, *5*, 190. — 21. *Cameron, J. M., Dayan, A. D.:* Brit. Med. J. 1966, *1*, 1010.

„Az orvosok azt állítják, hogy egy beteg férfira két beteg nő esik. Ebből arra következtethetünk, hogy a női betegségek fele képzelt betegség.
Nem számítom ide a terhességet, amely szándékos megbetegedés."

Montesquieu

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda Budapest V., József nádor tér Tel.: 180—850

Fővárosi Tanács Péterfy Sándor utcai Kórház,
Csecsemő- és Gyermekosztály (főorvos: Korányi György dr.)
és Kórbonctani Osztály (főorvos: Bartók István dr.)

Congenitalis májfibrosis

Korányi György dr. és Mészáros József dr.

A congenitalis májfibrosis (továbbiakban c. m. f.) ritkán előforduló betegség. Rendszerint gyermek- és fiatal felnőttkorban észlelik. Klinikailag portalis hypertensio — gyakran oesophagus varix vérzés — tüneteivel jelentkezik. A diagnosis jellegzetes kórbonctani elváltozáson alapul. Öröklődés, családi előfordulás az esetek egy részében kimutatható (8, 2). Bár hasonló klinikai és morphológiai képpel járó betegséget korábban is megfigyeltek (5), a kórkép első klinikopathológiai elemzése és körülhatárolása *Kerr és mtsai*tól származik (2); a c. m. f. elnevezés is tőlük ered. *Nathan Marschall és mtsai* (6) szerint 1969-ig 84 eset ismeretes. A kórkép ritkasága, de főként a vele kapcsolatos differentiáldiagnosztikai problémák miatt ismertetjük osztályunkon megfigyelt betegünket.

T. E., 4, 10/12 éves leánygyermeket 1969-ben vettük fel osztályunkra. A beteg anamnesisében megtudjuk, hogy anyja 36 éves és ebben az évben mammacarcinoma miatt operálták. Az anya májfunctiós próbái, az enzymvizsgálatok nem mutattak kóros eltérést. Az apa egészséges. A családban egy diabeteses betegről tudnak, májbetegség nem fordult elő. A gyermek rendes időre, 3000 g súllyal született, szülés után asphyxiát észleltek. Csecsemőkorában aluszékonyság miatt $2^1/_2$ hónapig más kórházban feküdt. Ekkor icterust, nagyobb májat nem találtak. Súlya plasmatransfusiók hatására megindult. Kétéves koráig még többször feküdt más kórházban, de a máj betegségére vonatkozó tünetet nem észleltek. Egyéves korában dystrophia miatt kezelték kórházban. Mostani felvétele előtt egy évvel került először osztályunkra urticaria és Quincke-oedema miatt. Már ekkor feltűnt, hogy alacsonyabb, mint kortársai és az, hogy mája, különösen a bal lebeny, megnagyobbodott.

Második felvételét a májmegnagyobbodás tisztázása tette szükségessé. Az anamnesisből megtudtuk, hogy nagyon étvágytalan. Széklete, vizelete teljesen rendben van. Felvételkor a sovány, astheniás alkatú leány statusából következőket emeljük ki:

A beteg 103 cm hosszú, ez P 10 alatt van, kb. 4 évesnek megfelelő. Súlya: 13,3 kg. Tüdő, szív részéről eltérés nem volt. Legfeltűnőbb, hogy az epigastriumban a máj a jobb parasternalis vonalban 6 cm-rel haladja meg a bordaív jobb szélét, éles szélű, tömött tapintatú. A jobb medioclavicularis vonalban, a bordaív alatt éppen hogy elérhető. A lép 1 cm-rel haladja meg a bal bordaívet.

Laboratóriumi vizsgálatok: vizelet: negatív, vérsejtsüllyedés: 6 mm/ó, vércsoport „A" Rh negatív. Hgb.: 13,0 g%, vvs.: 3 800 000, fvs.: 9000. Qualitativ vérkép: Seg.: 48, Ly.: 38, *Eo.*: 8, St.: 3, Ju.: 1. Se. bi.: 0,5 mg% indirect reactio. Colloid labilitási próbák kóros eltérést nem mutattak. SGOT: 78 E, SGPT: 36 E. Se. cholesterin: 228 mg%, se. alkalikus phosphatase: 16 E (KA). 5 mg/tskg *bromsulfolein* beadása után 45 perccel a vérben festék nem mutatható ki. Vesefunctiós próbák nem mutattak kóros eltérést. Az iv. pyelographia normális alakú, nagyságú veséket mutatott, a bal vese azonban kissé élére fordult és a felső kelyhek bal oldalt lekerekítettek. RN: 30 mg% se. kreatinin: 0,9 mg%. A székletből Giardia lamblia tenyészett. Echinococcus komplementkötési reactió negatív.

Elsősorban a máj bal lebenyét érintő elváltozás okát keresve, elvégeztük a *máj-scintigraphiát* is, 30 μCi ^{198}Au colloiddal. (A vizsgálatot a Radiológiai Klinikán, Hernády dr. végezte.) A scintigraphiás felvételből azt lehetett látni, hogy a máj balra és lefelé megnagyobbodott. Az epigastriumban és mindkét hypochondriumban tapintható resistentia részben májszövetből áll, de a jobb bordaív alatt a scintigrammon jelzett helyen (1. ábra) aktivitáskiesés van. E helyen functionáló májszövet nincs. Az aktivitás eloszlása a máj bal lebenyének vetületében egyenetlennek látszik. Az említettek a máj állományában levő cysta vagy neoplasma jelenlétére engednek következtetni.

A májban talált elváltozás további tisztázására *ultrahang* vizsgálatot is végeztünk. Ezek szerint a máj az X vonal alatt a középvonaltól egy ujjal balra 5 cm vastag. A májban tumorra, cystára utaló árnyék nem látható. (A vizsgálatot Falus Miklós dr. főorvos végezte a Korvin Ottó Kórházban.)

A máj-biopsiát az esetleges cysták miatt, és mert haemangioma is felmerült, nem mertük kockáztatni. A májmegnagyobbodás okának tisztázására explorativ laparotomia elvégzését határoztuk el.

Műtét alkalmával a máj jobb és bal lebenyének egyenletes megnagyobbodását észleltük. Meglepetésünkre a máj felületén számos gombostűfejnyi, színes gombostűfejnyi, szürkésfehér, kötőszövetnek látszó foltozottságot láttunk, a máj kissé tömöttebb tapintatú volt, de a szigetektől eltekintve a májszövet épnek látszik. A máj bal lebenyéből mogyorónyi darabot kimetszettünk és szövettani vizsgálatra küldtük. (A műtétet Róbert József dr. főorvos végezte.)

Szövettani vizsgálattal megállapítható volt, hogy a máj lebenykés szerkezete megtartott. A metszetek több vena centralist és kisebb vagy nagyobb portalis mezőt tartalmaztak. A portalis kötőszövet jelentősen felszaporodott, többnyire rostdús volt, csupán egy-két helyen mutatkozott benne jelentősebb lobos beszűrődés. A kötőszövet és a májparenchyma határa éles volt. A kötőszövetben több változó tágasságú epeductus mellett jól látszottak az arteria hepatica ágai és egy-két tág nyirokér, vena portae-ágak azonban nem mindenütt voltak kivehetők vagy lumenük a szokásosnál szűkebb volt. A kötőszövet gyakran kötött össze portalis mezőket vagy a megvastagodott májtokkal függött össze, a lebenykék állományába azonban nem terjedt be. A májsejtek részéről említésre méltó elváltozás nem látszott. A leírt elváltozás *congenitalis máj-fibrosisnak* (2., 3. ábra) felelt meg.

Műtét után zavartalan sebgyógyulás. Utóvizsgálatkor, 1970 márciusában, panaszmentes, étvágya is javult, a máj a jobb bordaív alatt 1 cm, a bal parasternalis vonaltól számítva 6 cm. Oesophagus nyelési vizsgálat: varixok nem mutathatók ki.

Megbeszélés

A congenitalis májfibrosis ritka kórkép, mely leginkább gyermekkorban vagy fiatal felnőttekben kerül észlelésre.

* A Magyar Gastroenterológiai Társaság 1970. évi parádi nagygyűlésén elhangzott előadás.

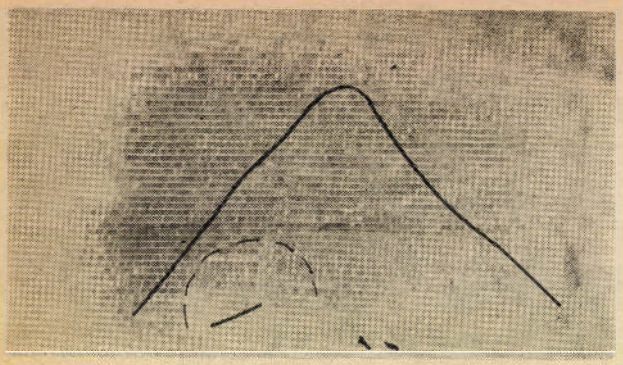
Az első tünetek, kezelés és a betegek sorsa Kerr és mtsai és saját betegünk esetében

Sorsz.	A beteg kora első észlelés-kor	Tünetek	Milyen korban észleltek először			Operatív kezelés	Kor	A beteg sorsa
			Hepato-megaliát	Splenomegaliát	Nagyobb vérzést			
1.	2½	Nagyobb has	2½	2 ∅	∅	Diagnosztikus laparotomia	2½	él, retardált
2.	6	Hepato-splenomegalia	6	6	∅	∅		él, jól van
3.	5	Melaena	6	6	6	Portocaval anastomosis	6	él, jól van
4.	3	Heamat-emesis	2	9	9	Portocaval anastomosis	12	él
5.	6	Haemat-emesis	2	6	6	Portocaval anastomosis	7	él, jól van
6.	5	Haemat-emesis	55	55	5	Portocaval anastomosis	7	él, jól van
7.	16	Anaemia	16	16	17	Portocaval anastomosis	21	él, jól van
8.	2½	Nagyobb has	2½	3	∅	Diagnosztikus laparotomia	2½	meghalt, 4 éves korban
9.	2½	Nagyobb has	2½	4	4	Portocaval anastomosis	5	él, jól van
10.	5	Haemat-emesis	5	5	5	Portocaval anastomosis	5	él, jól van
11.	2½	Hepato-megalia	2½	∅	∅	∅		meghalt 2½ éves korban
12.	8	Nagyobb has	8	8	10	Portocaval anastomosis	10	él, jól van
13.	9	Nagyobb has	9	9	14	Cholecystoduo-denostomia	14	meghalt, 14 éves korában
	3½	Hepato-megalia Splenomegalia	3½	3½	∅	Diagnosztikus laparotomia	4½	él, jól van

A német nyelvű irodalomban a kórkép szinte kizárólag „cholangio-dysplasiás pseudocirrhosis" néven került közlésre (*Todt* és *Kunze* 1970; 9). Hasonló elnevezéssel ismertette *Krasznai* (Krausz) (10) 1964-ben egy héthónapos csecsemő boncolásakor talált májelváltozását. A franciák „fibroangioadenomatosis" elnevezést használják. Mindhárom elnevezés az anatómiai elváltozások alapján keletkezett. Mi a c. m. f. elnevezést nemcsak azért használjuk, mert a kórkép első összefoglalói és legjobb ismerői is ezt használták, hanem azért is, mert leginkább ez fejezi ki a pathológiai lényeget és egyben utal arra is, hogy főleg gyermekkorban kell ezzel a kórképpel számolni.

Kerr és mtsai 1961-ben 13 saját esetük alapján körvonalazták a betegség klinikumát, pathológiáját, differentiáldiagnosztikáját és lehetséges pathogenesisét; az előző évek irodalmában 24 olyan beteget találtak, akiknek klinikai és pathológiai lelete megfelelt a c. m. f. ismérvének. *Kerr és mtsai*nak kitűnő összefoglalásához máig sem volt mit hozzátenni, csupán az esetek száma emelkedett 1969-ig 84-re (6, 3).

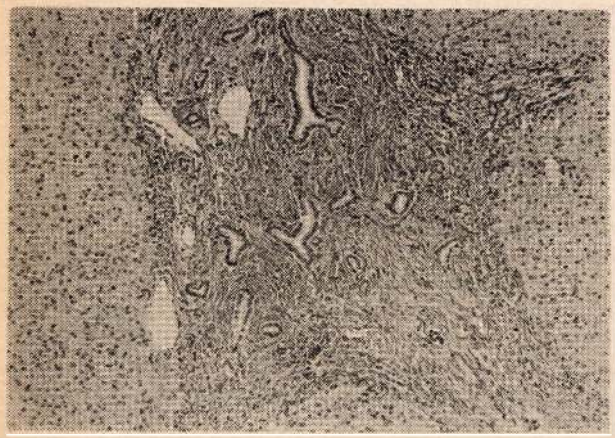
A c. m. f.-t és a congenitalis cystás májat ugyanazon kórkép — veleszületett fejlődési zavar — kétfajta változatának tartják (6, 4). A congenitalis cystás máj azonban általában nem okoz portalis hypertensiót. C. m. f.-ban is jellegzetes — a portalis fibrosis mellett — az epeutak elváltozása, felszaporodásuk és mérsékelt tágulatuk, cysták azonban nem képződnek. A portalis hypertensio okát *Kerr és mtsai* (2) a portalis vénaágak általuk



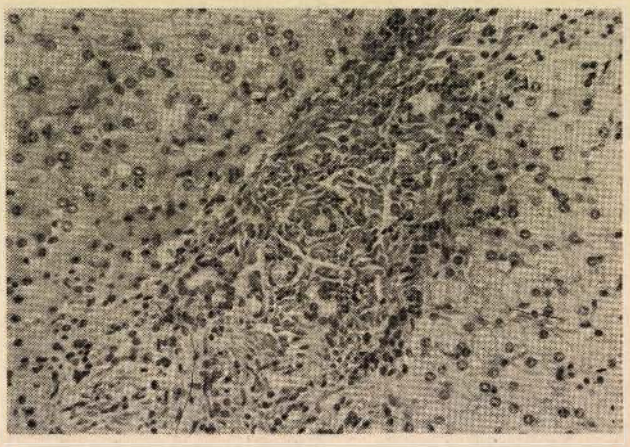
1. ábra.
Máj-scintigraphiás felvétel

megfigyelt hypoplasiájában látják. A c. m. f. — akárcsak a cystás máj — más szervek, főként a vesék polycystás fejlődési zavarával társulhat *(Kerr és mtsai; Marschall Nathan* és *Batsakis*, 1969). A mi esetünkben a jó vesefunctio és a normális urographiás lelet alapján polycystás vese nem látszik valószínűnek. Csecsemő- és gyermekkorban azonban veleszületett polycystás vese következményei miatt meghalhatnak a betegek, mielőtt a májfibrosis tüneteket okozna *(Marshall Nathan* és *Batsakis* 1969, *Sweetnam* és *Sykes*, 1961). *Kerr és mtsai*nak mindössze 3 betegükben sikerült polycystás vesét kimutatni. Ezt egyrészt annak tulajdonították, hogy betegeik májbetegségük miatt kerültek speciális osztályukra, másrészt annak, hogy a polycystás vese tünetei főleg felnőttkorban kezdődnek. A korábbi irodalomból összegyűjtött 24 eset közül 13 betegnek volt polycystás veséje.

A c. m. f. klinikai képét a portalis hypertensio tünetei jellemzik, gyakran oesophagus varixból származó gastrointestinalis vérzéssel jelentkezik. *Kerr és mtsai*nak 13 gyermekbetege közül 9-ben nagyobb vérzés volt kimutatható. Éppen ezért igen nagy gyakorlati jelentőségű a máj-cirrhosistól való klinikai és pathológiai elkülönítése. C. m. f.-ben a máj megnagyobbodott, cirrhosisban gyakran megkisebbedett. Laparotomia alkalmával felszíne egyenetlen ugyan, de nem láthatók a cirrhosisra jellemző göbök. Fontos, hogy a májfunctiós próbák (bromsulfolein, galaktose, a colloid labilitási és enzympróbák, SGOT, SGPT) negatívak. Icterus nincs, a se. bi. nem emelkedett. Normális a vér albumin, globulin szintje is és nincs eltérés a serum elektroforetikus vizsgálatával meghatározható globulinok eloszlásában sem *(Kerr és mtsai*, 1961; *Hermann* és *Hawk*, 1967). Mindezt saját esetünkben is megfigyelhettük. Az esetek mintegy kétharmad részében az alkalikus phosphatase emelkedett. Ennek mechanizmusa nem tisztázott. Aminoaciduria ritkán előfordult, de nem jellemző. Májelégtelenség csak többszörös varixvérzés után, annak következményeként alakult ki. Kórszövettanilag a cirrhosissal szemben alapvető különbség, hogy a lebenykés szerkezet megtartott, a májsejtek általában nem károsodnak *[Kerr* és *Sherlock* 1961 (2), *Hermann* és *Hawk* 1967 (1), *Kuffer és mtsai* 1969 (7)].



2. ábra.
A portalis kötőszövet nagymértékben felszaporodott, csillag alakban a máj állományába terjed. A kötőszövetben számos epeút, némelyik mérsékelten tágult. H. E., 80 ×



3. ábra.
A májlebenykék közt húzódó kötőszövetes köteg, állományában kis epeductusok felszaporodása. H. E. 190 ×

A májmegnagyobbodás splenomegaliával rutin vizsgálat alkalmával esetleg évekkel a gastrointestinalis vérzés előtt kiderül. A mi esetünkben is így volt. Betegünkben a 2 és fél éves megfigyelési idő alatt portális hypertensio tünetei nem alakultak ki. Kerr és mtsai megfigyelése szerint 2 és fél éves kor előtt nem volt májmegnagyobbodás, így feltehető, hogy a máj a test növekedése alatt nagyobbodik meg. Saját esetünkben azonban megtévesztő volt, hogy látszólag csak a máj bal lebenye volt megnagyobbodott. Félrevezető volt a máj scintigraphiás vizsgálata is. E két ok miatt máj-haemangiomára gondolva nem tű-biopsiát, hanem diagnosztikus laparotomiát végeztünk. Ez igazolta a c. m. f.-t.

Alábbiakban ismertetjük *Kerr és mtsai* táblázatát, saját esetünkkel megtoldva. A táblázatban a kezdeti tünetek, a kezelés és a beteg sorsa van feltüntetve (1. táblázat).

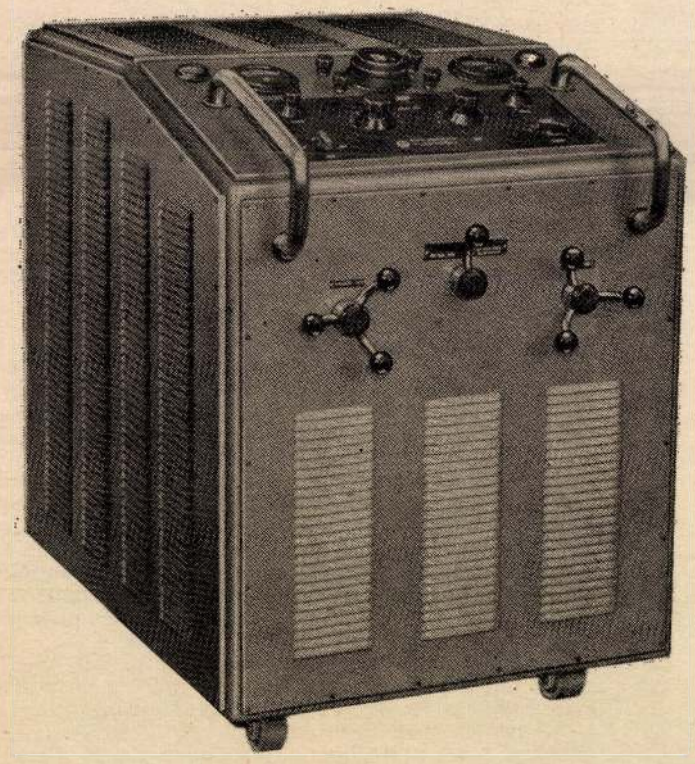
A c. m. f. egyetlen hatásos kezelése az idejében elvégzett portocavalis shunt-műtét. Ha a portalis nyomásfokozódás kifejlődött és a gyermek a 7—8 éves kort elérte, a műtéttel nem szabad késlekedni. A májfunctiók ilyenkor még igen jók, ezért ezek a betegek igen jó jelöltjei a sebészi beavatkozásnak.

Összefoglalás. Az ötéves leány klinikai vizsgálatakor kitűnt, hogy a beteg májának bal lebenye lényegesen megnagyobbodott. Az enzym vizsgálatok, bromsulfolein és colloid próbák negatívak voltak. A máj-scintigraphiás vizsgálat cysta vagy neoplasma jelenlétére engedett következtetni. Ezért tű-biopsiától eltekintettünk.

Az explorativ laparotomia alkalmával kimetszett májdarabkában congenitalis máj-fibrosisra jellemző szöveti képet láttunk. A máj lebenykés szerkezete megtartott volt, azonban a portalis kötőszövet jelentősen felszaporodott, benne 1—2 helyen mutatkozott csak lobos beszűrődés. A kötőszövet helyenként összefüggött a megvastagodott májtokkal, de a lebenykék állományába nem terjedt be. A kötőszövetben tág epeutak és helyenként szűk portalis vénaágak mutatkoztak. A májsejtek épek voltak.

Szerzők az első Magyarországon közölt beteg észlelése kapcsán ismertetik a congenitalis májfibrosis irodalmát és az elkülönítő diagnosis lehetőségeit.

IRODALOM: 1. *Hermann, R. E., Hawk, W. A.:* Surgery. 1967, *62*, 1095—1099. — 2. *Kerr, N. S., Harrison, C. V., Sherlock, S.* and *Walker, R. M.:* Quart. J. Med. 1961, *30*, 91. — 3. *McCarthy, L. J., Baggenstoss, A. H.* and *Logan, G. B.:* Gastroenterology. 1965, *40*, 27. — 4. *Melnick, P. J.:* Arch. Path. 1966, *43*, 727. — 5. *Von Meyenburg, H.:* Beitr. Path. Anat. 1918, *64*, 477. — 6. *Marschall Nathan, Batsakis, J. G.:* Surgery Gynecology and Obstetrics. 1969, *128*, 1033—1041. — 7. *Kuffer, C., Laissae, J., Hoffmann, E.:* Helv. Paed. Acta. 1969, *24*, 38. — 8. *Sweetnam, W. A., Sykes, C. G. W.:* Lancet. 1968, *I*, 374—376. — 9. *Todt, H., Kunze, K. D.:* Kinderärztliche Praxis. 1970, *38*, 65—73. — 10. *Krausz (Kraszнai) G.:* Morph. és Ig. Orv. Szemle. 1964, *4*, 231.



SZERVIZ GONDJAIN
SEGÍT
A CARL ZEISS SZERVIZ

Valamennyi mikroszkóp, megvilágítási automata, mikrofotó berendezés, fotométer, szemészeti műszer, lángfotométer ERI-10, ERI-65, valamint polariméter javítását garanciálisan, eredeti gyári alkatrészek pótlásával elvégzi a Fotó Optika Ksz Carl Zeiss Szervize.

Szaktanácsadással szolgál!

Új laboratóriumi vizsgáló- és mérőberendezéseit üzembe helyezi és javítja!

Forduljon bizalommal a

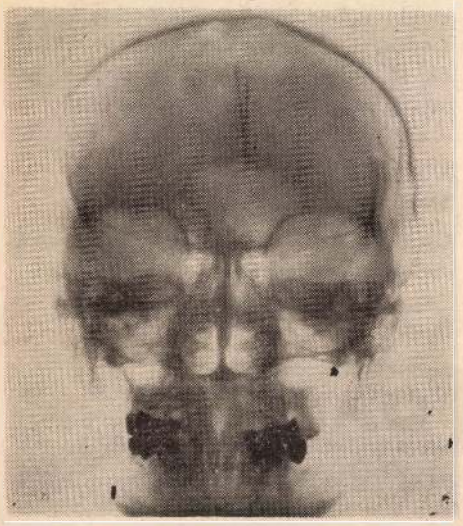
FOTO OPTIKA
CARL ZEISS SZERVIZÉHEZ
Bp. XII., Normafa út 1.
Telefon: 166-685

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Ideg-, Elmekórtani Klinika
(igazgató: Huszák István dr.),
Makó Városi Tanács Kórháza, Röntgenosztály
(főorvos: Fábián Magdolna dr.)

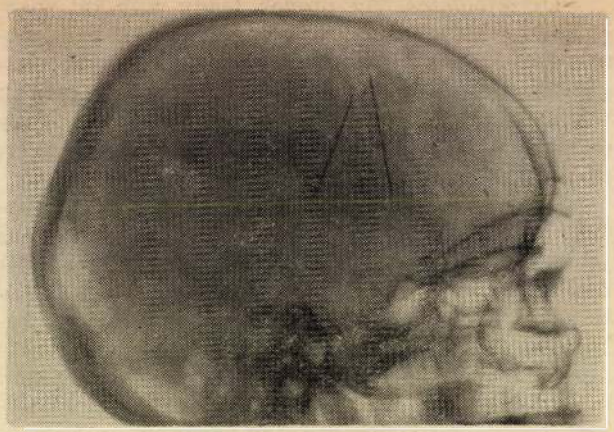
Érdekes koponyaűri idegentest

Péley Domokos dr. és Magyar László dr.

Tűnek a koponya üregébe szúrása a gyermekölés régóta ismert, és a közhit szerint gyakorinak tartott módja. Az irodalmi közlések viszonylag csekély száma azonban amellett szól, hogy a gyermekölésnek ezt a formáját valójában ritkán alkalmazták. Az első feljegyzések még a középkorból származnak, és egészen napjainkig találhatók szórványosan közölt esetek. A hazai irodalmi közlések száma csupán néhány esetre korlátozódik. *Belky* és *Kenyeres* „Törvényszéki orvostan" tankönyvükben tesznek említést néhány esetről. *Vásárhelyi* (1) 45 éves férfi esetét ismerteti, akinél a falx cerebriben talált tűt. Tudomásunk szerint ezen témával kapcsolatos utolsó hazai irodalmi adat *Hargitai, Kassai, Udvardy* (2) 1957-ben megjelent közleménye, melyben csecsemőnek varrótű által okozott, végzetes kimenetelű agytályogjáról számolnak be.



1. kép.



2. kép.

Az elmúlt 10 év rendelkezésünkre álló külföldi irodalmában, témánkkal kapcsolatban két közleményt találtunk. *Voinov* (3) 1962-ben 10 éves leány esetéről számol be, akinél a koponyaűrbe jutott varrótű fejfájást és fokális, ill. generalizált epilepsiás rosszulléteket okozott. A tű eltávolításával teljes panasz- és tünetmentességet sikerült elérnie. Ugyancsak 1962-ben *Juilett, Domasio, Riquin, Rancusel* (4) 22 éves férfi esetét ismertetik, akinél a cerebrumban levő tű fokális convulsiv rosszulléteket okozott.

A közölt esetek mindegyikében ismeretlenek voltak a tű koponyaűrbe jutásának körülményei.

Alábbi esetünket mint ritkaságot és érdekességet tartjuk közlésre érdemesnek.

Esetismertetés

P. I., 58 éves nőbeteg 1968. január 5-én jelentkezett a Makói Rendelőintézet ideggyógyászati szakrendelésén. Elmondása szerint múlt év októberében egyik napról a másikra látása homályossá vált, és mindent „furcsának" látott. Az emberek és tárgyak kisebbek lettek, olyan érzése volt, hogy minden távolabb van tőle. Lefekvés után behunyt szemmel sok embert látott maga körül, minden piros színű volt, a levegőben vékony, piros függönyök lebegtek. Úgy érezte, hogy a takarója felduzzad, megvastagodik. Állítása szerint teljesen éber volt, fel kellett gyújtania a villanyt, mert a „rossz képek" csak világosban tűntek el teljesen.

Régóta kezelik magas vérnyomással és szívbetegséggel. Nehezebb munka végzésekor fullad, hosszabb állás után, járás után bokái megduzzadnak. Gyermekkora óta gyakran fáj a feje. Nyolc-tízéves korában kocsiról esett le, fejét megütötte, eszméletét elveszítette.

Anyja öngyilkos lett, apja agyvérzésben halt meg. Nyolc testvére közül 6 él, egészséges, 2 a háborúban halt meg. Szüleinek utolsó gyermeke volt.

Ideggyógyászati status: tiszta sensorium, meningealis tünetek nincsenek. Szájnyitásnál a j. o. szájzug kissé lekerekített. Egyéb kóros agyideg-tünet nincs. A j. o. végtagokban igen kisfokú latens paresis. J. o. gyengén pozitív Hoffmann, Trömner. Egyéb fizikális neurológiai eltérés nem észlelhető.

Psychés status: minden vonatkozásban tájékozott. Gondolkodásában alaki vagy tartalmi zavarok nem észlelhetők. A kórelőzményi adatok látási pseudo-hallucinationak megfelelő észrevevési zavarra, mikropsiára és térészlelési zavarokra utalnak. Enyhe dysthymia és emotionális labilitás. Intelligenciája megfelel iskolai végzettségének és szociális környezetének.

A-p és oldalirányú koponya rtg-felvétel: a koponya üregében a falx cerebrinek megfelelően, centrálisan két fémintenzitású, varrótűnek megfelelő idegentest árnyéka látható.

Szemészeti vizsgálat: jobb oldali felső quadrans látótérkiesés, a centrális látás megtartott. A szemfenéken szűk, kanyargós arteriák, kereszteződési tünetek láthatók. Vízus mk. szemmel 5/5.

A kórelőzmény és a fenti vizsgálati leletek alapján vascularis eredetű, ischaemiás jellegű, részleges bal oldali occipito-temporo-parietalis károsodást tételeztünk fel. Kis valószínűséggel felmerült térszűkítő folyamat (abscessus? tumor?) gyanúja is, ezért a beteget további vizsgálat céljából a SZOTE Ideg-elmekórtani Klinikáján helyeztük el. Az itt elvégzett vizsgálatok kizárták a térszűkítő folyamatot, és megerősítették a cerebrovascularis károsodás lehetőségét. A klinikai vizsgálatok eredményei közül az EEG leletet emeljük ki, amely bal temporalistáji destructiós jellegű tevékenységet mutatott. A többi vizsgálat eredményét azok negativitása miatt nem részletezzük (PEG, arteriographia, liquor stb.).

A beteg értágító kezelésben részesült. Régebbi keletű fejfájását kivéve panaszai megszűntek.

A beteg ez ideig nem tudott arról, hogy koponyájában varrótűk lennének, és természetesen azok bejutási módjáról sem tudott felvilágosítást adni.

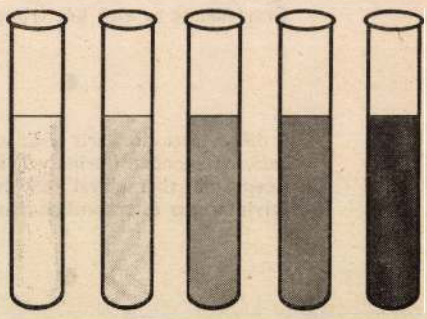
Ezen témával foglalkozó szerzők valamennyien felvetik a *szándékos bejuttatás* lehetőségét. Annak ellenére, hogy ez tartható a legvalószínűbbnek, sok esetben nem sikerült bizonyítani. A szándékosság szempontjából mindenesetre elgondolkodtató, hogy betegünk egy nagy létszámú család utolsó gyermeke volt, továbbá, hogy az anya suicidiumot követett el. *Hargitai, Kassai* és *Udvardy* esetében ugyancsak egy 14 gyermekes családról volt szó, akik közül nyolcan haltak meg csecsemő- és gyermekkorban. Feltételezik a *véletlen baleset* lehetőségét is, talán éppen azért, mivel tettest sok esetben nem sikerült találni. *Voinov* elképzelése szerint az ágynemű közé keveredett tű juthatott a gyermek koponyájába. Ehhez hasonló lehetőség betegünk esetében is feltételezhető. Elmondta ugyanis, hogy anyja egy alkalommal tett olyan megjegyzést, mely szerint ő csecsemőkorában fejjel beleesett volna a varródobozba, és utána két varrótűjét nem találta.

A koponya üregébe jutott idegentestek, amennyiben roncsolás, vérzés vagy fertőzés révén nem vezetnek halálhoz, gyakran okoznak neurológiai góctüneteket. Betegünknél a 2 varrótű rovására írható tüneteket nem észleltünk. Esetleg a gyermekkora óta fennálló gyakori fejfájás előidézésében lehetett szerepük.

Összefoglalás. A szerzők 58 éves, enyhébb cerebrovascularis ictust szenvedett nőbeteg esetét ismertetik, akinek koponyaüregében rtg-felvétel segítségével két varrótűt találtak. Gyakori fejfájását kivéve az idegentestekkel kapcsolatba hozható panasza, ill. tünete a betegnek nem volt.

IRODALOM: 1. *Vásárhelyi J.:* Orv. Hetil. 1927, *34*, 960. — 2. *Hargitai R., Kassai A., Udvardy Ö.:* Orv. Hetil. 1957, *30*, 829. — 3. *Voinov, V. I.:* Chirurgija. 1962, *5*, 125. — 4. *Juillett, P. és mtsai:* Rev. Neurol. 1962, *106*, 311.

Phosphastrat® alkaline
alkalikus phosphatase
Phosphastrat® acid
savanyu phosphatase
Lac Dehystrat LDH
Profil LDH LDH-isoenzymek
TransAc® GOT
DyAmyl α-amylase



Szérum-enzymek
Specifikus kolorimetriás tesztek pontos aktivitás-meghatározáshoz.
LABORDIAGNOSTICA GÖDECKE

Beszerezhető:
Reanal Finomvegyszergyár Vegyszerboltjában
Budapest, XIV., Telepes út 53.

ANTIFIBRINOLYTICUM

ACEPRAMIN INJEKCIÓ, GRANULATUM

1 ampulla (20 ml) 8 g
1 doboz granulatum (240 g) 90 g acidum aminocaproicum hatóanyagot tartalmaz.
A granulatumból egy csapott kávéskanál 1 g, egy csapott gyermekkanál 2 g, egy csapott evőkanál 3 g hatóanyagnak felel meg.
Az ACEPRAMIN a plasminogen (profibrinolysin) plasminná (fibrinolysin) történő aktiválódását gátolja.

Indikációs területébe azok a kórállapotok tartoznak, amelyekben a vérzékenység okozója a kórosan fokozott fibrinolysis. Így elsősorban a *primaer hyperfibrinolysis okozta coagulopathiák* gyógykezelésére ajánlott, de általános tapasztalat szerint olyan coagulopathiákban is jó therapiás hatás érhető el, ahol a fibrinolysis nem fokozott.
Belgyógyászat: haemophilia, leukaemiák, thrombopenia, cirrhosishoz társuló vérzékenység egyes eseteiben, thrombolytikus therapia során alkalmazott streptokinase, ill. plasmin okozta súlyos vérzés esetén.
Sebészet: nagy mellkasi műtétek, extracorporalis keringést igénylő beavatkozások, porta-cavalis-shunt műtétek.
Urológia: prostatacarcinoma, prostatahypertrophia miatt végzett műtétek.
Szülészet—nőgyógyászat: korai lepényleválás, fenyegető vetélést kísérő vérzékenység.

●

A gyors felszívódás és kiválasztódás miatt *az Acepramint folyamatosan kell adni*, általában 4—6 óránként 0,05—0,07 g/testsúlykg-ot, átlagos testsúlyú felnőtteknek tehát *napi 15—30 g-ot.*
Huzamos kezelés esetén az Acepramin napi mennyisége a 20 g-ot lehetőleg ne haladja meg, ilyenkor a beteget, elsősorban a veseműködést ellenőrizni kell!
A prophylaxist kisebb mennyiség is kielégítően biztosítja. Streptokinase-túladagolás esetén 10—16 g Acepramin lassú iv. bevitele szükséges.

Az Acepramint *lehetőleg szájon át adagoljuk.* Iv-an csak sürgős esetben vagy olyankor, ha az oralis adagolás nehezített vagy lehetetlen. *Az iv. injekciót lassan kell beadni* (5—10 perc); cseppinfusio formájában csak isotoniás konyhasó, vagy 5%-os glukóz vagy Ringer-oldattal alkalmazható.

●

Gravidáknak az első két trimenonban, valamint *veseelégtelenség esetén ellenjavollt.*

●

A diffus intravascularis alvadás talaján kifejlődött *consumptiós coagulopathiák esetében nem alkalmazható,* ha azonban fibrinolysis káros szerepe is közrejátszik az alvadászavar létrejöttében, a kezelést Acepramin therapiával kell kiegészíteni!
Szívinfarctus és thromboemboliás szövődmények esetén csak elővigyázatosan adagolható.

●

Émelygés, hányinger, hányás, orthostatikus collapsus, ritkábban erythema és hasmenés fordulhat elő, különösen a napi 20 g fölötti Acepramin dosisok alkalmazásakor. Ergotamin-tartaráttal az orthostatikus jelenségek javíthatók.

Az *injekció* csak fekvőbeteg-gyógyintézet részére van forgalomban. Orvosi vényen nem rendelhető! A *granulum* társadalombiztosítás terhére csak fekvőbeteg-gyógyintézetben vagy Haematológiai gondozóban történt beállítás alapján, rendszeres ellenőrzés esetén rendelhető. A vényen a javaslatot adó fekvőbeteg-gyógyintézetet, gondozót és a javaslat keltét fel kell tüntetni.

10 amp (20 ml) 40%-os inj. 185,— Ft 1 doboz (240 g) 37,5%-os gran. 95,— Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Orvosi számítástechnika. Beszámoló az I. R. I. A. VII. kongresszusáról. (Pyreneusok, St. Lary, 1971. március 1—5.)

Az I. R. I. A. az „Institut de recherche d'informatique et d'automatique" rövidítése és a kongresszus maga „Journées d'informatique médicale", illetve „Symposium on medical data processing" nevet viselte. Tematikája tehát az orvosi információ, az orvosi számítástechnika volt. Rajta 16 nemzet fiai vettek részt, illetve képviseltették magukat: Algéria, Anglia, Belgium, Bulgária, Canada, Dánia, Spanyolország, Egyesült Államok, Magyarország, Japán, Luxemburg, Hollandia, Lengyelország, Svédország, Svájc és természetesen Franciaország. Magyarországot az Országos Műszaki Fejlesztési Bizottság kiküldetésében e sorok írója képviselte.

A megnyitó ünnepségen Laudet prof. az I. R. I. A. igazgatója elnökölt és az elnökségben helyet foglaltak Lareng, Baquiat és Seddeuil professzorok. Hangsúlyozták, hogy az információkutatás több disciplina együttes munkáját követeli meg. Kellenek olyan emberek, akik az információt művelik, és a kapott információkat közlik. Az orvosok az információtól nagyon gyakorlati, egyértelmű közléseket várnak, melyeket a therapiában azonnal hasznosítani tudnak. A cél érdekében viszont a disciplinákat koordinálni kell. Ilyen koordinációs tevékenység eredménye a kutatási terv és a terv realizációja. Viszont az orvosoknak is el kell mélyedniük a jövő perspektívájában. Ismerniük kell az információkat nyújtó berendezéseket, melyek az élő szervezet működési folyamatait szimulálják, érzékelik, majd feldolgozzák és leképezik, illetve numerikusan kijelzik. Az orvosképzésben is kifejezésre kell jutnia az új szemléletnek, az információs szemléletnek. Lareng prof. arról számolhatott be, hogy a toulous-i egyetem adaptálódott is az újhoz, már az egyetem is magáévá tette oktatási rendjében az információt. Felismerte, hogy pluridisciplinára van szükség, orvosi ismeretekre és információs ismeretekre egyaránt. Az orvos és az információs szakember kollaborációjára. Hasonló a Pascal egyetem oktatási rendje is, ahol már az első évfolyamoktól kezdve tanítanak az orvosi fakultáson matematikát, statisztikát, számítástechnikát és a számítástechnikában alkalmazott gépismeretet.

A kongresszus előadásait két sectióban tartották, ezen kívül három szeminárium volt a délutáni órákban. Az előadások fő témakörei a következők voltak: diagnosztika, a klinikai laboratórium, az orvosi adatok feldolgozása, a kórház információs rendszere, az orvosi nyilvántartás, az őrzőszoba, a physiológiás és pathológiás folyamatok szimulációja, az orvosi megfigyelések structurája, képfelismerések, statisztikai módszerek.

A szemináriumok témakörei: A „banques de données", tehát az orvosi információk adatainak tárolásának kérdései, az adatnyilvántartás. A multidimensionalis adatok feldolgozása és analysise. Az információs systémák koncepciója, structurája és felhasználása orvosi-kórházi viszonyok közepette.

A laboratóriumi analysisek végzéséhez különféle typusú computereket és computer systémákat alkalmaznak. Így pl. a D. N. A. systemet, kis célcomputereket és az IBM 1800-as computert is. Szívesen alkalmazzák a francia 1010-es, az IBM 1130-as, valamint a P. D. P. 8-as typusú computert. Az analizátor perifériás egységek a legkülönbözőbb laboratóriumi műveletek végzésére képesek, így chemiai analízisekre, bacteriológiai vizsgálatokra, enzimmeghatározásokra, hormonvizsgálatokra, EEG, illetve EKG vizsgálatokra stb. Vannak laboratóriumok, melyek már teljes egészében automatizálva vannak. A többfajta és a különböző elveken működő laboratóriumi autoanalyserek közös irányításúak, illetve azokat egy közös központi teremben dolgozzák fel, itt alakítják át konverterekben az analóg jeleket digitalis jelekké. A központi teremben átalakított analóg jeleket digitalis jelekké való átalakításuk után az alkalmazott kis vagy közép-computerbe táplálják be. A feldolgozott klinikai-laboratóriumi anyagot azután numerikusan jelzi ki a kórház-klinikai egységben alkalmazott computer vagy az egyes kórházi egységek adatanyagát a város vagy a megye középnagy computere egységesen dolgozza fel és tárolja. Olyan megoldást is alkalmaznak, pl. Firenzében, hogy egy középnagy computernek és egy nagy computernek közös memóriaegysége van.

Hosszasan beszéltem a francia biomedicalis információs intézet néhány vezető munkatársával a célszerű computer-program kiépítését illetően. Ismeretes ui., hogy ilyen irányban nagyon megoszlanak a vélemények. Az ő véleményük szerint az orvosi computerlánc kiépítését kis célgépekkel kell elkezdeni. A kis célszámítógépeket középnagy computerekhez kell csatlakoztatni. Ilyen középnagy computer pl. a francia 1010-es, az IBM 1130-as, valamint a P. D. P. 8-as. A computer-lánc 8—10 ilyen vidéki satellitából állhat, melyek önálló memóriaegységgel rendelkeznek. A vidéki satellita-computerek és azok memóriaegységei azután bekapcsolandók a központi nagy computerbe, ill. a satellita memória egységbe, kialakítván az adatbankot. Egy ilyen program megvalósításához azonban kb. 6 évre van szükség.

A klinikusok meglehetősen nagy ellenállást fejtenek ki az információval szemben. A kis célgépekkel szemben viszont nincs idegenkedés, azokat a klinikusok is szeretik, bár megértik a kórházi adminisztrációs rendszer computerizálásának szükségességét is, melyekhez viszont legalább középnagy computerek felhasználására van már szükség. Így néz ki a klinikus igénye: célcomputerek a laboratóriumokban és középnagy computerek elsősorban a kórházi adminisztrációs hálózatban. Az igény azután bővül és bővíthető, de ehhez fokozatosságra van szükség, és főleg az ismeretek és az igények bővülésének fokozatosságára, amely maga után hozza a kiterjedtebb és centralizáltabb computerpogramokat, beleértve az adatbankot is. De az európaiak nem értenek egyet semmiképpen az ún. over-computerised programokkal, melyeket a kongresszuson az amerikaiak ismertettek. Grossman pl. az anamnesis, sőt a status praesens felvételének computerizálását ismertette.

Nagyon reálisan fejtették ki nézetüket az angolok. White (London) véleménye szerint a kórházi információs systémákban túlburjánzik az adminisztráció. Az információs systémákat információs szakemberek, tehát matematikusok, mérnökök stb. vezetik és irányítják, de az ő akaratuk és elképzelésük nagyrészt rányomja bélyegét a gyakran felesleges adatokat is nyújtó kórházi információs systémákra. Pedig elsősorban mire kell az információ, veti fel a kérdést White? A diagnosis megalkotásához és a gyors therapia megkezdéséhez. Ezért van olyan nagy szerepük egyrészt az „On-Line System"-enknek az intensiv coronary unitekben — másrészt pedig a gyors mérésekben. A gyors mérésekre, melyek keresztülvitelére célcomputerek használandók.

Az előadások egy része arról tanúskodik, hogy sok mindenről akarnak a kutatók és az orvosok informálódni részben új elvek felhasználásával, részben a régi elvek felhasználásával, de új módszerekkel. Pl. az EKG jelek automatikus kiértékelésében a régi elveket használják akkor, amidőn csak az ún. 12 convencionális elvezetést jelzik ki numerikusan. Új elv szerint dolgoznak és új technikát alkalmaznak, ha a Frank-féle elvezetések alapján dolgozzák fel a szív elektromos információit computeres megoldással (Pipberger-program). Ez a computeres fel-

dolgozás azonban lényegesen nehezebb feladat, mint pl. a chemiai vizsgálatoknak a spektrofotografiás úton történő elemzése és a jelek computeres feldolgozása. Ezért kísérte nagy figyelem a seminaire III-ban felszólalásomat, melyben beszámoltam arról, hogy Magyarországon előállítottunk egy analóg működésű célszámítógépet, a triaxicardiometert (TCM), mely automatikusan diagrammokban hozza a térbeli szívvektorok abszolút nagyságát, azimut és eleváció szögét. Konkrét érdeklődés nyilvánult meg a TCM iránt a párizsi Centre National de la Recherche Scientifique (C. N. R. S.), azaz a Blaise Pascal Intézet számítástechnikai kutatóközpontja részéről és további közös tudományos program kialakítását akarják francia és magyar viszonylatban. Ezt erősítette meg prof. Gremy a „Centre de Calcul et de Statistique", vagyis a számítástechnikai és statisztikai központ igazgatója is. M. Gaudeau (C. N. R. S.) szerint a triaxicardiometer (TCM) A/D converter közbeiktatásával bekapcsolható az információs láncba, a középnagy computerekhez, illetve a nagy computerhez, a központi adattárolóhoz. Vergriette (Montreal) egyébként hasonló megoldást ismertetett EKG adatfeldolgozásban, amidőn EKG adatfeldolgozásra kis IBM 7-es computert alkalmaz, melyet közvetlenül csatlakoztat egy IBM 1800-as computerhez.

Az orvosi ismeretek nem csupán matematikai, de részben subjectiv karakterű ismeretek is. A matematikai és a subjectiv karakterű ismeretek együttesen közelítenek meg diagnosztikai valószínűségeket. Helyesen mutatott rá tehát előadásában Dorzsevszki (Varsó), hogy az orvos a subjectiv karakterű ismeretek birtokában is van, ezért pontosabban diagnosztizál, mint a computer.

Nem egyszer felvetődött a kongresszuson a kérdés, az orvosok információs szakemberek legyenek-e az intézményekben, vagy az információs szakemberek irányítsák-e az orvosi információt? Egyesek úgy fejezték ki magukat, hogy az orvos informatizált milieu-ben legyen a kórházban. Így szolgálja az információ az orvost és a beteget. Felvetődnek ilyen élesen is a kérdések. Orvosokat vagy számítástechnikai szakembereket akarunk-e? Mi legyen az információs ismeretek határa? Azzal mindenki egyetért, hogy információs ismeretekre szükség van, de az információt hozó műszaki tudományos irányzat nem kerülhet semmiképpen túlsúlyba, hiszen ez kiszolgáltatná az orvostudományt és a betegeket a computereknek.

Antalóczy Zoltán dr.

DAEDALONETTA *végbélkúp gyermekeknek*

ÖSSZETÉTEL:

1 kúp 25 mg β-dimethyl-aminoaethyl-benzhydryl-aether-8-chlortheophyllin, 25 mg chlorbutanolumot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Hányinger, ill. hányás csillapítása, angina, acetonaemia, heveny gastiritis, lázas betegségek, otitis media, grippe esetében, postnarcotikus hányinger csillapítására. Légibetegség, tengeribetegség esetleges előfordulásakor prophylactikusan is.

ADAGOLÁS:

Csecsemőknek és egy éven aluli gyermekeknek naponta 2 × 1 kúp, egy éven felüli gyermekeknek naponta 3 × 1 kúp. Prophylactikusan (kinetosis megelőzésére) 1 kúp fél órával az utazás megkezdése előtt. A készítmény érzékeny egyéneknél enyhe álmosságot, bágyadtságot okozhat.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

10 kúp 8,– Ft, 100 kúp 45,70 FT

Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest, X.

Intenzív betegellátás

Javaslatok az intenzív medicina szervezésére. Anaesthesist. 1970, *19*, 265.

A Német Anaesthesiológus és Reanimatiós Társaság, a Német Belgyógyász Társaság, az Anaesthesiologia és Intenzív Therapia Szakbizottsága, a Belgyógyászati Intenzív Therapia Munkaközössége, a Német Hivatásos Anaesthesiológusok, valamint a *Hivatásos Belgyógyászok Szövetsége* közös *ajánlást* bocsátott ki Hamburgban és Münchenben 1970 áprilisában. Az ajánlás szerint *az intenzív medicina magában foglalja az intenzív megfigyelést és intenzív kezelést.* A kórház nagyságától és szerkezetétől függően *az intenzív medicina szervezési egységei lehetnek interdisciplinárisak vagy szakmához kötöttek.*

1. Egyetemi klinikák és nagy kórházak. Az intenzív megfigyelés vonalán előnyben részesülnek a szakmához kötött intenzív egységek. Emellett az egyetemi klinikák és nagy kórházak egy-egy *interdisciplinaris operatív* és *konzervatív-belgyógyászati intenzív therapiás egységet igényelnek.*

2. Nagy és középnagy kórházak. 300 ágynál nagyobb kórházakban rendesen 2 egységre van szükség, mégpedig egy *interdisciplinaris-operatív* és egy *konzervatív-belgyógyászati* egységre. Előbbi anaesthesiológus, utóbbi belgyógyász vezetővel. Emellett szakmához kötött őrzőrészlegek kialakítása is lehetséges.

3. *Kis kórházak.* 300 ágynál kisebb kórházakban, amennyiben gazdasági, vagy egyéb okokból csak egy intenzív egységet üzemeltetnek, úgy valamelyik működő osztály főorvosának irányítása alá kell az egységet rendelni. A vezető kiválasztásánál az intenzív therapiás szakmai felkészültséget, személyi adottságokat, illetve a főorvos által az egységre ráfordítható idő mennyiségét kell figyelembe venni.

4. *Interdisciplináris egységek vezetőinek feladata.* A vezető a többi szakterület vezetőivel szorosan együttműködve szervezi meg a vitalis functiók folyamatos megfigyelését, fenntartását és azok helyreállítását. Felelős azért is, hogy az együttkezelést végző szakorvosokat idejében segítségül hívja és azok munkáját koordinálja. Irányítja a beosztott orvosok és eü. személyzet működését. Felelős az egység eü. technikai berendezésének üzemképességéért.

5. *Alapbetegség gyógyítása. Összmunka.* Az interdisciplináris intenzív egységben az alapbetegség kezelése és kórismézése az illetékes szakorvosok kezében marad, akik az egységben dolgozó orvosokkal szorosan együttműködnek. Ebben a team-munkában minden résztvevő a diagnosztikus és therapiás munka reá eső részéért felelősséget vállal.

6. *Orvosszükséglet.* Az orvosok létszáma műszakváltással kell hogy biztosítsa az egység állandó folyamatos orvosi ellátását. (Számszerű adatokat nem közölnek. — *Ref.)*

7. *Beosztott orvosok munkája és továbbképzése.* Az irányítás joga az osztályvezetőé. Az intenzív egységhez tartozó orvosi állások az egyes szakterületek közt arányosan legyenek megosztva. Minden résztvevő szakterület orvosai számára nyíljék lehetőség, hogy az intenzív medicina területén jártasságra tehessenek szert. Az orvosi állomány cseréje mindenkor az osztályvezető beleegyezésével történhet.

Széll Kálmán dr.

Intenzív therápiás osztályok tervezése. Beckmann, M.: Anaesthesist. 1970, *19*, 440.

A svéd Eü. Minisztérium 1966-ban az intenzív therapiás, valamint postoperativ egységek ágyszámát az intenzív therapiás ellátást igénylő osztályok nagyságához kötötte, és az ágylétszám 1,6%-ában állapította meg. Újabb felmérések és igények alapján ezt az arányt az Eü. Minisztérium 4%-ra emelte fel, de még ez is kevésnek bizonyul. Gävleben 1100 ágyas kórházat építenek, mely 1973-ra készül el. A tervezésnél figyelembe vették, hogy a 70 év feletti betegek számaránya az elkövetkező években már eléri a 25%-ot. Az elmúlt 5 év sebészeti és belgyógyászati beteganyagát gondosan analizálva felmérték a konkrét intenzív therapiás szükségletet úgy, hogy az kb. 50%-os ágykihasználást biztosítson. Eszerint 38 intensiv megfigyelő és 18 intensiv therapiás ágyat terveztek, ami a kórház ágylétszámának 5,1%-a. Ezeket az ágyakat egy *a közös műtőblokkhoz és ébredőrészleghez kapcsolódó önálló egységet képező intenzív ápolási blokkba egyesítették. Ebben a blokkban 3 különböző egység, mégpedig sebészeti intenzív megfigyelő, belgyógyászati intenzív megfigyelő és anaesthesiológiai intenzív therapiás egység van egyesítve.* A belgyógyászati intenzív megfigyelőben 6 coronariaágy és 2 munkahelyes haemodyalisist szolgáló ágy is helyet foglal. Az intenzív blokk közös vezetője az anaesthesiológus, aki egyben az intenzív therapiás egységet is vezeti. Az intenzív megfigyelőegységek vezetését az illetékes szakmák főorvosai biztosítják. Az ápolószemélyzet az intenzív blokké, s azok elosztása rugalmas. Minden egységben éjjel-nappal legkevesebb 2 nővérnek kell jelen lenni, de az ellátás súlypontja szerint a nővérek szabadon átcsoportosíthatók. Emellett a személyzet a 3 egység között körforgásszerűen váltja munkahelyét. Mindhárom egységnek azonos alapfelszerelése van, s műtőasztallal és altatófelszereléssel ellátott kezelőhelyiségekkel vannak ellátva. A műszer- és géppark gazdaságos kihasználtságát azok flexibilis használhatósága biztosítja.

(Ref.: A fent leírt rendszer véleményem szerint optimális, mert a kórházban levő acut betegellátást egyetlen intenzív blokkba concentrálja. E blokk közös adminisztratív vezetőjén kívül az egyes egységeket az illetékes szakfőorvosok irányítják. E rendszer nemcsak a vezető személyével kapcsolatos kényes vita méregfogát húzza ki, de a betegellátás elvi szempontjainak is messzemenően megfelel, s az ápolás és felszerelés problémáját rugalmasan és gazdaságosan oldja meg. Vita van pl. afelől, hogy a coronariaellátás az intenzív therapiás osztályhoz, vagy belgyógyászathoz kötött coronariaegységekben történjék-e. Biztos az, hogy az infarctusos betegek zöme csak intenzív megfigyelést igényel, s az anyagnak csak kisebb része intenzív therapiát. Mármost, ha a coronariaegység és intenzív osztály egymástól távol van, akkor a lényeget tekintve intenzív megfigyelő functiót ellátó coronariaegységet is fel kell szerelni a tulajdonképpeni intenzív therapia eszközeivel. Az ismertetett svéd példa ezt feleslegessé teszi, s a két azonos jellegű betegellátást egymáshoz közel hozza anélkül, hogy a belgyógyászt megfosztaná attól a jogos igényétől, hogy az infarctusos beteg gyógyítását a jövőben is ő végezze. A magam részéről igen nagy lehetőséget látok a referált megoldásban, márcsak azért is, mert a svédek e területen nagymúltú, gazdag tapasztalatokkal rendelkeznek.)

Széll Kálmán dr.

Ankét a franciaországi intenzív cardiológiai egységekről. Y. Bouvrain és mtsai (Clinique Cardiologique de la Faculté de Nancy): La Presse Médicale. 1970, *78*, 2029—2031.

Az intenzív cardiológiai egységek szervezése. A WHO ösztönzésére 1969 februárjában Koppenhágában nemzetközi szakértői ülésen meghatározták az intenzív cardiológiai egység telepítésének, szervezésének és működésének minimális feltételeit. Ezek a következők:

1. *250 000 lakosra jusson egy 8—10 ágyas intenzív cardiológiai egység.*

2. *A betegszoba* ideális alapterülete 15—20 m^2. A betegeket átlátszatlan, hangszigetelő fal választja el egymástól. Minden beteget állandóan kettős — direkt visualis és oscilloscopos — ellenőrzés alatt kell tartani egy központi megfigyelő helyiségből. Ki kell építeni a riasztórendszert. Merev felületű ágyakra van szükség. Az intenzív részleg felszereléséhez tartozik egy többcsatornás electrocardiograph, egy vagy két defibrillátor, hordozható oscilloscop, külső pacemakerek, lélegeztetőgépek, reanimatióhoz szükséges gurítható kocsi és az egyes részlegek közötti interphon rendszer.

3. *Személyzeti feltételek.* Az egység vezetője cardiológus, aki a szakmai feladatok mellett az egység adminisztrációját végzi. Állandó szakorvosi ügyeletre van szükség. Betegenként 2 nővér látszik kívánatosnak (24 órára). A nővérnek ismernie kell az infarctus komplikációit, tudni kell kezelnie a defibrillátort és a respirátorokat. Az elektromos készülékek működését egy technikus kell hogy biztosítsa.

4. A cardialis intenzív osztály hatékony működésének fontos feltétele, hogy *az infarctusos beteg minél előbb megérkezzék* az egységbe. Ez a feltétel — a szervezési feladatok mellett — megköveteli a mentőkocsi személyzetének kiképzését az infarctusos beteg első ellátására.

Intenzív cardiológiai egységek Franciaországban.

1. Az egyetemi-kórházi központokban 28 intenzív cardiológiai egységet tartanak nyilván, ami 210 ágyat jelent. 180 ágyat szereltek fel monitorokkal, de az egységek felében előnyben részesítik a közvetlen visualis ellenőrzést. Minden centrumban legalább két defibrillátor és kellő számú pacemaker van. A centrumok kétharmadában lehet tartós mesterséges lélegeztetést végezni a haemodynamikai parameterek ellenőrzésével. Általában 3 betegre 1 nővér jut. Az infarctusos betegek az intenzív egységben 6—7 napot töltenek. Az infarctus bekövetkezése és az egységbe való felvétel között általában 24 óra telik el.

2. A nem egyetemi—kórházi központokban 23 intenzív cardiológiai egység működik 100 ággyal. Ezek az egységek szegényesebben vannak felszerelve; nincs mindenütt biztosítva a külső pacemaker, a megfelelő képzettségű és számú személyzet.

3. Magánintézetekben 9 egység működik 90 ággyal. Az ágyak fele monitorokkal van felszerelve. Mindenütt van defibrillátor és respirátor. Hét egységben biztosított az állandó szakorvosi felügyelet.

A cikk végül megállapítja, hogy jelenleg Franciaországban az infarctusos betegek intenzív ellátása *nincs megoldva,* mert:

1. az évi 100 000 friss infarctusos intenzív megfigyelésére és kezelésére a jelenlegi 400 helyett 2000 ágyra lenne szükség;

2. vannak nagy földrajzi területek intenzív centrum nélkül;

3. a felszerelés és a személyi feltételek a kórházi központokban nem kielégítőek.

A szerzők szerint az intenzív cardiológiai egység csak egy fázisa az infarctus gyógyításának; az első fázisban biztosítani kell a beteg minél előbbi beszállítását, a második fázis a megfigyelés és kezelés az intenzív osztályon, a harmadik fázis az utókezelés és a rehabilitatio.

Fekete Béla dr.

Coronaria őrző egység 25 ágyas vidéki kórházban. Geyman, J. P. (Community Hospital of Sonoma County, Santa Rosa): Calif. Med. 1970, *112,* 74—77.

Az ismertetett coronariaőrző egység (cő. e.) az első, amely ilyen kis vidéki kórházban működik. Létesítése azért volt jogos, mert az acut myocardialis infarctus halálozása az első órában a legmagasabb, és ezért a betegek nem szállíthatók távoli nagyobb kórházi központokba.

A 25 ágyas kórház 18 000 lakost lát el. A cő. e. felállításának elhatározásakor felmerült problémák gyorsan megoldódtak: szakmai segítséget a szomszédos kórházak belgyógyászai, a Californiai Szív Társaság, valamint az újabb irodalom nyújtott. Az elektrifikálást a Regionális Orvosi Programm elektromérnöke oldotta meg.

A nővérek számára 62 órás, 4 hónapos tanfolyamot szerveztek, az egyetemi kurzusok mintájára. 18 így kiképzett nővér közül 13 eredetileg csak részállásban, vagy egyáltalán nem dolgozott. Túlóradíj helyett minden jól végző nővérnek ösztöndíjat fizettek. Havonta 2 órás továbbképzést tartanak. A cardiopulmonalis resuscitatióra az egész kórházi személyzetet kiképezték, így sürgős esetben bármely adott műszak segítséget nyújthat.

A cő. e.-et vezető orvos egyik nagy orvosi központban hallgatott tanfolyamot, s erre a többi érdeklődő orvosnak is lehetőséget adtak. A cő. e.-ben alkalmazott kezelési eljárásokat és dokumentációt orvosi üléssorozaton tárgyalták meg.

A kórház és a Berkeley cardiológus csoport között telemetrikus rendszer létesült, hogy minden EKG képet megkonzultálhassanak.

Mivel e kis kórházban gyakran nem érhető el azonnal orvos, a nővéreknek igen gondosan megszerkesztett kezelési sémákat írtak elő a szívmegállás megelőzésére (blokkok, ES-ek, kamrai tachycardia esetére), valamint kezelésére (kamrai fibrillatio és asystolia). E sémákat a cikk részletesen közli.

Az eddigi betegforgalom alapján évi 75 coronariabeteg felvételére számítva, eredetileg 5 ágyas, 43 m^2-es kórteremből 2 ágyas cő. e.-et alakítottak ki, 2 ágyas ébredőszobával kombinálva, az ágyak között mennyezeti sínen mozgó válaszfalakkal.

Minden ágyhoz központi oxygént és szívást vezettek.

A meglevő DC defibrillátor és pacemaker mellé központi riasztómonitort, 2 ágy melletti monitorskopot, 1 synchronizátort, 1 EKG készüléket és 2 iv. pacemaker kathétert szereztek be.

A 2 ágyas cő. e. összköltsége 12 450 dollárt tett ki.

Az első 10 hónapban 64 beteget kezeltek, közülük 29-nek volt bizonyított acut myocardialis infarctusa. A halálozás az előző évek 35—40%-ával szemben 7%-ra (2 beteg) csökkent.

Incze Ferenc dr.

Gastroenterológia

A gyomor erosióinak diagnózisa és klinikai jelentősége. Rösch, W. (Med. Univ. Klin., Erlangen-Nürnberg): Dtsch. med. Wschr. 1970, *95,* 1491.

Az erosiók a nyálkahártya körülírt hámhiányai, amelyek nem haladnak túl a muscularis mucosaen. A régebbi közleményekben, amelyekben csak resectiós és sectiós anyagot dolgoztak fel, a gyomor erosiói kevesebb mint 5%-ban szerepeltek az emésztőtraktus felső részéből származó vérzések forrásaként. A vérzések alatt végzett gastroscopiás vizsgálatok tanulsága szerint ez az arány sokkal nagyobb, mint azt eddig gondolták, mintegy 15—30%-ra tehető. Májcirrhosisban is gyakran fordulhat elő vérzés a gyomor erosióiból. *McCray* 27 vérzés alatt endoscopizált máj-cirrhosisos betegén pl. csak 5 esetben vérzett oesophagus-varix, míg 16 esetben a vérzés a gyomor erosióiból származott. Fekélybetegekben kétszer olyan gyakran észleltek a gyomorban erosiókat, mint a nem ulcusosokban. Az erosiónak ulcusba való átmenetét endoscopos vizsgálatok során csak kevés esetben figyelték meg.

A gastroscopos kép alapján az erosióknak vagy az erosiv nyálkahártya-defektusoknak 3 alapformáját lehet megkülönböztetni:

1. *haemorrhagiás-erosiv gastritis,* jellemzi számos gombostűfejnyi haemorrhagia, histológiailag a mucosában és submucosában vvs.-ekkel feszesen kitöltött véredények, kifejezett erythrodiapedesis és a foveolaris és glandularis réteg között a felszíni epithel dehiscentiája.

2. *inkomplet erosio,* sekély erosiónak, vagy haemorrhagiás foltnak is nevezhető, egyedüli vagy többszörös;

3. *komplett erosio,* akut szakban duzzadt nyálkahártya-szegéllyel övezett, alapja haematinnal fedett, 1—2 nap múlva gastroscoppal fehér fibrinoid necrosis látható az erosio alapján. Ez megfelelő kompresszióval röntgenológiailag is kimutatható.

Az erosiók többnyire gyorsan, néhány napon belül meggyógyulnak, ezért a vérzés forrásául szolgáló erosio a vérzés megszűnte után elvégzett gastroscopos vizsgálatban már nem látható. A szerző azonban megfigyelt olyan eseteket is, ahol az erosiók éveken át fennálltak.

A szerző az erosio keletkezésének kétféle mechanizmusát említi: az erős és tartós vagus-hatásra létrejövő fokozott sósavelválasztást és a növekedett capilláris-permeabilitást erythrodiapedesissel és a felszíni epithel anoxiájával. Mindkét teóriát támogatja a jeges vízzel való gyomorátöblítés, illetve a vagotomia és pylorusplastica kedvező terápiás hatása, melyek ma optimális eljárásoknak tekinthetők.

Kisfalvi István dr.

Sav-secretio kimutatása a nyelőcső nyálkahártyából Barrett-fekélyben. Ustach, Th. J., és mtsai (Dept. of Med., Baltimore City Hospitals and Johns Hopkins University School of Medicine): Gastroint. Endoscopy, 1969, *16*, 98—100.

Mint ismeretes, Barrett-syndromában sem a heterotopiás hengerhám eredetét, sem a fekély okát nem sikerült biztonsággal igazolni. A különböző hypothesisek szerint a hengerhám lehet szerzett ok következménye (reflux oesophagitis következményes re-epithelisatióval), vagy veleszületett (a lap és hengerhám találkozása, a junctio oesophagogastrica, a rendesnél magasabbra helyezett). A fekély a savas gyomornedv refluxának, vagy a heterotopiás hengerhám sav-secretiójának következménye.

Három betegük kórtörténetét ismertetik. Az első esetben a cardia felett 1—2 cm-rel talált fekély az aortába penetrálva a beteg hirtelen exsanguinatiós halálához vezetett, s a Barrett fekélyre csak a boncolásnál derült fény.

Második betegük nyelőcsőfekélyét radiologiailag igazolták. A fekély környezetéből történt oesophagoscopos biopsia szövettani feldolgozása hengerhámot mutatott.

Harmadik, 56 éves férfibetegük, több alkalommal állt kezelés alatt haematemesis miatt. A vérhányás minden alkalommal excessiv alkohol fogyasztás után következett be. Laparotomia történt 1965-ben, oesophagus varixot, haemorrhagiás gastritist nem találtak. 1966-ban újabb haematemesis miatt ismételt felvétel. Röntgen-vizsgálat a nyelőcső distalis harmadában fekélyt mutatott. Nyelőcsőtükrözésnél a fekély a fogsortól számított 32 cm-re volt észlelhető. Hiatus hernia lehetőségét kizárva, Barrett-fekélyre gondolván rendkívül szellemes eljárást dolgoztak ki, mellyel sikerült bizonyítani a nyelőcsőben levő hengerhám savtermelését. Sengstaken szonda nyelőcsőballonját leszerelve a szondát a gyomorba vezették. A gyomorballont 400 ml levegővel töltve a cardiához szorították. Külön edényben gyűjtötték a gyomor és nyelőcső secretumát. Hogy a gyomornedv refluxának, és így a keveredésnek lehetőségét kizárják, a gyomorba festék oldatot juttattak. Meghatározták a savviszonyokat. A nyelőcső secretum savat nem tartalmazott. 2 mg/testsúlykg. Histalog adása után 1 órával nyert 10 ml nyelőcső secretumban 5 maequ/liter savat mértek, festék nem jelent meg.

A festékoldat hiánya, valamint az a tény, hogy ugyanakkor a gyomorsecretum lényegesen különböző értéket mutatott (40 maequ/lit.), biztos igazolását adta a heterotopiás hengerhám savsecretiójának.

Domján Lajos dr.

A gyomorsav elválasztás csökkentése alacsony só-tartalmú étrend és furosemide hatására. Kothari, M. L. és mtsai (Department of Clinical Pharmacology, Seth G. S. Medical College, Bombay, India): GUT. 1969, *10*, 71.

12 aktív duodenum fekélyben szenvedő betegen és 6 kontrollon a szerzők a hisztaminnal serkentett gyomorsav-elválasztás szignifikáns csökkenését figyelték meg sószegény étrenden, ill. ennek furosemide adással egybekötött eseteiben. A sómegvonás a keringő aldosteronszint növekedésére vezet. Ennek hatása lehet a gyomor fali sejtjeire. Az ionok transportjának a mértékét megváltoztatva csökken a sósavképződés. A fekélybetegség kezelésében, mint kiegészítő kezelést javasolják a só-megvonást és furosemide alkalmazását.

Köves Péter dr.

Glucagon és gyomor-secretio. Miederer, S. E. és mtsai (Med. Univ. Klin., Erlangen—Nürnberg): Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 1497.

Az exogen glucagon csökkenti a gyomor és bél motilitását, gátolja a basalis, valamint a táplálékfelvétel, vagus-izgalom, gastrin, illetve pentagastrin által kiváltott sav-, nedv- és pepsinelválasztást a gyomorban. A glucagon szignifikánsan csökkenti a submaximális histaminingerlés utáni gyomor-secretiót, de a maximális dosisú histaminos stimulálásra hatástalan. Az eddigi vizsgálatok szerint a glucagonsecretio gátló hatása nem függ az általa létrehozott hypoglycaemiától vagy a serum calciumszint csökkenésétől. A glucagon szerepet játszik a katecholaminok és az insulin felszabadításában is, a katecholaminok és az insulin (a normális vércukornak glucose infusióval való fenntartása esetén) pedig csökkentik a gyomor-secretiót. További vizsgálatoknak kell eldönteni ezek szerepét a glucagon-gátlásban.

A glucagon szerkezetileg nagyon hasonlít a secretinhez, mindkettő gátolja a savelválasztást és ebben egymás hatását erősítik, de a pepsin-secretiót a secretin fokozza, a glucagon pedig gátolja.

A glucagon-gátlás mechanizmusa pontosan nem ismert. Újabb adatok szerint arra gondolnak, hogy ez az adenylcyclase-aktivitás csökkentése, vagy a ciklikus adenosinmonophosphat (3',5'-AMP) gátlása útján következik be.

Feltételezik, hogy a glucagon fiziológiás antigastrin, ezt a teóriát a következő kísérleti megfigyelések támogatják: a glucagon gátolja a pentagastrin kiváltotta gyomornedv-elválasztást és a vagus-izgalom által fokozott secretiót, mely utóbbi részben gastrinfelszabadítással függ össze, ezenkívül a calciuminfusióval stimulált gyomorsecretiót (hypercalcaemiánál a gastrinaktivitás a vérben növekedett) az egyidejű glucagon-infusio csökkenti.

A szerzők az eddigi megfigyelések alapján lehetségesnek tartják, hogy a glucagon, mint fiziológiás antigastrin kis dosisokban adva más savgátlókkal kombinálva a jövőben szerephez juthat a hyperchlorhydria és fekélybetegség kezelésében. *Kisfalvi István dr.*

Hisztaminnal serkentett gyomornedv-vizsgálat kapcsán létrejövő heveny gyomornyálkahártya károsodás. Katz, D., Siebel, H. I., Glass, G. B. J. (N. Y. Medical College, Flower and Fifth Avenue Hospitals) American Journal of Digestive Diseases 1969, *14*, 447.

20 beteget gastroscopizáltak és a gastroscopon keresztül a fundus nyálkahártyájából szívásos biopsiát végeztek hisztaminnal serkentett és antihisztaminnal árnyékolt próbareggeli vizsgálat előtt és után. A hisztamin-adást megelőzően két betegnek volt a szövettani vizsgálat szerint erosiv gastritise. Hisztaminadás után a gastroscopia 15 esetben fedett fel súlyos hyperaemiát, ezen belül 10 esetben volt körülírt erosio, 1 esetben diffus erosio, és 1 esetben nyilvánvaló vérzés keletkezett. A szövettani vizsgálat szerint 15 betegen lehetett vérzést igazolni a fundusban, és 17 betegben volt vérzés a lamina propriában.

Köves Péter dr.

A gastro-oesophagealis sphincter hormonalis controllja. Castell Donald, O., Harris Lauran, D. (Department of Medicine, Boston University School of Medicine, USA.): New England Journal of Medicine 1970, *282*, 886—889.

Szerzők vizsgálataikat annak a lehetőségnek a bizonyítása céljából végezték, hogy vajon a növekvő aciditással párhuzamosan növekszik-e cardia (lower esophageal sphincter) contractiója?

Eredményeik az endogen gastrin lehetséges szerepét vetik fel a cardia tónusának stimulálásában. Minden esetben prompt sphincter tónusfokozódást észleltek, ha a gast-

rin-szerű pentapeptid submaximális dosisát s. c. injectio formájában alkalmazták. Ez arra utalna, hogy a cardia tónusának regulálásában a gastrin élettani hatásának szerepe lenne.

A pentagastrin hatását normál egyéneken 12 esetben tanulmányozták. Ez esetben a nyomásfokozódás 2 perccel a s. c. inj. beadása után volt észlelhető, 7 perc múlva culminált és 30 perc után szűnt meg.

Betazol alkalmazása után is egyértelmű nyomásfokozódást észleltek. A nyomásemelkedés correlált a betazol által kiváltott secretio mennyiségével, másrészt a H-ion concentratio csökkenésével. Előzetes adatok és egyéb módszerekkel végzett vizsgálatok eredményei is arra utalnak, hogy mindez az endogen gastrin felszabadulásával függ össze. Pepton, ethanol befecskendezése után a sphincter-nyomás csaknem a duplájára emelkedett fel.

A betazol adása után az antrectomisáltaknál kapott *csökkent* nyomásfokozódás arra utalna, hogy a gastrin zöme kétség kívül az antrumban termelődik. A csökkent *emelkedés* azonban felveti annak lehetőségét is, hogy gastrin bár igen kis mennyiségben, de a gyomor egyéb sejtjeiben is termelődik.

Annak bizonyítására, hogy a betazol sphincter nyomást fokozó hatása közvetlenül a sphincterre gyakorolt hatáson keresztül, vagy csak közvetve a secretio fokozásán keresztül érvényesül-e, betazolt alkalmaztak 3 perniciosás betegnél is. Nyomásváltozást nem észleltek, direct sphincter-hatás tehát nem bizonyítható.

Deli László dr.

Colitis ulcerosa és dysphagia. Alea, J. A. (Gastroenterology Section, Veterans Administration Hospital and The State University of New York at Buffalo): Gastroint. Endoscopy, 1969, *16*, 111—113.

Ismeretesek a colitis ulcerosát kísérő elváltozások (haemolyticus anaemia, a máj zsíros degeneratió-ja, a különböző dermatosisok, arthritis, vesekövesség, a különböző szemelváltozások, mint conjunctivitis, keratitis, iritis stb.). Colitis ulcerosa, és oesophagitis, vagy strictura oesophagei közötti lehetséges kapcsolattal azonban csupán néhány közlemény foglalkozik az irodalomban.

A szerzők 47 éves férfi kórtörténetét ismertetik. Az anamnesisben 10 év óta időnként fellépő és néhány hétig tartó, nem véres hasmenéses időszak szerepel. Ugyanezen idő alatt periódicusan jelentkező dysphagiás panaszokról tesz említést, amelyek nem szükségszerűen estek egybe időben a hasmenéses periódusokkal. Jelen felvételre 3 hete tartó súlyos, véres hasmenés és tetemes súlyveszteség miatt került sor. A physicalis vizsgálat bilateralis chronicus iritist és rheumatoid arthritis következtében kialakult ízületi deformitásokat mutat. Széklet Weber positiv, Latex és LE sejt negatív.

Rectroscopiával activ colitis ulcerosa észlelhető, melyet a szövettani vizsgálat is megerősít. Az oesophagogrammon a nyelőcső középső szakaszán stricturát és fekélyt mutat. Hiatus herniát kizárnak. Nyelőcső-tükrözésnél szűkület a fogsortól számított 25 cm-rel látható. A szűkület felett a nyálkahártya gyulladásos és ulcerált. Mind a szűkület felett, mind pedig attól distalisan történt biopsia ulcerativ oesophagitist igazol, hengerhám nem látható. A nyelőcső-tükrözés után dysphagiás panaszai megszűntek. Salazopyrin kezelésre colitise remissióba jutott. 18 hónappal később 4 hete tartó és progrediáló dysphagia miatt került sor újabb felvételre. Ekkor végzett rectoscopia csupán mérsékelt gyulladást mutat, nyelőcsőtükrözésnél ép viszonyok észlelhetők, azonban a biopsia enyhe oesophagitist igazol. Az eset érdekessége, hogy bár nem szorosan, de az oesophagitis, következményes dysphagia a colitis ulcerosa lefolyásával parallel változott. Mindez alátámasztani látszik azt a felfogást, hogy az immunfolyamatoknak a colitis ulcerosa aetiológiájában szerepük lehet, s hogy az ulcerativ oesophagitis a colitis ulcerosánál meglevő túlérzékenységi állapot egyik manifestatiója.

Domján Lajos dr.

Vékonybél motilitása diabetes mellitusban. McNally, E. F., Reinhard, A. E., Schwartz, P. E. (Department of Medicine, State University of New York, Downstate Medical Center, Brooklyn, N. Y.): American Journal of Digestive Diseases 1969, *14*, 163.

A diabeteses enteropathia kezelésre rosszul reagáló hasmenésben nyilvánul meg. Minthogy a diabeteses hasmenés gyakran jár együtt a perifériás neuropathia korai jeleivel, arra lehet gondolni, hogy a diarrhoea oka a gastrointestinalis tractus, különösen a vékonybél, károsodott beidegzése. Kontrollokkal egybevetve a szerzők bizonyítani tudták, hogy a perifériás neuropathia mutatkozásakor a vékonybél felső szakaszán a vékonybél tónusa progressive csökken, ugyanakkor a peristaltica frekvenciája és amplitudója fokozódik. Ezek a változások még a hasmenés megjelenése előtt regisztrálhatók és annak megjelenésekor határozottabbakká válnak.

Köves Péter dr.

Thrombocytosis colitis ulcerosában és Crohn betegségben. Mohr, P., Straub, P. W. (Linmattalspital, Schlieren. Switzerland): Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1970, *100*, 1142—1147.

5 colitis ulcerosában és 4 Crohn-betegségben szenvedő beteg közül 7 betegnek volt thrombocytosisa. A thrombocyta-szám 541 000 és 1 455 000 között változott. A thrombocytosis mértéke párhuzamos volt az alapbetegség klinikai aktivitásával. Az egyik betegnek iliacalis thrombophlebitise volt. Igen magas thrombocyta-szám esetén kívánatosnak tartják a profilaktikus anticoagulans kezelést.

Köves Péter dr.

A pancreas klinikailag tünetmentes exocrin funkciozavarai krónikus alkoholistákon. Goebell, H. és mtsai (Med. Univ. Klinik, Marburg/Lahn): Dtsch. med. Wschr. 1970, *15*, 808—814.

54, napi 120 g alkoholnál többet fogyasztó krónikus alkoholistán, akiken pancreas-károsodás manifest klinikai jelei még nem voltak kimutathatóak, a pancreas exocrin funkciójának megítélésére standardizált secretin-pancreozymintestet végeztek. A duodenum-nedvet kvantitative Bartelheimer-féle háromlumenű szondával gyűjtötték össze. Félórás basalis duodenális nedv-gyűjtés után secretint (1 E/kg; Boots) adtak iv. és ezután még 30 perces gyűjtést végeztek. A duodenum-nedvben meghatározták a volument, a bicarbonat koncentrációt és mennyiséget, a lipase, amylase, trypsin és chymotrypsin kiválasztást, valamint a serumban az amylase és lipase aktivitást. A normálértékeket 42 egészséges egyén értékei szolgáltatták. Betegeiket a máj-biopsia, laparoscopia, nyelőcső-rtg, BSP értékek alapján 2 csoportba sorolták: I. máj-cirrhosisos csoport, 22 beteg; II. máj-cirrhosis nélküli csoport, 32 beteg.

Secretin-stimulálás után a normál kontrollhoz képest a volumensecretio az I. csoportban magasabb (!), a II.-ban alacsonyabb, a maximális bicarbonát-koncentráció és bicarbonát-mennyiség mindkét, de az utóbbi főleg a II. csoportban lényegesen alacsonyabb volt.

Pancreozymin-stimulálás után mindkét, de főleg a II. csoportban szignifikánsan kisebb volt az enzymek kiválasztása a duodenális nedvbe.

Megállapították, hogy krónikus alkoholistáknál a secretin-pancreozymin-próba segítségével már a pancreas klinikai tünetet adó károsodása előtt az I. májcirrhosisos csoportban 41%-ban, a II. máj-cirrhosisnélküli csoportban pedig a betegek $^2/_3$-ában lehetett pancreas excretiós zavart kimutatni. Az utóbbi csoportban a gyakoribb károsodást a szerzők arra vezetik vissza, hogy a májcirrhosisban nem szenvedő betegek a secretin-pancreozymin-próba elvégzése előtt csak 10 nappal hagyták ki a nagy mennyiségű alkohol fogyasztását, míg a májcirrhosisos betegek a cirrhosis dg felállítása és e próba elvégzése között eltelt kb. 1 év alatt már erősen csökkentették az alkohol ivását.

A szerzők a II. csoport két betegén alkoholabstinentia után 4 hónapra megismételték a vizsgálatokat és lényeges javulást észleltek. Feltételezik, hogy az alkoholos pancreas-károsodás egy ideig reversibilis, és ilyenkor az alkohol teljes elhagyására még lényeges javulás következhet be. *Kisfalvi István dr.*

Kettős kontraszt eljárás jelentősége a gyomor rutin röntgen vizsgálatában. K. Kawai és mtsai: Am. J. Gastroent. 1970, *53*, 147.

A kettős kontrasztos gyomor rtg-vizsgálat *Shirakabe* és *Ichikawa* munkái alapján fejlődött ki. A kettős kontrasztos vizsgálati methodus a gyomor hátsó falán levő, valamint a középső és antralis gyomorrészleten levő kis elváltozás kimutatására, továbbá a kis és nagygörbület konvex vagy konkáv alakú elváltozásainak kimutatására alkalmas. Jól megfigyelhető a gyomorfal tágulékonysága is. Az első fali laesiók, valamint a magasan fekvő, protrudáló laesiók kimutatására kevésbé alkalmas.

A szerzők hét esetükből származó kilenc igen szép gyomorfelvételen bizonyítják a kettős kontrasztos eljárás jelentőségét a kis gyomorelváltozások kimutatásában. Eseteiket részletesen ismertetik. Statisztikailag igazolják az eljárás jelentőségét a multiplex ulcusok — különösen a linearis fekélyek kimutatásában. *Figus I. Albert dr.*

Pancreas aberrans a gyomorban. Lukash, W. M., Johnson, R. B., Bishop, R. P.: Gastrointestinal Endoscopy, 1970, *16*, 148—150.

Pancreas aberrans a gyomorban meglehetősen ritka anomalia, általában accidentalisan kerül észlelésre egyéb okból végzett sebészeti műtét, boncolás, gyomor rtg vagy gastroscopos vizsgálat során.

Döntő többségében klinikai tünetet nem okoz, de járhat epigastrialis fájdalommal, hányingerrel, hányással, s a borító nyálkahártya kifekélyesedése esetén vérzés forrása lehet. A szerzők négy betegük kórtörténetének rövid ismertetése után a röntgen és gastroscopos leletet összegezik.

Radiológiailag általában kis erek, jól körülhatárolt árnyékkiesés látható, közepén a köldökszerű behúzódás következtében megjelenő centralis bariumfolttal, legtöbbször az antrumban vagy a pylorusban. A centralis bariumfolt diagnosztikus értékű, bár centralisan ulcerált benignus tumor képe ugyanez.

Gastroscoppal kis csomó látható centralis gödröcskével, rendszerint a distalis antrum szakaszon. A borító nyálkahártya általában ép, de ki is fekélyesedhet. Láthatók néha convergáló redők, de a peristaltica nem zavart. Subserosus localisatio esetén gastroscoppal nem ismerhető fel. *Domján Lajos dr.*

Az akut regionalis colitis—ischaemiás colitis. G. Egger, T. D. Kellock. Schweiz. med. Wschr. 1970, *100*, 1264.

Az ischaemiás colitis három formáját különíthetjük el: 1. gangraenás alak, 2. ischaemiás strictura, 3. reverzibilis ischaemiás colitis.

A szerzők az utóbbi években 8 esetet találtak, ahol az ischaemiás colitis diagnosisa valószínűsíthető. A klinikai kép vezető tünete a fájdalom, mely gyakran akut has képét utánozza. Ezenkívül vérzés, hasmenés, hányinger és hányás a gyakoribb tünet. A rectoskopos kép az esetek felében normális rectum nyálkahártyát mutat. Az irrigoskopiás vizsgálat rendszerint a colon transversum, vagy a descendens szűkületét mutatja. Differentialdiagnosztikai szempontból vastagbél perforatio, invaginatio, volvulus, mesenterialis infarctus, colon cc. vagy appendicitis ac. okozhat nehézséget.

A szerzők áttekintik a kórkép aetiologiáját. Az art. mesenterica megbetegedései, a szív megbetegedései (vitium, infarctus) okozhatnak ischaemiás colitist. A diagnosis felállítása a klinikai és rtg-jelek alapján lehetséges. Az angiographia értékéről megoszló vélemények találhatók az irodalomban. A szöveti kép kezdetben nyálkahártyavérzést, oedemát és intravascularis thrombusokat mutat, később a kép colitis ulcerosához válik hasonlóvá. A szövettani vizsgálat elvégzése fontos differential-diagnostikai szempontból.

A betegség kezelése elsősorban konzervatív. Éheztetés, az elektrolyt és folyadék pótlása, transfusiók és antibiotikumok játszanak a kezelésben szerepet. *Figus I. Albert dr.*

Az öregkori gyomorfekély pathogenesiséről, az érelmeszesedés és a gyomorrák közötti antagonismusról: radiologiai tanulmány. Elkeles, A. (North-East Metropolitan Regional Hospital, London): J. Am. Ger. Soc. 1970, *18*, 450.

A szerző a hasi aorta sclerosisát vizsgálta meg radiographiával 224 gyomorrákban (1), 330 elsődleges gyomorfekélyben (2) szenvedő betegen és 1704 controll személyen (3). Az életkor mindhárom csoportban 51—80 év között volt. A meszes plaque nagysága szerint három súlyossági fokot vett: 3—5 cm „+", 10—12 cm „++", kiterjedtebb, majdnem az egész hasi aortát magában foglaló laesiók „+++".

Érelmeszesedést a három vizsgált csoportban tízéves korfelosztásban a következő százalékban talált: 51—60 év között 2% (1), 61% (2) és 19% (3); 61—70 év között 9% (1), 76% (2) és 45% (3); végül a 71—80 év között 21% (1), 98% (2) és 65% (3).

Az eredmények alapján az öregkori gyomorfekélyt a hasi atherosclerosis szövődményének tartja. A meszes plaqueok szűkítik a gyomorhoz vezető arteriákat, ill. ráterjednek ezen erekre, így a vérkeringés megrontásával táplálkozási zavarokat okoznak a megfelelő érterülethez tartozó gyomorrészen. A tartós trophicus zavar elhaláshoz és fekélyesedéshez vezet.

A legtöbb carcinomában ritka a súlyos atherosclerosis; ez alól általában a hörgő-, nyelőcső- és a végbélrák a kivétel. Gyomorcarcinomások között gyakori az „A" vércsoportú, míg a gyomorfekélyesek között a „0" vércsoport. Így genetikai tényezők is fontos szerepet játszhatnak. Kísérleti adatok szerint a chromosomák és a sejthártya stabilitásának fenntartásában a calciumnak fontos szerepe van: csökkent Ca szint esetén 17-szer gyakoribb a spontán vagy röntgen-sugárral inducált chromosoma aberratio. Ezzel hozható összefüggésbe az a patológiai megfigyelés, hogy rtg-besugárzással kezelt spondylosis ankylopoetica betegek között gyakori a leukaemia. Az öregkorban a szöveteknek fokozott affinitása van a calcium iránt, mely többek között arteriosclerosishoz és a rákkal szembeni relatív védettséghez vezet. *Timaffy Miklós dr.*

Kaposi-sarcoma gastroscopos lelete. Rajan, R. K. és mtsai (Dept. of Medicine and Surgery, Norwalk Hosp., Norwalk, Connecticut 06 856): Gastroint. Endoscopy, *1969*, *16*, 104—106.

Kaposi-sarcoma az esetek 10%-ában a zsigeri szerveket is involválhatja. A gastrointestinalis tractusban diarrhoea és vérzés a tünete. 52 éves férfibetegük 1964-ben nyelési panaszok és a torokra localisált idegentestérzés miatt más intézetben kivizsgálásban részesült. A nasopharynx jobb oldalán egyenetlen felszínű, vörös tumor volt látható, melyből biopsia történt. A szövettani eredmény polypoid fibrosarcoma volt. 1966-ban a bal alszáron észlelt típusos, szövettanilag igazolt Kaposi-sarcoma miatt került felvételre. Felmerült, hogy a 2 évvel korábbi nasopharyngealis tumor is Kaposi-sarcoma lehetett, s az akkor készült szövettani metszet újra vizsgálata a feltevést igazolta. Ezzel egyben bizonyítottnak tűnik az a felfogás, hogy a visceralis manifestatio megelőzheti a bőr-laesiót.

A beteg anaemiája és Weber positiv széklete miatt végzett gyomor rtgvizsgálat, duodenalis ulcus mellett, az antrumban praepyloricusan félhold alakú, rigid árnyékkiesést mutatott, mely elváltozás további tisztázása céljából gastroscopos vizsgálatot végeztek. A GFB (Olympus) típusú fibergastroscoppal számos körülírt, nodularis felszínű, bíborvörös, 0,3—1 cm átmérőjű laesio volt észlelhető praepyloricusan az antrum falán. Az angulusban kettő nagyobb, 1,5—2,5 cm nagyságú hasonló küllemű polypoid elváltozás

volt látható. A bő erezettség miatt biopsia nem történt. Ulcerálódás nem volt látható. A gyomornyálkahártya foltokban megvastagodottnak tűnt.

Localis rtg irradiatio hatására a bőrelváltozás nyomtalanul gyógyult. 1 évvel később történt vizsgálat alkalmával a széklet okkult vérzést nem tartalmaz.

[Ref.: Bár szerzők elsőként számolnak be a gyomort involváló Kaposi-sarcoma gastroscopos képéről, a dolgozat értékét csökkenti a szövettani verificatio hiánya, és hogy nem számolnak be arról, vajon a bőrelváltozás gyógyulását követte-e a gyomorban észlelt laesio változása vagy sem, bár a gyomor irradiatiója nem történt meg és chemotherapiás kezelésben nem részesült a beteg (pl.: vincaleucoblastine). A gastroscopos kontroll-vizsgálat eredményéről helyes lett volna beszámolni.]

Domján Lajos dr.

Gastroscopia mint diagnosztikus eszköz a felső gastro-intestinalis vérzés esetén. Morse, W. H. (Lathrup Village, Mich.): American Journal of Gastroenterology 1970, *53*, 323—329.

Gastroscopiás vizsgálattal 15 esetből 11-ben megtalálták a vérzés forrását. Ezek közül 6-nak haemorrhagiás gastritise volt, 1-nek haemorrhagiás gastritise + gyomorfekélye, 4-nek gyomorfekélye volt. A vizsgálatokat a vérzés kezdete után a 2. és a 9. nap között végezték. 4 esetben nem találták meg a vérzés helyét. Feltételezik, hogy ezekben az esetekben a vérzés a pyloruson túlról származik. Az egyik esetben műtétkor diverticulosist, ill. diverticulitist észleltek. Eredményeik jobbak, mint a rtg-vizsgálattal elérhető eredmények. Pl. a haemorrhagiás gastritist lehetetlen rtg-vizsgálattal felderíteni.

Fontos a radiologussal történő szoros cooperatio. Eseteikben először rtg-vizsgálat történt, és az nem adott kellő felvilágosítást. Természetesen, ha a rtg-vizsgálat megnyugtatóan informatív, nem szükséges a gyomor-tükrözés elvégzése.

Köves Péter dr.

A gyomor leiomyoma gastroscopos képe. Das, B. C. és mtsai (Section of Gastroenterology, Dept. of Med. University of Kansas Medical Center. Kansas City): Gastroint. Endoscopy, 1970, *16*, 152—155.

Szerzők anyagában 20 év alatt 21 leiomyoma szerepel. Korábbi években ezek közül csak 1 esetben történt gastroscopos vizsgálat, positiv eredménnyel. Az utóbbi két évben 3 esetet gastrocamerával diagnosztizáltak. Összesen 8 esetben sikerült a daganat praeoperativ felismerése. Ezek közül 7 beteg vizsgálatára haematemesis és/vagy melaena miatt került sor. Radiológiai vizsgálat 6 alkalommal volt positiv. 4 betegen történt endoscopos vizsgálat, valamennyi positiv eredménnyel. Gastrocamerás felvétel 3 esetben készült. Két alkalommal a rtg és gastrocamerás vizsgálat egyaránt diagnosztikus értékű volt, a másik két esetben a laesio röntgenvizsgálattal nem került felismerésre. Figyelemre méltó, hogy a 8 praeoperative diagnosztizált leiomyoma a fundusban volt található. A két radiológiailag negatív esetben a daganat felismerése csak a gastrocamera retroversiójával volt lehetséges. A röntgen-képen jól körülhatárolt élesszélű árnyékkiesés látható, tetején fészekkel, melyből a kontrasztanyag lassan ürül ki. A tumort sima nyálkahártya fedi, a környező, ép nyálkahártya redői éles határral érnek véget a tumor szélén. A tumor mobilis, kocsányos megjelenés esetén könnyen palpálható. Peristaltica nem, vagy alig csökkent. Kis submucosus laesiók a polypoktól nehezen differenciálhatók el.

A leiomyoma gastroscopos leírása Schindlertől ered. Élesen határolt, síma felszínű tumor, felette a nyálkahártya kifeszült és elhalványodott (Schindler-jel). A redők élesen végződnek a tumor szélén. Az intramuralis elhelyezkedés miatt a biopsia általában nem vezet eredményre.

(Ref.: A közlemény érdekessége, milyen gyakran észlelték a szerzők (8 eset), a korábbi közleményekkel ellentétben, a fundusra localisálva a tumort. Ez a terület radiológiailag nehezen hozzáférhető. A modern fibergastroscopok retroversiójával lehetővé válik a fundus-cardia környezetének pontos vizsgálata is.)

Domján Lajos dr.

Új intestinoscopiás eljárások. Kozu, T. és mtsai (Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg): Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1970, *95*, 2194—2195.

A korszerű endoscopia arra törekszik, hogy minél több szerv vizsgálata váljék lehetővé.

Duodenojejunoscopia. A bulbus duodeni megtekintésére újabb műszer áll rendelkezésre. A bulbus mozgását 3—5 ml scopolamin-butylbromid (Buscopan) iv. adásával leállítják. Elvégezhető a felső gastrointestinalis szakasz panendoscopiája, az oesophago-gastro-bulboscopia. Nagyon előnyösen alkalmazható bizonytalan helyről származó vérzés forrásának keresésében.

A szerzők eddig 187 bulboscopiát végeztek. 39 esetben találtak singularis vagy multiplex duodenalis ulcust; ezek közül 17 radiologiailag diagnosztizálhatatlan volt. A módszer legnagyobb előnyének azt tartják, hogy a duodenalis tumorok felismerését, ill. lefolyását megfigyelhetik. Többi esetükben polypokat, erosiókat, diverticulumokat láttak, amelyek általában kicsiny méreteik miatt rtg-vizsgálattal nem mutathatók ki.

A postbulbaris duodenum és a felső jejunum endoscopiája. A Vater-papilla és a felső jejunum-szakasz vizsgálatán kívül az endoscopia célja a hasnyálmirigy és az epeútrendszer megtekintése, mindez összeköthető az epeutak rtg-ábrázolásával. A papilla legjobban a japán eszközökkel látható. A műszerek alkalmasak szondázásra, biopsiára és fotózásra is.

A duodenum pars descendensét 71 esetben vizsgálták. Szövődmény egy esetben sem lépett fel. A pancreas rtg-vizsgálata (pancreatographia) után nem észleltek amylase emelkedést (serumban, vizeletben sem). A papilla-szondázás után minden esetben 1 millió E Trasylolt adtak.

Fibercoloscopia. Mintegy 4 éve számolnak be a felső vastagbélszakasz flexibilis eszközökkel történő vizsgálatáról. Az újabb műszerek (Colonoscop, Sigmoidoscop) lehetővé teszik a sigma és a colon descendens egy részének megtekintését. Legutóbb már az egész vastagbél áttekintéséről is tudósítottak *(Nagasako és mtsai,* „Fibercoloscop" 1970). A jelen cikk szerzői is használnak már ilyen eszközt. Teljes hosszúsága 2,13 m, használati hossz 1,88 m. Az optika szöge 60 C°. A felvezetés térd-könyök vagy oldalfekvéses helyzetben történik. Praemedicatio nem szükséges, esetleges fájdalom fellépésekor iv. pethidint adnak. A sigma jelenti a legnehezebb szakaszt, ezután hátonfekvésben folytatódik a vizsgálat.

A szerzők eddigi 10 vizsgálata közül 7-ben sikerült a coecumig eljutni és a Bauhin-billentyűt, valamint a terminalis ileumkacsot megfigyelni (nagyon szép felvételeket is közölnek). 2 esetben radiologiailag diagnosztizált kis polypot találtak a colon descendensben. A tapasztalatok szerint a módszer nagyon alkalmas a proximalis vastagbélszakaszok peranalis endoscopiájára.

Vértes László dr.

Mikróbiológia és fertőző betegségek

A himlőoltásról. (Szerkesztőségi közlemény.) S. Krugman, S. L. Katz. New England J. M. 1969, *281*, 1241.

Bevezetésképpen ismertetik az USA himlő-mortalitási és morbiditási adatait a XX. század első évtizedeiből. Rámutatnak arra, hogy amíg a részben vagy egyáltalán nem immunizált lakosság körében 1920 és 1930 között több mint 530 000 megbetegedés és 4790 haláleset történt, az oltások fokozatos elterjedését a betegek számának drámai csökkenése követte. (1938-ban 15 000; 1948-ban 56; 1954-ben 0). A vaccinatiós program csökkentésére irányuló bármely javas-

latot e történelmi tények ismeretében kell fontolóra venni.

Himlő jelenleg is előfordul Indiában, Pakisztánban, Indonéziában és a világ számos más országában. Az utóbbi 15 évben a betegség Európába való behurcolása 723 esetet eredményezett, 111 halálos kimenetellel, míg az USA himlőmentes maradt. Ez szerzők szerint a következő 3 tényezőnek köszönhető:

1. A jelenlegi — az európainál szigorúbb — oltási rendszer.
2. Kevesebb beutazó Afrika és Ázsia endemiás területeiről.
3. Szerencse!

A kényelmes és gyors légi közlekedés azonban növeli a fertőzött személyek érkezésének lehetőségét, a szerencse pedig szeszélyes és megbízhatatlan. A megelőzés egyetlen módja a rendszeres oltás.

Az importált himlő gyors felismerésére és környezetoltás általi megfékezésére vonatkozó optimizmust az európai tapasztalatok nem erősítik meg. A betegség 3, 4 vagy több hullámban terjedt el, mielőtt az első esetet kórismézték volna. Az USA-ban, ahol kevés gyakorló orvos látott életében variolát, még nagyobb elterjedésre lehet számítani a diagnosis felállítása előtt.

A primovaccinatiót követő reakció serdülő- és felnőttkorban súlyosabb, mint gyermekkorban. A postvaccinatiós encephalitis kockázata az első életév után együtt emelkedik az évek számával. Másrészt, a revaccinatiót is követi minimális reakció, esetleg szövődmény. Ezeknek kb. a fele megelőzhető lenne az oltási contraindicatiók szigorúbb betartása által.

A gyermekkori oltások beállítása helyett szerzők javasolják a vaccinák tökéletesítésére irányuló kutatások serkentését, a himlő által sújtott területek eradicatiós programmjának folyamatos támogatását és a jelenlegi oltási ellenjavallatok gondos mérlegelését és betartását.

(Ref.: A variola elleni védőoltások teljes elhagyása joggal felvetődő óhaj, azonban ezt a thiosemicarbazonok megjelenése még nem teszi lehetővé. A WHO erőfeszítéseinek következtében az indiai subkontinensen a himlős megbetegedések száma rohamosan csökken. Az endemiás gócok megfékezése után válik majd a kérdés valóban időszerűvé.)

Vidor Éva dr.

Acut pneumoniában szenvedő betegek peripheriás vérképe a grippe A_2 (Honkong) fellobbanásának idején 1968. jan.—1969. márc.-ig. G. F. Abkarovics (Ivano-Frankovszki Városi Kórház, Prikarpatje): Gigijena Truda i Professzionalnije Zabolevanija. Moszkva, 1970, 5, 275.

Több szerző utalt már arra, hogy az acut grippés pneumoniák esetében a peripheriás vérkép változott, nevezetesen csökkent a leukopeniás tendencia, szaporodott a leukocytosissal, vagy a normocytosissal, monocytosissal járó esetek száma.

A szerző a grippe A_2 (Honkong) járvány idején megfigyelt pneumoniás betegek vérképvizsgálatairól számol be. 65 beteget kezeltek (18—50 évesek), 40 esetben a tüdőgyulladás acutan, 25 esetben fokozatosan fejlődött ki. Kifejezett grippére utaló tüneteket 42 esetben észleltek, közülük 19 esetben a grippe alatt, 23 betegben a grippe lezajlása után alakult ki a pneumonia. A betegek több mint fele előzőleg gyakorlatilag egészséges volt, a többi chronicus bronchitisben, v. cardiorespir. megbetegedésben szenvedett. 59 esetben rtg-vizsgálat is alátámasztotta a pneumonia diagnosisát.

Figyelemmel kísérték a vvt.-, fvs.-szám, qualitativ vérkép és vvt.-süllyedés alakulását felvételkor, a betegség 5—6-ik napján, és elbocsátás előtt.

Megfigyeléseiket a következőkben összegezik:

1. A vvt.-k részéről különösebb eltérést nem tapasztaltak.
2. A fvs.-szám 3200—20 000 között ingadozott, az acut szakban leggyakrabban leukocytosist (30 eset) találtak, ritkábban normocytosist (25 eset) és leukopeniát (10 eset.) Az interstitialis pneumoniát többnyire leukopenia, a gócos pneumoniákat jelentős leukocytosis kísérte. A kezelés folyamán a antibiotikus th. hatására a vérkép gyors normalizálódását figyelték meg, 8 súlyosan intoxicált betegben azonban távozáskor is enyhe leukopeniát észleltek (4000—5000).
3. Lymphocytopenia mint az intoxicatio jelzője, a betegség első napjaiban volt kifejezett, a lázas időszak végére a lymphocyták száma megnövekedett és a betegség végére a kezdetben észlelt monocytosis csökkent.
4. A vvt.-süllyedés felvételekor 8—60 mm/ó között változott (20 esetben 20 alatt, 26 esetben 21—40, 19 esetben 40 felett); elbocsátáskor csökkenő tendenciát mutatott, de nem normalizálódott minden esetben.

Fenyvesi Éva dr.

Adeno-vírus infectio aetiologiai szerepe a pertussis syndromában. J. D. Connor: The New England Journal of Medicine. 1970, *283*, 390.

A szerző az adeno-vírus infectio aetiológiai szerepével foglalkozik pertussis syndromában. A védőoltások széles körű alkalmazása a pertussis nagymértékű csökkenését vonta maga után, de sporadikus esetek előfordulnak. Újabban egyre többen számolnak be pertussisra emlékeztető vagy annak klinikai tüneteivel mindenben egyező kórképekről, melyekben az adenovírus valamely típusát izolálták és serológiailag is igazolták a vírusinfectiót. A szerző által vizsgált terület pertussis járványtól mentes volt. 13 csecsemő és gyermek — 5 hetestől 8 évesek — mindegyike klinikailag, többségük vérkép és röntgenlelet szempontjából is a klasszikus Bordetella pertussisnak feleltek meg. Közülük csupán egy beteg részesült teljes értékű védőoltásban. A 13 betegtől 34 mintát vettek baktériumvizsgálatra a betegség különböző stádiumában, nasopharyngealis technikával és Bordet—Gengou-táptalajra való kőhögtetéssel. Valamennyi kultúra negatív volt pertussis, parapertussis, diplococcus pneumoniae és micoplasma pneumoniae-ra. Egy esetben találtak Klebsiella aerobaktert. A betegség lezajlása után 30, illetve 60 nappal végzett antipertussis agglutinatio vizsgálat csak abban az egy betegben volt már kezdetben is pozitív, aki egyébként előzőleg szabályszerű védőoltásban részesült.

Ugyancsak e 13 betegtől 90 mintát vettek vírusizolálás céljaira garatból, nyálból, székletből és vizeletből. 12 beteg 33 mintája tartalmazott vírust. Megoszlás a következő volt: 21 mintából adeno-vírus (1, 2, 3 vagy 5-ös típus), 10 mintából picorna csoportba tartozó vírus volt izolálható, 2 nem volt tipizálható. Az adeno-vírusok közül az 1-es típus dominált. A serológiai vizsgálatok 8 betegben az adeno-vírus friss infectióját mutatták. Resp. syncytial, influenza A és B, parainfluenza 1, 2, 3-sal végzett serológiai vizsgálatok csak egy betegben mutattak influenza B vírust és egy másik betegben parainfluenza 3. típussal nem rég lezajlott infectiót.

Kontrollként 200 felsőlégúti megbetegedésben szenvedő gyermekbeteg szolgált, akiket ugyanazon periódusban azonos módszerekkel vizsgáltak. E csoportban az adenovírus izolálás 2—4%-ban sikerült.

Az összefoglalásban a szerző arra a megállapításra szorítkozik, hogy a betegágy mellett a pertussis tüneteit mutató betegekből nagy százalékban sikerült adenovírus fertőzést bizonyítani. Különböző feltételezései után megállapítja, hogy a pertussis syndroma és az adeno-vírus infectio közötti kauzális összefüggés bizonyítására további vizsgálatok szükségesek mikrobiológiai analízis segítségével.

Baranyai Elza dr.

Salmonellosis mint a kanyaró szövődménye. Bastin R., Vilde J. L. (Münchener med. Wschr.) 1970, *112*, 705—708.

Szerzők három esetet ismertetnek. Az első egy 4 éves gyermek, aki a kanyaró lezajlása után 2 napig volt láztalan, utána 40° C-os láza lett. Kétoldali otitist állapítottak meg perforatióval. Az otitis meggyógyult, de láza tovább is fennállott. Serologiailag a székletből kimutatták a salmonellosist. Chloramphenicolra meggyógyult.

A második beteg 22 hónapos volt. A kanyaró kezdete után 9 nappal

újra lázas lett (40° C). Vértenyészete salmonella paratyphus B.

A harmadik 4 éves, betegsége 7. napján újra lázas lett. Vértenyészetében paratyphus B-t találtak. E két utóbbi beteg is chloramphenicolra gyógyult. Szerzők ismertetnek még 3 hasonló esetet más közleményekből. A beszámoló 3 eset kapcsán kanyaró és salmonellosis együttes előfordulásáról szól. Ez a találkozás nem lehet véletlen, hanem a kanyaró alatti csökkent cellularis immunitás eredménye, miáltal a valószínűleg a szervezetben jelenlevő salmonellák megszaporodtak. Ezen esetekben sosem lehet találni fertőző forrást, sosem jelentkeznek az esetek járványszerűen. Más ty. esetekben többnyire igazolható külső infectio.

Telegdi István dr.

Himlőoltás és terhesség. Kistler, G., Gertsch, R.: Deutsche med. Wochenschrift 1970, *95*, 1254.

Nem áll az az általánosan elterjedt felfogás, mely szerint a himlőoltás a terhesség alatt teljesen ártalmatlan, legfeljebb a terhesség első három hónapjában lenne kontraindikálható. Az irodalom gondos átnézése és saját esetük alapján szerzők azon az állásponton vannak, hogy a himlőoltás nemcsak az első trimenon alatt, de a terhesség egész lefolyása alatt azzal a veszéllyel jár, hogy a himlő vírusa az anyán keresztül a magzatot is megbetegítheti, ami a magzat elhalását és kilökődését okozza.

Egy 25 éves, másodszor terhes anya 12 éves fiát beoltották himlő ellen. Ez a himlőoltás a terhesség 10. hetében történt. Az oltás után 3 héttel a terhes anya blepharoconjunctivitisben betegedett meg, melyet a szemészek a himlőoltó vírustól eredőnek tartották. A szemészeti megbetegedés után 2 hét múlva nagy vérzés során a magzat eltávozott. A magzatot és a méhlepényt megvizsgálták, és kiderült, hogy *tele voltak a himlőellenes oltóanyag vírusával.* A magzatot tehát frissen oltott idősebb testvére a terhes anyán keresztül megfertőzte. A vírus úgy a placentát, mint az egész magzatot teljesen átjárta, így érthető, hogy ez a hatalmas vírus fertőzés a magzat pusztulásához vezetett.

Mindezekből azt a következtetést kell levonnunk: *Terhes anyánál a himlőoltás,* mint általában minden élő vírussal történő oltás *szigorúan kontraindikált.* Minden oltás előtt tisztázni kell tehát, hogy az oltandó nő *nem terhes-e.* Hasonlóképpen nem szabad olyan gyermeket himlő ellen oltani, *akinek az anyja terhes,* mert azon szoros kapcsolat következtében, ami egy anya és gyermeke között van, a gyermek oltási helyéről fertőződhetik az anya, ami viszont a magzat végzetes fertőződésével járhat, amint ez a leírt esetben is megtörtént.

Görgényi Göttche Oszkár dr.

Histoplasmosis. Salfelder, K. és mtsai. (Departamentos de Anatomia Patologica der Universitäten in Mérida, Barquisimeto und Valencia und des Hospitals Luis Razetti, Barinas, Venezuela.): Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 2125—2128.

*Histoplasma capsulatum*mal történt primaer fertőzés 170 esetének kórbonctani vizsgálata során 43 esetben multiplex gócokat találtak. Ezek közül néhány friss általános histoplasmosis volt, amelyek fatalisnak bizonyultak. Néhány esetben boncolásnál mellékesen találtak friss histoplasmosis gócokat, más esetekben multiplex residualis gócokat észleltek rutin boncolások során. Pulmonalis resectio után sebészeti praeparatumokban is találtak néhány esetben histoplasmosist. A fertőzést primaernek tekintették, ha nem találtak régebbi vagy olyan egyéb elváltozást, amelyek a szétszóródást okozhatták és/vagy ha extrapulmonalis gócokat nem találtak. Ilyenformán előfordulhat solitaer parenchymás góc primaer fertőzésben, ez fordul elő nyilvánvalóan a benignus subclinicai fertőzések többségében. Ezek a gócok — specifikus szövettani festés nélkül — összetéveszthetők primaer tuberculoticus gócokkal. A meghatározó tényező, hogy vajon solitaer vagy multiplex primaer góc fejlődik-e ki, nyilvánvalóan főként a fertőzés dosisától függ, ezenkívül az immunitási- és resistencia tényezőktől, de a histoplasma tenyészetek virulenciájában mutatkozó különbségek is szerepet játszhatnak.

Honti József dr.

Immun fázisban levő leptospira infectio vérzéses szövődményei kapcsán végzett alvadási vizsgálatok. Paar, D. és mtsai (Medizinische Klinik und Poliklinik Klinikum Essen der Ruhr-Universität 43 Essen, Hufelandstr. 55): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1970, *95*, 954—958.

Ismételt alvadási vizsgálatot végeztek két betegen, akik immunfázisban levő Weil-kórban szenvedtek. A kórlefolyás során vérzéses szövődmények léptek fel. A haemorrhagiás diathesis mindkét esetben főleg petechiás vérzésekben manifesztálódott, melynek fő oka az erősen csökkent capilláris resistentia, enyhén csökkent thrombocyta-szám és a thrombocyták functio zavara. (Speciális thrombocytafunctiós vizsgálatokat nem végeztek.) A partiális thromboplastin idő normálisnak bizonyult, hasonlóan a recalcifikálási időhöz, ill. heparintolerantia testhez. Egyik betegben a therápia megkezdése előtt az V. factor aktivitásának emelkedését találták, mely a (leptospira infectio következtében) kialakult máj-cholostasissal magyarázható. A II. és VII/X. factorok a normális határon belül ingadoztak. Mindkét esetben erősen emelkedett fibrinogen concentratio részben az acut gyulladás, részben a thrombocyta zavart kompenzáló mechanizmus következménye. Primer vagy secunder fibrinolysis fokozódást egyik esetben sem észleltek. Mások megfigyelésével ellentétben a serumban fibrin-, ill. fibrinogen degradatiós termékeket nem sikerült kimutatni. A plasma thrombin idő — kétféle fibrinconcentrációval — mindkét betegen mérsékelten emelkedett volt. A hyperergiás betegség-folyamatokban a heparin-antithrombin és antifibrinpolymerase szabadul fel, mely növeli a thrombinidőt. A serum progressiv antithrombinjai megfelelnek a máj-cholostasisban leírtaknak. Az egyik esetben terminalisan a substitutio ellenére létrejött fibrinogen, V. factor és antithrombin csökkenés okát az intravasalis alvadásfokozódásban, felhasználásos coagulopathiában látják. Erre vonatkozó kiegészítő vizsgálatokat a beteg bekövetkezett halála miatt nem tudták elvégezni. Az intensiv kezelés ellenére (antibioticus, substitutiós, egyik esetben ismételt peritonealis dialysis) mindkét beteg meghalt. Az utóiratban még két leptospira megbetegedéseben szenvedő betegről számolnak be, az egyiknél típusos consumptiós coagulopathia jelentkezett. A heparin therapia nem befolyásolta a lethalis kimenetelt.

Halmavánszki Béla dr.

Izotóp diagnosztika

Új eredmények a thrombosisok korai diagnosztikájában. Fernholz, H. J., G. Müller: Dtsch. Med. Wschr. 1970, *95*, 1697.

Az érpálya arteriás vagy vénás rendszerének megbízható radiologiai vizsgálómódszere az angiographia. A mély vénás thrombosis korai kimutatása azonban gyakran még célzott venographiával sem sikerül. A thrombosisra hajlamos egyéneknél ugyanis, veszélyeztetett időszakban, a vizsgálatokat rendszeresen ismételni kellene, de ez általában nem oldható meg. Ezért van nagy jelentősége a friss thrombosisok radioizotóppal történő kimutatásának.

A kérdés megoldható, ha olyan radioaktiv anyaggal rendelkezünk, mely thrombosis esetén a kóros folyamat helyén feldúsul, vagyis beadás után a kóros területen nagyobb koncentrációban van jelen, mint a vérben és az ép szövetekben.

Schulmann és mtsai 1950-ben már foglalkoztak a ^{131}J-vel jelzett fibrinogénnel, thrombolyticus gyógyszerek hatásának vizsgálatakor. 1956 és 1968 között több szerző számolt be állatkísérletekről, ahol ^{131}J és ^{125}J izotóppal jelölt fibrinogén, illeve ^{32}P-vel és ^{51}Cr-rel jelölt vörösvértestek thrombusba történő beépülését vizsgálták.

A human diagnosztikában a legjobb eredményeket *Flane* (1968) nyomán, jelzett fibrinogénnel lehet elérni. A radioaktiv anyag dúsulása scintigraphiás vizsgálattal képszerűen ábrázolható. A scintigrammon az aktivitásfokozódás nagyobb területen jelentkezik, mint a thrombus tényleges nagysága, mert a fibrinogén a károsodott véna falába és a gyulladásos reactio hatására a környező szövetekbe is beépül.

A jelzett fibrinogén dúsulása a thrombusban függ attól is, hogy a thrombus keletkezéséhez viszonyítva mely időpontban történt a radioaktiv anyag beadása. Természetesen akkor épül be a legtöbb jelzett fibrinogén, ha a folyamat kezdetén már a keringésben van. 24 órával a thrombus kialakulása után már nincs halmozás. Ha a beépülés megtörtént, és nincs fibrinolysis, az idő múlásával javulnak a scintigraphiás vizsgálat sugárfizikai feltételei, mert a beépült jelzett fibrinogén a thrombusban rögzül, míg a vérből és a környező ép szövetekből mintegy „kimosódik" vagyis a „szöveti háttér" meghatározott clearance szerint fokozatosan csökken.

Jól használható a vizsgálathoz a Hoechst cég által előállított preparatum, melynek specifikus aktivitása igen magas, kb. 20% inaktiv fibrinogént tartalmaz.

A fibrinogén-fibrin átalakulás során a ^{131}J izotóp ionos formában felszabadul, ezért a vizsgálat előtt a betegek pajzsmirigyét inaktiv jodiddal telíteni kell, a felesleges sugárterhelés elkerülésére.

A fibrinogénen kívül, mint arról *Ouchy* és *Warren* beszámoltak, alkalmazható a ^{131}J-vel jelzett plasmin is, mely mint fibrinolyticus enzim kötődik a substratjához, a fibrinhez, így a thrombus és a keringő vér között 4:1 aktivitásarány alakul ki. Ez a koncentráció-különbség elegendő ahhoz, hogy értékelhető scintigrammot lehessen készíteni. A szerzők nem közlik, hogy a plasmin csak a thrombus széléhez kötődik, vagy beépül a belsejébe is.

A jelzett plasminnal végzett vizsgálat előnye, hogy lehetővé teszi a már kialakult thrombus kimutatását is.

Lotz ^{51}Cr-rel jelzett, „öregített" vörösvértestekkel végzett vizsgálatokat. Ennek használhatósága kérdéses, mert a thrombushoz semmiféle specifikus affinitással nem bír és a keringésből gyorsan eliminálódik.

Kétségtelennek látszik, hogy a klinikai gyakorlatban a legjobb eredményeket a jelzett fibrinogénnel lehet elérni. A jelzésre a ^{131}J és ^{125}J izotóp egyaránt alkalmas.

A ^{131}J 365 KeV-os középkemény gammasugárzása igen jól detektálható, az igen lágy 35 keV fotoenergiájú gammasugárzó ^{125}J a felületesen elhelyezkedő elváltozásoknál előnyös, de a mélyebb rétegek scintigraphiás feltérképezéséhez nem ideális.

Az újabban bevezetett ^{113m}In radioizotóp igen rövid, 110 perces bomlási félideje folytán a minimálisra csökkenti a beteg sugárterhelését, de alkalmazására csak speciálisan felszerelt munkahelyek vállalkozhatnak.

Az eddigi eredmények azt mutatják, hogy igen értékes, új radiologiai vizsgálóeljárásról van szó, de a végleges értékelés csak nagyobb klinikai tapasztalat alapján lesz majd lehetséges.

Hernády Tibor dr.

A szívüregek jelölése radioisotoppal. Az eljárás klinikai értékelése. Winship, W., S. és mtsai. (The National Cardio-Thoracic Unit., Wentwort Hospital, University of Natal, and Department of Radio-Physics, Addington Hospital, Durban, Republic of South Africa): The American Heart Journal 1970, *80*, 3—10.

A szerzők 55 betegen végzett vizsgálatukról számolnak be. A szívben levő vér kimutatására a rövid felezési idejű ^{99m}Tc-ot alkalmazták (1 mc/70 kg, intravénás adagban). Valamennyi esetben lemérték a szokványos mellkas röntgen felvételen a cardiothoracikus arányt, lemérték a scintigrammon a szív haránt átmérőjét és ezt hasonlították össze a mellkas felvételből nyerhető haránt átmérővel. Meghatározták a scintigrammon a szívüreg és a máj közti távolságot is. Vizsgálataikat 5 betegcsoporton végezték: cardialisan egészséges egyének (kontroll csoport), bal kamra hypertrophia vagy dilatatio, pangásos szívelégtelenség, pericardialis folyadékgyülem, constrictiv pericarditis. A normális csoportban nyert (fiziológiás) értékek: cardiothoracikus arány (CTR): 50%, a scintigraphiás és radiológiai harántátmérő aránya (CP/CD): 91%. A bal kamra hypertrophiás betegcsoportban jelentősen csökkent a CTR (átlag 65%), a CP/CD nem változott a fiziológiáshoz viszonyítva (átlag 91%). A 3. csoportban (pangásos szívelégtelenség) ehhez hasonló eredményeket mértek. Ezzel szemben pericardialis folyadékgyülem esetében a nem sokat mondó átlag 76%-os CTR mellett a scintigraphiás harántátmérő lényegesen kisebb volt a radiológiainál (CP/CD átlag 52%), ami arra utal, hogy a radiológiai szívárnyék megnagyobbodását a pericardialis folyadékgyülem okozta. Constrictiv pericarditisben a CTR átlaga a fiziológiásnak felel meg (53%), az isotop és radiológiai harántátmérő arány igen tág határok között változik. Magasabb érték esetén a pericardium csak alig vastagodott meg, míg alacsonyabb értékek jelentős pericardialis megvastagodásra utalnak (adataikat a műtéti lelet valamennyi esetükben messzemenően igazolta).

A cardiohepatikus rés nagyságának megítélése további fontos differentiáldiagnosztikus adatot szolgáltat a pericarditis (folyadékgyülemmel vagy anélkül), illetve egyéb cardiomegaliák elkülönítésében. Fiziológiás körülmények közt a máj és szív scintigrammja egymással érintkezik, folyadékgyülem esetén kifejezett „cardiohepatikus rés" keletkezik (ez eseteikben 1,5—3,0 cm távolságot jelentett).

A szerzők véleménye szerint e methodika nagy biztonsággal alkalmazható a cardiomegaliák kórismézésében. Fő előnye, hogy igen súlyos állapotban levő betegen is elvégezhető az állapotromlás legkisebb veszélye nélkül is.

Pálossy Béla dr.

A nyálmirigy-scintigraphia indicatiós területe. Münzel, M. (HNO-Klinik des Klinikum Steglitz d. Freien Univ. Berlin NSZK.): Msch. Ohr-heilk. 1970, *104*, 247—250.

Az alkalmas radioactiv anyagok felfedezésével és teljesítőképes kimutatókészülékek fejlesztésével a scintigraphiás vizsgáló módszer az utóbbi években jelentős helyet foglal el a különféle kórképek diagnosztizálásában. A ^{99m}Tc bevezetése lehetővé teszi a nyálmirigyek scintigraphiás ábrázolását.

A nyálmirigy-scintigraphia eddig ismert eredményei egységes izotóptechnikai módszeren alapulnak. Kb. 10—15 perccel a ^{99m}Tc beadása után az anyag 700—1000 microC mennyiségben a nyálmirigyekben válik ki.

A szerző az utóbbi 2 évben nyert eredményei alapján a ^{99m}Tc-mal végzett nyálmirigy-scintigraphia előnyeit a következőkben határozta meg:

1. Lehetőség nyílik az előzőleg működőképes secernáló mirigyszövet atrophiájának felismerésére, kimutatására és dokumentálására. Az eddig ismert biokémiai módszerek erre csak megközelítőleg alkalmasak. A kórlefolyás során könnyebben regisztrálható a megbetegedés progressiója, nyugalmi állapota, vagy javulása, aminek a legalkalmasabb therapia kiválasztásában van jelentősége.

2. Parotis tumor kimutatása syalographiával optimális technika mellett is csupán 1 cm-nél nagyobb átmérő esetében lehetséges. Habár a parotis tumor bizonyos nagyság esetén tapintással felismerhető, a scintigraphia a daganat fekvését illetően pontosabb felvilágosítást ad. Az izotópvizsgálat nagyon jól kiegészíti a syalographiát. Előbbinél a mirigyállomány, utóbbinál a kivezetőcsőrendszer kerül ábrázolásra.

3. A vizsgálat alkalmas tudományos kísérletek elvégzésére is; így pl. a pilocarpin és az atropin secretióra gyakorolt hatása jól kimutatható.

A nyálmirigy-scintigraphia fő indicatiós területe a parenchyma atrophizáló megbetegedéseinek diagnosztikája. Emellett nagy jelentősége van a nyálmirigytumorok do-

kumentációjában, valamint klinikailag nem egyértelmű tumoresetekben. Végezetül egész sor lényeges tudományos kérdés vizsgálatára nyílik alkalom.

Gerencsér Károly dr.

Allergológia

A penicillin allergia válogatott aspectusai. Baer,R. L. Fellner, M. J. Sibulkin, D. (New York Univ. School of Med., New York): Brit. J. Derm. 1970, *83*, Jubilee Issue, 37—47.

A szerzők a penicillin allergia néhány kiemelt kérdését tárgyalják. A korai típusú, IgE-antitest által közvetített sensibilisatión alapuló klinikai formák (pl. serumbetegség típusú) diagnosztikájában hasznosnak minősítik a különböző penicillin-származékokkal végzett intracutan bőrpróbát, bár a bőrpróba önmaga is okozhat klinikai tüneteket. A diagnosztika és a preventio szempontjából vizsgálták a penicilloyl-fajlagos IgG- és IgM-típusú antitestek kimutathatóságát haemagglutinatio-próba segítségével. Ehhez serologiai laboratórium szükséges. A haemagglutináló antitest kétharmada IgM-típusú és egyharmada IgG-típusú. Az IgM-típus lehet ubiquitaer válasz a penicillin-kezelésre, klinikai penicillin-allergia nélkül. Az IgG-típusúnak lehet „blokkoló" szerepe a bőrsensibilizáló antitesttel szemben, de az utóbbi antigen-aviditása a nagyobb. A penicillin allergiában előforduló késői típusú sensibilisatio felelős lehet egyes, nem-urticás jellegű exanthemákért. Az ellenanyag mennyisége penicillin-kezelés után közvetlenül alacsony szintre csökkenhet. Születéskor penicillint kapó csecsemőkben IgM-típusú penicilloyl-fajlagos antitest kimutatható, de ritkábban és kisebb mennyiségben, mint felnőtt korban.

Korossy Sándor dr

Cephaloridin-kezeléshez társuló pozitív direkt Coombs-próba. Fass, R. J., Perkins, R. L., Saslow, S. (Ohio State Univ. College of Med., Columbus, Ohio): J. amer. med. Ass. 1970, *213*, 121—123.

A szerzők 75 Cephaloridin (C)-kezelésben részesült beteg esetében végeztek direkt Coombs-próbát és 8%-ában kaptak pozitív eredményt. Minden beteg 47 évnél öregebb volt és maximális adagot (4 g/die) kapott. A pozitivitás összefüggött a kezelés időtartamával és a gyógyszer összmennyiségével, nem volt kimutatható kapcsolat a serumszinttel vagy hypoalbuminaemiával. A pozitivitás normális vesefunkció mellett jelentkezett. A direkt Coombs-próba pozitivitás nem társult haemolysissel, a 8%-os gyakorisága alacsonyabb, mint az előzőleg használt Cephalothin nátrium után volt.

Korossy Sándor dr.

Háziporatka-érzékenységben szenvedő gyermekek klinikai leletei. Morrison Smith, J. (Birmingham Chest Clinic, Birmingham): Acta Allergol. 1970, *25*, 37—40.

100 asthmás gyermeket választottak ki, akik bőrpróba alapján egy vagy több atkafélére voltak érzékenyek és klinikailag tüneteik leginkább éjjel jelentkeztek. Az első asthmatünetek többnyire 6 éves kor előtt támadtak, a betegek 80%-a fiú volt. 25%-ban csecsemőkori ekzema előzte meg a nehézlégzést, ugyanilyen gyakoriságban fordult elő rhinitis is. Az atka-érzékeny gyermekek túlnyomó többsége régi, nedves házakban lakott. A vizsgálatok alátámasztották azt a régebbi megállapítást, hogy a háziporban található atka felelős az angliai asthmás gyermekek jelentős részében a betegség keletkezéséért.

(Ref.: A fenti cikk leírja mindazon karakterisztikumokat, melyek a gyermekasthmában megtalálhatók: allergiás diathesis, typikus manifesztálódás ekzema és rhinitis után, nemek megoszlása, stb. Környezeti allergenek kutatásakor magunk is megállapítottuk, hogy nem annyira a földrajzi fekvés, mint a lakásviszonyok determinálják a környezeti allergen sensibilizálást. Így pl. régi városi lakásokban házipor és penészgomba, falusi lakásokban szalmaérzékenység dominált.)

Hajós Mária dr.

Atkák és házipor-érzékenység. Young, E., Bangma, P. J. (Dermat. Dept., Univ. Utrecht.): Acta allergol. 1970, *25*, 25—36.

126 allergiás betegen bőrpróbákat végeztek Dermatophagoides pteronyssimus, házipor és emberi haj-korpa kivonattal. Valamennyi beteg egy vagy több allergenre érzékeny volt, 50 házipor és atka érzékeny beteg egyformán reagált ez utóbbi két allergenre. Amikor ugyanezen kivonatokkal inhalatiós próbát végeztek, az összefüggések már nem voltak ennyire egyöntetűek. Úgy gondolják, hogy a betegek érzékenyek az atka-táptalajra, ezenfelül az atkák tenyésztés közben megváltoztatják a táptalajt, ez a tulajdonság azonban más atkatypusra, sőt gombákra és bacteriumokra is vonatkozik. Végeredményben megállapítható, hogy a D. pteronyssmus allergen nagyon hasonló ugyan a háziporhoz, de nem teljesen azonos vele.

Hajós Mária dr.

Házipor-atka érzékenység atopiás dermatitisben. Alani, M., Hjorth, N. (Skin Clinic, Rodovre, Denmark.): Acta allergol., 1970, *25*, 41—47.

30 atopiás dermatitisben szenvedő betegen bőrpróbákat végeztek a következő kivonatokkal: Dermatophagoides pteronyssimus, D. culinae, házipor. 12, ill. 14 beteg egyik vagy másik atkaféleségre volt érzékeny; akik háziporra voltak érzékenyek, egyúttal atka-sensibilizálódást is mutattak. 14 beteget 1%-os Lindane emulsiós krémmel kezeltek, a matracokat és a szobát kiporszívózták és bepermetezték 2%-os, Lindane oldattal (tisztított hexachlorcyclohexan, scabies elleni szer). 4 beteg 1—2 hónapig teljesen tünetmentes volt, 4 beteg javult, egy hét múlva azonban újra jelentkeztek panaszaik. Szerzők úgy vélik, hogy a fenti kezelés csak kifejezett atka-érzékenységben válik be.

(Ref.: Mindkét cikkből kitűnik, hogy az atkák csak egy allergencsoportot jelentenek a sok közül. Régebbi vizsgálatainknak megfelelően a házipor egy konglomeratum, a legkülönbözőbb anyagokat tartalmazza, tehát egyik vagy másik összetevőjének eliminálása, vagy azzal történő hyposensibilizálás sem az asthmát, sem az ekzemát globalisan nem gyógyítja.)

Hajós Mária dr.

Endocrinológia

A mellékpajzsmirigy hormon alapvető élettani szerepe a sav-bázis egyensúly fenntartásában. Wills, M. R. (Depart. of Chemic. Path., Royal Free Hospital, London): Lancet, 1970, *2*, 802—804.

A szerző hypothesist ismertet, amely a következőkben foglalható össze:

A mellékpajzsmirigy — úgy gondoljuk — emberben domináns szerepet játszik a calcium homeostasis fenntartásában. Mégis a fejlődés folyamán későn jelent meg ez a mirigy, a halak megjelenése után sokkal később, pedig a halaknak van először igazi calcium-phosphat csontja. A halak 2 hormon rendszerrel szabályozzák a calcium homeostasist, nevezetesen D_3 vitaminnal és calcitoninnal és alig hihető, hogy a vízből a szárazföldre történő kijutás egy harmadik szabályozó rendszert igényelne. Azonban egyszercsak a fejlődés folyamán a szárazföldön a gerincesek kopoltyúkon keresztül diffúzióval nem képesek tovább eliminálni az endogen keletkezett hidrogén ionokat. Az extracellularis térben a bicarbonát-szénsav rendszer a fontos puffer; intracellularisan azonban úgy látszik, a phosphat játszik domináns szerepet. Felvetődött az a gondolat, hogy a mellékpajzsmirigy azért fejlődött ki, hogy hormonja segítségével mobilizálja a csontból a phosphatot, így extracellularisan szervetlen phosphat tartalék jön létre, és ezzel lehetőség nyílik bármiféle intracellularis deficit pótlására. A calcium keringésbe történő felszabadítása azután együtt járna a mellékpajzsmirigy fejlődésével és nem a

primaer hatásnak lenne szerepe. A hypothesis megpróbálja elfogadni azt a tényt, hogy az igazi calciumphosphat csont megközelítően 200 millió évvel azelőtt keletkezett, hogy a mellékpajzsmirigy megjelent a fejlődési skálán. Amikorra a mellékpajzsmirigyek megjelentek, a calcium homeostasis már ellenőrzés alatt állt és ezt a kontrollt a bélben, vesében, csontszövetben aktív sejt transport hatásain keresztül a D_3-vitamin steroid hormon közvetítette. Tekintélyes mennyiségű bizonyíték szól amellett, hogy cholecalciferol általánosan előfordul a gerinces halakban és kézenfekvőnek látszott az a gondolat, hogy fényenergia forrásokból történő synthesise egy korai fejlődési fokot képviselt a calcium homeostasis kontrollálásában. A szerző hypothesise szerint a mellékpajzsmirigy alapvető szerepe a sav-bázis homeostasis fenntartása és nem a plasma calcium szint szabályozása.

*

A közleményre reflektálva *Barzel, U. S.* (Metabolic Endocrin Laboratory, Montefiore Hospital and Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York) kifejtette (*Lancet*, 1970, *2*, 1363), hogy nem ért egyet *Wills* gondolatával, amely szerint a mellékpajzsmirigy primaer functiója a phosphat mobilisatio, hogy ezzel a sav-bázis egyensúlyt kontrollálja. Elmondja, hogy valóban több adat szól amellett, hogy a mellékpajzsmirigy működés és a sav-bázis homeostasis szorosan összefüggenek. Felhívja a figyelmet *Muldowney és mtsai* közleményére, akik kimutatták, hogy a parathyreoidea hormon vese-tubulus eredetű acidosist okoz. *Barzel* megfigyelte, hogy hypoparathyreosisban a csökkent mellékpajzsmirigy működés általános alkalosissal jár együtt. *Wills* gondolatai alapján *Barzel* ellenkező hypothesishez jut el. Eszerint a mellékpajzsmirigy szabályozza a sav-bázis egyensúlyt általánosan, valamint a csont felszínénél, azzal a céllal, hogy a serum calcium szintet szabályozza. A serum calcium szint csökkenése stimulálja a parathyreoidea működést, ami azáltal idézi elő a csontfelszívódást, hogy növeli a belső hydrogen ion nyomást. A mellékpajzsmirigy igen nagy aktivitásának, a hyperparathyreosisnak ily módon általános acidosis lehet következménye. Hypoparathyreosis a belső hydrogen ion nyomás csökkenése révén alkalosishoz vezetne. A mellékpajzsmirigy működése normál serum calcium értékek mellett hozzájárulna a szervezet normális általános sav-bázis egyensúlyához. Ez a hypothesis megfelel a szerző laboratóriumában szerzett tapasztalatoknak és *Wills* által idézett egyéb adatoknak.

Az osteoporosissal kapcsolatos nemzetközi symposionon [*Barzel*, U. S. (editor) Osteoporosis; p. 213. New York, 1970] a calciumanyagcsere, parathyreoidea hormon és sav-bázis anyagcsere összefüggését tárgyalták. *Bernstein, D.* ismertette azt a hypothesist, amit most *Wills*, hogy ti. a mellékpajzsmirigy felelős a sav-bázis változásokért. Amerikai kutatók nem támogatták ezt a hypothesist.

*

Wills, M. R. válaszában (*Lancet*, 1971, *1*, 142) vitába száll *Barzel*lel. Ennek során kifejti, hogy biztosan nem újkeletű az a gondolat, hogy a mellékpajzsmirigy működésében bekövetkező változások összefüggésben vannak a sav-bázis egyensúly változásaival. 1915-ben *Wilson és mtsai* ismertették — majd *McCann* és *Cruickshank* megerősítették —, hogy parathyreoidectomia után kísérleti állatokban alkalosis jön létre. Ezeket a megfigyeléseket erősítette most meg emberben *Barzel*. *Wills* hangsúlyozza, hogy eredetileg a cikkben azt állította, hogy ezek a sav-bázis egyensúly változások az extracellularis térben zajlanak le és azt kell tisztázni, hogy milyen viszonyban van ez az intracellularis tér folyamataival. *Wills* nem tud egyetérteni *Barzel* azon nézetével, hogy a parathyreoidea hormon azáltal fejti ki hatását, hogy növeli a belső hydrogen ion nyomást. Ha ez így volna, akkor az összes betegnél, akinél parathyreoidea hormon túlsúly fordul elő, el lehetne várni, hogy kifejezett extracellularis acidosisa legyen, ilyen pedig nem fordul elő a gyakorlatban, mint azt *Wills* közlés alatt levő munkájában kimutatja. *Wills* úgy látja, hogy azért van különbség hypothesise és *Barzel* hypothesise között, mert *Barzel* nem tesz különbséget az extracellularis és intracellularis fázisok között.

(Ref.: Az érdekes polémia, noha helyenként az igen elvont elmélet szférájába viszi el az olvasó gondolatait és ezért nem mindenütt egyértelműen követhető, mégis figyelmet érdemel, mert a mellékpajzsmirigy élettani működését új megvilágításba helyezi.)

Honti József dr.

Hideg golyvagöbök vékonytűpunctiója és cytodiagnosztikája endémiás golyva vidéken. Galvan, G. (II. Medizinische Abteilung und Institut für Radiotherapie und Nuklearmedizin der Landeskrankenanstalten Salzburg): Deutsche Med. Wschr. 1970, *95*, 1631.

A szerző az endémiás golyvás vidéken gyakran, vidékükön 60%-ban észlelt hideg göb vékony tűvel végzett diagnosztikus punctiójáról számol be. Összesen 671 vizsgálatot végeztek, többnyire ambulanter.

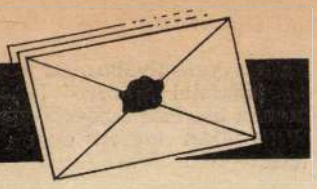
A már 1948 óta többször közölt eljárás felújítását azért találják szükségesnek, mert a célzott punctio cytologiai feldolgozása igen hasznos kiegészítő vizsgálatnak bizonyult a pajzsmirigy diagnosztika egyéb eljárásai mellett.

227 esetben szövettani vizsgálattal is össze tudták hasonlítani a cytologiai leletet. Műtétnél malignusnak bizonyult 33 eset, cytológiailag is felismerhető volt 30. Erre vonatkozó gyanú a cytológiai kép alapján 40 esetben merült fel. Hashimoto thyreoioditist a cytológiával 6 esetben állapítottak meg, a szövettan csak négyet igazolt. A csupán cytologiával vizsgált anyag túlnyomó része benignus adenoma vagy degenerativ elváltozás volt. Malignitást ritkábban találtak, mint a szövettanilag is vizsgált csoportban, igaz, valamennyi klinikailag vagy a cytologiai lelet alapján gyanús esetet megoperáltattak és ilyenkor természetesen szövettani vizsgálat is történt. A hideg göbösnek mutatkozó esetek $^1/_5$-e a punctiókor egyszerű cystának bizonyult. A cysta tartalom sedimentumát szükséges természetesen cytológiailag megvizsgálni, mert lehetséges a cysta malignus elfajulása.

Thyreoiditis esetén a punctio jó kiegészítő eljárás. Szövettani, ill. cytologiailag pozitív eseteik nagy része serológiailag ugyanis negatív volt. A vékonytű-biopsiát legértékesebbnek a malignoma diagnosztikájában tartják. Lehetővé válik a korai diagnózis. Ha pajzsmirigy metastasisról van szó, felesleges a primér tumor műtéte. Negatív lelet mellett nyugodtabban várhatjuk a pajzsmirigy-hormon kezelés struma csökkentő hatását. A pajzsmirigy punctio és cytológia természetesen nem pótolhatja a szövettani vizsgálatot, de a hibalehetőségek szemmel tartásával a feltétlenül műtétre szoruló hideg göböt tartalmazó golyvások jobb kiválogatását teszi lehetővé. A műtét kérdésében a többi lelettel együtt kell értékelni. Cytológiailag nem gyanús hideg göbös betegeket is szükséges pajzsmirigy-hormon kezelés mellett megfigyelés alatt tartani.

Gyulai Ernő dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



Van-e körzeti orvosi telítettség Magyarországon?

T. Szerkesztőség! Az utóbbi időben több cikk, tanulmány foglalkozott a körzeti orvosokkal. *Farádi László dr.* eü. min. h.: A körzeti orvosi munka néhány jellemző kérdése. (Medicus Universalis. 1971, *4*, 37.) Az Orvosok Világszövetségének 1970-ben voltak az oslói és brüsszeli kongresszusai. Az előbbiről *Gazdag Imre dr.* számolt be a Med. Univ. fenti számában. Ugyancsak ebben olvasható A körzeti orvosi munka szervezésének elveivel foglalkozó szakértői szimpozium összefoglaló megállapításai c. referátum is. *Vörös László dr.:* Az általános orvos helye az 1970-es években, ugyancsak a fenti számban jelent meg. *Paál dr.:* A körzeti orvos jövőjéről. (Népeü. 1970, *51*, 336.) A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete kiadott 400 oldalas előzetes jelentést, a Magyarország falusi körzeti orvosainak élet- és munkakörülményei címen. Ez a jelentés sajtóvisszhangot is kiváltott, a Népszabadság 1971. márc. 4. számában *Árkus József* foglalkozott a témával. Erről a témáról írt a Magyar Nemzet 1971. márc. 21. számában *Palócz Gyula dr.* is.

Érdekes módon, sehol sem lehet olvasni, még csak „találgatásokról sem" arról, hogy mennyi az ideális körzeti orvosi létszám egy adott lakosságszámhoz viszonyítva? „Tudományosan" kiszámítható-e ez egy adott területre? Tegyük fel, hogy egy körzetorvosnak 3000 lakost kell ellátni. Ha az ország lakosságát 10 milliónak vesszük, ez 3333 körzetorvost jelent. 1969-ben 3612 orvos dolgozott a körzetekben, ami az összes orvosok 16,4%-át jelentette. (Népeü. 1970, *51*, 195.) Figyelembe véve a 10 millió feletti lélekszámot is, a számok azt mutatják, hogy *az ország már telített körzetorvosi területen.* A kép még kedvezőbb a telítettséget illetően, ha figyelembe vesszük a körzeti gyermekszakorvosi hálózatot is. A lakosság arányát tekintve 1949-ben 0—14 éves volt 24,9%, 1969-ben 21,7%. Azt mondhatjuk — elméletileg —, hogy 8 millió felnőtthöz kell a telítettséget számítani. Ebben az esetben csak 2666 körzeti orvosi létszám az igény!

Természetesen, ha kimondjuk, hogy 2500/orvos legyen a feltétel, akkor a 10 millió lakoshoz 4000 körzeti orvos kellene, a 8 millióhoz 3000. *Ez esetben is már beszélhetnénk telítettségről.* Van egy *elméleti* és egy *gyakorlati* telítettség. Egy 2 ezer lakosú községben sok, egy 4 ezer lakosúban kevés az egy orvos.

Nálunk a gondozás — kötelesség. El lehetne játszani egy olyan gongondolattal, hogy *60 éven felül mindenki külön gondozói orvoshoz tartozna!* A lakosság arányát tekintve 1949-ben a 60 évnél idősebbek 11,6%-ot tettek ki, 1969-ben 16,7%-ot. Tehát a 15—19 évesek aránya 1949-ben 36,5%, 1969-ben 38,4% volt. Tízmillió lakos esetében a 60 éven felüliek kb. 2 milliót tennének ki. Ha 2000/orvos arányt veszünk, akkor 1000 gondozó orvos kellene ellátásukra. A 15—59 évesek aránya kb. 4 milló, erre a csoportra elég lenne a 3000/orvos arány, akkor ezek ellátására is csak 1333 körzetorvos kellene, tehát 2333 alapellátásban dolgozó orvos is elég lenne. Egy ilyen megoldás *nagyon tehermentesítené a körzeti orvosokat!*

A valóságban egy községben a 14 éven aluliak kivétele a körzetorvosi ellátás alól — megoldhatatlan. Igaz viszont, hogy az urbanizáció megállíthatatlan tendencia, valamint a nagyobb községi centrumok kialakulása is. Mindebből azt a következtetést lehet levonni, hogy *elméletileg már körzetorvosi telítettség van Magyarországon.*

A körzetorvos ellátás képlete a következő lehetne: E = P + F. Ellátás = Pótlás + Fejlesztés. P = halálozás + nyugdíjazás + egyéb. F = népszaporulat + lakosságszám/orvos arány + követelmények (gondozás stb.) *Minden kiszámítható, minden tervezhető! Petrovszkij,* a Szovjetunió eü. minisztere így nyilatkozott: „A napirendre került problémák között szerepel: az egészségügyi gazdálkodás és tervezés tökéletesítése, a gazdasági és orvosi intézkedések közötti összefüggés behatóbb tanulmányozása, mivel a szovjet egészségügy az emberek egészségének óvásával és erősítésével elősegíti a társadalom gazdasági helyzetének javulását". (Béke és Szocializmus 1971/3. sz.) Előtérbe kerülnek a gazdaságossági kérdések. Talán ennek eredménye az Eü. Min. 31 799/1970. számú közleménye is, (Eü. K. 1970. 23.), mely a keresőképtelen beteg dolgozók egészségügyi ellátása további fejlesztésének szempontjairól szól.

Amikor a gyógyszer, táppénz stb. emelkedés okait keressük, *soha nem esik szó az orvosok számáról!* Ahogy az íróasztalok bürokráciát, úgy — ad absurdum vive a gondolatot — az orvosok is *beteget termelnek.* Vajon a túlzott orvostermeléssel megoldhatók lesznek az etikai, bérezési és egyéb problémák, vagy az orvosok megtalálják mindenkor annak lehetőségét, *hogy a diplomához betegeket is „kreáljanak" maguknak?*

Talán ezért is lenne érdemes — ha elvileg is — felvetni ilyen telítettségi problémákat, egyelőre pusztán az elmélet síkján is.

Veress Sándor dr.

Erjedéses és rothadásos dyspepsia, nyári hasmenés kezelésére, bacilláris és amoebás dysenteria, enterocolitis therápia adjuválására

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

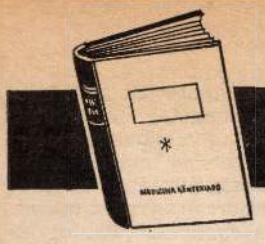
ENTEROSEPTOL

Felnőtteknek naponta 3-szor 1—2 tabletta, gyermeknek, a kortól függően kevesebb

20 tabletta 16,50 Ft

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

QH 1610



KÖNYVISMERTETÉS

Granz Werner: Klinikai-parazitologiai vizsgálómódszerek. Mikroskopische Untersuchungsmethoden und Arbeitsmethoden auf verschiedenen Spezialgebieten 3. Lieferung: Klinisch-parazitologische Untersuchungsmethoden, in: „Arbeitsmethoden der inneren Medizin und ihr verwandter Gebiete" Herausgegeben von prof. Rolf Emmerich, Band VI. VEB Gustav Fischer Verl. Jena, 1970. 1—160 old., 63 ábra, 7 táblázat.

E fűzött könyvecske része a nagy klinikai diagnosztikai monográfiának. A szerző a lipcsei Karl Marx Egyetem tud. asszisztense. A jól áttekinthető fejezetekben mindazt kiemeli a parazitológiai diagnosztikából, amire egy klinikai laboratóriumban szükség lehet. Az általános rész a könyvecske egyharmada. Ebben a laboratórium felszerelésén és dokumentációján kívül elsősorban a fontosabb paraziták rendszertani beosztását és sajátságait foglalja össze. A részletes rész a szokásos elrendezésben adja a protozoológiai, helminthológiai és igen röviden az entomológiai vizsgáló eljárásokat, különösen a székletvizsgálati módszereket és a haematológiai eljárásokat, váladékvizsgálatokat stb. Rövid kiegészítést találunk az immunológiai eljárásokról, melyek a klinikai labor.-ban úgysem gyakorolhatók, viszont jól illusztrált a röntgenvizsgálatok fejezete. Az irodalomjegyzék 158 adatot tartalmaz, a 63 ábrán 125 kép van, ebből 12 színes. A képanyag kitűnő. Három kiemelhető táblázat ad áttekintést a paraziták elterjedéséről, a klinikumról és a gazdaállatokról. Az arányaiban kiegyensúlyozott könyv hiányt pótol, mert a legtöbb laborban még ritkán végzett parazitológiai diagnosztikai módszerekről ad korszerű áttekintést. Könyvespolcáról gyakran emelheti le az a laboros vagy klinikus is, aki nyilvánvalóan nem lehet otthonos ezen a szakterületen.

Makara György dr.

J. Eichler: Inaktivitätsosteoporose. Klinische und experimentelle Studie zum Knochenumbau durch Inaktivität. 37 ábra, 22 táblázat. Aktuelle Orthopädie. Heft 3. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970.

A 90 oldalas munka első 13 oldala az inactivitásos osteoporosis klinikai irodalmának összefoglalását, továbbá néhány, a téma iránt a szerző érdeklődését felkeltő saját eset rövid említését tartalmazza. A könyv további része a témára vonatkozó kísérleti eredményeit foglalja össze. A kísérletes rész felépítése olyan, amilyen hazánkban a tudományos minősítés céljából készített értekezések szerkezete szokott lenni. A kísérleteket a módszertani sokrétűség jellemzi. Vizsgálta a tengerimalac-csontokat, illetve csontszövetet mechanikai, kémiai, morfológiai, functionalis morfológiai és anyagcsere szempontjából. A sokirányú vizsgálattal arra a különben ismert következtetésre jutott, hogy az inactivitás kísérletes körülmények között is osteopeniát okoz. Az egyetlen, talán valóban újszerű megállapítás, hogy inactivitás következtében a csontok összetétele is változik, anorganikus anyagtartalma relatíve is csökken. A növekedésben levő állatok általában intenzívebben károsodtak, mint a már kifejlett tengerimalacok, de a kifejlett egyedeken is kimutathatóak voltak mindazon eltérések, amelyeket az intenzíven növekvő állatokon igen pregnansan észlelt.

A csontanyagcserével foglalkozó olvasó számára valójában nem is az adott kísérleti eredmények megismerése érdekes, hanem inkább a már említett nagyszámú vizsgálati módszer. Ezek egy részét a szerző adaptálta kis állatok csontszövetének, illetve csontjainak vizsgálatára. A módszerek ismertetése mellett azok megbízhatóságára vonatkozóan is találunk adatokat. Ezért úgy gondolom, hogy mindazok számára, akik kis kísérleti állaton csontanyagcserével kívánnak foglalkozni, a könyvecske olvasása nagy hasznot jelent.

Már az inactivitás elérését célzó gipszkötés elkészítésének a módja is igen érdekes. A szerző által alkalmazott kötés mellett nem fejlődik ki nyomási atrophia, és az állatok megfelelő táplálkozására is megmarad a lehetőség. Mások számára is jól használhatóak lehetnek a hosszú csöves csontok hossznövekedésére, nedves súlyára, fajsúlyára, densitometriás röntgenvizsgálatára alkalmazott módszerek. Ugyancsak hasznos lehet csontanyagcserével foglalkozók számára a csontok élettani törékenységének és a mikrokeménység mérésére kidolgozott módszerek is. A szerző a quantitativ szövettani vizsgálatokat decalcinálás nélkül készített metszeteken végezte. Ennek során meghatározta a spongiosa vastagságot, a csontszövet-felületek nagyságát, a cortikálisok vastagságát. Kiterjedten alkalmazta a tetracyclin-jelzéssel végezhető functionalis morfológiai módszereket is. A csontokra vonatkozó direkt vizsgálatok mellett kalcium-, foszfor-, kálium- és nátrium-mérleg vizsgálatokat is végzett. A különböző módszerek ismertetésében a technikai hibalehetőségeket is mind számbaveszi. Ilyen módon a csonttal és csontszövettel foglalkozó kutatók számára ez a kis füzet methodikai szempontból sok segítséget nyújthat.

Holló István dr.

Klaus Holldack: Lehrbuch der Auskultation und Perkussion, Inspektion und Palpation. (Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970.) 170 oldal, 92 ábra, 2 hanglemez. Ára: 19,80 DM.

A PKG és mechanokardiographiával foglalkozó munkákról jól ismert berlini professzor fizikális diagnosztika tankönyvének hetedik kiadását tartja kezében az olvasó. A közvetlen vizsgáló eljárások az orvosi technika haladásával alig vesztettek jelentőségükből.

A négy alapvető fizikális módszer és történetük rövid ismertetése után a fej, a nyak, a mellkas, az erek, végül pedig a has vizsgálatát tárgyalja.

A korábbi kiadásokhoz képest elsősorban a legterjedelmesebb, kardiológiai fejezet változott. Tárgyalja már a pacemaker és műbillentyű keltette hangjelenségeket is. Az egyes vitiumok lényegét, a hangtani képet igen kifejező ábrák szemléltetik. Az aorta insufficientia protodiastolés zörejének vezetődését ábrázoló rajz pl. minden leírásnál többet mond. Talán egyedül a pitvari hang terjedését bemutató részletes ábrát érezzük feleslegesnek. Külön táblázat foglalja össze a billentyűhibák hangtanát, kitérve többek között a már teljesen immobilis mitrális billentyűk esetén észlelhető különbségekre is. Minden kórkép tárgyalását a fizikális tünetek rövid összefoglalása zárja le.

A könyv felépítése arányos, jól áttekinthető. Átnézése és a hanglemezek felhasználása a belgyógyászatot oktatók számára különösen hasznos.

Bajkay Gábor dr.

H. Eck, R. Haupt, G. Rothe: Die Gut-und Bösartigen Lungengeschwülste. (Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie.) Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York. 1969, 401 oldal, 181 ábra.

Az előszót *Uehlinger* írta, s abban ajánlja a könyvet klinikusnak, pathológusnak egyaránt, mert kitűnőnek tartja azt. Dicséri, hogy a szerzők teljesen alkalmazkodnak a *Kreyberg* által a WHO-ban szerkesztett, a rosszindulatú tüdődaganatokat csoportosító formulához. Ilyen körülmények között nagy érdeklődéssel vettem kezembe a könyvet, hiszen a sebészklinikusoknak az a törekvésük, hogy a daganatokat minél kevesebb csoportba, és valamennyi pathológus által lehetőleg azonos módon ítélt véleménnyel, oszthassák be. Ez ti. az egyedüli módja annak, hogy egyes

intézetek késői eredményeit közel a valóság szerint értékelhessék. Európában e nézet leghevesebb szószólója, *Salzer*. Az a gyanú merül fel bennem, hogy mi klinikusok „közös nyelven" továbbra sem fogunk tudni beszélni, hacsak azok nem, akiknek egy és ugyanazon pathológus lesz a munkatársa. Véleményemmel találkozik az is, hogy a könyv majdnem minden sora bizonyítja a klinikus és pathologus szoros együttműködésének szükségességét. Talán még pontosabban úgy fogalmazhatnám meg, hogy a pathológusnak is részt kellene vennie a klinikai és műtéti lefolyás történésében.

A könyv a tüdő daganatait három nagy csoportba osztva tárgyalja.

A) A jóindulatú és többnyire jóindulatú daganatok.

B) A semimalignus daganatok.

C) A rosszindulatú és túlnyomórészt rosszindulatú tüdődaganatok.

Az első rész szerényen csak 34 oldal, de így is sok kórtörténet található benne, képekkel és közel 250 irodalmi adattal. A retikulocytoma szerű, a fibroma, lipoma, leiomyoma daganatok leírásában sok a variáns, és az irodalmi adatokban említett más-más elnevezések miatt az olvasóban némi bizonytalanság érzése támad. A hamartochondroma, a neurogen daganatok csoportja előfordulásuknak megfelelően bővebb, de utóbbi nagyon szűk helyet kap. Ugyancsak alig egy oldalon olvashatunk a polypusok és papillomákról. A jóindulatú tüdődaganatokról szóló fejezet jó tájékoztatást nyújt a szakemberek részére,a „bedolgozott" irodalom főleg német, angol, de néhány magyar és más szocialista országból származó is megtalálható benne.

A második rész, a semimalignus daganatok fejezete, a hörgőadenoma, a carcinoid és a cylindromaról szól. Ennek terjedelme is 34 oldal, melyben részletesen tárgyalják az irodalom tükrében e daganatok különböző histogenetikai vonatkozásait. Nem könnyíti a klinikus helyzetét, hogy a tipizálás terén olvashatunk alveolaris, hálózatos, trabecularis, majd mindkettő előfordulásáról vegyesen, sőt mindháromról kombináltan, később mirigyes, azután cylindroma szerű strukturáról. Az adenoma képe viszont így még mindig nem eléggé színes, hiszen megtudjuk, hogy van úgy, amikor a struktúra teljesen fellazul, majd akad nagy világos magvú is, sőt stromaossificatio is van, míg elérkezünk az infiltrativen növedő típushoz. Úgy vélem, minden klinikus megérti ezen objektív, de nem egyszerű leírásokat, csak abban nem biztos, hogy ezt, különösen a rutin munkában, és íme nem csupán a carcinoma esetében, hanem az adenomáéban is, mindenki majd eszerint véleményezi-e? Amennyiben nem, és valószínűleg, hogy nem, akkor a késői eredmények megítélésekor nélkülöznünk kell a különböző intézetek által végzett tipizálás szerinti összehasonlítást. Ez a fejezet is bővelkedik klinikai példákkal, 150 irodalmi adatot elemez, köztük néhány magyart is. A könyv többi szöveges részét, 250 oldalt a tüdőrosszindulatú daganatairól szóló tanulmány képezi. A hörgőrákok beosztásáról szól 22 oldal, melynek olvasásakor megnyugodva vehetjük tudomásul, hogy a szerzők is aggályukat fejezik ki a sokféle tipizálás és elnevezés miatt. A tárgyalás végén belenyugszanak abba a ténybe, hogy egy daganatban sok esetben olyan sokféle típusú ismerhető fel, mely miatt érdemes a „túlnyomóan" kifejezést használni, tehát így, „túlnyomóan differenciálatlan laphámrák". Tipizálási tanulmányukhoz egyébként 225 régi készítményt dolgoztak fel és a daganat más-más részéből sorozat metszeteket készítettek. A megejtett tipizálás után, különböző szempontokból, összehasonlították a daganatféleségek arányát a világirodalom más adataival, de főleg a *Krayberg* által szerkesztett beosztással. Ilyen alapon foglaltak állást, hogy a WHO által ajánlott nomenklaturát fogják alkalmazni. Érdekes olvasmány az alveolar-sejtes rák és a régebben tüdőadenomatosis-ként emlegetett kórkép leírása. Több esettel bizonyítják, hogy ez a diffusan jelentkező rák voltaképpen, „in loco", egy fészekből ered. Tanulságosak azok az esetek is, amikor más szervben levő daganat a tüdőben képez áttétet s ilyenkor az alveolar-sejtes rák klinikai képét utánozza. A tüdő heg-carcinomájával 14 oldal terjedelemben foglalkoznak, és a világirodalom sok adatát ismerhetjük meg. A lövedék által okozott hegben, vagy annak ágyában keletkezett tüdőrák külön alfejezetben kerül megbeszélésre. Olvashatunk még a gümősfolyamat, a tüdőinfarctus, a syphilis okozta heg, az idült tüdőgyulladás, a trauma nyomán és fibrosis „talaján" keletkezett tüdőrákról. Figyelemre méltó rész a „Mikro und Miniatur" tüdőrákok leírása. Szerzők véleménye szerint cseresznyemagnyi és annál kisebb daganatokról van szó, melyek korán és hevesen képeznek áttétet. Az irodalomban „mikroszkopikus cc.", „winzige carcinome", „early cancer" stb. néven emlegetik őket. A továbbiakban a tüdőrák elhelyezkedése és terjedelme kerül tárgyalásra. Külön csoportban elemzik a boncolás útján megfigyelteket és külön a műtét útján eltávolítottakat. Nagyon sok táblázat, grafikon mutatja be a különböző szerzők adatait. Elsősorban a lebenyekben történő elhelyezkedés, majd a centrális és perifériás megjelenés, valamint a rák típusáról olvashatunk. Ezen adatokat láthatjuk összehasonlítva férfi és nő, azután kor szerinti összehasonlításban. A resectiós készítmények elemzésekor még több szempontból vizsgálják, viszonyítják, összehasonlítják, vonatkoztatják az adatokat, majd a rengeteg számadatot „megemésztve" végkövetkeztetést írnak. A félezres és másfél ezres betegtömeg adata általában az általunk is jól ismert arányokat mutatja. Ez a rész egyébként egyfolytában végig sem olvasható, hiszen fárasztó is, terjedelmes is, és mire az ember a közepénél tart, elfelejtette az elejét. Alig haladtunk túl ezen a részleten, következik az, amelyik elmondja a tüdőrák gyakori előfordulását Japántól Wales-ig és Kubától a Fokföldig, mindezt összehasonlítva más szervek rákjával, ismét egybevetve a típusokkal és a halálozási mennyiséggel. További 6 táblázat és grafikon a nemek szerinti megoszlást ismerteti, de nem csupán egyszerűen, hanem évjárat szerint is. A legfiatalabbak tüdőrákját ismerhetjük meg 29 szerző adataiból. A legfiatalabb tüdőrákos egyén 1 éves és 4 hónapos leány volt. A legidősebb korban, a 81 évesek és idősebbek közül, 177 rákos betegből csupán 14 hörgőrákosat találtak. A faji és földrajzi helyzet vonatkozásairól is olvashatunk, de ez a rész nem kelti fel érdeklődésünket. Az állatokban előforduló hörgőrák fejezete nagyon figyelemre méltó, mert megtudhatjuk belőle, hogy a leggyakoribb a szarvasmarhában; a hörgőadenoma viszont a juhban. Nem észleltek ellenben hörgőrákot a disznóban. A histopathologiáról, ezeken a lapokon alig olvashatunk, úgy tűnik, mintha csupán néhány klinikus szólna hozzánk. A pathologus és klinikus közötti „team work" eredményes összmunkája kitűnően érvényesül. A hörgőrák keletkezéséről szóló részben a cigaretta szerepe 24 oldalt tölt meg. Olyan, mintha hygienikus fogalmazta volna. Sok adat szerepel benne, még inhalatiós spectrum is van benne. Száraz adathalmaza dacára érdekes olvasmány, figyelemre méltó megállapításokkal. Semmivel sem marad el mögötte a következő 25 oldal mondanivalója sem, mely a levegő szennyezettségének szerepéről, majd az ipari ártalmakról szól. A foglalkozások rovatában a régen ismert exponáltak között már szerepelnek a pesticideket gyártó és azokat permetező egyének is. Az idült gyulladás talaján történő keletkezésről és a hegek szerepéről, a silicosis ilyen természetű jelentőségéről 20—25 szerző különböző megállapításának adatait dolgozzák fel, azokat elemzik, összehasonlítják, nem cáfolják, csupán közlik. A néhány szoros végkövetkeztetésben viszont újabb dolgokat nem közölnek, ezért az olvasó a véleményét maga alkothatja meg. Az is biztos, hogy a szerzők véleménye általában a nevesebb világirodalmi adatokkal teljesen egybehangzó.

A „Metastasis" című rész a mi szakembereink részére sem mond újat. Érdekes leírást, véleményt tartalmaz viszont a „metastasis-

syndrom" és a „paraneoplastisches-syndrom" néhány oldala. Ez az *Uehlinger* által leírt és összefoglalt jelenség, különböző megjelenési formáival, így a metacarcinomás neuropathiával, a paraneoplasticus myopathiaval stb. érdeklődésre tarthat számot, mert a hazai irodalomban alig találkozunk tanulmányozásával. A hörgőrák cytologiai kórismézéről is olvashatunk egy rövidebb részt. Foglalkoznak még a halálos és súlyos tüdővérzésekkel, elemzik azok okát és gyakoriságát. Aránylag szerény terjedelmet, 26 oldalt szentelnek a vegyes tüdődaganatoknak (carcinoma-sarkoma). A sarkomák fejezetében is legtöbb hely a lymphosarkomának jut. A szöveges rész a tüdő lymphogranulomájának tárgyalásával fejeződik be.

A könyv legvégén található a témakör szerint, az irodalmi adatok felsorolása, majd a szerzők névmutatója, és ezt követi a tárgymutató. Ezeket a részeket olvasás közben is nagyon sokat forgattam. Hibát bennük nem találtam. Ez a szerzők, a szerkesztők és a nyomda rendkívül precíz munkáját dicséri. A könyv kiállítása, a képek tisztasága, a betűk „csillogása" a szép papíron, az általunk régen ismert könyvkiadót dicséri. A könyv ugyan nem „könyv", hanem lexikon, adattár, a tárgykörben nélkülözhetetlen vezérfonal. Irodalmi adattömeg okos, alapos elemzése. Nem olvasmányos, csupán tanulmányozható.

Kölcsön sem adható, mert a nap bármelyik időszakában szükség lehet rá. Pathológus, klinikus és hygienikus részére ajánlható. Legyen ott az íróasztalon mindaddig, míg egy hasonló, újabb nem követi.

Schnitzler József dr.

Spock Benjamin: Csecsemőgondozás, gyermekgondozás. (Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1970).

Ha idegen nyelvből fordított felvilágosító-oktató gyermekgyógyászati tárgyú munkát olvasunk, azonnal felmerül a kérdés: szükséges, vagy legalább érdemes-e ilyen tárgyú munkát magyarra átültetni akkor, amidőn a hazai pediátriának annyi kiváló, sőt számos világszerte ismert képviselője van? Ha azonban számításba vesszük az ilyen tárgyú, korszerű, hazai szerzők által írt munkát, köztük elsősorban Péter Emma főorvosasszony 0—3 éves korúakkal foglalkozó somatopsychés szemléletű, kiemelkedő értékű műveit — azonnal észrevehetővé fog válni, hogy *összefoglaló, a gyermek és serdülőkor egészét, minden jellemző fejlődési szakaszát felölelő, a somato-psychés egység elvét messzemenően respektáló* mű, felvilágosító hazai irodalmunkban — de ha a nagy, világszerte kiváltott kedvező visszhangra is tekintettel vagyunk — a hasonló jellegű alkotások között az egész világon is „hiánycikket" jelentett. Tulajdonképpen ezen nem csodálkozhatunk. Rendkívül nehéz ugyanis megtalálni a helyes középutat a túl kevés és túl sok, a túl tudományos, vagy a túl keveset nyújtó vulgarizáló „népszerűsítés" között. A legtöbb szerző tanácsait csak bizonyos életkorokra limitálta (csecsemőkisded v. serdülőkor) mások csupán gondozási kérdésekre szorítkoztak, vagy ha belementek a pathologiába is, itt olyan részletekre is kiterjeszkedtek, amelyek már nem tartoztak a laikus környezetre, csak az egészségügy szakmai művelőire. A határvonalat a szülő és az orvos ténykedési területe között gyakran bizonytalanul vagy nem megfelelő elosztásban vonták meg — az eredmény nem egyszer tudálékos laikus, esetleg túlféltett hypochonder gyermek lett. Az a körülmény, hogy a megjelent különböző művekben más és más szerző írta meg a különböző életkorokra, fejlődési szakaszokra vonatkozó tudnivalókat, okozta, hogy az egyénileg különböző szemléleti szempontoknak megfelelően — azok gyakran ellentmondásos irányításokat tartalmaztak.

Ennek volt a hatása az is, hogy különösen psychologiai téren — gyakran bizonyos egyoldalúság és olyan követelmények is érezhetők voltak, amelyek a mindennapi gyakorlatban — a gyermekeket környezetével egységben értékelő gyermekorvos számára — megvalósíthatatlannak bizonyultak.

Ilyen és más hasonló, sokoldalú követelménynek kellett eleget tennie annak, aki valóban hasznos, követendő tanácsadó akart lenni. További követelmény volt emellett: legyen kiváló elméleti és gyakorlati képzettségű, jó stiliszta, érzékeny, melegszívű, együttérző és nem egyszer finomhumorú ember is...

Nos, ennyi mindennek nehéz megfelelni, de meg kell, hogy mondjuk: a nagy feladatnak Spock doktor nagymértékben eleget tesz.

Könyve 27 szakaszra és ezen belül 739 „pont"-ra oszlik. 14 szakasz foglalkozik a csecsemő gondozásával és házi ápolásával, mindenkor a somatopsychés, egységes szemlélet alapján. Az egyes szakaszok címüknek megfelelő 2—10 kérdést érintenek, (ezeket nevezi a szerző pontoknak). Sorra kerül a szülők és a családi kör egyes tagjainak szerepe a csecsemő érzelmi és értelmi világának kialakításában. Finom és világosan érthető módon mutat rá a gyermek és környezete, elsősorban a gyermek-szülő viszonyra, az ott felmerülő érzelmi, magatartási és pedagógiai problémák eredetére, lényegére, és a konfliktusszituációk megoldásának legtermészetesebb módjára.

Sorra kerülnek a csecsemőgondozással kapcsolatos felszerelés, a ruházat, a gyermekorvosi és védőnői ellátás, sőt az esetleg szükségessé vált kórházbavitel esetén felmerülő kérdések.

A szerző, ellentétben sok amerikai kartársával, meggyőződéses híve az anyatejes táplálásnak, elsősorban a szoptatásnak, az idetartozó tudnivalókat részletesen és gyakorlati módon tárgyalja. Világos, egyszerű tanácsokat ad a mindennapi gondozásra, a bélműködés észszerű ellenőrzésére. Sorra kerülnek az oltásokkal kapcsolatos tudnivalók. A kóros jelenségek közül a hasmenések, különböző bőrjelenségek, a szájüreg és a szem leggyakoribb megbetegedései, az újszülöttek emlőlobja, a leggyakoribb légzési zavarok, ideges tünetek ismertetése és értékelése. Ujjszopás, cucli, stereotyp mozgások, a fogzás — a szobatisztaságra nevelés józan, világos, de nem sekélyes leírását a kapcsolatos tanácsok követik, melyek a szakember számára is élvezetes és érdekes olvasmányul szolgálhatnak

5 szakaszt a totyogós (1—2 éves) korúaknak szentel. Külön-külön vázolja az 1—2 évesek „lelki világát" úgy, ahogy az a magatartásukban, beszédjükben, cselekedeteikben a figyelmes laikus előtt is megnyilvánulhat, egyúttal hasznos tanácsokat ad a környezet adäquat reakciójára.

Felhívja a figyelmet a kisded egyes, az élettani funkciókkal (táplálkozás, alvás stb.) kapcsolatos szokásainak, nem egyszer a környezet előtt érthetetlennek tűnő, hirtelen változásaira. Szépen fejtegeti a helyes gyermekgondozás egyik Achilles sarkának, az „ételek és étkezések" kérdésével összefüggő minőségi és mennyiségi tudnivalókat, valamint a környezet helyes magatartását az „étvágy" kérdésével kapcsolatban örökösen visszatérő szülői aggályokat illetően. Kitér az életkor speciális nevelési kérdéseire („düh és dackorszak") az ilyenkor időnként robbanásszerűen megnyilvánuló versengés és féltékenység már-már kórosnak imponáló jelenségeire. Nem feledkezik meg az „élettani dadogás" és a körömrágás okozta panaszokról sem. Dicséretesen találó és érdekes az óvodáskorú értelmi és érzelmi világának szeretetteljes megértő rajza, mely 15 szakaszt foglal magában. Itt kerül szóba — igen józan megítélés mellett — a fiatalok maszturbációja, továbbá az óvodában felmerülő, leggyakoribb, vitákra okot adó szituációk.

3 szakasz tárgyalja a 6—14 éves korúakkal kapcsolatos legfontosabb problémákat, és a pubertas jellemző testi-lelki változásait, válságait és az általuk kiváltott nem mindig kedvező és helyeselhető környezeti reakciókat.

A következő 4 szakasz főleg már a pathológiába áthajló vagy már oda is tartozó kérdésekkel foglalkozik. Ilyenek: a sovány, a kövér gyermek, a rejtett heréjűség, egyes hormonzavarok, helytelen testtartás stb. A „betegségek" címszó alatti szakaszt a láz, a legfontosabb ápolási ténykedések, a bete-

gek étrendje, az allergiák, a leggyakoribb fertőző kórok, idegrendszeri görcsök, hasfájások, rosszullétek, hüvelyi folyás, sérv és vízsérv tölti be, miközben a szülők számára ajánlatos tudnivalókat mindig józan mértékkel és avval a céllal adagolja, hogy *szülő és orvos harmonikus együttműködését elősegítse, biztosítsa.* Érdekes az elsősegélynyújtás tömör szakasza és a zárószakasz, amely még néhány különleges problémát tárgyal: utazás a gyermekkel, koraszülöttség, Rh.-faktor, elvált szülők, dolgozó anya, az apa nélkül felnevelődő gyermek kérdései. A fogyatékos gyermekkel kapcsolatos, szeretetteljes tanácsokkal, valamint az örökbefogadások esetén ajánlatos tudnivalókkal és szempontokkal zárul ez a nagyon szép, nagyon hasznos könyv.

Úgy érezzük, hogy a könyv helyes értékeléséhez, emberséges, finom, rejtett, meleg mosolyú humorral, az *átélt* orvoslás minden szép, élettel teli megfigyelésével gazdag anyagának ismertetéséhez kívánatos volna, hogy mutatóul szószerinti idézeteket is bemutassunk, ám akkor az idéznivalók maguk kis könyvecskét tennének ki. Annyit azonban megállapíthatunk, hogy itt az ideális gyermekorvos szól a szülőkhöz, a pedagógusokhoz, a gyermekpsychologusokhoz, a gyermekek gondozásával, ápolásával foglalkozó egészségügyi dolgozókhoz, akinek a szavát ha megszívlelik, lelki beállítottságát elsajátítják, maguk is helytálló útmutatói lesznek az új generációk felnevelésében az ideális somato-psychés irányításnak.

Külön ki kell emelnünk a fordítás kiváló magyarságát. Úgy érezzük, mintha a könyv magyarul született volna és ez kétségtelenül a fordító Vitray Tamásné érdeme.

Különböző kérdéseknek a hazai viszonyokra való átdolgozása, Kádár András munkája is jól sikerült és megfelelően tükrözi az érintett eltérésekben a magyar pediátria korszerűen kialakított álláspontját.

Kedves illusztrációk gazdagítják a könyvet, mely a Medicina gondozásában, szép papíron, szép nyomással jelent meg. Alacsony ára — eszmei értékei mellett, elő fogja segíteni megérdemelt és kívánatos terjedését. Ez az alacsony ár talán részben az itt-ott felbukkanó hirdetések segítségével vált lehetővé és bár ez a kiállítás szépségét nem emeli, de felhasználásukat legalábbis érthetővé teszi.

Úgy érezzük, Benjamin Spock doktor könyvével felvilágosító gyermekgyógyászati irodalmunk komoly értékkel gyarapodott.

Kapus Gyula dr.

Mehnert és Förster: Anyagcserebetegségek. Biochemia és klinikum. G. Thieme, Stuttgart, 1970.

E könyv írói — belgyógyász és biochemikus — bevezetőként felteszik a kérdést (melyet elsősorban önmaguknak tettek fel a könyv írásakor): mit tartsunk anyagcserebetegségnek? Másképp fogalmazva: létezik-e egyáltalában olyan betegség, mely az „anyagcserét" nem érinti? Szerzők úgy döntöttek, hogy a klasszikus értelemben vett anyagcsere-betegségekkel foglalkoznak; a könyv gerincét a szénhydrát-anyagcsere képezi, hangsúlyos téma a diabetes mellitus, ehhez kapcsolódik az elhízás és lesoványodás kórélettana és klinikuma, majd röviden a ritkább kórképek.

Az első 95 oldal biochemiai folyamatokat ismertet, részletesen foglalkozik a szénhydrátok, fehérjék, zsírok felszívódási viszonyaival, a lebontás, átépítés, synthesis és hasznosítási folyamatokkal. A purin-, pyrimidin- és porphyrinanyagcsere mint alapvető biochemiai építőkövek — részletes tanulmány tárgyát képezik.

A második részben a helyes táplálkozás és dietetika alapelvei következnek. E fejezetben az alaptápanyagokon kívül a vitaminokkal és ásványi sókkal klinikai szempontból foglalkozik, majd a parenteralis táplálás helyes összetételével foglalkozik részletekbe menően. A parenteralis táplálás helyes összetétele, a napi kalória-, elektrolyt- és folyadékszükséglet szempontjából, hogy teljes vagy kiegészítő táplálásról van-e szó, hogy előreláthatólag mennyi ideig lesz szükség parenteralis táplálásra és a legfontosabb, hogy milyen betegség, milyen állapot teszi szükségessé a parenteralis táplálást.

A harmadik rész a gyakorian előforduló, ill. „klasszikus" anyagcsere-betegségekkel foglalkozik. Legnagyobb teret a cukorbajnak szenteli, mintegy 120 oldalt. E fejezetben teljességre törekszik a könyv klinikus szerzője (ki mint „diabetológus" nemzetközi hírnévnek örvend — *Ref.*).

Pathogenesis, tünettan, szövődmények, therapia, az insulin szerkezetétől hatásmechanizmusáig, a diabetesesek szociális problémái, modern szemléletben tükrözi a lényeget és részleteket egyaránt. Az elhízás, kóros soványság és köszvény egészítik ki — rövidebbre fogva — e fejezetet.

A következő rész a ritkábban előforduló anyagcsere-betegségekkel foglalkozik. Az itt tárgyalt kórképekkel röviden foglalkozik, de teljességre törekvést jelent, hogy valamennyi — ha csak egyszer is — leírt syndromának is figyelmet szentel.

Az utolsó rész az endokrin mirigyek kóros működése következtében kifejlődött anyagcsere-anomáliákkal foglalkozik.

Méltó befejezése a könyvnek a táblázatsorozat, melynek alapján a kalóriaérték és tápanyagszükséglet nemek, testmagasság és testsúly szerint könnyen megállapítható. Külön táblázatok szolgálnak a cukorbetegek részére.

Szűcs Zsuzsanna dr.

MEGJELENT

MAGYAR SEBÉSZET

1971. 2. szám

Rubányi Pál, Keltai Pál, Berentey György, Ujj Miklós, Darvas Katalin: A thrombo-embólia megelőzése a geriatriai sebészetben.

Kiss Tibor, Bartos Gábor, Mayer Ferenc, Tóth Károly, Horváth László, Sinkó Ottó: Eversiós thrombendarterectomia.

Szabó György, Hajdu Zoltán: A selectív vagotomia és antrectomia helye az ulcus duodeni és az ulcus ventriculi sebészeti gyógyításában.

Mezey Károly, Bodnár Ákos: Korai tapasztalataink vagotomiával és drainage-műtéttel patkóbélfekélyes betegek kezelésében.

Zsebők Zoltán, Szlávy László: A célzott arteriographiás vizsgálat értéke a vesesérülések kórismézésében.

Helmuth Pothe: Indicatio és műtéti technika hypophysis-daganatok esetében.

Krisár Z., Kotsis L., Dobjánschy A., Savulescu I. H., Rosenberg, T.: Manualis antiperistaltikus evacuatio. (Új eljárás az ileus kezelésében).

Faller József, Szécsény Andor, Végh György: Antibiotikus máj-perfusio többszörös májtályogok kezelésében.

Kovalkovits István, Halmos Péter, Fülöp Béla: Öngyilkosok nyílt gégesérülése.

Nagy Ágnes: Rheomacrodexszel szerzett tapasztalatok gyermekkori végtagfagyás esetében.

Pontyos Ödön, Puskás Erzsébet: Haemobilia trauma nélkül.

Rácz István: Dacron érprotezis beépítésével végzett hepaticojejunostomiás anastomisis.

Veszprémi Ervin, Pintér József, Váradi Ernő, Szporny Gyula: A Gregoir-plasztika jelentősége a vesicoureteralis reflux megszüntetésében.

Faludi Jenő: A pyelonephritis aposthematosa therapiájához.

Asztalos Béla: Arteria renalis-aneurisma esete.

Villányi György, Gombosi Katalin: Vesefejlődési rendellenességek, hólyagpapilloma és prostata-hypertrophia együttes előfordulása.

Szabó Vilmos, Magasi Péter: Ureter-követ utánzó papilloma.

Corradi Gyula: Elsődleges ondóhólyagrák.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1971. 5. szám

Orthmayr Alajos dr. 1917—1971.

Mária Béla dr.: Búcsú Orthmayr Alajos dr.-tól.

Hullay József dr., Velok Gyula dr., Gombi Róza dr., Roczán Gábor dr.: Az aneurysma sebészi ellátásának kérdése.

Gosztonyi György dr.: Az electrogenesis ultrastructuralis tényezői.

Medicina könyvismertetése.

HÍREK

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ösztöndíjával történő tanulmányutakra.

Az Egészségügyi Minisztérium pályázatot hirdet az Egészségügyi Világszervezet ösztöndíjával történő külföldi tanulmányutakra 1972. évben az alábbi témakörökben:

1. Vörösvérsejt struktúra és funkció összefüggéseinek kutatása (különös tekintettel a hosszú lejáratú vérkonzerválási módszerek bevezetésére).
2. A szelektív coronarographia módszereinek megismerése és begyakorlása.
3. Elektronikus számítógépek alkalmazása az egészségügyben (szervezés, diagnosztika, kutatás, egészségügyi berendezések automatizálása).
4. A környezetben előforduló biológiailag aktív anyagok higiénés ártalmainak vizsgálata.
5. A munka differenciálódásának kérdései az egészségügy területén.
6. Plazma frakcionálással (Gamma-globulin és szérum-albumin előállítás) kapcsolatos új tudományos és technológiai tapasztalatok átvétele a hazai plazma-frakcionálás tökéletesítése érdekében.
7. Kémiai standardok kiválasztásának vizsgálatai, módszerei.
8. Antibiotikumok standardizálása.
9. Neonatológia.
10. Fogyatékos gyermekek szervezett (intézményen belüli) ellátása.
11. Microchirurgia (fülészeti, idegsebészeti, érsebészeti, szemészeti alkalmazás).

A pályázó kérvényében jelölje meg azt az intézményt és országot, ahol tanulmányait folytatni kívánja és az időtartamot, amennyi a téma elsajátításához szükséges. Elsősorban olyan személyek pályázzanak, akik a tanulmányozandó témából Magyarországon már mindazt elsajátították, amit megismerni lehetséges.

Jelentkezési korhatár: 55 év, angol, francia, vagy német nyelv alapos ismerete elsőrendű követelmény.

A pályázathoz szükséges beadványok:

a) részletes önéletrajz 8 példányban,

b) a munkahely vezetőjének, személyzeti osztályának és pártszervezetének javaslata (a két, 4 részes adatszolgáltató lapon: OÖT és Eü. Min.),

c) Eü. Min. adatszolgáltató lap (4 részes),

d) Országos Ösztöndíj Tanács adatszolgáltató lap (4 részes),

e) Tudományos életrajz 5 példányban,

f) Részletes munkaterv 5 példányban,

g) Megjelent közlemények jegyzéke 5 példányban,

h) Nyelvkészségről szóló igazolás 1 példányban (fotokópia),

i) 10 db 6 × 4 cm szabályos útlevélfénykép,

j) Orvosi igazolás.

A kellően felszerelt kérvényeket szolgálati úton kérjük 1971. augusztus 15-ig az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályának (Budapest, V., Akadémia u. 10.) megküldeni.

Megjelent új Medicina kiadványok:

Szakiskolai tankönyvek:

Pázmányi György—Tóth Pál: Fogorvosi asszisztensek tankönyve, 2. kiadás, 66,— Ft.

Tamás Gyula—Ujváry György: Fizika, kémia, 2. kiadás, 16,— Ft.

Dobszay László (szerk): A beteg gyermek I—II., 2. kiadás, 145,— Ft.

Monográfiák:

Kemény Imre: Fogpótlástan, 91,— Ft.

Weszprémi István: Magyarország és Erdély orvosainak rövid életrajza, IV. kötet, egész vászonkötésben 112,— Ft, félbőr-kötésben 143,— Ft.

Helyreigazítás: Lapunk 21. számának 1255. oldalán az Eü. Min. Tájékoztatójában hibás adat szerepelt. A helyes adatok a következők: *Fül-Orr-Gégészet.* Az arcideg- és fültőmirigy sebészete. Székely Tamás dr. (Pest megyei Semmelweis Kórház).

MEGJELENT

FÜL-, ORR-, GÉGEGYÓGYÁSZAT

1971. 2. szám

Bodó György dr.: Gégesérültek ellátásában szerzett tapasztalataink.

Rózsa Imre dr., Kovács Ferenc dr., Orawetz Ottó dr.: Felső légúti extramedullaris plasmocytomák.

Csáthi Anna dr. és Székely Tamás dr.: A nervus vagus neurinomája.

Varga Győző dr.: A tensor tympani reflex a klinikai audiológiában.

Faragó László dr. és Döbrössy Lajos dr.: A cytodiagnostica értéke a fül-orr-gégészeti gyakorlatban.

Tolnay Sándor dr. és Horváth Jánosné dr.: Audiometriás szűrővizsgálatok Kazincbarcika város általános iskoláiban.

Élő János dr.: Corticosteroidok a fül-orr-gége osztályos betegek kezelésében.

Huszár László dr.: Reversibilis végkészülék-laesio.

Alleram Rezső dr.: Különleges cholesteatoma esete.

Pap Uzonka dr., Nemes Zoltán dr., Jakab Tamás dr.: Az intubatiós granulómákról egy histológiailag érdekes esetünk kapcsán.

Szabó Elemér dr.: Tuba-szellőzés biztosítása ambulánsan kezelt gyermekbetegeinken.

Völgyesi János dr. és Ambrózy László dr.: Gyermekkorban végzett tonsillectomia Epontol-narcosisban.

Várady Béla dr. és Kanizsai Judit dr.: Epontol-narcosissal nyert tapasztalatunk tonsillectomiánál és adenotomiánál.

Könyvismertetés.

Folyóiratszemle.

TUBERKULÓZIS ÉS TÜDŐBETEGSÉGEK

1971. 5. szám

Fauszt Imre: Időskorú — 70—89 éves — tüdőgümőkóros betegeink.

Szűcs Sándor, Nyiredy Géza, Keszler Pál: A tüdő érrendellenességei.

Mészáros György, Kertes István, Nagy Mária: A hörgő gyulladásos granulomája.

Háber József, Kishindi Kiss Katalin, Pál István, Simon Zoltán, Zibotics Hilda, Horváth Rózsa: Ventilációs vizsgálatok, különös tekintettel a bányászok krónikus bronchitisére.

Fehérvári Ervin: A tüdőmalignoma legkorábbi rtg-jeleinek vizsgálata ernyőfényképezéssel és a differenciáldiagnosztikus tumorgondozás.

Mészáros Lajos, Benke Zsuzsanna, Horváth Gabriella: Protektív „Multergán"-hatás összehasonlító vizsgálata légzési betegeken.

Balázs István, Mucsi Ottó: A felnőttkori intestinalis tuberkulózis atypusos megjelenésű esete.

Hírek.

MAGYAR RADIOLOGIA

1971. 3. szám

Révész László dr.: A sugársérülés cellularis reparatiója és a dosis-fractionálás a daganatok sugárkezelésében.

Szollár Judit dr.: Sugárzás hatására létrejött emberi chromosoma mutatóik.

Szálvy László dr.: A célzott vese-angiographiás vizsgálat értéke a mindennapi gyakorlatban.

Sz. Fábián Magdolna dr., V. Fehér Ilona dr. és Szávai Judit dr.: A pyeloureteralis határ fejlődési rendellenességei.

Kopcsányi Zsuzsanna dr.: Új eljárás gyomor-parietographiás vizsgálatára.

Barton Attila dr. és Svastits Egon dr.: A pneumomyelographia értéke az intrathoracalis meningocele röntgenvizsgálatában.

Szegszárdy Tamás dr.: Az intervertebralis vacuum-phaenomen és diagnostikus értéke.

Kovács József dr.: Márvány-betegség enyhe alakja.

Albert Sándor dr.: Súlyos szövődményeket okozó óriás bélsárkő a sigmában.

Könyvismertetés.

Tudományos gyűlések.

Főtitkári beszámoló.

MEGJELENT

ALKOHOLÓGIA

1970. 1—2. szám

Kardos György dr. és Balázs-Piri Tamás dr.: A kényszerelvonó kezelés jelen formáiról és „kilátásairól" (I.).

Bálint István dr.: Néhány probléma a NET 1966. évi 27. Tvr., a 6/1966. Eü. M. sz. rendelet végrehajtásával kapcsolatban.

Buda Béla dr.: Az alkoholizmus szociálpszichiátriai vizsgálata.

Voith László dr.: Az alkoholos szívizomkárosodásról. (Összefoglaló tájékoztató a szakirodalomból.)

Nyárádi Éva dr.: A klubtherápia jelentősége az alkoholista beteg utógondozásában.

Boczán János dr.: Regisztráló módszereink az idült alkoholizmus szociopszicho-therápiájában.

Boór Károly: Alkoholmentes italok fogyasztásának helyzete és várható fejlődése.

Rácz György dr.: A Legfelsőbb Bíróság elvi állásfoglalása az abortiv pathológiás részegségről.

Orthmayr Alajos dr.: Beszámoló a XVI. Nemzetközi Alkoholizmus Elleni Konferenciáról (Lausanne).

Bölcs Béla dr.: Beszámoló a XVI. Nemzetközi Toxicomania Elleni Konferenciáról (Lausanne).

Nagy György: Beszámoló az Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság üléséről.

1970. 3—4. szám

D. J. Pittman dr.: Az ivás és drogfogyasztás transkulturális aspektusai.

Boór Károly: Az alkoholizmus népgazdasági kárai.

Rácz György dr.: A Legfelsőbb Bíróság kényszerelvonó kezeléssel kapcsolatos iránymutatásai.

Müller Erzsébet dr.: Az alkoholisták gyógykezelésének néhány igazgatási problémája.

Kardos György dr.: Klinikai, pszichológiai és szociológiai vizsgálatok az alkoholizmus betegségnek a szokásos és szimptomás abuzusoktól való elkülönítésére.

Levendel László dr.: Az alkoholista betegek osztályozása gondozásuk szempontjából.

Andorka Rudolf dr., Cseh-Szombathy László: Az alkoholizmus szociológiai vizsgálatának módszertani problémái.

1971. 1. szám

M. M. Gross és munkatársai: Akut alkoholelvonási syndromák klinikai tüneteinek faktoranalitikai vizsgálata.

Buda Béla dr., G. Kiss Judit: A TAT teszt alkalmazási lehetőségei az alkoholizmus szociológiai kutatásában.

Hegedüs T. András: Hány alkoholizmus van?

Liszt István dr.: Adatok az üzemek mentálhigiénés helyzetéről.

Veres Pál dr.: Az alkoholizmus elleni küzdelem a napilapokban.

Bálint István dr.: Beszámoló a III. Nemzetközi Szociálpszichiátriai Kongresszus alkoholizmus-problematikával foglalkozó előadásairól.

OMSZÖV tájékoztató

Szövetkezetünk elektronikus és mechanikus vizsgáló- és kezelőkészülékeket gyárt **korszerű kivitelben**

Főbb gyártmányaink: ultrahangos
ingerterápiás
Galván—Farad
endoscop-kausztikai készülékek
gennyszívók
vérnyomásmérők stb.

Készülékeink hazai forgalmát az OMKER, exportját a MEDICOR bonyolítja

ÁLLANDÓ ÁRUBEMUTATÓ

Címünk: ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET
Budapest VIII., Rákóczi út 71.

TAVEGYL

TABLETTA

1 tabletta 1 mg 1-methyl-2-(2)-alfa-methyl-p-chlordiphenyl-methyloxy-(aethyl)-pyrrolidin hatóanyagot tartalmaz hydrogenfumarat só alakjában.

SPECIFIKUS ÉS SZELEKTÍV HATÁSÚ HISTAMIN-ANTAGONISTA, EXSUDATIO- ÉS OEDEMAGÁTLÓ HATÁSÚ KÉSZÍTMÉNY, HATÁSA TARTÓS; 8 ÓRÁS THERÁPIÁS SZINTET BIZTOSÍT.

Gyakorlatilag mellékhatásmentes, a többi antihistaminnal ellentétben alig van sedáló hatása.

JAVALLATOK:

Felsőlégúti allergiás megbetegedések; acut és chronicus urticaria, pruritus; allergiás bőrmegbetegedések; acut és chronicus ekzemák therapiájában adjuvánsként.

Szokásos adagja felnőtteknek reggel és este 1–1 tabletta. A napi adag szükség esetén 3–4 tablettára is emelhető. Gyermekeknek 6–12 éves korig reggel és este $^1/_2$–$^1/_2$ tabletta adható.

Érzékeny egyéneknél nagyobb adagok alkalmazása esetén fáradtság, somnolentia, fejfájás, vertigo, nausea, enyhe gyomorpanaszok, szájszárazság, obstipatio jelentkezhet.

FIGYELMEZTETÉS: gépkocsivezetők, magasban vagy veszélyes gépeknél dolgozók csak orvosi ellenőrzés mellett szedhetik.

TAVEGYL KÚRA ALATT ALKOHOLT FOGYASZTANI TILOS!

Rendelhetőségéről a „Tájékoztató" c. kézikönyv nyújt felvilágosítást.

20 tabl.	66,20 Ft
200 tabl.	638,– Ft

Egyt **GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST**

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(282/a)

Az 1972-ben megnyitásra kerülő ajkai kórházban 1972. január 1-i hatállyal kinevezendő alábbi **főorvosi állásokra** pályázatot hirdetek:

2 belgyógyász főorvosi,
1 traumatológus,
1 ideggyógyász,
1 szülész-nőgyógyász,
1 fül-orr-gégész,
1 gyermekgyógyász,
1 bőrgyógyász,
1 szemész,
1 laboratóriumi,
1 anaesthesiológus,
1 kórboncnok,
1 rtg,
1 vérellátó,
1 főgyógyszerész.

Valamennyi **főorvosi** állás kulcsszáma E 109 — a **főgyógyszerészi** E. 194.

A pályázat benyújtásának határideje a megjelenéstől számított hat hét, lakást megállapodás szerint biztosítunk.

A szabályosan felszerelt pályázati kérelmeket az ajkai Városi Tanács V. B. Egészségügyi Csoport vezetőjéhez kell benyújtani.

Patat Pál dr.
városi főorvos

(283/a)

Mátészalkai Járási Kórház igazgató-főorvosa (Mátészalka, Sallai I. u. 2.) pályázatot hirdet a gyermekosztályon július 15-re E 113 kulcsszámú **segédorvosi** állásra. Illetmény kulcsszám szerint. Mellékállást tudunk biztosítani. Összkomfortos lakás a kórházban.

Csiszár Gusztáv dr.
igazgató-főorvos

(291)

A Békéscsabai Városi Tanács Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a Kórház intenzív osztályán E 112 ksz. **segédorvos belgyógyász szakképesítéssel állásra.** Illetmény kulcsszámnak megfelelően.

A pályázatot a kórház igazgatójához kell benyújtani.

Piritvi Károly dr.
kórházigazgató

(292)

A Fővárosi XXI. ker. Tanács V. B. Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a kórház sebészeti osztályán nyugdíjazás folytán megüresedő E 109 kulcsszámú **sebész osztályvezető főorvosi állásra.**

A 135/1955. (Eü. K. 10.) Eü. M. utasításban előírt mellékletekkel szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmet a közzétételtől számított 15 napon belül a XXI. ker. Kórház igazgató-főorvosához (Bp., XXI. ker. Déli u. 11.) kell benyújtani. Közszolgálatban álló orvosok pályázatukat, alkalmazó hatóságok útján adják be.

Kantzler Endre dr.
kórházigazgató-főorvos

(293)

Zala Megyei Tanács I. sz. Kórházának igazgató-főorvosa (Zalaegerszeg, Zrínyi u. 1.) pályázatot hirdet 1 fő E 128 kulcsszámú **kórház-rendelőintézeti szakorvosi állásra** a kórház urológiai osztályán. A szakvizsgához közel álló orvosok is pályázhatnak. Illetmény kulcsszám szerint.

Előzetes megállapodás alapján lakást biztosítunk.

Szilvás Rudolf dr.
kórházigazgató-főorvos

(294)

A Magyar Tudományos Akadémia Központi Hivatala Természettudományi II. (biológiai) Főosztálya pályázatot hirdet a felügyelete alá tartozó Mikrobiológiai Kutatócsoport (Budapest, XII., Pihenő út 1. **igazgatóhelyettesi állásának betöltésére.** Illetménye a 127/1967. (23) MüM sz., illetve a 101/1971. (1—2) MüM sz. utasítás alapján kerül megállapításra.

A kinevezendő igazgatóhelyettes munkakörét, illetőleg hatáskörét az intézet Működési szabályzata tartalmazza.

A pályázathoz csatolni kell:

1. egyetemi végzettséget igazoló oklevelet,
2. tudományos fokozatot igazoló okiratot,
3. az eddigi működés leírását,
4. tudományos munkák felsorolását,
5. önéletrajzot.

A pályázónak legalább 10 éves szakmai gyakorlattal, nemzetközi szakirodalmi munkássággal, tudományszervezési, tudománypolitikai jártassággal kell rendelkeznie.

A pályázatot mellékleteivel együtt a Magyar Tudományos Akadémia Természettudományi II. (biológiai) Főosztályára (Bp., V., Münnich F. u. 7.) a hirdetmény megjelenésétől számított 30 napon belül lehet benyújtani.

Csata Sándor dr.
főosztályvezető

(295)

Budapest Főváros XVII. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztály (Budapest, XVII., Pesti út 165.) vezetője pályázatot hirdet: **körzeti gyermekgyógyász szakorvosi állásra** az E 176 kulcsszámon. Illetmény kulcsszám és az eltöltött szolgálati évek szerint.

Lakást biztosítani nem tudunk.

Deme Mária dr.
osztályvezető főorvos

(296)

Pályázatot hirdetek a Budapest Fővárosi Tanács V. B. László Kórház sebészeti osztályán megüresedett E 109 kulcsszámú **osztályvezető főorvosi** állásra.

A 135/1955. (Eü. K. 10.) Eü. M. utasításban előírt mellékletekkel szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmet a közzétételtől számított 15 napon belül Budapest Fővárosi Tanács V. B. Egészségügyi Főosztályán (V., Városház u. 9—11. II. pav. I. 610.) kell benyújtani. Közszolgálatban álló orvosok pályázatukat alkalmazó hatóságuk útján adják be.

Kazár György dr.
fővárosi vezető főorvos-h

(297)

Pályázatot hirdetek a Főv. Tan. Péterfy S. u. Kórház-Rendelőintézetben áthelyezés folytán megüresedett E 415 kulcsszámú **területi vezető statisztikai főelőadói állásra.**

A pályázathoz statisztikai képesítés és egészségügyi területen szerzett gyakorlat szükséges.

Forgács József dr.
igazgató-főorvos

(298)

A Budapest XI. ker. Szakorvosi Rendelőintézet (XI., Fehérvári u. 12.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet: 1 E 126 kulcsszámú **gégész szakorvosi** állás betöltésére.

Királyhegyi Róbert dr.
rend. int. igazgató-főorvos

(299)

A Budapest XI. ker. Szakorvosi Rendelőintézet (Bp., XI. Fehérvári út 12.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 E 126 kulcsszámú **urologus szakorvosi** állás betöltésére.

Királyhegyi Róbert dr.
rend. int. igazgató-főorvos

(300)

A Budapest XI. ker. Szakorvosi Rendelőintézet (Bp., XI. Fehérvári út 12.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 E 126 kulcsszámú **sebész szakorvosi** állás betöltésére.

Királyhegyi Róbert dr.
rend. int. igazgató-főorvos

(301)

Az Országos Onkológiai Intézet igazgató-főorvosa (Budapest, XII., Ráth György u. 5.) pályázatot hirdet 1 fő **anaesthesiológiai** és 1 fő **fül-orr-gége szakorvosi** állásokra. Az anaesthesiológiai állásnál előnyben részesítjük a bronchoscopiai gyakorlattal rendelkezőt. Besorolás és illetmény az új besorolási és fizetési rendelet értelmében szakképesítéstől és a szakmában eltöltött időtől függően. Az állások azonnal betölthetők.

(303)

A IV. ker. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Bp., IV., Dózsa György út 30.) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett E 126-os kulcsszámú **rheuma szakorvosi** állásra. Illetmény besorolás szerint. Az állás azonnal elfoglalható.

Marton Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(304)

A X. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézete igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 2 fő E 138 kulcsszámú **vezető üzemorvos III.** állásra.

A pályázati hirdetményeket a közzétételtől számított 15 napon belül szolgálati út betartásával kérem benyújtani.

Bodnár Ottó dr.
rend. int. igazgató-főorvos

(305)

A parádfürdői Állami Gyógyfürdőkórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 fő E 109 kulcsszámú **belgyógyász osztályvezető főorvosi** állásra.

Az állás 100 ágyas gasztroenterológiai részlegen azonnal elfoglalható.

A pályázó részére 2 szobás, összkomfortos intézeti lakás és kedvezményes élelmezés biztosított.

Pályázatot hirdet ugyancsak 1 fő E 110 kulcsszámú **belgyógyász adjunktusi** állásra. Az állás betöltéséhez belgyógyász szakképesítés és megfelelő szolgálati idő szükséges.

Az állást betöltő részére 2 szobás összkomfortos lakás és kedvezményes élelmezés biztosítva van.

Ugyancsak pályázat útján betölthető 2 fő E 112 kulcsszámú **belgyógyász segédorvosi állás.** Az állásra — megfelelő kulcsszám módosítással — kezdő orvosok is pályázhatnak.

A pályázók részére szolgálati elhelyezés és kedvezményes élelmezés biztosítva van.

(306)

Szolnok Megyei Tüdőbeteg-gyógyintézet igazgató-főorvosa (Szolnok, Vörösciillag u. 32.) pályázatot hirdet 4 fő E 113 kulcsszámú **segédorvosi állásra belgyógyászati osztályon,** továbbá 1 fő E 113 kulcsszámú **segédorvosi állásra sebészeti osztályon,** valamint 1 fő E 113 kulcsszámú **segédorvosi állásra intenzív osztályon (anaesthesiológus).**

Szakvizsgával rendelkezők szakképzettségüknek megfelelő kulcsszámú állásra nyernek kinevezést.

Perényi György dr.
igazgató-főorvos

MEDICOR
BUDAPEST

Sebészorvosok
figyelmébe!

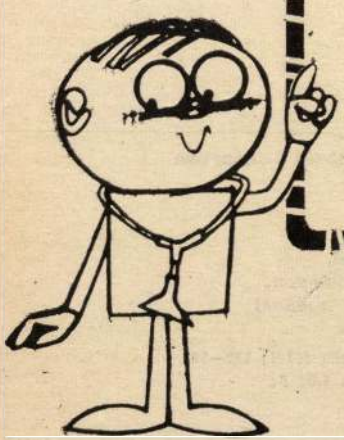
A Medicor atraumatikus sebészeti varrótű olyan egyszer használatos eszköz

- amelynél a fonallal való egyesítés gyárilag történik,
- a tű és a fonal gyakorlatilag azonos keresztmetszetű,
- rendkívül finom heggyel készíthető,
- könnyen nyitható, megbízhatóan steril csomagolású,
- azonnal felhasználható.

A Medicor Művek atraumatikus sebészeti varrótűje az alkalmazott varróanyagokkal együtt megfelel a modern sebészet követelményeinek.

*

Gyártja a Medicor Művek,
Budapest



SEDUXEN INJEKCIÓ

ÖSSZETÉTEL:
1 ampulla (2 ml) 10 mg diazepam.-ot és 4 mg lidocain hydrochloric.-ot tartalmaz.

HATÁS:
A Seduxen a limbicus rendszeren keresztül ható tranquillosedativum, mely főhatása mellett izomrelaxans és anticonvulsiv hatást is kifejt.

JAVALLATOK:
Fokozott psychés feszültséggel, motoros izgalmi állapottal, súlyos szorongással járó megbetegedések. Súlyos hysteriás primitív reactiók.
Status epilepticus. Fokozott izomtónussal és spasticitással járó mozgásszervi megbetegedések.
Tetanus adjuvans kezelése.
Abortus imminens, fenyegető koraszülés, korai burokrepedés.
Terhességi toxicosis: a terhesség 3. hónapja után. Placenta praevia. Szülés kitolási szakasz.
Deliriumok (tremens, toxicus, lázas stb.).

ADAGOLÁS:
A diagnosis, a klinikai kép súlyossága alapján célszerű az adagot esetenként meghatározni.
A kívánt acut hatás elérése után a kezelés per os folytatása célszerű.

ELLENJAVALLAT:
Myasthenia gravis.

FIGYELMEZTETÉS:
A kúra kezdetén esetleg fellépő álmosság az esetek többségében néhány nap alatt spontán megszűnik, az adag csökkentésével pedig minden esetben kiküszöbölhető.
Gépjárművet vezetőknél és magasban dolgozóknál a Seduxen óvatosan adagolandó.
A terhesség első harmadában, más tranquillosedativumokhoz hasonlóan, a készítmény alkalmazása nem ajánlatos.

MEGJEGYZÉS:
A Seduxen injekció más injekcióval közös fecskendőbe a hatóanyagok kicsapódásának lehetősége miatt nem szívható fel.
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.
CSOMAGOLÁS: 5 ampulla, 50 ampulla.

Forgalomba hozza: Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest, X.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató
Telefon: 116—660

MNB egyszámlaszám: 69.915.272—46
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
(KHI. Budapest V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy postautalványon,
a kézbesítőknél, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

Szerkesztőség: Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765
Előfizetési díj egy évre 216,— Ft, negyedévre 54,— Ft, egyes szám ára 4,50 Ft

71.2601 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
FORRAI JENŐ DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

112. ÉVFOLYAM

*

28. SZÁM

*

1971. JÚLIUS 11.

TARTALOMJEGYZÉK

Fleischmann Tamás dr.:
Klinikai cytogenetika: 1968—1969 1623

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Ruzicska Gyula dr. és Szűcs Géza szig. orv.:
Cerclage-műtéttel szerzett tapasztalataink ... 1628

KLINIKO-PHARMAKOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Graber Hedvig dr., Szentmiklósi Péter dr. és Krepuska János dr.:
A Probon^{R} analgetikus hatásának klinikai értékelése 1632

IATROGÉN ÁRTALMAK

Telegdy István dr. és Pintér Gabriella dr.:
Streptomycinnel kezelt betegeink hallásvizsgálata 1638

FOGAMZÁSGÁTLÁS

Oroján I. dr., Ökrös J. dr. és Szereday Z. dr.:
A méhen belüli fogamzásgátló eszköz lokalizálása 1640

RITKA KÓRKÉPEK

Vadász György dr. és Dénes Iván dr.:
Újabb megfigyelések a congenitalis analgesiáról 1642

GERIÁTRIA

Szarvas András dr.:
Összehangolt öreggondozás (Távlati koncepció) 1647

KAZUISZTIKA

Várnai László dr.:
Adatok a Malathion-mérgezés kórbonctanához és kórszövettanához 1651

HORUS
Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Comenius járványokkal foglalkozó könyvéről 1655
R. Bright a földesúri börtönökről 1657
„Gyógytani adomák" az első magyar „Orvosi Napló"-ban 1659
Stanislaw Pron 1660
Nemzetközi kongresszusok 1972-ben 1661

Folyóiratreferátumok 1665
Levelek a szerkesztőhöz 1679
Könyvismertetés 1680
Hírek 1683
Pályázati hirdetmények 1683

DAEDALON

tabletta, végbélkúp

ÖSSZETÉTEL:

1 tabl. 50 mg β-dimethyl-aminoaethyl-benzhydryl-aether-8-chlortheophyllin.-ot;
1 kúp (1,4 g) 100 mg β-dimethyl-aminoaethyl-benzhydryl-aether-8-chlortheophyllin, 100 mg chlorbutanolumot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Légibetegség, és egyéb okokból fennálló (terhesség, uraemia, sugárbetegség, inhalatiós narcosis, labyrinthitis stb.) nausea és hányás. Menière-syndroma.

ADAGOLÁS:

1–2 tabletta vagy 1–2 kúp 4–6 óránként, a beteg állapotától függően. Prophylactikus kinetosis megelőzésére egy órával az utazás megkezdése előtt 1–2 tabletta vagy 1 kúp.

MEGJEGYZÉS:

Tabl. + kúp társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.
Négy tabl. orvosi vény nélkül is kiszolgáltatható.

CSOMAGOLÁS:

10 tabl.	4,60 Ft
100 tabl.	17,80 Ft
10 kúp	9,60 Ft
100 kúp	69,20 Ft

Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest, X.

Szegedi Orvostudományi Egyetem, I. Belklinika
(igazgató: Julesz Miklós dr.)

Klinikai cytogenetika: 1968—1969

Fleischmann Tamás dr.

Közel három éve már, hogy az Orvosi Hetilapban megkíséreltük összefoglalni a humán cytogenetika újabb, a klinikust is érdeklő legszámottevőbb eredményeit. A felsorakoztatott — mennyiségben és minőségben is jelentős — adatok ismeretében megállapíthattuk: „a humán cytogenetika a mai medicina egyik leggyorsabban fejlődő ága" (1). Érvényes-e ez a megállapítás ma is? Vajon töretlen-e a klinikai cytogenetika fejlődése? E nehéz kérdésekre a választ legbiztosabban az elmúlt két esztendő legfontosabb adatainak összefoglalása után adhatjuk meg. A jelen munka ezt a célt szolgálja.

Munkánk gondolatmenete mindenben követni fogja a már említett közleményét. Bár a cytogenetika egyes fejezeteinek különböző mérvű fejlődése indokolhatná a tematika megváltoztatását, a könnyebb tájékozódás érdekében — úgy véljük — helyesebb a beosztás változatlanul hagyása.

Módszerek

Normális karyotypus. A humán chromosoma-analysis módszerei lényegileg változatlanok maradtak. Az említett időszak vizsgálatainak döntő többsége a lassanként már „hagyományos"-nak számító módszerekkel, illetve ezek számos, nem jelentős módosításával történt. Általában a laboratóriumok igyekeznek a jól bevált módszert változatlanul hagyni, ezzel is csökkentve az arteficialis chromosoma-károsodás lehetőségét. A chromosoma-vizsgálat a mai methodikai tudásunkkal is nagyon munkaigényes módszer. Ezért az irodalomban a legutóbbi időben is ajánlanak módosításokat, melyek a munkaidő megrövidítését célozzák (2, 3). Véleményünk szerint ezek a változtatások nem csökkentik jelentősen a munkaigényt, és így az egyes laboratóriumokban már jól bevált módszerek módosítása nem indokolt. Észrevehetően fokozódnak a törekvések az ultrastructura feltárására is (4, 5). Az ilyen jellegű közlemények áttekintésekor a legszembeötlőbb körülmény a módszerek rendkívüli bonyolultsága. Az emberi chromosomák jobb ultrastructurális megismerésének feltétele: használhatóbb módszerek kidolgozása. Az autoradiographiás vizsgálatok ezzel szemben már klinikai szinten is járhatóvá váltak. E helyen elsősorban olyan típusú vizsgálatok említése szükséges, melyek a normális emberi chromosomák pontosabb identificatióját célozzák (6). Feltétlenül előretörnek a chromosoma-vizsgálat automatizálását célzó törekvések is (7). A computerek bevezetését könnyítik meg a normális emberi karyotypuson végzett statisztikai analysisek is (8). Nagyon jelentősek a viszonylag nagy népességen végzett vizsgálatok, melyek populatiós cytogenetika címmel új fejezetét képezik e tudományágnak. Az ilyen jellegű vizsgálat végzésének két lehetősége van: az automatizálás és a szűrőrendszerű, csak 1—3 metaphasisra kiterjedő vizsgálat (9, 10, 11). A normális emberi chromosomákkal kapcsolatban még két jelentősebb kutatási irány említhető meg: intenzíven vizsgálják a meiotikus chromosomák alaktanát, s értékes adatnak látszik e chromosomák centromerére vonatkozó megfigyelés (12). Nagyon jelentősek a különböző normális szerv, illetve szövetféleségen végzett chromosoma-vizsgálatok. Talán a leggyakrabban az endometrium chromosoma-analysiséről olvashatunk (13). Hazai vonatkozásban az ovariumon végzett chromosoma-vizsgálat érdemel említést (14).

Sexuális chromosomák. A humán cytogenetika legrészletesebben feltárt területe. A sexuális chromosomák vizsgálata a legelterjedtebb a klinikai gyakorlatban, s a karyotypus a klinikai diagnosis egyik legnagyobb értékű adata lehet. A korábbi évek igen nagyszámú közlése ellenére, a közelmúltban is csak alig csökkent a kutatók érdeklődése a sexuális chromosomák iránt. Az elmúlt két év alatt kétségtelenül a legnagyobb erőfeszítés az „*XYY-syndroma*" jobb megismerésére irányult. Már a korábbi években felismerték, hogy magas termetű, agresszív bűnözők között viszonylag gyakran észlelhető ilyen sexuális chromosoma-készlet. E betegek sokszor szellemileg is retardáltak. A további vizsgálatok már selectált populatión történtek. A vizsgálatok leggyakoribbak az olyan elmeintézetekben, ahol bűnözőket ápolnak. Sok vizsgálat történt más jellegű büntető intézetben is. A selectiónak legtöbbször két fontos támpontja volt: testmagasság és az elkövetett bűntett agresszív jellege. Bár a vizsgált populatiókban a syndroma gyakorisága változónak bizonyult, ezek a vizsgálatok az alapfeltevést *kétségtelenül* megerősítették, és a syndroma sok értékes jellemzőjét is feltárták (15, 16, 17, 18, 19). A kérdésnek ma már büntetőjogi vonatkozása is van. Az alapkérdés a következő: mivel minden valószínűség szerint örökletes kóros állapotról van szó, felelősségre vonható-e az ilyen sexuális chromosomakészlettel rendelkező bűnöző? Nincs még egyértelműen kialakult állásfoglalás, de a szakemberek többsége a büntethetőséget nem tartja megengedhetőnek (20, 31). Persze, a syndromával kapcsolatos megfigyelések nem teljesen egységesek. Élénken vizsgálják e chromosoma-aberratiót a gyermekkorban. Érthető ez a törekvés, hiszen ilyen megfigyelések közelebb vihetnek egy nagyon fontos kérdés megválaszolásához: megfelelő környezet nevelő hatása megelőzheti-e az agresszivitás kialakulását (21, 22, 23)? Vannak olyan vélemények, hogy a kórképben szereplő legfontosabb klinikai jellemzők csak viszonylagosak, a betegek csak a család többi tagjához viszonyítva magasak, illetve agresszívek (24). Ismeretesek e chromosoma-készlet mosaic változatai is. A mosaicizmusok klinikai képe esetenként változik (25, 26). Viszonylag jelentős az XXYY-készletű betegek száma. Ezek általában agresszívek, és szellemileg is visszamaradottak (27).

Egészséges férfi vizsgálatakor is észleltek XYY karyotypust (28). Hazai vonatkozásban is olvashattunk a kórképről, jogi vonatkozásaiban is (29). Autoradiographiás vizsgálattal a két Y chromosoma DNS-synthesise között lényeges asynchronia mutatható ki (30). Extrém ritkaságú adat a négy Y chromosomáról beszámoló közlés (32). Érdemes néhány szóval említeni a *számfeletti X chromosoma* jelentőségét is. Egészen biztos, hogy az ilyen betegek között gyakori a szellemi retardáltság, és az elmeosztályok ápoltjainak jelentős hányada kerül ki közülük (33). Megfigyelések igazolják azt is, hogy női bűnözők között is viszonylag gyakran fordul elő ilyen chromosoma-anomália (34). Sok új, érdekes adat olvasható az *intersexualismusok* ma is alig áttekinthető területéről. Figyelemre méltó az intersexualismusok *Boczkowski* által ajánlott rendszerezése (35). A vizsgálatok zöme a Turner- és a Klinefelter-syndromában, illetve a különböző típusú hermaphroditismusban történt. Turner-syndromával kapcsolatban alapvető, új felismerés nem született. Újabb ritka mosaicizmusokat derítettek fel (36, 37), és a Turner-syndroma néhány ritka klinikai változatát is megismerhettük. Érdekes az XO karyotypus és a rendszeres menses együttes előfordulása (38). Román szerzők számoltak be Turner-syndromás, XO/XX karyotypusú betegükről, aki ismételten terhes lett, de akinek terhessége mindig spontán abortussal fejeződött be (39). Mások gonadalis dysgenesisben szenvedő betegük súlyos mentális retardáltsága és a chromosoma-vizsgálatkor észlelt acentrikus fragment közötti összefüggés lehetőségére hívják fel a figyelmet (40). Hazai szerzők a kórképpel kapcsolatban elsősorban klinikai jellegű cytogenetikai vizsgálatokról számolnak be (41, 42, 43, 44, 62). *Klinefelter-syndromában* is sok, újabb mosaicizmust észleltek. A klinikai kép esetenként változik, de annyi általánosságban is elmondható, hogy az ilyen betegek között gyakori a más jellegű somatikus fejlődési rendellenesség és az X chromosomák számával a mentális retardáltság foka is növekszik. Férfi gonadalis dysgenesisben új, nem mosaic typusú chromosoma-állományról is beszámoltak (45, 46, 47, 48). Értékes információink vannak Klinefelter-syndromában a meiotikus chromosomákról is (49). Nagyon érdekes és jelentős mindkét sexuális chromosoma structurális elváltozása, mely előfordul női és férfi gonadalis dysgenesisben, atypusos intersexualismusban és egészségesekben is (50). Persze, a mindennapi gyakorlatban viszonylag gyakran észlelt két betegséggel kapcsolatban hangsúlyoznunk kell: a ritka, újabb variánsok értékes adatokkal gazdagítják ismereteinket, de a klinikai kórisme számára továbbra is a jellemző, ma már kevéssé „érdekes" karyotypusok (XO, illetve XXY) a jelentősek. További vizsgálatok történtek a *hermaphroditismusok* különböző formáiban is, de lényeges, nagyobb jelentőségű felismerés nem született (51, 52).

Fejlődési rendellenességek és veleszületett betegségek

Az idetartozó kórképek nagy száma és eltérő természete miatt talán ez a legkevésbé áttekinthető terület. Annyi azonban biztosan állítható, hogy további lényeges előrehaladás nem történt. Talán a cytogenetikusok érdeklődése is csökkent a témájuk e fejezete iránt! Ez természetes is, ha meggondoljuk, hogy az első jelentős adatok után (Down-kór, antimongolismus, D és E trisomia, „cri du chat" syndroma) a rendkívül kiterjedt vizsgálatok milyen kevés eredménnyel jártak. Ismerünk beszámolókat új, feltételezett trisomiákról — különösen érdekes a 3. chromosoma-pár trisomiája, de az adatokat más kutatók nem erősítették meg (53, 54). Említést érdemel néhány ritka klinikai képről vagy cytogenetikai változatról beszámoló közlés. „Cri du chat" (macskanyávogás) syndromában mosaicizmust észleltek (55). Itt az E trisomiához neonatalis hepatitis és biliaris atresia társult (56). Mások ebben a kórképben nyelőcső-atresiát figyeltek meg (57). Érdekes további megfigyelések történtek cyclopiában is (58, 59). Különösen élénken vizsgálták a pancreas cystikus fibrosisát (60, 61). Hazánkban az E chromosoma-csoport kettős trisomiájáról (esetleges tetrasomia) számoltak be (63).

Vérképzőszervi megbetegedések. A human cytogenetika egyik legnagyobb fejezete, számos, még tisztázatlan kérdéssel. A haemopoetikus rendszer megbetegedéseiben észlelhető chromosoma-anomáliák szerzett jellegűek. A klinikai gyakorlatban különösen a Philadelphia (Ph^1) chromosoma jelentős, de hasznosítható már a monoclonalis gammopathiákban észlelhető MG chromosoma is. A haematológiai betegségekben előforduló chromosoma-anomaliákat részletesen tárgyaltuk az Orvosi Hetilapban (64). A *chronikus myelocytás leukaemia* továbbra is az érdeklődés előterében áll. Az alapkérdések már alig vitathatók: az elváltozás gyakorlatilag specifikus és minden bizonnyal szerzett jellegű. Az anomália specificitását nem csökkentik azok a szórványos közlések, melyek Ph^1 pozitivitásról számolnak be chronikus myelocytás leukosistól függetlenül (65). A chromosoma-aberratio szerzett jellegét két újabb egypetéjű ikerpár esete igazolja. Az ikrek egyik tagja chronikus myelocytás leukaemiában szenvedett, és karyotypusuk Ph^1 pozitív volt, míg testvéreik egészségesek voltak, normális karyotypussal (66, 67). E betegségben a Philadelphia-pozitivitás általában a leukocyta alkalikus phosphatase aktivitás (GAPA) csökkenésével jár együtt. *Gropp és mtsai* (68) a betegség aplastikus fázisában Ph^1 pozitivitás mellett, extrém enzymaktivitás-fokozódást észleltek. Fontos adatként említhető, hogy csontvelőkultúrában direkt módon is sikerült bizonyítani a Ph^1 chromosoma jelenlétét az erythrocyta-praecursorokban (69). A cytogenetikai kép a betegség blastos transformatiójakor megváltozik, és abból bizonyos prognostikai következtetések is adódnak. Hyperdiploidia kialakulása a leggyakoribb, sokszor kettős Ph^1 chromosomával. A kettős Ph^1 chromosoma különösen terminálisan gyakori, és így nagyon kedvezőtlen prognostikai jel. A hyperdiploid sejtek kedvezőtlenebbül reagálnak a cytostatikus kezelésre. Újabb adatok szerint a cytogenetikai kép megváltozása hamarabb jelentkezik, mint a transformatio klinikai képe, és így a chromosoma-analysisnek szerepe lehet annak korai

felismerésében (70, 71, 72, 73). Nagyszámú chronikus myelocytás leukaemiában szenvedő beteg cytogenetikai vizsgálatának elvégzése után a betegség alakulását figyelve derült ki, hogy a rövid idő alatt fatálisan végződött esetek többségében Ph^1-negatív volt a karyotypus (74). *Erythromyelosisban* chromosoma-elváltozás gyakran észlelhető, de specifikus aberratiót ez ideig nem ismerünk. Mennyiségi és minőségi változások egyaránt előfordulnak. Az aberratiók feltűnően gyakoriak a G és C chromosoma-csoportban (G monosomia, Ph^1-szerű chromosoma, C trisomia). Ezek az elváltozások az erythromyelosis és más myeloproliferativ betegségek szoros kapcsolatát látszanak igazolni (75, 76). *Nagy* (77) *polycythaemia verában* végzett cytogenetikai vizsgálatokat; az észlelt betegek többségének karyotypusa normális volt. *Acut leukaemiákban* az utóbbi két évben jelentős fejlődés cytogenetikai vonatkozásban nem történt. Biztosan csak a következők állíthatók: a betegek egy részében — elsősorban direkt csontvelő-vizsgálattal — kimutatható chromosoma-anomalia. Ez egyaránt lehet numerikus és structurális. A chromosoma-vizsgálat alapján az acut leukosisok különböző típusait elkülöníteni nem lehet (78). Új vizsgálatok a chromosoma-aberratiók jelenlétét igazolják az erythrocyta-praecursorokban (79). Ismét olvashattunk a *chronikus lymphocytás leukaemiával* kapcsolatban egykor oly híres Christchurch-chromosomáról (a 21-es pár egyik tagjának rövid karja deletált). *Fitzgerald* (80) ezúttal harmadik esetét közli reálisnak látszó hypothesisével együtt. A *malignus lymphomákban* végzett vizsgálatok eddigi eredménytelenségének oka leginkább a methodika helytelen megválasztásában kereshető. A nyirokcsomók direkt vizsgálatának bevezetése után azonnal sokat ígérő eredmények születtek. Megfelelő módszer a nyirokcsomók stimulatio nélküli rövid életű sejtkultúrája is. Specifikus anomaliát ez ideig nem ismerünk, de feltehető, hogy a cytogenetikai és a histológiai kép között van bizonyos összefüggés. Az is valószínű, hogy a malignus lymphomákban a 17-es és a 18-as chromosoma-páron figyelhető meg leggyakrabban anomalia (a rövid karok deletiójával jön létre az ún. Melbourne-chromosoma) (81, 82, 83). Skandináv szerzők *Burkitt-lymphoma* direkt chromosoma-vizsgálatát végezték el. A nyak két oldalán elhelyezkedő daganatot külön-külön analizálták, és azokban egymástól eltérő cytogenetikai képet észleltek. Vizsgálataik cáfolják az e kórképben korábban leírt és specifikusnak hitt marker chromosomát (84). A monoclonalis gammopathiákban a korábbi vizsgálatokat erősítették meg. Ezek szerint a betegek egy részében számszerű chromosoma-aberratio észlelhető. Sokszor megfigyelhető egy nagy A-B méretű számfeletti (pseudodiploidia is lehet) chromosoma, melyet az irodalomban MG chromosomaként említenek. Az MG chromosoma eléggé jellemző a kórképre. Pozitív esetben diagnostikus jelként értékesíthető (127, 85, 86). Az *anaemiák* csoportjából a *megaloblastos* formákban folyik a legintenzívebb kutatás. A megaloblastos anaemiák vizsgálata a legcélszerűbben direkt csontvelő-analysissel történhet. Ezzel a módszerrel az esetek többségében kimutatható chromosoma-anomalia. Az elváltozás lehet számszerű és lehet — ez a gyakoribb — egészen változatos structuralis anomalia is. Kezelésre a chromosoma-aberratio megszűnik, illetve jelentősen mérséklődik. Persze, nagyon sok nyitott kérdés maradt. A további vizsgálatok e területen még jelentős eredményekkel kecsegtetnek. Magunk is észleltünk súlyos structuralis aberratiót anaemia perniciosa egy esetében (87, 88, 89, 90). *Schuler és mtsai* (91) Fanconi-féle anaemiában észleltek structurális anomaliát. *Szerzett erythroblastopeniában* („pure red cell anaemia") achromatikus regiókat észleltek, elsősorban az A, B és a C chromosoma-csoportban (92). *Ellenanyaghiányos* állapotok különböző formáiban is különböző típusú chromosoma-töréseket láttak (93, 94). A *May—Hegglin-féle anomaliában* chromosoma-aberratio nincs (95, 96). A *drogok okozta haemopathiákban* is változatos chromosoma-anomalia észlelhető (97). Megfelelő módszerek alkalmazásától, illetve kidolgozásától a vérképzőszervi megbetegedésekben még további jelentős eredményeket remélhetünk (98).

Rosszindulatú daganatok. A vizsgálók nagy reményei e területen egyelőre nem teljesültek. Nagyon intenzív kutatás után ma már biztosan tudjuk, hogy e daganatok legfontosabb jellemzője az aneuploidia (elsősorban hyperdiploidia), és a daganatok egy részénél észlelni lehet különböző típusú marker chromosomát is. Az egyes daganatokra jellemző specifikus elváltozást azonban nem sikerült felderíteni (99, 100, 101, 102). Kétségtelenül a legtöbb adat az uterus malignus elváltozásairól van. A méhnyak in situ carcinomájában gyakran észlelhető egy egészen nagy méretű marker chromosoma (103). Az endometrium carcinomás megbetegedéseire elsősorban a hyperdiploidia jellemző (104, 105). A cervix- és az endometrium-carcinomák cytogenetikája már annyira fejlett, hogy az a közeli jövőben talán már a klinikai gyakorlatban is hasznosítható lesz. Remélhető, hogy a módszert felhasználhatjuk a histológiailag biztosan nem tisztázható esetekben a malignitás eldöntésére. Szaporodnak az adatok az óvarium-tumorokkal kapcsolatban is (106). Neuroblastomában ismét észleltek egy nagyon kicsiny marker chromosomát (108). A rosszindulatú daganatok különböző fajtáiban észlelhető nagy marker chromosoma jelentősége még tisztázásra vár (109).

Ionizáló sugarak. A közelmúlt nagyon intenzíven vizsgált területe. Az ionizáló sugarak elsősorban súlyos structur-anomaliákat, főleg töréseket okoznak. Baleset következtében sugárkárosodott betegek chromosomáin hét évvel a baleset után még elváltozásokat figyeltek meg (110). Figyelmeztető adat! Megkezdődtek a vizsgálatok az irradiatio okozta chromosoma-károsodás ultrastructuralis vizsgálatára is (111).

Vírusok. Szintén structur-anomáliát okoznak, az elváltozás foka esetenként különböző. Nem ritka a chromosoma-készlet szinte teljes pusztulása sem (pulverizálódás). Újabban az Epstein—Barr-vírus, a myxovírus, a cytomegalovírus és a vaccina vírus hatását vizsgálták emberi sejtkultúrákban (112, 113, 114, 115).

Spontán elvetélt magzatok. Igen kiterjedt vizsgálatok folynak. Általánosságban a következők ál-

lapíthatók meg: a vizsgált abortumok kisebb részében (25—35%) észlelhető anomalia, az autosomák és a sexuális chromosomák elváltozása egyaránt megtalálható; észlelhető mosaicismus és structuranomalia is, a chromosoma-rendellenességek gyakorisága fordítottan arányos az abortumok életkorával (116, 117). Az *amnialis folyadék* chromosomaanalysisével élő magzatok karyotypusát is meg lehet állapítani (118).

Gyógyszerek és kémiai anyagok. Sajnos, sok adattal rendelkezünk. Sajnálatos körülmény, mert azt is jelenti, hogy használatos gyógyszereink egy része chromosoma-károsodást okozhat. Különböző típusú structuralis anomaliát észleltek. Mielőtt felsorolnánk azokat a gyógyszereket és kémiai anyagokat, amelyekről a közelmúltban igazolták chromosoma-károsító hatásukat, megjegyeznénk: *e hatás lebecsülése és túlértékelése egyaránt hiba!* Chromosoma-károsodást okozhat az LSD, Endoxan, Vincristin, Griseofulvin, Bruneomycin, Perphenazin, Chloramphenicol, Daunomycin, Mitomycin (119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 107).

Az összefoglalás végére érve válaszolnunk kell a bevezetésben feltett kérdésekre. Az olvasó bizonyára nem helyeselné, ha az adatok tömege, s nem azok jelentősége szerint válaszolnánk meg e kérdéseket. Az sem lenne helyes, ha a válaszokat a cytogenetikus szakmai elfogultsága diktálná. Figyelembe véve az elért eredményeket és azt is, amit csak szerettünk volna elérni, a következőket mondhatjuk: a human cytogenetika az első nagy jelentőségű felismerések után jelenleg az adatgyűjtés stádiumában van. A nagyon sok, részletes vizsgálat alapján újabb fontos kérdések tisztázódtak. E részletes vizsgálatok nagymértékben növelték a chromosoma-analysis klinikai elterjedtségét. A tudományág fejlődése jelenleg is felfelé ívelő, de további lényeges fejlődését csak az eddiginél részletesebb analysisre alkalmas új módszerektől várhatjuk.

Összefoglalás. A szerző az irodalmi adatok alapján áttekintette a klinikai cytogenetika 1968—1969-ben elért legfontosabb eredményeit.

IRODALOM: 1. *Fleischmann T.:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 2353. — 2. *Lee, M. R.:* Stain Technol. 1969, *44*, 155. — 3. *Solanski, B. R.:* Indian J. med. Res. 1969, *57*, 293. — 4. *Abuelo, J. S., Moore, D. E.:* J. cell. Biol. 1969, *41*, 73. — 5. *Svejda, J., Hornek, O.:* Neoplasma. 1969, *16*, 585. — 6. *Büchner, T., Wilkens, A., Pfeiffer, R. A.:* Klin. Wschr. 1968, *46*, 187. — 7. *Rutovitz, D.:* Brit. med. Bull. 1968, *24*, 260. — 8. *Bender, M. A., Kastenbaum, M. A.:* Amer. J. human Gen. 1969, *21*, 322. — 9. *Court-Brown, W. M., Smith, P. G.:* Brit. med. Bull. 1969, *25*, 74. — 10. *Walzer, S., Breau, G., Gerald, P. S.:* J. Pediat. 1969, *74*, 438. — 11. *Sergovich, F., Valentine, G. H., Chen, A. T. L., Kinch, R. A. H., Smou, H. S.:* New Engl. J. Med. 1969, *280*, 851. — 12. *Chen, A. T. L., Falek, A.:* Science. 1969, *166*, 1008. — 13. *Sherman, A. I.:* Obstet. and Gynec. 1969, *34*, 753. — 14. *Viczián M.:* Magy. Nőorv. L. 1969, *32*, 554. — 15. *Wiener, S., Sutherland, G., Bartholomew, A. A., Hudson, B.:* Lancet. 1969, *1*, 150. — 16. *Marinello, M. J., Berkson, R. A., Edwards, J. A., Bannerman, R. M.:* J. Amer. med. Ass. 1969, *208*, 321. — 17. *Melnyk, J., Derencsenyi, A., Vanasek, F., Rucci, A. J., Thompson, A.:* Nature. (Lond.) 1969, *224*, 369. — 18. *Parker, C. E., Melnyk, J., Fish, C. H.:* Amer. J. Med. 1969, *47*, 801. — 19. *Nielsen, J., Tsuboi, T., Stürup, G., Roncano, D.:* Lancet. 1968, *2*, 576. — 20. *Keutel, J.:* Med. Klin. 1969, *64*, 2251. — 21. *Gustavson, K. H., Verneholt, J.:* Hereditas. 1968, *60*, 264. — 22. *Daly, R. F., Chun, R. W. M., Ewanovski, S., Osborne, R. H.:* Pediatrics. 1969, *43*, 852. — 23. *Connie, J., Kahn, J.:* Brit. med. J. 1968, *1*, 748. — 24. *Borgaonkar, D. S., Murdock, J. C., McKusick, V. A., Borkowf, S. P., Money, J. W., Robinson, B. W.:* Lancet. 1968, *2*, 461. — 25. *Lam-Po-Tang, Murombe, B., Steinbeck, A. W.:* Lancet. 1968, *2*, 781. — 26. *Kajii, T., Neu, R. L., Gardner, L. I.:* Pediatrics. 1968, *41*, 984. — 27. *Gibson, A. L., Martin, L.:* Lancet. 1968, *2*, 870. — 28. *Wiener, S., Sutherland, G.:* Lancet. 1968, *2*, 1352. — 29. *Boda L., Szabó Á., Czeizel E.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 1251. — 30. *Schwinger, E., Citoler, P., Gropp, A.:* Klin. Wschr. 1969, *47*, 548. — 31. *Leading Articles:* British Medical Journal. 1969, *1*, 201. — 32. *Van Den Bergh, H., Veressen, H., Cassimon, J. J.:* J. clin. Endocr. 1968, *28*, 1370. — 33. *Leading Articles:* Lancet. 1968, *2*, 1066. — 34. *Telfer, M. A., Richardson, C. E., Chock, E. S.:* J. Amer. med. Ass. 1968, *206*, 1087. — 35. *Boczkowski, K.:* Pol. med. Sci. and hyst. Bull. 1969, *12*, 173. — 36. *McConel, T. S., Ladner, C. N., Pfoertner, M.:* Obstet. and Gynec. 1968, *31*, 53. — 37. *Golob, E., Fischer, P., Kinze-Mühl, E.:* Wien. klin. Wschr. 1968, *80*, 601. — 38. *Zarati, A., Garcia-Reyes, J. A., Castelazo-Hyala, L., Estenez, R., Silva, G.:* Obstet. and Gynec. 1969, *33*, 818. — 39. *Predescu, V., Christodorescu, D., Tantu, C., Ciovirnacke, M., Constantinescu, E.:* Lancet. 1969, *2*, 271. — 40. *Fischer, M., Haslund, J.:* Acta genet. (Basel) 1968, *18*, 487. — 41. *Barta L., Sellyei M., Schmidt K.:* Gyermekgyógyászat. 1968, *19*, 551. — 42. *Székely O., László J., Földes Gy.:* Gyermekgyógyászat. 1968, *19*, 107. — 43. *László J., Győry Gy.:* Magy. Nőorv. L. 1969, *32*, 494. — 44. *Fleischmann T.:* Magy. Belorv. Arch. 1968, *6*, 78. — 45. *Froland, A.:* Dan. med. Bull. 1969, Suppl. VI. 1. — 46. *Rath, F., Scheibenreiter, S.:* Wien. klin. Wschr. 1968, *43*, 797. — 47. *Reitalu, J :* Hereditas. 1968, *59*, 1. — 48. *Zang, K. D., Singer, H., Loeffler, L., Souvatzoglu, J., Halbfass, J., Mehnert, H.:* Klin. Wschr. 1969, *47*, 237. — 49. *Skahkeback, N. E., Philip, J., Hamman, R.:* Nature. 1969, *222*, 1075. — 50. *Jacobs, P. A.:* Brit. med. Bull. 1969, *25*, 94. — 51. *Knor, D., Gay, W., Fendel, H., Devens, K., Meister, P.:* Münch. med. Wschr. 1918, *9*, 522. — 52. *Kondo, K., Kanagawa, S., Akazawa, Y.:* Tokushima J. exp. Med. 1968, *15*, 103. — 53. *Sinha, A. K.:* Acta genet. (Basel) 1968, *18*, 584. — 54. *Gonzales-Ramos, M., Akedo, M. A.:* Lancet. 1968, *2*, 680. — 55. *Antich, J., Mundo, M. R., Prats, J., Roca, M.:* Lancet. 1968, *1*, 539. — 56. *Alpert, L. I., Strauss, L., Hirschhorn, K.:* New Engl. J. Med. 1969, *280*, 16. — 57. *Benady, S. G., Harris, R. J.:* Acta paediat. scand. 1969, *58*, 445. — 58. *Toews, H. A., Jones, H. W.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1968, *102*, 53. — 59. *Arakaki, D. T., Waxman, S. A.:* J. Pediat. 1969, *74*, 620. — 60. *Smith, D. W., Docter, J. M., Ferrier, P. E., Frias, J. L., Spock, A.:* Lancet. 1968, *2*, 309. — 61. *Peter, G., Whang-Peng, J.:* Lancet. 1968, *1*, 978. — 62. *Ventilla M., Szemere Gy., Hegedűs G., Sas M.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 2291. — 63. *Korányi G., László J.:* Acta paediat. 1969, *10*, 167. — 64. *Fleischmann T.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 2866. — 65. *Frey, I., Siebner, H.:* Med. Welt. 1968, *42*, 2274. — 66. *Tokuhata, G. K., Neely, C. I., Williams, D. L.:* Blood. 1969, *31*, 216. — 67. *Bauke, J.:* Cancer. 1969, *24*, 643. — 68. *Gropp, A., Fischer, R., Niederalt, G., Klesse, M. P., Hensen, G.:* Klin. Wschr. 1968, *46*, 177. — 69. *Rastrick, J. M., Fitzgerald, P. H., Gunz, F. W.:* Brit. med. J. 1968, *1*, 96. 70. *Pedersen, B.:* Acta haemat. (Basel) 1968, *39*, 102. — 71. *Pedersen, B.:* Brit. med. J. 1968, *14*, 507. — 72. *Khouri, F. P., Shahid, M. J., Kronfol, N.:* Cancer. 1969, *24*, 807. — 73. *Garsson, O. M., Burgess, M. A., Stanley, L. G.:* Brit. med. J. 1969, *2*, 556. — 74. *Whang-Peng, J., Canellos, G. P., Carbon, P. P., Tjio, J. U.:* Blood. 1968, *32*, 755. — 75. *Castaldi, G., Yam, L. T., Mitus, W. J., Crosby, W. H.:* Blood. 1968, *31*, 202. — 76. *Heath, C. W., Bennett, J. M., Whang-Peng, J., Berry, E. W., Wiernick, P. H.:* Blood. 1969, *33*, 453. — 77. *Nagy Gy.:* Magy. Belorv. Arch. 1968, *21*, 309. — 78. *Jensen, M. G.:* Dan. med. Bull. 1969, *16*, 289. — 79. *Jensen, M. G., Killmann, S.:* XII. Congress International Society of Haematology.

Abstracts of the Simultaneous Sessions, New York, 1968, 50. — 80. *Fitzgerald, P. H., Hammer, J. W.:* Brit. med. J. 1969, *2*, 752. — 81. *Spiers, A. S. D., Baikie, A. G.:* Cancer. 1968, *22*, 193. — 82. *Ganner, E.:* Blut. 1969, *19*, 416. — 83. *Kong-oo Goh:* Arch. intern. Med. 1968, *122*, 241. — 84. *Gripenberg, U., Levan, A., Clifford, P.:* Int. f. Cancer. 1969, *4*, 334. — 85. *Dammaco, F., Trizio, D., Bononio, L.:* Acta haemat. (Basel) 1969, *41*, 309. — 86. *Mancinelli, S., Durant, J. R., Hammack, W. J.:* Blood. 1969, *32*, 225. — 87. *Matsaniotis, N., Kiossoglou, K. A., Maounis, F., Basti-Maouni, B.:* Acta haemat. (Basel) 1968, *39*, 29. — 88. *Khan, M. H., Martin, H.:* Blut. 1968, *18*, 129. — 89. *Castoldi, G. L., Scapoli, G. L., Dallapiccola, B., Spanedda, R.:* Nouv. Rev. Franç. 1969, *9*, 769. — 90. *Fleischmann T.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 964. — 91. *Schuler D., Kiss A., Fábián F.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 713. — 92. *Stephens, R. G., Richards, R. J.:* XII. Congress International Society of Haematology. Abstracts of the Simultaneous Sessions, New York, 1968, 50. — 93. *Jacobs, I. C., de Capoa, A., McGilvray, E., Horse, J. H., Schulliger, J. W., Blanc, W. A., Heird, W. C., Miller, O. J., Rossen, R. D., Walzer, R. A.:* Lancet. 1968, *1*, 499. — 94. *Kiss G., Backhausz R., Sellyei M.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 3053. — 95. *Lusher, J. M., Schneider, J., Mizukami, I., Ewans, R. K.:* Blood. 1968, *32*, 950. — 96. *Gausis, N., Fortune, D. N., Whiteside, M. G.:* Brit. J. Haemat. 1969, *16*, 619. — 97. *Baserga, A., Castoldi, G. L.:* XII. Congress International Society of Haematology. Abstracts of the Simultaneous Sessions, New York 1968, 49. — 98. *Lawler, S. D.:* Brit. J. Haemat. 1969, *17*, 139. — 99. *Lynch, H. T.:* Med. Clin. N. Amer. 1969, *53*, 923. — 100. *Grouchy, de J., Nava, de C.:* Ann. intern. Med. 1968, *69*, 381. — 101. *Walker, F. A.:* Lancet. 1968, *2*, 279. — 102. *Bauke, J., Schöffling, R.:* Cancer. 1968, *22*, 686. — 103. *Atkin, N. B., Brandao, H. J. S.:* J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1968, *75*, 211. — 104. *Richart, R. M., Ludwig, A. S.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1969, *104*, 463. — 105. *Tseng, Poh-Yuan, Jones, H. W.:* Obstet. and Gynec. 1969, *33*, 741. — 106. *Bennel, L. A., Jones, H. W.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1968, *100*, 785. — 107. *Sinkus, A. H.:* Genetika. 1969, *5*, 149. — 108. *Levan, A., Manolov, G., Clifford, P.:* J. nat. Cancer Inst. 1968, *41*, 1377. — 109. *Goh, Kong-oo:* Arch. intern. Med. 1968, *122*, 241. — 110, *Goh, Kong-oo:* Radiat. Res. 1968, *35*, 155. — 111. *Humphrey, R. M., Brinkley, B. R.:* J. cell. Biol. 1969, *42*, 745. — 112. *Gerber, P., Whang-Peng, J., Monroe, J. H.:* Proc. nat. Inst. Sci. Amer. 1969, *63*, 740. — 113. *Stenman, G., Saksela, E.:* Hereditas. 1969, *62*, 323. — 114. *Demidova, S. A., Stonova, N. S., Selezniova, T. G., Gavrilov, V. I.:* Genetika. 1968, *4*, 126. — 115. *Schuler D., Hervai S., Gács G., Kirchner M., Szathmáry J.:* Kíséri. Orvostud. 1968, *20*, 411. — 116. *Ruzicska P., Czeizel E.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 2929. — 117. *Thiede, H. A.:* Med. Clin. N. Amer. 1969, *53*, 773. — 118. *Santesson, B., Akesson, H. O., Böök, J. A., Brosset, A.:* Lancet. 1969, *2*, 1068. — 119. *Egozcue, J., Irwin, S., Maruffo, C. A.:* J. Amer. med. Ass. 1968, *204*, 122. — 120. *Gebhart, E., Schwanitz, G., Hartcwich, G.:* Med. Klin. 1969, *64*, 2366. — 121. *König, E., Berthold, K., Hienz, H. A., Brittinger, G.:* Helv. med. Acta. 1969, *70*, 103. — 122. *German, J., La Rock, J.:* Tex. Rep. Biol. Med. 1969, *27*, 409. — 123. *Mitus, W. J., Castoldi, G. L., Coleman, N.:* XII. Congress International Society of Haematology. Abstracts of the Simultaneous Sessions, New York 1968, 50. — 124. *Vig, B. K., Kontres, S. B., Samuels, L. D.:* Experientia. 1968, *24*, 271. — 125. *Schmid, E., Bauchinger, M.:* Dtsch. med. Wschr. 1968, *93*, 1149. — 126. *Wielsen, J., Friedrich, U., Tsuboi, T.:* Brit. med. J. 1969, *2*, 634. — 127. *Anday G. J., Gábor P.:* XII. Congress International Society of Haematology. Abstracts of the Simultaneous Sessions, New York 1968, 49.

SEPTOSYL
szemkenőcs összetételének megváltoztatása

A Septosyl szemkenőcs összetétele megváltozott: az új összetételű kenőcsben nincs naphazolin.
A naphazolin mentes Septosyl kenőcs nem szemcsésedik és egyenletesen oszlik el a szemrésben.

Összetétel:
1 tubus (5 g) 0,5 g sulfamethylpyrim.-ot tartalmaz vazelin típusú kenőcsben.

Javallatok:
Különböző baktériumok okozta heveny és idült kötőhártyagyulladás, szaruhártya-beszűrődés és fekély, blepharitis acuta, — angularis, — chronica, — ulcerosa, blepharoconjunctivitis, dacryocystitis, fertőzött szemhéj-ekzema, másodlagosan fertőzött trachoma.

Adagolás:
Naponta 2—3-szor borsónyi kenőcsöt az alsó szemhéj mögé helyezünk, és a szemet becsukva, enyhe dörzsöléssel szétkenjük. Ha a szemhéjra akarjuk alkalmazni a kenőcsöt, a szemhéj szélére helyezzük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:
5 g tubus 5,30 Ft

Egyt **Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest**

OH
1627

Debreceni Orvostudományi Egyetem,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Árvay Sándor dr.)

Cerclage műtéttel szerzett tapasztalataink

Ruzicska Gyula dr. és Szücs Géza szig. orvos

A méhűr zárása, a pete alsó pólusának védelme a terhesség zavartalan kiviselésének egyik igen fontos feltétele. Ha az isthmus záró- és védőfunctiójának nem tud eleget tenni, kialakul a cervicalis incompetentia kórképe. *Lash A. F.*, valamint *Asplund* és *Palmer* mutattak rá először az isthmus uteri kóros állapotának jelentőségére a terhesség idő előtti megszakadásában (1, 11, 17). E kérdés kóreredeti problémáival intézetünkben is foglalkoztak (2, 7). A kórkép lényegét a következőkben foglalhatjuk össze:

A cervicalis rész gyengesége miatt — bár méhtevékenység nem alakul ki — a nyakcsatorna fájdalom és vérzés nélkül kifejtődik, a méhszáj kitágul, a burok előboltosul. A méhűr zárása, a pete alsó pólusának alátámasztása elégtelenné válik, ami a második trimesterben ismétlődő vetélésekhez vezet, a harmadik trimesterben pedig éretlen szülések okozója lehet. A terhesség megszakadásában ez esetben a cervicalis rész gyengesége tekinthető elsődleges oknak. Ez a felismerés vetette fel a műtéti beavatkozás lehetőségét.

A cervix terhesség alatti zárófunctiójának helyreállítására az első műtéti eljárásokat *Shirodkar* (1955) és *McDonald* (1957) ajánlották (20, 13, 8). A műtétnek az alapelv megtartása mellett igen sok változata alakult ki (22, 23). *Horn* és *Gimes* 4—5-ös catgut alkalmazásával tették technikailag egyszerűbbé, eredményesebbé, szövődménymentesebbé az eredeti Shirodkar-eljárást (6).

Irodalmi adatok alapján incompetentia esetén a cervix-záró műtétek therapiás effectusa 80% körül mozog (4, 5, 9, 12, 15, 16, 18, 19). Tapasztalataink közlését nem eltérő eredményeink miatt, hanem azért látjuk célszerűnek, mert klinikánkon a műtétek indikálásánál nem szorítkoztunk e definitiók szerinti „klasszikus", más kóroki tényezőktől feltehetően független incompetentia eseteire.

Módszerünk és anyagunk

Gyakorlatunkban azokban az esetekben is elvégeztük a műtéti beavatkozást, amikor nem tudtuk igazolni, hogy az incompetentia a fennálló fenyegető vetélés vagy éretlen szülés primaer mozgatója, de a nyaki részt megrövidültnek találtuk és a pete alsó pólusa is mélyebben helyezkedett el és így a cervicalis zár elégtelenségének lehetőségét teljes bizonyossággal el sem vethettük. Anyagunkban tehát biztosan nem volt kizárható az egyéb okokból fennálló fenyegető vetélés vagy éretlen szülés, ezért minden esetünkben gyógyszeres protectiv therapiával is kiegészítettük a cerclage műtétet.

A beavatkozásokat rövid hatású iv. barbiturát narcosisban végeztük. Technikánk annyiban eltér a *Horn* és *Gimes* által ajánlott eljárástól, hogy a cerclage felhelyezéséhez nem Dechamps eszközt, hanem kisebb traumát okozó sebészeti tűt alkalmazunk és nem törekszünk a belső méhszáj magasságának elérésére, hanem *McDonaldhoz* hasonlóan gyakran valamivel ez alatt helyezzük be a záró varratot. A cerclage felhelyezéséhez így incisiós nyílás készítése sem válik szükségessé.

1. táblázat

Beteganyagunk megoszlása a műtét időpontja szerint

A műtét időpontja a terhesség hetében	Esetek száma
13—14	2
15—16	5
17—18	17
19—20	45
21—22	52
23—24	64
25—26	52
27—28	23
29—30	9
31—32	4
Összesen:	273

Műtéti beavatkozásaink therapiás effektusának vizsgálata céljából feldolgoztuk azon 273 betegünk kórtörténeti adatait, akik klinikánkon az 1967. január 1-től 1970. január 1-ig terjedő hároméves időszakban a terhesség fenyegető idő előtti megszakadása miatt műtétre kerültek. Adatainkat a kórtörténetek retrospectiv áttekintésével nyertük és peremlyukasztásos lyukkártyás módszerrel dolgoztuk fel. Az 1969-es év második felében operált betegeink egy része anyaggyűjtésünk lezárásáig még nem szült, így ezen eseteink feldolgozásától el kellett tekinteni. 1967-ben 63, 1968-ban 106, 1969-ben 104 beteget operáltunk.

A műtéteket — Naegele szerint számítva — a terhesség 13—32. hetében végeztük *(1. táblázat)*.

Mivel a tárgyidőszakban a műtétek javallatában lényeges szemléleti változás nem történt, a műtéti technikában és a protectiv therapiában azonos eljárások szerepeltek, a továbbiakban anyagunk évenkénti tagolását mellőzzük.

A műtétek zömmel (78%) a terhesség 19—26. hetében történtek. Betegeink 42,5%-át a 21—24. terhességi hét között operáltuk.

273 betegünk anamnesisében 668 előző terhesség szerepel. Ezen előző terhességek kimenetele: 157 esetben érett szülés, 59 esetben koraszülés, 233 esetben éretlen szülés vagy spontán vetélés, 219 esetben pedig művi vetélés.

Az egy betegre jutó előző összes szülészeti események száma 2,44. Ebből az előző szülések száma 0,57, kora- és éretlen szülések és spontán vetélések száma 1,07, művi vetélések száma 0,80.

Tekintettel arra, hogy terheseink átlagos életkora 26,1 év, az említett fertilitási értékek az összes szülészeti eseményekre vonatkozóan az országos adatokhoz viszonyítva magasak, a szülések számaránya viszont e csoportban meglehetősen alacsony (3).

Mint említettük, a műtéti beavatkozást nemcsak a „klasszikus" incompetentia eseteiben végeztük, amikor a betegek subjektíve panaszmentesek és méhtevékenység nem észlelhető. Erre utalnak betegeink felvételkor előadott panaszai is.

A jelentkezés oka alhasi fájdalom volt 210 esetben, alhasi fájdalom és pecsételő vérzés 11 esetben, pecsételő vérzés fájdalom nélkül 5 esetben, magzatvízszivárgás 1 esetben. (A magzatvízszivárgást a vizsgálat nem erősítette meg, viszont a méhszájat nyitottnak találtuk.) 46 betegünk panaszmentes volt, a területi terhestanácsadás utalta be klinikánkra.

Az állapot súlyosságát, ill. előrehaladottságát szem előtt tartva, az uterus contractilitása, a pete alsó pólusának elhelyezkedése, a belső méhszáj, a nyakcsatorna, ill. a portio állapota alapján beteganyagunkat négy nagy — többé-kevésbé jól elhatárolható — csoportra (a továbbiakban A, B, C, D) bontottuk.

A csoport:

Megrövidült portio, ujjbegyet befogadó nyakcsatorna mellett, zárt belső méhszáj. Nem vagy időnként enyhén contractilis uterus.

B csoport:

Megrövidült portio, tátongó külső, ujjbegynyi belső méhszáj. Ujj számára átjárható nyakcsatorna. A pete alsó pólusa könnyen elérhető, az uterus contractilis.

C csoport:

Kifejezetten megrövidült, csaknem elsimult portio. A tátongó belső méhszájon át feszülő buroksapka boltosul elő. Az uterus contractilis. Contractilitása protectiv therapiával csak hosszabb kezeléssel volt csillapítható.

D csoport:

Megrövidült portio, a boltozatot elérő vagy azt megközelítő inveteralt cervix ruptura miatt tátongó külső méhszáj és részben nyitott nyakcsatorna. A belső méhszáj zárt, vagy szűken ujjbegynyire nyitott. Az uterus nem vagy enyhén contractilis (l. *2. táblázat*).

2. táblázat

Beteganyagunk megoszlása a fenti csoportosítás szerint

Csoportok	Esetek száma	%
A	122	44,7
B	91	33,3
C	28	10,3
D	32	11,7
Összesen:	273	100,0

Eredményeink

A műtét therapiás hatását a műtéttel védett terhességek kimenetelének vizsgálata alapján tudjuk elbírálni. 270 esetünk kiviselési eredményeit a 3. táblázatban foglaljuk össze (3 esetben ikerszülés történt, ezeket külön ismertetjük.)

Mint a táblázatból látható, spontán vetélés a műtét után nem volt. A 16. hét előtt 7 terhes került műtétre. (*1. táblázat*), de valamennyien tovább viselték terhességüket a 16. hétnél. Éretlen szülés 23 esetben (8,5%), koraszülés 48 esetben (17,8%) fordult elő. Nyolc esetünkben (3%) anamnesztikus túlhordás volt. Ezzel szemben 20 esetünkben (7,4%) a szülés terminus előtt következett be, de a magzatok súlya felül volt a koraszülött súlyhatáron. Terminusra érett magzatot szült 171 terhesünk (63,3%). Eseteink 73,7%-ában (199 eset) tehát érett szülés következett be. A mai koraszülött-ellátási viszonyaink mellett a 2000 g-on felüli súlyú kora-

270 terhesünk kiviselési eredményei a műtét után *3. táblázat*

270 terhességből																			
Sp. vet.		Éretlen szülés		Koraszülés								Érett szülés							
				1501 g alatti súllyal		1501—2000 g súllyal		2001—2500 g súllyal		Összesen		Terminusra		Anamn. túlhordás		Terminus előtt 2500 g súly fölött		Összesen	
Sz.	%	Sz.	%	Sz.	%	Sz.	%	Sz.	%	Sz.	%	Sz.	%	Sz.	%	Sz.	%	Sz.	%
0	0,0	23	8,5	13	4,8	15	5,6	20	7,4	48	17,8	171	63,3	8	3,0	20	7,4	199	73,7

Sz. = számszerint
% = a 270 eset %-ában

160 terhesünk két utolsó terhessége kimenetelének összehasonlítása *4. táblázat*

Csoport	160 terhes közül						Összesen	
	Éretlen magzatot szült		Koramagzatot szült		Érett magzatot szült			
	Sz.	%	Sz.	%	Sz.	%	Sz.	%
Műtétet megelőző utolsó terhesség (kontroll csoport)	94	58,8	28	17,5	38*	23,7	160	100,0
Műtéttel védett terhesség	16	10,0	23	14,4	121	75,6	160	100,0

Sz. = számszerint
% = a 160 eset százalékában
* = 6 esetben már itt is Shirodkar műtét történt

Kiviselési eredmények az egyes csoportokban *5. táblázat*

Csoportok	Kedvező eredménnyel végződő esetek		Kedvezőtlen eredménnyel végződő esetek		Összesen	
	Szám	%	Szám	%	Szám	%
A	100	82,0	22	18,0	122	100,0
B	61	68,5	28	31,5	89	100,0
C	10	35,7	18	64,3	28	100,0
D	28	90,3	3	9,7	31	100,0
				Összesen	270	100,0

% = az illetékes csoport %-ában

6. táblázat

A terhesség kimenetele a terhesség 19—22. és 25—28. hetében végzett műtétek után

A műtét időpontja a terhesség hetében	A terhesség kimenetele				Összesen	
	Éretlen és koraszülés		Érett szülés			
	Szám	%	Szám	%	Szám	%
19—22	22	34,1	64	65,9	97	100,0
25—28	27	36,0	48	64,0	75	100,0

% = az illető csoport %-ában

szülöttek életkilátásai is igen kedvezőek (10). Húsz terhesünk szült, 2001—2500 g-os súlyú magzatot *(3. táblázat)*. A fentiek szerint tehát 219 esetben (199 érett + 20 koraszülés), eseteink 81,1%-ában jónak mondhatjuk eredményeinket.

A therapiás hatás pontosabb megismerése érdekében összehasonlítottuk 160 betegünk műtét előtti utolsó és műtéttel védett terhességének kimenetelét (4. táblázat). (Harminc betegünk megelőzően nem volt terhes. Nyolcvan betegünknél nem tudjuk, mi lett volna az előző terhesség sorsa, mert azt 3 hónapon belül művileg megszakíttatta.) A műtétet megelőző utolsó terhességet tekintjük ez esetben kontrollnak.

Százhatvan terhesünk a műtétet megelőző terhességéből 30 esetben szült érett magzatot, míg ugyanazon terhesek a műtéttel védett 160 terhességből 121 érett magzatot szültek. A kiviselési eredmény közötti különbség statisztikai számítások szerint erősen — közel 0,1%-os szinten — szignifikáns ($\chi^2 = 10{,}05$). Meg kell említenünk, hogy betegeink kevés kivétellel debreceni lakosok és így nagy valószínűséggel a műtétet megelőző utolsó terhességükkel is valamennyien területi terhesgondozás alatt álltak és a rászorulók a fenyegető vetélés vagy éretlen szülés miatt műtött betegeinkkel azonos protectiv gyógyszeres kezelésben részesültek.

Megvizsgáltuk, hogy milyenek a műtét eredményei az előzőleg ismertetett — az állapot súlyosságát, ill. előrehaladottságát szem előtt tartva alkotott négy csoportban (2. táblázat). Az egyszerűség kedvéért itt csak kedvező (érett szülés) és kedvezőtlen (éretlen és koraszülés) kiviselési eredményekről beszélünk. Az eredményeket az 5. táblázatban foglaljuk össze.

Az A, B és D csoport kiviselési eredményei megközelítően azonosak és kedvezőnek mondhatók. A C csoportba tartozó 28 esetből viszont csak 10 betegünk szült érett magzatot.

Három ikerterhes esetünkből kettő a műtét előtti állapotát tekintve az A csoportba, egy pedig a B csoportba sorolható. Az A csoportba tartozó két eset közül az egyikben terminusra 2500 g-os és 3250 g-os élő magzatokat nyertünk. A másik esetben a 33. héten koraszülés következett be, 1000, ill. 1100 g-os magzatok születtek. A B csoportba sorolt iker esetünk terhessége 23. hetében került műtétre és a műtét után két héttel terhessége megszakadt, a született magzatok életképtelenek voltak.

A műtét végzését a terhesség 19—22. hetében tekintik optimálisnak (23). Bár a terhesség 22. hete után a műtét kivitelezése technikailag egyre több nehézséget okoz, az eredményeket a 25—28. terhességi héten végzett műtéteknél is kedvezőnek találtuk (6. táblázat).

Eseteinkben a műtéttel kapcsolatos súlyosabb postoperativ és sub partu szövődmények fellépését nem észleltük. A fonalat 27 esetben el kellett ugyan távolítani, mert a szülés vagy éretlen szülés a cerclage fellazulása előtt indult meg, de a fonal eltávolítása nem tett szükségessé véres beavatkozást. Legsúlyosabb szövődményként 73 esetünkben (eseteink egynegyed része) ellátásra szoruló cervix ruptura keletkezett. Tizenkét betegünknél már előző terhességüknél is végeztek Shirodkar-műtétet. Hat esetben idő előtt kilökődött, ill. fellazult a zárófonal és emiatt újra elvégeztük a cerclage-t.

Megbeszélés

Közleményünkben 3 éves cerclage műtétes anyagunkról számolunk be. Három év alatt 273 esetben végeztünk műtétet. A cervicalis incompetentia előfordulása irodalmi adatok szerint elég ritka (1000—2000 terhesség között egy eset). Ez is arra utal, hogy anyagunkban csak kisebb százalékban szerepelhetett valódi cervicalis incompetentia. Eredményeink azt mutatják, hogy tekintettel a kis műtéti kockázatra, érdemes alkalmaznunk a cerclage-t azokban az esetekben is, amikor más, esetleg ismeretlen anyai ok következtében indult meg a nyakcsatorna kifejtődése, a belső méhszáj tágulása. A méhszáj zárásának a gyógyszeres kezelés mellett fontos szerepe lehet a terhesség megvédésében, sok esetben gátat vethetünk a nyaki rész további kifejtődésének és így a fokozódó méhtevékenységnek. Feltevéseinket alátámasztani látszik 160 betegünk esete, akiknek utolsóelőtti terhességéből csak az esetek 23,7%-ában, műtéttel védett utolsó terhességéből pedig 75,6%-ban születtek érett magzatok. Hasonló tapasztalatokról az irodalomban szintén beszámolnak (21).

Tapasztalatunk szerint a műtéti eredmények annál kedvezőbbek, minél korábban kevésbé előrehaladott állapotban avatkozunk be.

Célszerűnek látszik a műtétet inveterált cervix rupturák esetén preventíve elvégezni. Ha az első cerclage idő előtt fellazul, reoperáció után is jónak találtuk anyagunkban a kiviselési eredményeket.

A műtét eredetinél szélesebb körű alkalmazhatósága mellett szól, hogy jelentősebb szövődmények fellépését nem észleltük. A műtét után viszonylag nagy számban előforduló cervix berepedések nagy része is elkerülhetővé válik, ha az előzmények ismeretében gondolunk az esetleges kiterjedtebb hegképződésre és a szülésvezetésnél fokozott óvatossággal járunk el. Végül megemlítjük, hogy a cerclage műtétet követő időben terheseink magatartásában és a környezet viszonyulásában is jelentős változás áll be. A kímélő életmódot a terhes igen komolyan megtartja és ezen cerclage műtött terheseinknek rendszeresen biztosítjuk is a kíméletet. Ezen exogén és a társuló psychés tényezők nem kis mértékben járultak hozzá kedvező eredményeinkhez.

Összefoglalás. Szerzők 273 cerclage műtétes esetüket ismertetik.

Tapasztalataik alapján indokoltnak látják a műtét elvégzését a cervicalis incompetentia esetein kívül akkor is, ha feltehetően más tényezők — egyéb anyai okok — okozzák a nyakcsatorna kifejtődését, a belső méhszáj tágulását és a folyamat további progressziójára lehet számítani. A műtét mellett gyógyszeres kezelést is minden esetben végeznek.

A 273 cerclage műtét után 199 esetben (73,7%) érett magzatok születtek. Húsz esetükben született 2000 g-on felüli súlyú koraszülött.

Négy csoportra osztották műtétre került betegeiket állapotuk súlyossága szerint. A legkedvezőbb eredményeket a kevésbé előrehaladott eseteket felölelő csoportban — megrövidült portio, ujjbegyet befogadó nyakcsatorna, zárt belső méhszáj — érték el. (Az operált terhesek 82%-a szült érett magzatot.) Kedvezőtlennek tartják az eredményeket azokban az esetekben, amelyekben már közel elsimult portio mellett a burok látható és feszesen előboltosul (28 esetükből 18 kedvezőtlen).

A műtéttel védett terhességek kiviselési eredményeit szignifikánsan jobbnak találták, mint megfelelő kontrollokét. A műtéttel kapcsolatosan szövődmények fellépését nem észlelték.

IRODALOM: 1. *Asplund:* cit.: Mey R.: Zbl. Gynäk. 1957, *79*, 814—815. — 2. *Árvay A., Görgey M., Kapu L.:* Rev. Franç. Gynec. 1967, *62*, 81—86. — 3. *Barsy Gy., Sárkány J.:* Demográfia. 1963, *6*, 427—466. — 4. *Donelly, J., Flowers, Ch.:* Am. J. Obst. Gyn. 1964, *88*, 918—928. — 5. *Döring, G. K.:* Geburtsh. Frauenheilk. 1965, *25*, 412—420. — 6. *Horn B., Gimes R.:* Magy. Nőorv. Lapja. 1960, *21*, 321—328. — 7. *Kapu L.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 311—313. — 8. *Käser, O., Ichle, F. A.:* Atlas der gynäkologischen Operationen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1960. — 9. *Kepp, R., Ochlert, G.:* Geburtsh. u. Frauenheilk. 1965, *25*, 523—530. — 10. *Kerpel-Fronius Ö.:* Gyermekgyógyászat. Budapest. 1969. — 11. *Lash, A. F., Lash, S. R.:* Am. J. Obst. Gyn. 1950, *59*, 68—76. — 12. *Marshall, B. R., Evans, T. N.:* Obst. Gyn. 1967, *29*, 759—763. — 13. *McDonald, J. A.:* J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1957, *64*, 346—351. — 14. *Mey, R.:* Zbl. Gynäk. 1957, *79*, 814—845. — 15. *Naver, E.:* Acta Obst. Gyn. Scand. 1968, *47*, 314—332. — 16. *Okla, J., Lesinski, J.:* Am. J. Obst. Gyn. 1967, *97*, 13—16. — 17. *Palmer, Lacome:* cit.: Lash A. F., Lash S. R.: Am. J. Obst. Gyn. 1950, *59*, 68—76. — 18. *Raphael, S. I.:* Obstet. Gynec. 1966, *28*, 438. — 19. *Schaffner, F., Schanner, S. N.:* Obstet. Gynec. 1966, *27*, 130. — 20. *Shirodkar, V. N.:* Antiseptic. 1955, *52*, 299. — 21. *Smith, G. S., Scrapp, W. H.:* Obst. Gyn. 1969, *33*, 535—540. — 22. *Szendi B.:* Zbl. Gynäk. 1960, *82*, 1106—1117. — 23. *Wimhöfer, H.:* Arch. Gyn. 1969, *207*, 201—208.

Fővárosi Tanács Péterfy Sándor utcai Kórház-rendelő, „D" Belosztály,
Chinoin Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára,
Nehézipari Minisztérium
Ipargazdasági és Üzemszervezési Intézete

A Probon^{R} analgetikus hatásának klinikai értékelése

Graber Hedvig dr., Szentmiklósi Péter dr. és Krepuska János dr.

Minden új analgetikum, ha a farmakológiai és toxikológiai követelményeknek megfelelt, klinikai értékelésre kerül. A fájdalomcsillapítók klinikofarmakológia vizsgálata azonban rendkívül kényes kérdés, hiszen a hatás, amelyet mérnünk kell, szubjektív reakció.

A témával foglalkozó kutatócsoportok kétféleképpen közelítik meg a kérdést: experimentális és patológiás fájdalom csillapításával. Az előbbi módszer szerint önkénteseken hő (5, 6, 11, 16), kémiai (27), mechanikus (1, 10, 17, 35) vagy elektromos (12, 13, 16) ingerrel fájdalmat idéznek elő, majd ennek analgetikumok hatására való csökkenését regisztrálják.

Az irodalom egyre inkább a patológiás fájdalommal dolgozó értékelés mellett foglal állást (2, 3, 7, 14, 15, 18, 23, 25, 29, 32, 34). E módszerek lényege, hogy az értékelendő gyógyszert fájdalomcsillapítóra szoruló beteg kapja. Így a szer tesztelése ugyanolyan körülmények között történik, mint mindennapos alkalmazása. A szer sorozaton belül kerül beadásra; a sorozatban — dupla vak módon — placebo és/vagy standard analgetikumok váltakoznak az új szerrel. Így minden beteg önmaga kontrollja. A gyógyszer hatását a bevétel előtt, majd meghatározott időközökben utána, szabványosított kérdésekkel ellenőrzik és az eredményt rögzítik. Ezeknek a módszereknek is számos válfaját írták le (2, 3, 4, 7, 14, 18, 25, 26, 28, 35).

A Probon^{R} vagy MZ-144 (1,6 dimetil-3-karbetoxi-4-oxo-6,7,8,9, tetrahidrohomopirimidazol metilszulfát) klinikai fájdalomcsillapító hatását és mellékhatásait kívántuk vizsgálni. A vegyületet *Mészáros* szintetizálta (31), analgetikus hatását *Knoll* fedezte fel, farmakológiai analízisét *Knoll és mtsai* végezték (19, 20, 21, 22). Az emberi szervezetben való eloszlását és kiürülését ^{14}C-nel jelzett vegyületekkel (8) *Eckhardt és mtsai* tisztázták.

A klinikai értékeléskor, két kérdésre kellett választ kapnunk:

1. van-e a szernek analgetikus hatása emberen?
2. ha igen, hogyan aránylik ez a hatás a standard fájdalomcsillapítókéhoz?

Az első kérdésre placebóval, a másodikra más analgetikumokkal való összehasonlító vizsgálattal kerestük a választ. Ezért két vizsgálatsort végeztünk el:

I. 50 betegen 200 vizsgálatot, *Probon*^{R} és *placebo* adásával

II. 440 betegen 1309 vizsgálatot *Probon*^{R} és standard analgetikumként *novamidazofen* (Algopyrin^{R}) és *kodeinszulfát* adásával.

A vizsgálatot 9 klinikai, ill. kórházi osztályon végeztük: Péterfy D. Belosztály, Magyar Néphadsereg Központi Kórház Sebészet és Urológia, Péterfy II. Szülészet, ORFI D Reuma, Onkológiai Intézet, Szövetség u. Kórház II. Bel., Szájsebészeti Klinika, III. sz. Belklinika.

Módszer

Adatgyűjtés

Az első vizsgálati gyógyszert akkor adtuk meg, ha a beteg fájdalomról panaszkodott és csillapítót kért. Beadása előtt kérdőíven rögzítettük adatait, fájdalmának helyét, jellegét. A kérdőív leglényegesebb pontjai a fájdalom erősségére, enyhülésére és a mellékhatásokra vonatkozó kérdések.

A fájdalom erősségét, intenzitását

erős	(3)
mérsékelt	(2)
enyhe	(1)
semmi	(0)

a fájdalom enyhülését

teljesen megszűnt	(4)
jól enyhült	(3)
mérsékelten enyhült	(2)
kissé enyhült	(1)
változatlan	(0)

jelzéssel vezettük be a kérdőívekre.

A fájdalom intenzitását először a gyógyszer bevétele előtt rögzítettük. A gyógyszerbeadás után fél, 1, 2, 3, 4 órával ismét megkérdeztük, milyen a fájdalom erőssége és külön azt, hogy mennyit enyhült a fájdalma. Így a *fájdalom erősségének a csökkenése* a kiindulási értékhez képest (Fájdalom Intenzitások Differenciája = FID) *és a fájdalom enyhülése* (FE) *ugyanazon reakciót kétféle módon mérte le.*

A mellékhatások feljegyzésekor ügyeltünk arra, hogy ne indukáljunk mellékhatásokat, de ha jelentkezett, úgy azt feltétlenül regisztráljuk. A kikérdezést a résztvevő osztályok orvosai végezték.

A gyógyszerek adagolása és sorrendje

Az első vizsgálati sorban 300 mg-ot tartalmazó kapszulákban Probont, ill. placebót (laktoze) kaptak a betegek, egyforma színű, íztelen kapszulákban. Sem az orvosok, sem a betegek a kapszulákat megkülönböztetni nem tudták. Minden beteg egy- és kétszeres adagot kapott, mind Probonból, mind placebóból; a beadási sorrend betegenként váltakozott.

A második vizsgálati sorban háromféle gyógyszert adtunk; a sorrend kiegyensúlyozottságát előrecsomagolással biztosítottuk. A csomagolás a latin négyzet szerint történt. A gyógyszerek adagját az állatkísérletek alapján aequianalgetikusnak látszó arányok szerint állapítottuk meg:

Probon	300 mg
Algopyrin	300 mg
Kodeinfoszfát	30 mg

Erős fájdalom esetén két-két kapszulát adtunk, ügyelve arra, hogy ugyanazon beteg az egész sorozatból vagy egyszeres vagy kétszeres adagot kapjon.

A kitöltött kérdőívek a kísérletvezető ellenőrzése után számítógépes feldolgozásra kerültek.

Értékelés

A számítógépes értékelés alapjául két mutatót választottunk: a fájdalomintenzitások differenciáinak összegét (ÖFID) és a fájdalomenyhülés összegét, amit totális fájdalomenyhülésnek nevezünk (TFE). Ez a két érték, ami a gyógyszerhatás mérésének kétoldalról való megközelítése, jó korrelációban állt egymással ($r = 0{,}842$) így *Houde*-dal egyetértésben (13) a hatás mérésére alkalmasnak tartottuk.

A számítógéppel a mutatók átlagát és szórását számítottuk ki, ezek alapján pedig a szignifikanciát a Student-féle t próba szerint.

Az említett mutatókon kívül a mellékhatások számát, minőségét és intenzitását is értékeltük.

Eredmények és megbeszélés

I. Vizsgálatsor:

A Probon és placebo csoport összehasonlító értékelése

A vizsgálatot az ORFI D Reuma osztályán végeztük krónikus mozgásszervi betegekkel, akiknek a fájdalma állandó és rendszeres fájdalomcsillapítást igényel. A vizsgálatot *50 betegen* végeztük (25 férfi, 25 nő).

A használt mutatók (ÖFID, TFE) átlagát a négy vizsgálati csoportra vonatkozóan számítottuk ki:

300 mg Probon	egyszeres adagú placebo
600 mg Probon	kétszeres adagú placebo

A szignifikancia számításokat úgy végeztük, hogy t próbával a két egyszeres adagú, ill. a két kétszeres adagú csoport adatait hasonlítottuk össze.

A szignifikancia számítás elvégzése azt mutatta, hogy a Probon igen erősen szignifikánsan ($P <$ 0,01) nagyobb analgetikus hatással rendelkezik, mint a placebo.

1. táblázat

Probon és placebo összehasonlító dupla vak vizsgálatának eredményei

Adag	Mutató	Probon	Placebo
1× (300 mg)	ÖFID	4,38 ± 2,92	1,74 ± 1,88
1× (300 mg)	TFE	10,78 ± 5,93	4,36 ± 4,91
2× (600 mg)	ÖFID	5,78 ± 2,89	2,20 ± 2,39
2× (600 mg)	TFE	13,22 ± 5,18	4,74 ± 4,98

2. táblázat

ÖFID és TFE értékek átlaga gyógyszerek és adagok szerint

Adag	Gyógyszer	ÖFID	TFE	Vizsg. száma	Mel. hat.
1	algopyrin	6,151	10,862	167	19
1	kodeinfoszfát	6,618	12,121	166	17
1	Probon	6,919	12,453	169	18
2	algopyrin	4,364	8,322	269	32
2	kodeinfoszfát	5,646	10,118	272	43
2	Probon	5,767	10,442	266	40

Kísérletünk tehát a Probon analgetikus hatását egyértelműen bebizonyította.

II. Vizsgálatsor

A Probon analgetikus hatásának standard fájdalomcsillapítókkal való összehasonlítása.

A vizsgálatok a bevezetésben felsorolt kilenc osztályon történtek, 440 betegen 1309 vizsgálat. A 440 beteg közül 419 kapta meg a mindhárom gyógyszerből álló teljes sort; 21 beteg nem, ezek csak 1, ill. 2 alkalommal kaptak gyógyszert. A vizsgálatok megoszlása gyógyszerek szerint a következő:

Algopyrint kapott	436
Kodeinfoszfátot	438
Probont	435

beteg. Mint látható, annak ellenére, hogy nem valamennyi beteg „kompleter", azaz teljes sort szedő, az egyes gyógyszereket csaknem azonos számban adtuk; tehát az adagolás valóban kiegyensúlyozott volt. Mint a módszer leírásánál már említettük, a gyógyszerek értékelésének mutatójaként az ÖFID (a fájdalom intenzitás differenciáinak összege) és a TFE (teljes fájdalom enyhülés) mennyiségek átlagát vettük. Az összes vizsgálat (1309) eredménye az egyes gyógyszerek és adagjuk szerint bontva a következő:

Mind az egyszeres, mind a kétszeres táblázat adataiból elvégeztük a szignifikancia vizsgálatot a t próbával.

A számítások szerint vizsgálatainkban mind az egyszeres, mind a kétszeres gyógyszeradagokat véve alapul, a *Probon* mindkét mutató szerint szignifikánsan (a kétszeres adagnál igen erősen szignifikánsan) *jobbnak* mutatkozott *az algopyrinnél.* Bár a mutatók átlagértékei szerint a Probon a *kodein* hatását ugyan *túlhaladja,* ez azonban nem éri el a szignifikancia határát.

Paradoxnak látszik, hogy a kétszeres adagok kisebbek az egyszeres adagokénál. Ezt azzal magyarázzuk, hogy kétszeres adagot erősebb fájdalmak esetén alkalmaztak a megfigyelő orvosok; talán sok esetben olyankor is, amikor a beteg már kábítószerre szorult volna — ezért nem kaptunk megfelelő enyhülést egyik vizsgált gyógyszerünkkel sem. Alátámasztja feltevésünket, hogy az onkológiai betegeknél a mutatók különösen alacsonyak.

3. táblázat

Vizsgálataink megoszlása az egyes betegcsoportok szerint

A fájdalom eredete	Vizsgálatok száma
postoperativ	227
mozgásszervi	272
vesekő	253
karcinoma	180
öregkori	138
ér	101
fejfájás	37
nőgyógyászati	33
fogászati	18

Azokban a vizsgálatokban, amelyekben ugyanazon betegek kaptak 300 és 600 mg Probont (placebóval való paralel kísérlet), a mutatók a 600 mg-os adagnál magasabbak, mint a 300 mg-nál.

Betegcsoportok szerinti értékelés

A legnagyobb létszámú betegcsoportokat a mozgásszervi, postoperativ, köves, daganatos és öregkori megbetegedések, ill. azok okozta fájdalmak képezik.

Az „öregkori" (főleg postapoplexiás, mozgásszervi fájdalmak) csoport különválasztását az indokolta, hogy a betegek a gyógyszerek légzésdeprimáló hatása iránt különösen érzékenyek; ennél a csoportnál a légzésdepressióra gyakorolt hatást is vizsgáltuk. Ezeket az eredményeket külön közöljük (9).

A *mozgásszervi* és *öregkori* fájdalmak esetén a Probon kiemelkedően jó hatású volt. (A mozgásszervi betegek esetében nemcsak az algopyrinnel, hanem a kodeinnel szemben is szignifikánsan jobb.) E krónikus betegek állandó fájdalmakkal küszködnek és rendszeres fájdalomcsillapítást igényelnek. A Probont atoxikus volta különösen alkalmassá teszi krónikus fájdalmak rendszeres kezelésére. Idős betegek esetén pedig nagyon előnyös az a tulajdonsága, hogy a légzőközpontot nem deprimálja, sőt az opiátok és sedativumok okozta légzésdepressziót csökkenti (9, 21).

Az urológiai osztály nephrolithiasisban szenvedő betegeinek mindhárom szerrel egyidejűleg 80 mg No-Spat is adott. Ezekben az esetekben a No-Spa—Probon kombináció szignifikánsan jobbnak bizonyult a No-Spa—Algopyrin, ill. No-Spa—Kodein kombinációknál.

A mozgásszervi, öregkori és nephrolithiasisos betegcsoport tehát mindenképpen a Probon fontos alkalmazási területének látszik.

Következő nagy létszámú betegcsoportunkban, a *postoperativ fájdalmakban* a három analgetikum gyakorlatilag azonos eredményt adott. (E betegek kiválasztásánál ügyeltünk arra, hogy a műtét óta eltelt idő a vizsgálatok kezdésekor azonos legyen.)

A *daganatos* betegek csoportjában mindhárom analgetikum mutatói alacsonyak (ÖFID: 2,9—3,9 között). A — nyilván erős fájdalmakban szenvedő — betegeknél egyik vizsgálati gyógyszerrel sem lehetett megfelelő csökkenést elérni; úgy látszik e nem narkotikus jellegű analgetikumok hatása nem volt kielégítő. Ilyen súlyos fájdalmak esetén a Probonnak egy másik tulajdonságát, a morfinszármazékokat potenciáló hatását kell majd hasznosítani (8/a).

Külön ki kell emelnünk a Szövetség utcai Kórház II. Belosztályának *érbántalmakban* szenvedő betegein észlelt eredményeket. Úgy látszik, a fájdalmakban a kodein hatása a legkedvezőbb; a Probon kielégítő hatású, az algopyrin hatása gyenge. A többi három betegcsoportot kis létszáma nem teszi alkalmassá statisztikai számításokra, de még impressziók kialakítására sem (6—11. beteg).

E közlemény keretein belül az elvégzett számításoknak csak kis részét ismertethetjük. Megemlítjük azonban, hogy vizsgáltuk a gyógyszerek sorrendjének befolyását a hatásra, és azt találtuk, hogy ez jelentős; az első kapszula mutatói (ugyanazon gyógyszer esetén) kisebbek, mint a másodiké, ill. harmadiké. Ez a tapasztalatunk egyezik *Bellvillével* (3). Ezt a hatásfokozódást kifejezettebbnek találtuk a Probonnál, mind a standard analgetikumoknál. E jelenség kétségtelenül a beteg pszichés reakciójára épül; fel kell tételeznünk, hogy a Probon befolyásolja a három vizsgált gyógyszer közül leginkább a fájdalom pszichés tényezőjét. *Beecherre* (2) hivatkozva, aki szerint fájdalomcsillapító törekvéseinknek egyre jobban kell a fájdalom pszichés reakciójára hatniuk, a Probon ezen tulajdonságát előnyösnek tartjuk.

Ellenőriztük analgetikumunk hatását abból a szempontból is, hogy az esetek hány százalékában maradt a gyógyszerelés eredménytelen (a gyógyszerbevétel után az 5 kérdésből legfeljebb két ízben jelzett a beteg 1—1 foknyi fájdalomcsökkenést).

A refrakter esetek előfordulása algopyrinnél 35,1%, kodeinnél 17,6%, Probonnál 21,6% volt.

Irodalmi adatokból tudjuk, hogy 20—25% hatástalan esetet még 10 mg morfium használata esetén is észleltek a szerzők (2). Megállapíthatjuk ezek alapján, hogy a refrakter esetek száma szerint is a

4. táblázat

*Algopyrin, kodein, Probon és placebo adás mellett észlelt mellékhatások**

Mellékhatás	Algop.	Kodein	Probon	Placebo
Központi idegrendszeri (fejfájás, szédülés)	2,7	3,6	4,5	5,0%
Pszichés (kábultság, depressio)	5,9	8,9	6,4	—
Vegetativ (fázás, izzadás, tachycardia)	2,5	1,6	3,2	—
Gyomor-bél eredetű (hányinger).....	2,7	2,9	3,2	4,0%

* E táblázatban az egyes mellékhatások előfordulási gyakoriságát tüntetjük fel. Mivel egy-egy esetben egy beteg többféle mellékhatást jelzett, ezek a számok magasabbak, mint a mellékhatást jelző betegek száma.

Probon (300 mg) jó analgetikumnak bizonyult. *Az algopyrin hatása jelentősen alulmaradt a Probonnal szemben,* a kodein és Probon között a különbség nem szignifikáns.

Mellékhatások

Betegeink az 1309 vizsgálat közü 169-ben (12,9 százalék) jeleztek enyhe mellékhatásokat: kábultságot, fejfájást, szédülést, izzadást, palpitációérzést, hányingert. Ez a szám nem magas, különösen akkor, ha tekintetbe vesszük, hogy ilyen gondos megfigyelés esetén placebo adagolása mellett mintegy 10%-ban észlelnek hasonló tüneteket (24, 30).

A mellékhatások megoszlása gyógyszerek szerint a következő:

Algopyrin 11,7%, Kodein 13,7%, Probon 13,3 százalék, Placebo 9% (a Placebo eredmények 100 vizsgálatra vonatkoznak).

Adag szerint bontva a Probon mellékhatását:

300 mg mellett jelentkezett 10,6;

600 mg mellett 15,0%-ban.

Negyedik táblázatunkban az egyes mellékhatásokat, gyógyszerek szerint, előfordulásuk százalékos gyakoriságában ismertetjük.

Allergiás jellegű mellékhatást nem észleltünk. (A standard analgetikumok iránti allergiát anamnesztikusan tisztáztuk.)

Vizsgálataink szerint a Probon egyszeres adagban nem okoz több mellékhatást, mint a placebo. Mivel az egyszeres (300 mg) adag analgetikus hatása kielégítő, megállapíthatjuk, hogy *a Probon analgetikus adagja lényeges mellékhatást nem okoz.*

Összefoglalás és konklúziók. Kilenc kórházi osztályon, 490 betegen 1509 vizsgálattal új analgetikumnak, a Probon^R-nek analgetikus hatását és mellékhatásait mértük. A vizsgálati módszert hazánkban először alkalmaztuk. Eredményeink alapján megállapíthatjuk:

1. A Probon^R a placebo analgetikus hatását igen erősen szignifikánsan múlja felül (50 betegen végzett 200 vizsgálat szerint).

2. Standard analgetikumokkal, algopyrinnel és kodeinnel összehasonlítva a megadott adagokban a Probon az algopyrin hatását szignifikánsan, a kodeinét kismértékben (nem szignifikánsan) meghaladja (440 betegen végzett 1309 vizsgálat alapján).

3. A Probon 300 mg-os adagja emberen kielégítő analgetikus hatású.

4. Jelentős mellékhatást nem észleltünk.

5. A vizsgált betegcsoportok közül a *mozgásszervi, öregkori és köves* fájdalmak kezelésére a Probon különösen alkalmasnak bizonyult. Postoperativ és daganatos betegeknél hatása nem múlta felül a standard analgetikumokét. Ezekben az esetekben a szer morfium-potenciáló hatásától várható nagyobb eredmény.

Köszönetünket fejezzük ki a vizsgálatban részt vevő osztályok vezetőinek: *Berényi Béla dr.* professzornak, *Eckhardt Sándor dr., Forgács József dr.* és *Sellei Camilló dr.* tanároknak, *Okos Gizella dr.* főorvosasszonynak, *Hermann István dr., Kovács László dr.* és *Lőrincz Sándor dr.* főorvosoknak, *Rétsági György dr.* tanársegédnek és munkatársaiknak értékes segítségükért.

IRODALOM: 1. *Allen, D. G.:* Anaesthesiology. 1968, *29*, 594. — 2. *Beecher, H. K.:* Measurement of subjective responses. Oxford Univ. Press. New York, 1959. — 3. *Bellville, J. W., Forrest, W. H., Brown, B. W.:* Clin. Pharmacol. Ther. 1968, *9*, 920. — 4. *Bellville, J. W., Forrest, W. II., Elashoff, J., Laska, E.:* Clin. Pharmacol. Ther. 1968, *9*, 303. — 5. *Benjamin, F. B.:* J. appl. Physiol. 1952, *4*, 907. — 6. *Buettner, K.:* Ibid. 1951, *3*, 691. — 7. *Cass, L. J., Frederik, W. S.:* Amer. J. Med. Sci. 1964, *248*, 673. — 8. *Eckhardt, S.:* közlés alatt. — 8/a. *Sellei C., Eckhardt S.:* Orv. Hetil. 1971, *112*, 925. — 9. *Graber H., Varga E.:* közlés alatt. — 10. *Hampel, H.:* Arzneimittelforschung. 1968, *18*, 1166. — 11. *Hardy, Goodell, H. Wolff, H. G.:* Science. 1951, *114*, 149. — 12. *Harris, S. C., Blockus, L. E.:* J. Pharmacol. 1952, *104*, 135. — 13. *Hill, H. E., Flanary, H. G., Kornetsky, C. H., Winkler, A.:* J. clin. Invest. 1952, *31*, 464. — 14. *Houde, R. W., Wallenstein, S. L.:* Clin. Pharmacol. Ther. 1960, *1*, 163. — 15. *Houde, R. W., Wallenstein, S. L.:* in: Analgetics. Ed.: deStevens, G. Acad. Press. New York, 1965. — 16. *Jackson, H.:* Brit. J. Pharmacol. 1952, *7*, 204. — 17. *Kast, E. C.:* Med. Clin. N. Amer. 1968, *19*, 702. — 18.*Keele, K. D.:* Lancet. 1948, *2*, 6. — 19. *Knoll J., Mészáros Z., Szentmiklósi P., Fürst Zs.:* Orvostudomány. 1969, *20*, 361. — 20. *Knoll J., Fürst Zs., Mészáros Z.:* Orvostudomány. 1969, *20*, 371. — 21. *Knoll J., Fürst Zs., Mészáros Z.:* Orvostudomány. 1969, *20*, 397. — 22. *Knoll J., Magyar K., Bánfi D.:* Orvostudomány. 1969, *20*, 417. — 23. *Lasagna, L.:* J. chron. Dis. 1966, *19*, 702. — 24. *Lasagna, L., Mosteller, F., von Felsinger, J. M., Beecher, H. K.:* Amer. J. Med. 1954, *16*, 770. — 25. *Laska E., Gramley, M., Bellville, J. W., Sunshine, A., Kántor, Th. G., Forrest, W., Siegel, C., Meisner, M.:* Clin. Pharmacol. Ther. 1967, *8*, 658. — 26. *Lee, L. E.:* J. Pharmacol. 1942, *75*, 161. — 27. *Lim, R. S. K., Miller, D. G., Guzman, F., Rodgers, D. W., Rogers, R. W., Wang, S. K., Chao, P. Y., Shih, T. Y.:* Clin. Pharmacol. Ther. 1967, *8*, 521. — 28. *Loan, W. B., Dundee, J. W.:* Brit. J. Anaesth. 1967, *39*, 743. — 29. *Masson, A. H.:* Proc. Roy. Soc. Med. 1966, *59*, Suppl. 81. — 30. *Meyler, L.:* Side effects of drugs. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam. 1966, 530.: Placebos. — 31. *Mészáros Z., Knoll J., Szentmiklósi P.:* közlés alatt. — 32. *Murphree, H. B.:* J. New Drug. 1966, *6*, 15. — 33. *Parkhouse, J.:* Proc. Roy. Soc. Med. 1966, *59*, Suppl. 79. — 34. *Prescott, L. F.:* Practitioner. 1968, *200*, 84. — 35. *Thorpe, M. H.:* Brit. J. Anaesth. 1966, *38*, 198. — 36. *Wolff, B. B., Kantor, Th. G., Jarvik, M. E., Laska, E.:* Clin. Pharmacol. Ther. 1966, *7*, 323.

Szabadsághegyi Állami Gyermekszanatórium
(osztályvezető főorvos: Telegdi István dr.)

Streptomycinnel kezelt betegeink hallásvizsgálata*

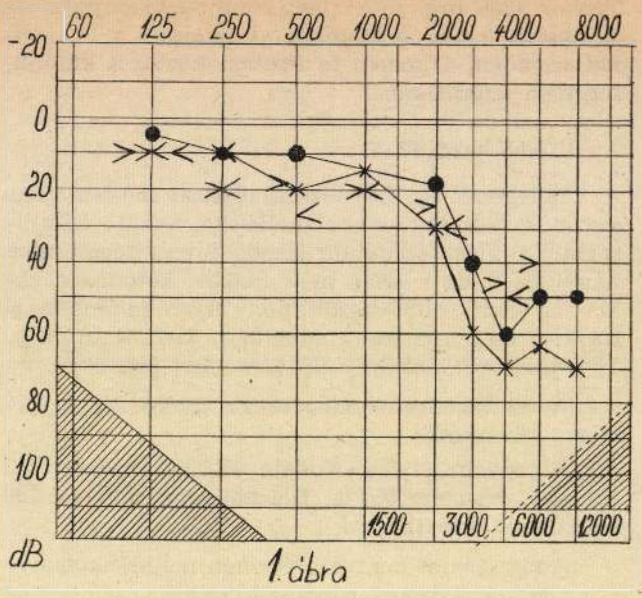
Telegdi István dr. és Pintér Gabriella dr.

A Streptomycin (SM), Resistomycin és Viomycin alkalmazása óta tudjuk, hogy e gyógyszerek halláskárosodást okozhatnak. Az ototoxikus hatás függ a gyógyszer napi és összes adagjától, a vérben elért koncentrációtól, a szervezetből való kiürülés mértékétől, egyéni érzékenységtől, valamint a fül korábbi betegségeitől. Tehát nagyobb a kockázat, ha a beteg hallása eleve csökkent — otitis media, zajártalom stb. miatt — vagy ha a vese működése csökkent (4). Az is bizonyított, hogy idősebb korban nagyobb a SM halláskárosodás kialakulásának lehetősége (4). Egyes szerzők szerint a SM összadagnak nincs döntő jelentősége (5), leírtak már néhány gramm SM adása után halláskárosodást, viszont sok betegben több száz gramm SM adása után sem alakult ki hallásromlás.

A SM-nek különleges affinitása van a cochlearis és vestibularis rendszerhez (1, 6). A SM-sulfat főleg a vestibularis, míg a dihydro-SM a cochlearis rendszerre toxikus. Nem egységes a felfogás a SM támadáspontját illetően. A mai vélemény szerint legvalószínűbb, hogy a VIII. agyideg végkészülékére fejti ki toxikus hatását, tehát a cochlearis károsodás perifériás jellegű, a szer kihagyása után is progrediálhat és irreversibilis, ellentétben a vestibularis laesióval, mely centrális jellegű és rendszerint reversibilis. Egyes szerzők szerint a napi $^1/_2$ gramm SM az az adag, melynek gyógyító hatása van, de a hallást nem károsítja, s ezen adagolás mellett még a fülészeti vizsgálatot is feleslegesnek tartják.

Vizsgálat tárgyává tettük, hogy leányosztályunkon a napi $^1/_2$ g-os, összesen 30—50 g-os SM kezelés jelent-e ártalmat betegeink számára. 1962 elejétől 1969 júliusáig 187 beteg részesült SM kezelésben, koruk 12—20 év között van, nagyrészük 14—17 éves, testsúlyuk az esetek többségében 50 kg feletti. Exact audiometriás vizsgálatra kezdetben csak elvétve volt lehetőségünk, így betegeinket a fülész consiliáriussal nézettük meg a SM adása előtt, a kezelés alatt és a kezelés befejezése után intézeti tartózkodásuk végéig kéthetenként. A fülész hangvillával vizsgált, ellenőrizte a suttogó beszédhallást és esetenként calorikus, vestibularis vizsgálatot is végzett. Ha halláskárosodást észlelt, a beteget audiológiai vizsgálatra küldtük (2). 1969 elejétől minden új betegről készült audiogramm (Götze dr.).

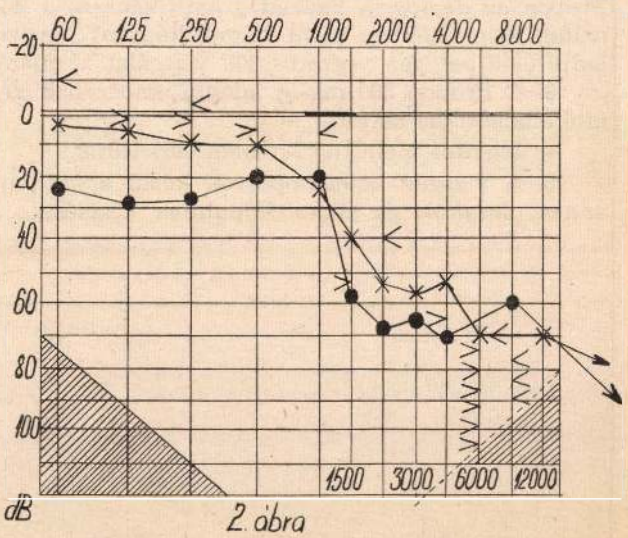
A 187 beteg közül 7-nek már a SM kezelés megkezdése előtt ismert volt a hallászcsökkenése (chronikus otitis, fülkürti folyamat). E 7 beteg 30—50 g SM-t kapott anélkül, hogy hallásukban továb-



1. ábra

Ábramagyarázat:

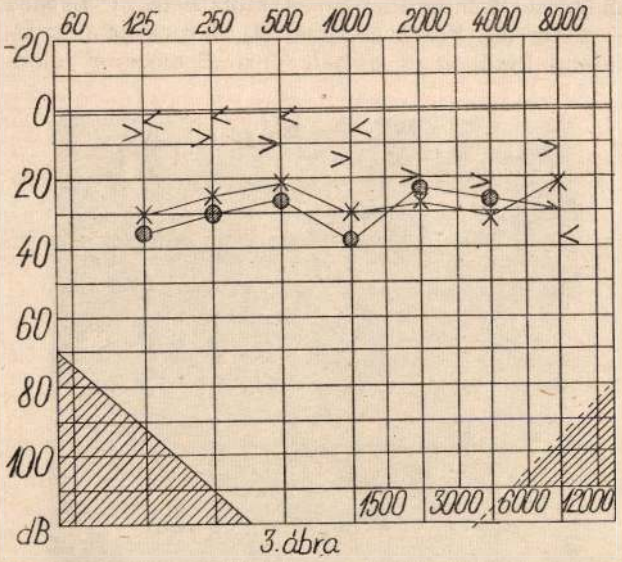
●—●—● : jobb fül, légvezetés
×—×—× : bal fül, légvezetés
> > > : jobb fül csontvezetés
< < < : bal fül, csontvezetés



2. ábra

* Elhangzott a Tuberkulózis és Tüdőgyógyász nagygyűlésen, 1969. október 11-én.

bi rosszabbodás következett volna be (6). A 187 SM-nel kezelt beteg közül 12-nek alakult ki halláskárosodása, 11-nek a SM kezelés után, egynek kezelés közben: 7,5 g SM beadása után (3). Ezekből 9-nek nem volt panasza, csak a fülészeti vizsgálat derítette ki a hallászcsökkenést, 3-nak fülzúgásos panaszai voltak, s mi is észleltük hallásuk romlását.



3. ábra

Röviden ismertetjük az utóbbi 3 esetet:

R. K., 14 éves leány, testsúlya 56 kg, bilaterális, kiterjedt csúcsi folyamata miatt INH, SM, PAS, Prednisolon kezelést kapott. SM-ből napi $^1/_2$ g-os adagban 4 hónap alatt 50 g-ot adtunk. A kezelés befejezése után 3 héttel erős fülzúgás lépett fel. Fülészeti vizsgálattal a suttogó beszédhallás 2—3 méterre csökkent mindkét oldalon. Az audiometriás lelet szerint nagyfokú hallászcsökkenés látható a magas hangok területén: 60 dB A-, B_1-, B_{12}-, E-vitamin-kezelést kapott hónapokig. Audiometriás lelete változatlan maradt (1. ábra).

T. I., 14 éves leány, testsúlya 54 kg, bal csúcsi infiltratív folyamata miatt INH, SM, PAS, Prednisolon kezelésben részesült. SM-ből napi $^1/_2$ g-os adagban 4 hónapon át összesen 50 g-ot kapott. A kezelés befejezése után 2 héttel fülzúgásról, hallászcsökkenésről panaszkodott. Az elvégzett audiometriás vizsgálat kifejezett, mintegy 70 dB hallászcsökkenést mutatott 2000 Hz felett. Vitaminokon kívül Strychnotonin, valamint Dicaptol kezelést kapott. Hallása, audiometriás lelete nem változott, másfél év múlva hallókészüléket rendeltek neki (2. ábra).

S. J., 15 éves leány, testsúlya 51 kg, ugyancsak tbc-s, bal csúcsi cavernás folyamata miatt INH, SM, PAS, Prednisolon kezelésben részesült, SM-ből 50 g-ot kapott 4 hónap alatt. A kezelés befejezése után 6 héttel a fülészeti vizsgálat bal fülén hallászcsökkenést mutatott, melyet az audiometriás vizsgálat is igazolt: 40 dB (3. ábra).

Mindhárom betegen a SM kezelés alatt 2 hetenként történt fülészeti vizsgálat, negatív fülleletük volt.

Összefoglalás. 187 leány (12—20 év között) kapott napi $^1/_2$ gramm Streptomycint 30—50 grammos kúrában. Hétnek egyéb fülészeti okból már a kezelés előtt károsodott volt a hallása, náluk a Streptomycin kezelés az irodalmi adatokkal ellentétben további hallásromlást nem okozott. A 180 ép hallású betegből 12-nek halláskárosodása keletkezett. Közülük 9 csak fülészeti vizsgálattal derült ki, 3-nak fülzúgása és észlelhető hallászcsökkenése alakult ki.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy a Streptomycin adása előtt, közben és utána szükséges a hallás audiometriás vizsgálata. A Streptomycin irodalomban leírt halláskárosító hatását tapasztalataik megerősítik.

IRODALOM: 1. *Basicevic, V. és mtsai:* Tuberkuloza. 1968, *20,* 219. — 2. *Lampé I.* és *Szűcs J.:* Tuberkulózis és Tüdőbetegségek. 1968, *21,* 178. — 3. *Miskovits G., Götze A.* és *Szabó L.:* Orv. Hetil. 1964, *105,* 2273. — 4. *Miskovits G.:* A tüdőtuberkulózis. Budapest, Medicina, 1966, 90—91. — 5. *Nákó A.:* Orv. Hetil. 1964, *105,* 2267. — 6. *Szűk B., Kasza L., Medgyesi F.:* Tuberkulózis és Tüdőbetegségek. 1968, *21,* 152.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását.

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTÁP" Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest, XIV., Lumumba u. 209.

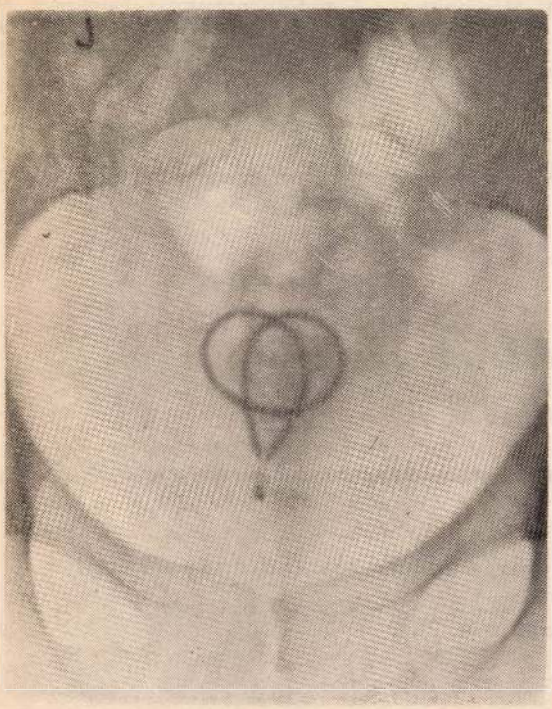
Telefon: 630—985.

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Szontágh Ferenc dr)
és Röntgenklinika (igazgató: Szenes Tibor dr.)

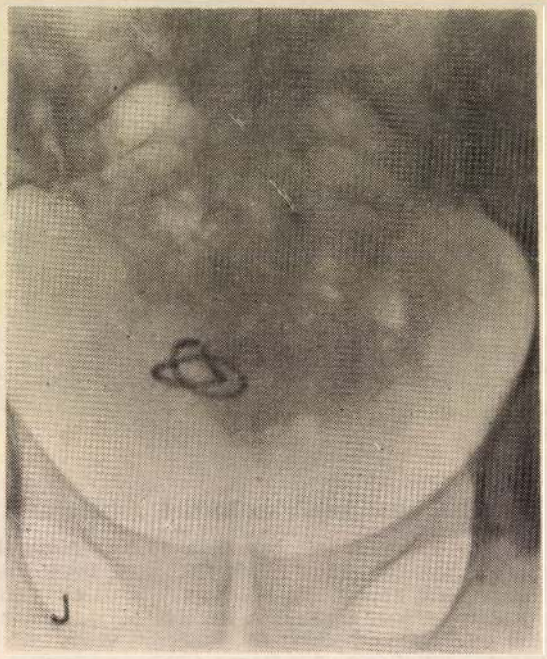
A méhenbelüli fogamzásgátló eszköz lokalizálása

Orojján I. dr., Ökrös J. dr. és Szereday Z. dr.

A méhenbelüli fogamzásgátló eszközök használatánál (IUD = Intra-Uterina Device) az ellenőrző vizsgálat egyik legfontosabb feladata, hogy megállapítsa az eszköz jelenlétét a méh üregében. A világszerte alkalmazott népszerű eszközök közül számos röntgen-kontrasztanyagot tartalmaz. Fémből készült a *Gräfenberg*, a *Hall-Stone* és a *Majzlin* eszköz, műanyaggal burkolt fém a *Comet* IUD, így jelenlétük a méh üregében röntgen-vizsgálattal kimutatható. Tekintettel arra, hogy rutin vizsgálat céljaira röntgensugárral történő lokalizálás nem ideális, ezért a kontrasztot adó *Safe*-T és *Lippes* IUD-eket még jelzőfonallal is ellátták. A jelzőfonal az IUD-hez erősített, rendszerint vékony műanyag szál, mely a nyakcsatornán keresztül a hüvelybe lóg; így a portio feltárásakor látható. Kontrasztanyagot nem tartalmaz, ezért a jelzőfonallal ellátott eszközök jelenléte csak méhűri vizsgálattal igazolható. A *Polygon* eszköz műanyagba ágyazott mágneses fémdarabja révén mutatható ki. *Lebach* és *Osler* (3), *Fusch és mtsai* (1), *Jörgensen* (2), valamint *Rindusit* és *Mishell* (4) a „Beolocator" elnevezésű idegentest-kereső készüléket szerkesztettek a fém vagy kemény műanyag IUD-k kimutatására.



1. ábra.



2. ábra.

A szegedi Női Klinikán 1965 március óta alkalmazott saját készítésű eszközünket (*Szontágh*-IUD) kezdetben jelzőfonal nélkül helyeztük fel. Már az első ellenőrző vizsgálatok alkalmával nyilvánvalóvá vált, hogy az IUD jelenléte vagy hiánya csak méhűri vizsgálattal állapítható meg, ezért eszközünket 0,1 mm vastagságú jelzőfonallal láttuk el (8, 9).

Az elmúlt 5 év alatt felhelyezett több ezer IUD folyamatos ellenőrzésekor elvétve előfordult, hogy jelzőfonalat a portio megtekintésekor nem sikerült felfedezni, annak ellenére, hogy a kilökődés valószínűtlennek látszott az anamnézis részletes elemzése alapján. Ilyen esetekben elsősorban arra kellett gondolnunk, hogy már a felhelyezés kapcsán leszakadt a jelzőfonal vagy a szokástól eltérően jelzőfonalmentes eszközt helyeztek fel, ill. *szabálytalanul végezve a műveletet*, az IUD jelzőfonallal együtt a méh űrébe került. Saját eszközünk alkalmazásával kapcsolatban röntgenlokalizáció csupán a felhelyezés tökéletes kivitelének ellenőrzésére, ill. betanítására szolgál.

Módszerünk a következő: 16 cm hosszúságú, 1,7 mm lumenű, 0,4 mm falvastagságú polyvinil csövet

„*Uromiro*" kontrasztanyaggal (Bracco-Milano) megtöltve, a hurok elkészítésekor szokásos módon beforrasztottunk. Továbbiakban ugyanúgy járunk el, mint azt előző közleményeinkben az IUD felhelyezésével kapcsolatban leírtuk (6, 7).

Az ellenőrző vizsgálatkor elvégzett röntgenfelvétel jól láthatóan mutatja az eszköz méhen belüli szabályos elhelyezkedését *(1. ábra)*.

Az esetek egy részében fellépő panaszok esetén (vérzés, alhasi görcsök) az IUD rendszerint szabálytalan elhelyezkedést mutatott *(2. ábra)*. Tizenhét ilyen esetből, jelzett panaszok mellett, 12-ben volt szabálytalan az elhelyezkedés.

Megbeszélés

A méhen belüli fogamzásgátló elhelyezkedésének ellenőrzése jelentős segítséget nyújthat a ma még nem ritka szövődmények kiküszöbölésében (5). Mint az általunk ismertetett tapasztalatok is igazolják, a fogamzásgátló eszköz rossz felhelyezése esetén nem helyezkedik el szabályosan a méh üregében, ami a szövődmény létrejöttében szerepet játszik. Eseteinkben a felhelyezés feltehetően azért volt szabálytalan, mert az IUD-t hosszabb ideig a felhelyezőben hagyták. Ismeretes, hogy a műanyagok bizonyos „memóriával" rendelkeznek, vagyis rövid ideig tartó alakváltozás után visszanyerik eredeti alakjukat. Amennyiben az alakváltozás 6—10 percnél tovább tart, az anyag eredeti forma visszanyerésére már nem képes.

Mindezek szerint az IUD viselésének szövődményei a felhelyezés szabályainak pontos betartásával jelentősen csökkenthetők. Az ismertetett eljárás lehetőséget nyújt a felhelyezés tökéletes kivitelének ellenőrzésére, ill. betanítására, bár a röntgen segítségével történő IUD-lokalizálás rutinszerű alkalmazása nem követhető eljárás.

Összefoglalás. A szerzők ismertetik saját készítésű méhen belüli fogamzásgátló eszközük röntgen segítségével történő lokalizálásának lehetőségét. Véleményük szerint az eljárás rutin célokra nem alkalmas, de segítséget nyújthat az esetleges technikai hibák kiküszöbölésében, a felhelyezés betanításában, mert a méhen belüli szabálytalan elhelyezkedés szerepet játszik a mellékhatások keletkezésében.

IRODALOM: 1. *Fuchs, F. F., Buchman, M. I.* and *Nakamotot, M.:* J. Obst. Gyn. 1965, *93*, 128. — 2. *Jörgensen, T. E.:* Nord. med. 1964, *72*, 1148. Cit. Lebach Osler. 1967. — 3. *Lebach, P.* and *Osler, M.:* Med. Gyn. Soc. 1967, *2*, 5. — 4. *Rimdusit, S.* and *Mishell, D. R.:* Amer. J. Obst. Gyn. 1968, *31*, 132. — 5. *Szereday Z.* és *Orojân I.:* Hazai IUD (fogamzásgátló hurok) hatásossága és szövődményei. Orv. Hetil. 1970, *111*, 2303. — 6. *Szereday Z.* and *Orojân I.:* Med. Gyn. Soc. 1969, *4*, 199. — 7. *Szereday Z., Orojân I.* és *Szontágh F.:* Fogamzásgátlás méhenbelüli eszközökkel. (3050 eset kapcsán szerzett hároméves tapasztalatok saját eszközünkkel. (Orvosképzés, megjelenés alatt.) — 8. *Szontágh F. E., Zelenka L.* and *Szereday Z.:* Contraception with new Intra-Uterine Device. IPPF Vth Conference of the Europe and Near Region, Copenhagen. 1966, *5*, 8. — 9. *Zelenka L., Szereday Z.* és *Szontágh F.:* Orv. Hetil. 1965, *106*, 1227.

MEGJELENT

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

1971. 1. szám

Gabos György dr.: Üdvözlő beszéd.
Cserba László: Megnyitó előadás a II. kórházépítési konferencián.
Szathmáry László: A kórházépítés műszaki fejlesztési feladatai.
Dános Ottó: A műszaki fejlesztés hatása az egészségügyi ellátás további alakulására.
Mányoky László: Kórházépítészetünk aktuális problémái.
Szoró Zoltán dr.: Az előre gyártás lehetőségei a kórházépítésben.
Gecser Ottó: A műszaki fejlesztés gépészeti jellegű eredményei és feladatai.
Förster Tamás: Méretegységesítés, tipizálás, épületgépészet és gazdaságosság.
Weber György Henrik: A kórháztervezésben alkalmazható matematikai eljárások.
Kordik László: Vasbeton előre gyártás a kórházépítésben.
Bretz Gyula: Könnyűszerkezetes építésmód a kórházépítésben.
Erős János: Szerelhető szakipari szerkezetek.
Szabó László: A szerkezettervezés kórházi tapasztalatai.
Opitzer Károly: Épületgépészeti előre gyártási tapasztalatok a váci kórházban.
Takács Sándor dr.: A kecskeméti új területi vezető kórház szakmai problémái.
Havrán Pál: A megyei kórház bővítésének néhány tervezési előfeltétele.
Molnár Sándor: Üdvözlet az egészségügyi mérnök-technikus szakcsoport részéről.
Perepelicüna, M. P.: Tipizálás és egységesítés a kórházépítés területén a Szovjetunióban (Kivonat).
Štípek, Jaroslav: Az egészségügyi építkezések tipizálásának tapasztalatai Csehszlovákiában (Kivonat).
Pütsep, Ervin dr.: Svéd sorozattervezetek krónikuskórházak számára (Kivonat).
Jachowicz, Ryszard dr.: A kórházépítés időszerű kérdései Lengyelországban (Kivonat).
Lienhard, R.: A kórházépítés racionalizálásának lehetőségei és határai svájci szemszögből (Kivonat).
Sachs, H. dr.: Az építkezések iperi jellege és ennek befolyása az egészségügyi építkezésekre: NDK-beli tapasztalatok (Kivonat).
Glomb, J.: Előre gyártott elemekből készült kórházak az NDK-ban (Kivonat).
Hoch, Adolf: Acélvázas könnyűszerkezetű kórházépítés tapasztalatai előre gyártott elemek ausztriai alkalmazásáról (Kivonat).
Drury, Maurice: Beszámoló a kórháztervezés egységesítése terén Angliában folyó munkáról (Kivonat).
Mikolás Tibor: Zárszó.
Idegen nyelvű összefoglalók.
Farádi László dr.: Üdvözlő beszéd.
Cserba László dr.: Az egészségügy irányítási és gazdálkodási módszereinek fejlesztése.
Aczél György dr.: Korreferátum.
Soós Lajos: Az A szekció összefoglalója. 1. (szervezés, vezetés, munkaerőgazdálkodás néhány kérdése.)
Balog János dr.: A szekció összefoglalója. 2. (Szervezés, vezetés, munkaerő-gazdálkodás).
Horváth Dávid dr.: A B szekció összefoglalója. (A költségvetési tervezés és gazdálkodás néhány kérdése).
Tamás László dr.: A C szekció összefoglalója. (A műszaki fejlesztés gazdasági feltételeinek megteremtése, az eszközgazdálkodás módszereinek tökéletesítése).
Cserba László: Zárszó.
Idegen nyelvű összefoglalók.

Orvostovábbképző Intézet, II. Gyermekgyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Frank Kálmán dr.)
és Ideggyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Tariska István dr.)

Újabb megfigyelések a congenitalis analgesiáról

Vadász György dr. és Dénes Iván dr.

1968. év folyamán ismertettük először az akkor $2^1/_2$ éves analgesia congenitában szenvedő betegünket (5). Mint ismeretes, a kórképet első ízben 1938-ban *Ford* és *Wilkins* (2) írták le. *Weber* (6) 1966-ig száz esetet gyűjtött össze az irodalomból.

Közleményünk megjelenése óta mindössze két újabb ismertetést volt alkalmunk találni analgesia congenita esetekről. Így *Horansky* és *Zuffová* (4) mindkét betegben előzetesen lezajlott encephalitist tételeztek fel és ennek tulajdonították az analgesiát, amely mellett hypotoniát, retardatiót és cerebralis bénulást észleltek. Eseteiket tehát a *Clark* (1) szerinti osztályozás alapján az agyi károsodottak csoportjába lehetett beosztani. Ezzel szemben a *Gaudier és mtsai* (3) által egy hatgyermekes család két testvérén észlelt analgesiát semmiféle idegrendszeri megbetegedés nem előzte meg; a betegek szellemi fejlődése zavartalan, azonban mindkét beteg végtagjain trophikus zavarok voltak találhatók. Utóbbi esetek a Clark-beosztás essentialis csoportjába osztályozhatók.

H. M., az általunk ismertetett leánybeteg jelenleg $5^1/_2$ éves. Előzményi adatait első közleményünk részletesen tartalmazza.

Ezek szerint a kötelező csecsemőkori védőoltásoknál tűnt fel először, hogy a szúrás okozta fájdalomra nem reagál. Később többször kitépte fogait, ajkát és ujjait összeharapdálta. A $2^1/_2$ éves korában elvégzett részletes vizsgálat során a fájdalomérzés egész testre kiterjedő hiányán kívül egyéb neurológiai, ill. pszichológiai elváltozást nem találtunk. Kiegészítésképpen megjegyezzük, hogy a gyermekhez hasonlóan szülei is kistermetűek; továbbá, hogy jelenleg hároméves második és kéthetes harmadik leánygyermekük teljesen egészséges.

A gyermeket háromhónapos kora óta szülei negyedévenként rendszeresen hozzák intézetünkbe ellenőrző vizsgálatra — intercurrens betegségek esetén gyakrabban is. Szülei — akiket a várható nehézségekre kioktattunk — értelmesen cooperálnak. Controll vizsgálatok alkalmával a fájdalom alapján felismerhető — de betegünkben analgesiája miatt nem appercipiálódó — betegségek felderítésére továbbá psychosomatikus és sensoros fejlődésének megfigyelésére törekszünk. A legutóbbi három év alatt a gyermek varicellán és egy ízben pneumonián esett át. Sem ezeknek, sem a közben lezajlott számos mandulagyulladásnak a tüneti képe nem különbözött más gyermekek azonos betegségétől. A betegségekre a szülők figyelmét általában a szokványosan kísérő láz hívta fel.

Négyéves korában — az említett ismételt mandulagyulladások miatt tonsillectomiát végeztettünk, *narcosis és localis érzéstelenítés nélkül.* A gégész ismételten „kiprovokálta" a jelenlevő gyermekorvosok és ideggyógyász garanciáját arra vonatkozólag, hogy a beteg nem fog fájdalmat érezni. A gyermek valóban közömbösen, sőt mosolyogva tűrte a beavatkozást.

Külön problémát jelent a stomatológiai gondozása. Csecsemőkorában saját kezével tépte ki metszőfogait — amint azt eredeti közleményünkben ismertettük — a később áttört molaris tejfogak azonban korán cariesesek lettek, majd ezekhez fistulák, periostitis és gangraena társultak. Két alkalommal egy, a felső állkapocsban ülő molaris periostitise járt lázzal és arcduzzanattal. Valamennyi egyéb dentalis megbetegedését panaszmentes állapotban (!) fedte fel az időszakonként végzett fogorvosi vizsgálat.

Nyolc esetben voltunk kénytelenek a kezelhetetlen, ill. menthetetlen fogak extractióját elvégeztetni, természetesen valamennyit anaesthesia nélkül, miközben a gyermek figyelmét beszélgetéssel és játékkal igyekeztünk lekötni a fogorvosi székben. Ilyen sajnálatos okok miatt betegünk jelenleg mindössze 8 (!) tejfoggal rendelkezik, a rövidesen megkezdődő új fogzás előtt. Továbbra is testszerte — elsősorban a végtagokon — számos sérülést és secundaer suppuratiót kell ellátnunk. Súlyosabb sérülés vagy végtagtörés szerencsére nem fordult elő. A sérülésektől való óvakodás megtanítása számos raffinált fogást kíván meg a szülők és orvosok részéről. Nevelési okokból azonban a sérülésmentesség jutalmazását a minimumra igyekeztünk csökkenteni, a népszerűségét amúgy is természetszerűleg élvező kislánynál, aki különösen ritka és a laikusok figyelmét felkeltő betegsége miatt hamarosan a néhány ezer lakosú kis falu érdeklődésének középpontjába került.

Az alábbiakban ötéves születésnapja idején készített neuropsychológiai statusából közlünk részleteket.

Agyidegek épek, reflexkör, mozgatókör és koordináció részéről kóros eltérés nem észlelhető.

Sensibilitás: tapintásérzést, vibratiós érzést testszerte jelez, hőérzést mindenütt egyformán megtartott. Elektromos ingerekre reagál (galvan-farad árammal vizsgálva). Diszkriminációs érzés megfelelő. (Szúrás és nyomás között nem tesz különbséget — a talp kivételével.)

Fájdalomérzés: a koponya, arc, törzs, felső és alsó végtagok területén, valamint mindkét lábfej *dorsalis* felszínén a szúrási ingerre adott válasz nem különbözik a nyomási és tapintási ingerekre adott mozgási és mimikai válaszoktól. Mindkét talpon alkalmazott szú-

rásra erősebb mozgásreactio, kifejezettebb mimikai válasz jelentkezik, mint tapintási, hő- és gyengédebb nyomási ingerekre.

A n. ulnarison vizsgált ingervezetési sebesség normális értéket mutatott (controll: azonos korú egészséges gyermek).

Psychés kör (psychológiai vizsgálat: Székács Judit): eleinte nehezebben vihető kontaktusba, azonban a kezdeti bizalmatlanság megszűnése után megfelelő válaszokat ad. Ismeretanyagában a *Binet-test* alapján megfelel ötéves szintnek. Környezetéről, önmagáról kifogástalanul tájékozott, családi körülményeit pontosan ismeri, szám- és színfogalma kifejlődött. Fogalmi gondolkodás megfelelő, kielégítő szókincs.

Mesereprodukció: jó, lényegi elemeket és részleteket is visszaad.

Rajzok: családrajza a sensomotoros koordináció szempontjából értékelve: viszonylag strukturálatlan emberalakok (zárt firkajellegnél több, mivel az alakok felismerhetők, de korához képest elmaradott); emberrajza aránytalan, furcsa ábrázolási mód: a karok a kéz (ujjak) jellegét mutatják. A fej aránytalanul nagy, nem kidolgozott, az elnagyoltság és az egyes részek között bizonyos fokú diszkrepancia jellemző. Kezet rajzolni nem tud, a pentatonia reprodukciója még nem alakult ki (négy ujjú, egysíkú kezet rajzolt).

Testvázlat: autolokalizáció jó. Ujjait meg tudja nevezni, csukott szemmel, érintésre is. Bonyolultabb lokalizációs feladatokat is végrehajt (érintsd meg jobb kezeddel a bal lábadat).

Becslések: általában elég pontosak (mutasd meg, milyen hosszú zsinór ér körül, milyen magas vagy stb.). Ez jó értékelési sémát implikál.

Mozgáskövetésnél: időnként tükröz (ez még fiziológiásnak mondható), a mozgáselemet jól megragadja.

Célzott percepciós vizsgálatok: érzékelési modalitásokban, attributumokban jól tájékozódik.

Affektivitás: apja szerint „nagyon rossz fiú" a kislány. Néha harap, de általában nem verekedő. (A gyermek viszont azt állítja, hogy sokat verekszik, fiú szeretne lenni, mert ő „csak a lányokat tudja megverni".) Kb. egy éve agresszívabbá vált, ha nem teljesítik kívánságát rugdos vagy csapkod. Ha vérik, visszaüt, szép szóra azonban reagál. Rendkívül önző. Az apa szerint az analgesia hatása személyiségfejlődésére a laikus számára is könnyen észrevehető: feltűnően merész, tűztől, eséstől nem fél, nyugodtan leugrik magas helyekről. Ugyanakkor gyakori szorongásokról, éjszakai felriadásokról, sötétben, pincében való félelemről számol be.

Játék során kifejezett a mimikaszegénység. Csaknem emotiók nélkül beszél. Kifejező mozgásokban csak a haragos indulatot tudta „lejátszani", egyéb emotiót nem volt képes megjeleníteni.

Általános viselkedésében is megfigyelhető bizonyos lefogottság.

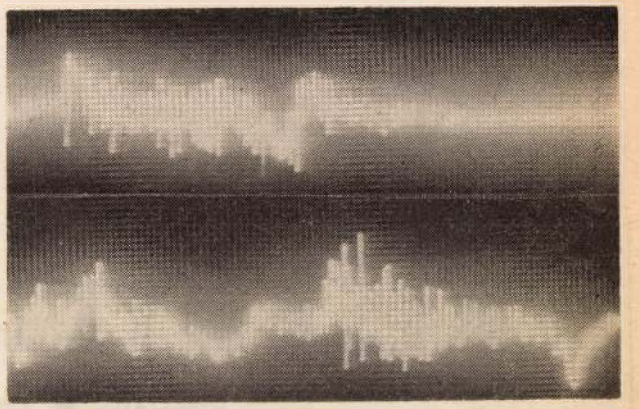
Psychológiai összefoglalásunk: értelmi fejlődése korának megfelel. Személyiségfejlődésében betegségétől függetlennek tartható szorongás és az analgesia congenita psychés következményeként felfogható agresszivitás és gátlástalanság jeleit mutatja.

Véleményünk szerint a congenitalis analgesia nem a fájdalomélmény psychés hiányának vagy organikus agyi károsodásnak a következménye. A talpakon észlelt válaszkülönbséget a nyomási nociceptív ingerek vonatkozásában nem kell okvetlenül a fájdalomérzésre vonatkoztatni: esetleges elhárító reakció részjelensége, adaptatiós mechanismus lehet. Mind ez ideig ugyanis soha sem észleltünk semmiféle választ fájdalmat okozó ingerekre. Ezért szükségesnek találtuk a kétéves korban elvégzett — és akkor normális eredményű — EMG vizsgálat megismétlését, hogy a fájdalomingerekre történő esetleges védekező jellegű izomválaszokat láthatóvá tegyük.

Elektromyographiás vizsgálat (1970 június)

A készülék concentrikus bipolaris tűelektródáinak beszúrása után nyugalmi aktivitás nem volt észlelhető. A comb hegyes és tompa ingerlésére (tű mérsékelt nyomással — tű conusa mérsékelt nyomással) a quadriceps területén actiós potential nem volt, a talp hasonló ingerlése után a tompa nyomási ingerre rövidebb időtartamú (1. kép): szúrási in-

1. kép.



2. kép.

gerre pedig hosszabb időtartamú szabályos interferáló aktivitás jelenik meg a quadriceps izomcsoportból (2. kép). Mindezek alapján megállapítható, hogy a comb ingerlésekor — amely hasonlóan viselkedett a test többi pontjainak ingerlésére szúrási és tapintási ingerekre — védekező jellegű izommozgás nem válható ki. Ugyanakkor a talp különböző pontjain alkalmazott nyomási inger után rövidebb időtartamú — *szúrásra* pedig *hosszabb ideig tartó izomválasz* volt regisztrálható. Ez a lelet felveti annak lehetőségét, hogy a fájdalomérzés ezen a területen esetleg kialakulóban van.

A szülők szerint azonban a gyermek a nyári hónapokban boldogan szaladgált *mezítláb* olyan területeken is, ahol más cipő nélkül nem tudná követni: innen származnak a talpak állandóan meglevő sérülései. Még élénken él emlékezetükben az a két év előtti eset, amikor gyermekük vetkőztetése alkalmával a pillanatokra eltávozott szülők gyanús „sült hús" szagot érezve rohantak vissza a vaskályha „kellemes forróságán" meztelen talpát melegítő, akkoriban hároméves gyermekükhöz.

A további megfigyelés és vizsgálatok fogják eldönteni, lehet-e remény a fájdalomérzés esetleges regionális — netán teljes kialakulására.

Mindenesetre a rövidesen megkezdődő iskoláskor újabb élményt, tapasztalatokat és izgalmakat ígérnek mind a beteg és családja, mind a megfigyelő számára.

Összefoglalás. A szerzők három év távlatából ismertetik újból analgesia congenitában szenvedő — jelenleg $5\frac{1}{2}$ éves betegük életének és betegségé-

nek alakulását: családi, nevelési és társadalmi kérdéseit. Tárgyalják továbbá jelenlegi neuro-psychosomatikus állapotát, valamint kezelésének minduntalan felvetődő újabb problémáit.

IRODALOM: 1. *Clark, D. B.:* Nelson: Textbook of Pediatrics. 8. Ed. 1964, 1202. (W. B. Saunders Comp. Philadelphia, London.) — 2. *Ford, F. R., Wilkins, L.:* Bull. Johns Hopkins Hosp. 1938, *62*, 448. — 3. *Daudier, B. és mtsai:* Arch. Franç. Péd. 1969, *26*, 1027. — 4. *Horansky, V., Zuffová, O.:* Kinderärztl. Praxis. 1968, *36*, 513. — 5. *Vadász Gy., Dénes I., Lusztig G.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 1311.; Münch. Med. Wschr. 1968, *110*, 1314. — 6. *Weber, A.:* Helv. Paed. Acta. 1967, *22*, 119.

„Sokat kell tanulnunk ahhoz, hogy keveset tudjunk."

Montesquien

TRISEDYL injectio, tablettа, solutio

ÖSSZETÉTEL: ● 1 ampulla (1 ml) 2,5 mg
1 tabletta 0,5 mg
a solutio (10 ml) milliliterenként 1 mg 4,— fluoro-4-/4 butyrophenon hydrochloric.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: ● Motoros és psychés agitatióval járó kórképek, paranoid hallucinatoros kórképek, epileptiform psychosisok, delirium tremens, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: ● A pyramispálya és az extrapiramidalis pályarendszer organicus betegségei.

ADAGOLÁS: ● A parenteralis alkalmazás abban az esetben indokolt, ha az oralis adagolás keresztülvihetetlen. Adagja: ½—1 ampulla i. m. Oralisan: 0,5 mg-os kezdő adag után az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével a napi adagot felnőtteknek 1,5—2 mg-ig lehet emelni. Gyermekeknek 5 éves korig a felnőtt adag ¼-e, 5—15 éves korig a fele adagolható.

MELLÉKHATÁSOK: ● Parkinsonismus, izomgörcs, izom-hypertoni a léphet fel. Ezek a tünetek az adag csökkentése, vagy a kúra átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinson-szerekkel megszüntethetők.

MEGJEGYZÉS: ● A Trisedyl potenciálja a központi idegrendszerre ható szerek hatását, ezért alkalmazása barbituratok, ópiátkészítményekkel egyidőben nagy körültekintést igényel. Trisedyl-kezelés kizárólag orvosi ellenőrzés mellett történhet.

FORGALOMBA KERÜL: ●
5×1 ml-es ampullákban
50×1 ml-es ampullákban
50 db tabletta
250 db tabletta
1 üveg solutio (10 ml)

FORGALOMBA HOZZA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST X.

QH
1646

Bács-Kiskun megye
Öregkorúak Gondozó-Tanácsadó Állomása
és Geriátriai Rendelője, Kecskemét

Összehangolt öreggondozás (Távlati koncepció)*

Szarvas András dr.

Az utóbbi két év folyamán felmértem a hazai öreggondozás formáit, módszereit, intézményeit tanulmányoztam továbbá részben személyes tapasztalatok, részben a szakirodalom alapján a külföldön bevált öreggondozási formákat. Felhasználtam az ENSZ Genfi Hivatala Szoc. Osztályának adatait, a hágai, budapesti, San Francisco-i és bécsi gerontológiai kongresszusok publikációit és egyéb szakmunkákat. Levelezésben álltam a kievi, berlini és prágai gerontológiai intézettel. Mindezek alapján megkíséreltem kidolgozni a hazai viszonyoknak megfelelő „összehangolt öreggondozási" tervet. Magyarországon az időskorúak gondozása terén a felszabadulás óta jelentős változás történt, párhuzamosan a társadalom szocialista átalakulásával, az átlagos emberi életkor növekedésével és az ország teherbíró képességének emelkedésével (1). De évről évre szaporodnak, nőnek a feladatok is. Hazánkban a nyugdíjkorhatáron túl levők száma 1968-ban 2 310 000 volt és a nyugdíjasok, járadékosok 32%-a már túl van a 70. életéven, akik bizonyos szempontokból mind gondozásra szorulnak (1).

Statisztikai felmérések szerint a nyugdíjasoknak több mint 20%-a tovább kíván dolgozni, korának és kórállapotának megfelelő munkakörben (2, 3). Foglalkoztatási lehetőségük évről évre csökken a gépesítés, az automatizálás, a fiatalabb korosztályoknak mind nagyobb számú termelőmunkába állása következtében.

Az alacsony nyugdíjak nem is biztosítják teljes egészében mindenkinél a megélhetést, ezért egyes személyeknél szükség van kiegészítő keresetre: évi 6000 Ft-os munkabérkeretben munkaviszony létesítése, egyes kisiparosok szakmai tevékenykedése, a mezőgazdasági dolgozók háztáji tevékenysége stb.

Az időskorúak tevékenykedési lehetőségéhez szorosan hozzátartozik a gondozás keretében végzett rehabilitáció, hogy megóvjuk őket a túlterheléstől, idült betegségeik kiújulásától, illetve kompenzált állapotuk felborulásától (4). Hasonló meggondolás vezet bennünket, amikor a csökkent munkaképességűek (ideértve az időskorúakat is) részére hatósági, vállalati, szövetkezeti stb. szociális foglalkoztatók, műhelyek, bedolgoztatók létrehívását sürgetjük (5).

A még dolgozni képes és kívánó öregkorúak ésszerű foglalkoztatása a gondozás egyik fő feladata. A foglalkoztatás megóvja őket a semmittevés testi-lelki ártalmaitól, a feleslegessé válás érzésétől, visszaadja önbecsülésüket, javul anyagi és szociális helyzetük is a társadalomban, ahol nagyobb a becsülete a még aktív időskorúnak.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy az ésszerű foglalkoztatás az időseknél a jó közérzet kialakításának fontos tényezője. Gondozónkban sokszor halljuk: „Mi nem alamizsnát vagy segélyt kérünk, hanem a szakismereteinkhez és megmaradt munkaerőnkhöz méltó munkalehetőséget".

Az időskorúak családi támogatása gondot jelentett már akkor is, amikor a háromgenerációs életforma mellett az öregeknek megvolt a saját szobájuk — még nagyobb gond ez ma a szűk lakásokban. A múltból idézem ezt a mondást: „Könnyebben felnevel egy özvegyasszony nyolc kisgyermeket, mint ahogy nyolc felnőtt gyerek eltart egy idős édesanyát".

A mai szűk lakásokban az unokák felnevelésére és ellátására odaédesgetett nagymama világszerte csak addig szívesen látott személy, amíg a gyerekek felcseperednek. Utána kikerül a konyhába, majd...? Problémáját nem oldja meg sem a szociális otthonban való elhelyezés, sem az eltartásához való méltányos hozzájárulás. Az ő legnagyobb fájdalma az otthon és a szeretet h i á n y a.

Sajnos azt kell mondanom, hogy a — túlzsúfoltságtól eltekintve — minden vonatkozásban jól ellátott szociális otthonaink jó részében igen kevés a kulturáltság, a szeretet, az emberi sorsok humanista megértése. Jelenleg a 200 szociális otthonban kb. 26 000 gondozott nyert elhelyezést, és több ezerre tehető a felvételt várók tömege.

A szociális otthonok *jelenlegi szerepére* — a demográfiai és közgazdasági felmérések szerint (6, 7) — előreláthatólag *15—20 évig lesz* szükség. Ez idő alatt ugyanis fokozatosan kihalnak a jelenlegi gondozottak zömét kitevő régi, alacsony nyugdíjas és járadékos időskorúak. A már magasabb összegű, önjogú nyugdíjat élvezők — akik jobb életszínvonalon élnek —, már ma is inkább a nyugdíjasházakra, -lakótelepekre aspirálnak, illetve korábbi nagy lakásukat elcserélik garszonlakásra.

A jövőben a szociális otthonokra a gondozókórházak szerepe vár. Ide kerülhetnek elhelyezésre azok a hozzátartozó nélküli, magatehetetlen időskorúak, akiknek betegállapota feltétlenül intézeti gondozást és szakkezelést igényel. Ehhez a jelenlegi

* Az EüM. Tudományos Főosztálya Cod. 2.05. sz. a. elfogadta fenti című tervtanulmányomat az 1969/71-es kutatási időszakra. A feladat kidolgozásánál figyelembe vettem a közeljövőbeni és — főbb vonalakban — a távlati szempontokat is.

szociális otthonok színvonalát egészségügyi ellátás tekintetében jelentősen emelni kell.

Az időskorúak *hatósági szociális segélyezése* alatt ma már nem csupán a rendszeres vagy időszakonkénti *pénzbeli* juttatásokat értjük, hanem a *területi gondozás* keretében működő időskorúak *napközi otthonait* és a *házi-gondozási* szolgálatot is.

Az időskorúak napközi otthonainak hálózata hazánkban 1957-ben kezdett kiépülni, adataink felvételekor 300 napköziben kb. 9000 gondozottat látnak el. Nagyrészük magányos egyén: nőtlen, hajadon, elvált, özvegy, hozzátartozóitól távol élő. Sokan vannak köztük, akik szociális otthonba való felvételüket várják.

A napközi otthon a meleg szobán, a naponta kétszeri meleg étkezésen, társaságon, szórakozáson és foglalatoskodási lehetőségen kívül azt a biztonságérzetet is nyújtja, hogy nem kell az időskorúaknak régi, megszokott otthonukat, környezetüket sem feladniuk.

Az időskorúak napközi otthonainak rendszere (Freiabend-Heime, Day-Hospitals stb. 8, 9, 10) külföldön is jól bevált gondozási forma, melynek nálunk is nagy jövője van. Példaként hozom fel a budapesti XVIII. kerületben tapasztalakat, mint annak jellemzőjét, milyen jól meg lehet oldani közös munkával az időskorúak gyógyellátását és területi gondozását.

A napközi otthonok és a területi gondozók elhelyezése céljára a kerületi tanács magánházakat vásárolt, melyeket az üzemek dolgozói társadalmi munkában renováltak, illetve alakítottak át a követelményeknek megfelelően, a berendezésekhez és felszerelésekhez pedig a vállalatok vezetőségei járultak hozzá. Ugyancsak a vállalatok építenek ki egy közös műhelycsarnokot a csökkent munkaképességűek foglalkoztatására, beleértve ebbe az időskorúakat is. Érdeklődésemre elmondották, hogy az öregkorúak gondozási intézményeinek létesítése óta emelkedett a munkások teljesítménye is, mert így jobban biztosítva látják saját jövendő sorsukat is.

Napközi otthonok létesítése hazánkban általában a helyi tanácsok feladatkörébe tartozik, de más szervek (vállalatok, szövetkezetek, szakszervezetek, Népfront-bizottságok stb.) is kezdeményezhetik létrehívásukat. Ma még nincs egységes szervezési szempont, ezért nagyon erőtlen, szétfolyó és határozatlan az intézkedési készség, nagyon egyenlőtlen a napközi otthonok eloszlása az egyes államigazgatási egységeken belül. Sok függ az intézkedésre hivatottak humanizmusától, egyéni hozzáállásától is. Bács-Kiskun megyében pl. az 1968-ban üzemelt 22 öregkorúak napközijéből 12 egyetlen járásban, a bajaiban működött.

Házigondozási és ápolási szolgálatra azok az időskorúak szorulnak rá, akiknek megvan a saját otthonuk, azt nem is kívánják feladni, de koruk és egészségi állapotuk segítséget kíván napközben különböző munkáknál vagy életfunkcióknál. Osztrák gerontológusok azt tapasztalták, hogy az időskorúak 35%-ának nincs olyan rokona vagy ismerőse, aki elvégezze a napi bevásárlást, 67%-nak nincs senkije, aki segítsen a nehezebb fűtési, takarítási munkákban, és 72%-ban nem találtak a rokonok és ismerősök között olyan személyt, aki ellátná a gyógyszerelést és a kisebb betegápolási munkákat. Az NDK kutatói szerint az időskorúak 54%-ának van olyan „segítségszükséglete", amely nem igényel állandó intézeti kezelést, de azt valamilyen szervezett formában kell kielégíteni (11).

Az ENSZ Genfi Hivatalának tájékoztatása szerint hat európai országban működik már házigondozói szolgálat (12). Hazánkban már a harmincas években történt több városban és megyében ilyen jellegű próbálkozás, az „Egri norma" néven ismertté vált karitatív szervezet keretében, melynek a háborús események vetettek véget.

A házigondozói szolgálat országos kiépítése előfutárának tekintendő az a rendelkezés, melynek alapján több száz öregkorú-gondozói nővéri körzetet létesítettek (1). A szolgálatot egyes helyeken hivatásos nővérek látják el, legtöbb helyen pedig társadalmi munkában folyik ez a tevékenység. A szolgálat országos elterjedésének jelenleg komoly anyagi, szervezési, módszertani akadályai vannak, részben a munkaerőhiány is hátráltatja megvalósulását. A helyzet felmérésére, a megoldás módozatainak megtalálására kísérlet folyik Budapesten a III. kerületben és Veszprém megyében.

A 22/1969. EüM. sz. rendeletből kitűnik, hogy a gondozás a betegségek széles területén polgárjogot nyert, ezért helyénvaló lenne, ha a különböző területi-gondozási és -ápolási szolgálatokra nem szakosított, hanem általános képzettségű nővéreket képeznének ki. Tantervükben fokozott hangsúllyal szerepelnének az ápolási és gondozási tevékenység mellett a szociológiai, psychológiai és geriátriai alapismeretek is (13).

A területi gondozói és ápolási szolgálat ellenőrzése a körzeti orvosokra tartozik, ezért a gondozónővérek munkájukat az illetékes körzeti orvos útmutatása szerint végzik. Ehhez azonban az lenne kívánatos, hogy a körzeti orvosok is rendelkezzenek gerontológiai szemlélettel és geriátriai szaktudással.

Remélem, hamarosan eljön az az idő, amikor a geriatria hallgatása és szigorlata kötelező lesz az egyetemeken. Addig is szükség van arra, hogy az OTKI rendszeres geriátriai továbbképző tanfolyamokat tartson a körzeti és üzemorvosok részére, kötelező részvétellel.

Az időskorúak gyógyellátása sokkal összetettebb feladat, mint a tüdő-, keringési, mozgásszervi stb. betegségekben szenvedőké. Náluk a felsorolt idült betegségek mellett legtöbbször számolni kell az öregedés folyamatának strukturális elváltozásaiból eredő funkciócsökkenésekkel, kiesésekkel, testi, lelki, szellemi, nemi, erkölcsi hanyatlások pathofiziológiás állapotával is. Ezeknek a szakismeretére is szükség van.

Teljesen felesleges gyógyszerek felírása az öregedés strukturális elváltozásaiból eredő functiókiesések, illetve kompenzált betegségek ellen (17, 19).

Az öregkorúak panaszainak 80%-a a környezeti, családi, munka- és egyéb életkörülmények konfliktusaiból eredően psychés jellegű, melyeket a gondozás keretében kell megoldani. Arra kell törekedni, hogy célzott tüneti kezeléssel, az étvágy, a széklet, az éjjeli nyugalom rendezésével az időskorúak jó közérzetét biztosítsuk. A részükre igen gyakran javasolt szedálással kapcsolatban azt ta-

pasztaltuk, hogy ők a maior tranquillansokat és a barbituratokat nem bírják. Még a minor tranquillansokra is csak erősen felzaklatott állapotú betegnek van szüksége, a szorongás, feszültség megszüntetésére, a psychotherapia bevezetése előtt pedig annak előkészítésére. Legtöbbször elég a bróm, a chloralhydrat, paraldehyd, valeriana adagolása verbalis suggestio kíséretében.

A kliniko-pathológiai konferenciákon gyakori téma, hogy a legtöbb diagnosztikai és therapiás tévedés az időskorúaknál található. Megfigyeléseink szerint ebben jelentős szerepet játszik az orvosok geriátria szakismeretének a hiánya, az időskorúakkal való kooperáció hiánya és nehézségei, a laboratóriumi vizsgálatok mellőzése vagy a leletek túl-, illetve aláértékelése; a latens decompensatio és dehydratio késői felismerése. Mindezek igazolják, hogy szükség van a orvosok geriátriai továbbképzésére (14).

Az időskorú betegek kórházi gyógykezelésének korszerűsítése szükségessé teszi, hogy minden nagyobb, ill. területi kórházban utókezelő, rehabilitációs részlegeket alakítsunk ki, amire jó példa a Miskolcon működő rehabilitációs részleg. A kórházak általános osztályain az összes betegeknek 30—50%-a hatvan éven felüli, akiknek aránya évről évre emelkedik (14), amit fokoz a nyugdíjasok kórházi ellátásának kötetlensége is (16).

Kimutattuk, hogy e növekvő arányszámnak az is oka, hogy a kórházakból korán — a reconvalescencia alatt — elbocsátott betegek rövid idő múltán újra visszakerülnek recidivált betegségeikkel. Az általános osztályokon az ápolási napok száma átlagosan 10—13 nap. A kórházak kénytelenek a túlzsúfoltság miatt hazaküldeni a betegeket még a reconvalescencia ideje alatt és gondozásra a körzeti orvosnak adják át őket. Ezek számára ez természetesen nagy gondot és megterhelést jelent, ezenfelül lényegesen emeli a táppénzes állományt is.

A feladatokat összefoglalva azt találjuk, hogy az időskorúak gyógyellátása és gondozása hosszabb távra tekintve korszerűsítésre szorul. A gerontológia szociálpolitikai vonatkozásairól más államokban is így vélekednek és hazánkon kívül 8 európai országban, valamint az USA-ban folynak longitudinális tanulmányok e problémakör megoldására (18).

A korszerűsítés szervezésénél példaként szolgálhat a tüdőbetegek gondozásának jól bevált rendszere. Ha ezt a rendszert alkalmazzuk, akkor a jövőben minden gyógykezelésre és gondozásra szoruló időskorú először az Öregkorúak Gondozó Állomását keresi majd fel. Itt részletes anamnézisben felveszik családi, munkahelyi, társadalmi és egyéb életkörülményeire vonatkozóan az adatokat és regisztrálják a szakrendelések, laboratóriumok vizsgálati eredményeit, a kórházi jelentéseket.

Mindezek ismeretében következik a tüzetes geriátriai szakorvosi vizsgálat, mely után a gondozó vagy állományába veszi az időskorút vagy — ha ez szükséges — átirányítja a megfelelő kórházi osztályra, szakrendelésre, illetve átadja a szakgondozó kezelésébe.

A kórházi gyógykezelésre nem szoruló, állományba vett időskorúak további sorsáról, eligazításáról, elhelyezéséről, foglalkoztatásáról már az Öregkorú Gondozó gondoskodik, a koruknak és kórállapotuknak megfelelő szociális gondozási intézmények útján.

A kompenzált, regenerált időskorúakat a kórház, ill. annak utókezelő részlege visszaküldi a gondozóhoz, ha van saját lakásuk, illetve eltartásukról gondoskodó hozzátartozójuk és további sorsukról gondoskodik majd a házigondozói és -ápolói szolgálat.

A teljesen magatehetetlen, egyedül élő, de még intézeti gondozásra szorulókat a kórházak utókezelő részlege a kórházi osztály nívójára emelt jelenlegi szociális otthonokba helyezi át, a fentebb részletesen elmondottak alapján.

Az öregkorúak gondozásának szervezési kérdései (távlati koncepció)

1. *Legfelsőbb irányító szerv az Egészségügyi Minisztérium,* mely szakközegének, a Központi Gerontológiai Intézet igazgatójának véleménye alapján irányítja az időskorúak gyógyellátását, gondozását; országos érvényű jogszabályokat ad ki.

2. *Országos Központi Gerontológiai Intézet.* Az Eü. Minisztérium szakmai alapintézménye. Gerontológiai tudományos kutatásokat végez; a hazai és külföldi irodalmi adatok, valamint saját kutatásai alapján módszertani leveleket ad ki. Szakmai szempontból elősegíti, támogatja és ellenőrzi a megyei geriátriai központok munkáját. A megyei központok vezetőivel időnként konzultációs alapon felméri, megbeszéli az időskorúak gyógyellátásával kapcsolatos kérdéseket, a területi tennivalókat.

3. *Megyei Geriátriai Központ:* az időskorúak gyógyellátásának, gondozásának területi irányító és ellenőrző szerve. Vezetője a járási és városi (kerületi) gondozóállomások vezetővel megbeszéli és a helyszínen ellenőrzi a területen élő időskorúak gondozási helyzetét. Szükség esetén — helyszíni tapasztalatok alapján — javaslatot tesz az illetékes tanácsoknak, vállalatoknak, szakszervezeteknek a még hiányzó gondozási és szociális létesítmények, utókezelő részlegek, foglalkoztatók stb. létesítésére. Évenként egyszer vagy kétszer geriátriai továbbképző napokon megbeszéli a körzeti és üzemi orvosokkal a körzetekben jelentkező geriátriai vonatkozású problémákat.

4. *Járási (városi, kerületi) Öregkorú Gondozó-Tanácsadó Állomás, Geriátriai Rendelő.* Az öregkorúak gondozásának alapvető intézménye, „motorja". Szorosan együttműködik a területi kórházakkal, rendelőintézetekkel, körzeti és üzemorvosi ambulanciákkal. Kapcsolatot tart a Népfronttal, Vöröskereszttel, szakszervezetekkel és tsz-szövetségekkel, valamint a munkaerő-gazdálkodási szervekkel.

Az időskorúak egészségi állapotát rendszeres időközönként, vizsgálatokkal ellenőrzi, figyeli életmódjukat, életkörülményeiket, munkafeltételeiket. Tanácsadással, célzott tüneti kezeléssel arra törekszik, hogy a gondozottakat kompenzált állapotukban, illetve betegségeiket nyugalmi állapotban megtartsa, a recidivától és a visszaeséstől megóvja.

A gondozó gondoskodik az időskorúaknak megfelelő szociális intézményekben való elhelyezéséről

és foglalkoztatási lehetőségeikről. Együttműködik a tanácsi igazgatási szervekkel az eltartási és életjáradéki szerződések jóváhagyásánál és ellenőrzésében, a társadalombiztosítási szervekkel a nyugdíjjogosultság elbírálása során, a mezőgazdasági szakigazgatási szervekkel a földjáradékok kiutalása ügyében.

Az időskorúak psychés panaszai ugyanis igen sokszor abból erednek, hogy gátlásaik vannak aziránt, hogy felkeressék panaszaikkal az orvosolni hivatott szerveket, ahol az ügyintézőkkel már nincsen semmi személyes kapcsolatuk. Ezek a gátlások okozzák az esetek túlnyomó többségében a depriméltságot, az életkedv elvesztését. Gondozónkban reprezentatív felmérés során a fizikális panaszok indítóokaként 27,7%-ban találtunk ilyen motívumokat. Ezért az is szükséges, hogy az öregkorú gondozókban rendszeresítsük az esetenkénti jogi tanácsadást is.

IRODALOM: 1. *Völgyi L.:* előadás a Magyar Gerontológiai Társaság 1970. május 8-i tudományos ülésén. — 2. *KSH Népességtudományi Kutatóintézete:* „Budapesti nyugdíjasok helyzete". KSH Kiadó, 1966. — 3. *Falbo, M.:* „Old age and work". Kjöbenhavn, 1957. — 4. *Szarvas A. sen.:* Munkavédelem. 1961. VI. évf. 7—9. sz. — 5. *Szarvas A. jr.:* Jogtudományi Közlöny. 1963, XVIII. évf. 8. sz. — 6. *Acsádi Gy.:* „Az öregedés". Közg. és Jogi Kiadó, Bp. 1957. — 7. *Timár J.:* „Munkaerőhelyzetünk jelene és távlatai". Közg. és Jogi Kiadó, Budapest, 1964. — 8. *I. Körner, H. Siggelkow s.:* Dtsch. Ges. wesen. 1967, XXII. évf. 36. sz. — 9. *J. Farndale:* Gerontologia Clinica. 1961, Vol. 3., Basel. — 10. *F. Beske:* „Das Gemeinschaftleben in Alternheimen". G. Thieme, Stuttgart, 1960. — 11. *H. Siggelkow s:* Dtsch. Ges. wesen. 1968, XXIII. évf. 36. sz. — 12. Office des Nations Unies a Genève, Division des Affaires sociales, Demande R-009., Genf, 1968. — 13. *Szarvas A. sen.:* Bács-Kiskun megyei Kórház Évkönyve, 1969. — 14. *Szarvas A. sen.:* Bács-Kiskun megyei Kórház Évkönyve, 1965. — 15. *Szarvas A. sen.:* Bács-Kiskun megyei Kórház Évkönyve, 1966. — 16. *Szarvas A. sen.:* Bács-Kiskun megyei Kórház Évkönyve, 1968. — 17. *Bürger, M.:* „Altern und Krankheit". VEB Thieme, Leipzig, 1957. — 18. Office des Nations Unies a Genève, Division des Affaires sociales. Demande R-005. Genf, 1968. — 19. *Bürger, M.:* „Die Rehabilitation im Lichte der Biomorphose. VEB Thieme, Leipzig, 1958.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség.

Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

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

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ"

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszap-kompressz forgalombahozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte.

A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

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

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

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozása szerint az alábbi testrészekre applikálható:

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

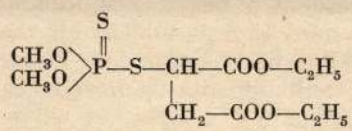
BM Egészségügyi Szolgálat

Adatok a Malathion-mérgezés kórbonctanához és kórszövettanához

Várnai László dr.

A foszfátészter-peszticideket nagy mennyiségben használják az egész világon. Hazánkban is mind nagyobb mennyiség kerül felhasználásra ezekből a vegyszerekből. Ma már a DDT és egyéb klórozott szénhidrogének helyett is a foszfátésztereket alkalmazzák, s ismerve mérgező tulajdonságukat, várható a véletlen, gondatlan, esetleg szándékos mérgezések növekedése.

A Malathion a ditiofoszfát csoportba tartozó foszfátészter,



mely 0,0-dimetil-S-(1,2-dikarbo-etoxi-etil)-ditiofoszfát. Insekticid és akaricid. Készítményei Fosfotion, Malathion, Mercaptothion, Malnit, Malafog, Sumitol és Sumitox néven kerülnek forgalomba. Főleg gyümölcsösökben használják szívókártevők ellen, gyorsan metabolizálódik. Emberre relatíve csekélyebb toxicitású, mint a Parathion vagy Wofatox. Patkányon LD_{50} értéke 420—620 mg/kg (3, 5). *Rosival és mtsai* szerint az ember tízszer érzékenyebb foszfátészterekre, mint a patkány (25). Méreghatása a kolineszteráz enzim bénításán alapul. A kolinerg rendszerben szabaddá váló acetilkolint a blokkolt enzim nem tudja elbontani és a felszaporodott acetilkolin endogén mérgezést okoz. A mioneurális junkciókban a posztganglionáris kolinerg idegkészülékekben, a sima és szívizomrostokban, a szekretorikus mirigyekben, az autonom idegrendszer preganglionáris végződéseiben, a harántcsíkolt izomzat idegvégkészülékeiben és a központi idegrendszerben felszaporodó acetilkolin okozza a mérgezés alábbi tüneteit:

1. a központi idegrendszer izgalmát, majd bénulását (idegrendszeri hatás);
2. a simaizmok és mirigyek működésfokozódását, illetve csökkenését (muszkarinszerű hatás);
3. a harántcsíkolt izomzat rángását, majd bénulását (nikotinszerű hatás) (1, 2, 3, 6, 7, 14, 18, 23, 28).

A hatásmechanizmus ismertetésekor feltétlen meg kell említeni a *Dávid* által összefoglalt és a mai szakirodalmat egyre jobban foglalkoztató „letális szintézis" fogalmát, mely szerint a mérgezettek klinikai megfigyelései arra utalnak, hogy a szervezeten belül, egyes esetekben a lebomlás folyamán az eredeti kiinduló anyagnál toxikusabb vegyületek képződnek, melyek tovább rontják a mérgezett állapotát. A betegnél bizonyos rejtett enzimopathiák és enzimpolimorfizmusok is állhatnak fenn, melynek következménye lehet a „letális szintézis" (6).

A méreg a szervezetbe kerülhet a testfelszínről és a testnyílásokon át. A heveny mérgezésen kívül a biológiai kumuláció miatt létrejöhetnek subacut és idült mérgezések is. Az irodalomban számos Malathion mérgezést közöltek. Legtöbb külföldi szerző véletlen, inkább gyermekeken előforduló mérgezéseket ismertet (9, 10, 11, 17, 20, 21, 22, 29, 30, 35, 36). A hazai szerzők közül *Faragó* négy öngyilkossági esetet közöl, a Malathion szervekből való kimutatásával és a szervek közötti méregmegoszlás kérdéseivel foglalkozva (7). *Várnai* statisztikai feldolgozása kapcsán 1965-ben négy, 1966-ban hét halálos mérgezést talált (32). *Modica* közölte, hogy az általa boncolt személy 50% Malathiont és 20% Parathiont tartalmazó Malatox 20-at injekcióban adta be magának (19). *Goldin és mtsai* 42 éves nő esetét írták le, akit 120 ml 50%-os Malathion tartalmú méreg megivása után azért sikerült megmenteni, mert rövid idő alatt kórházba került, ahol megfelelő gyógykezelésben részesült. Az EKG elváltozások szívkárosodást mutattak. A szérumban a kolineszteráz aktivitás 31, a vörösvérsejtekben pedig 131 nap múlva vált normálissá (8). Esetünkben hazai forgalomban levő „Fosfotion"-nal történt mérgezés, mely 35% Malathiont tartalmaz, 56% xilolban és kevés más vivőanyagban oldva („Chemische Betriebe, J. Dinitrov" Bratislava állítja elő).

V. J., 47 éves férfi lakásán öngyilkosság céljából ismeretlen mennyiségű, Malathion hatóanyagú „Fosfotion"-t ivott. Eszméletlen állapotban találtak rá és kórházba szállították. Felvételkor bőre testszerte vörös, a nyálkahártyák szederjesek, erősen váladékoznak. Szívműködés ritmusos, pulzus 120/perc, kp. telt. Tüdők felett diffúz, vegyeshólyagú szörcszörej hallható. Has puha, betapintható. Az ínreflexek renyhék, a pupillák szűkek, a beteg eszméletlen. Azonnal gyomormosással próbálkoznak, de még gyermekméretű szondát sem sikerül levezetni. Légcsőmetszés, 3 mg atropin, 2 amp. Toxogonin és 100 ml 40%-os Dextrose adása után állapota valamit javul. 16 órakor fibrilláris rángások keletkeznek, izzadás, nyálfolyás fokozódik. Az ismételt 7 mg atropin és 2 amp. Toxogonin adása után a tünetek mérséklődnek. 18 órakor hirtelen izzadás, légzészavarok jelentkeznek, pulzus 130/perc. Öt mg atropin és 1 amp. iv. Toxogonin ismét segít. 20 órakor légzése igen szapora, tachycardiás, vérnyomása csökken, lehelete erősen acetonszagú, állapota fokozatosan romlik. 22 órakor vérnyomása 60/30 Hgmm. A kezelés ellenére kb. 15 óra túlélés után meghalt.

Kivonat a bjk.-ből. a boncolás a halál után két nappal történt. Nagy kiterjedésű, kékesszürkés, szederjes színű hullafoltok, melyek beborítják a has elülső részét, a mellkas kivételével az egész testfelszínt és különösen kifejezettek az alsó végtagok felső felében, valamint az arcon. A hullamerevség oldódóban, de a két lábikrán és a lábfejeken még fennáll úgy, hogy a lábboltozatot erősen kihangsúlyozza, a lábfejeket mediális irányban rögzíti. A lábujjak plantarflexiója kifejezett. A kemény és lágy agyburok, az agyi erek bővérűsége, agyvizenyő, a IV. agykamra fenekén pontszerű vérzések láthatók. A szív külhártyája alatt helyenként pontszerű vérzések. A tüdők puffadtak, széli részeken emphysema, helyenként vérzéses gócokkal. A légutak bővérűek, bennük kevés nyákos, habos tartalom. A száj, garat és nyelőcső nyálkahártyáján felmaródások. A gyomorban kb. 700 ml-nyi bűzös, sárgásbarnás híg folyadék, mely megtalálható a patkóbélben, a vékonybélben és a vastagbél felső harmadában. A gyomor nyálkahártyáján helyenként vérzések és felmaródások. A vékony- és vastagbél nyálkahártyája bővérű, helyenként fellazult.

A máj megnagyobbodott, állománya világos sárgás színű, zsírmájhoz hasonló. A testszerte tágult erekben folyékony vér.

Kórszövettani vizsgálat: haematoxilin-eosinnal és ezüstimpregnatióval készített metszetekben:

Az *agyon:* kéregállományban perivascularis vizenyő, helyenként lymphocyták és plazmasejtek. A *nyúltagy* és az oliva magasságában a fehérállományban interstitiális vizenyő, helyenként mérsékelt idegsejt-degeneratio, mely degranulatióban és pyknosisban nyilvánul meg. Az idegsejtek túlnyomó többségének magja kissé zsugorodott. Elszórtan néhány plasmasejt és lymphocyta. Immersióval kisebb mennyiségű degeneratiós secretum és néhány elmosódott cytoplasmájú, nagy, kifejezett degeneratiót mutató motoros idegsejt. A hídban enyhefokú gömbsejtes beszűrődés, vizenyő, stasis, sok pigmenttartalmú idegsejt. A kisagy sejtmagjainak degeneratiója, a lágyburki erek tágulása és stasisa található. A *gerincagy* nyaki szakaszán a fehérállományban interstitialis vizenyő, a szarvakban mérsékelt pyknosis mellett számos haematoxilin-eosinnal lilásvörösre festődő kisebb-nagyobb — valószínűleg degeneratiós termékként — fehérjegömbök láthatók. Vannak olyan idegsejtek, melyek a leírt cseppeket intracytoplasmaticus zárványként foglalják magukba. Az idegsejtmagvak chromatinja rendkívül durva, szabálytalan rögökbe csapódott össze. A nucleolus változatlan.

Hypophysis: a capillarisok tágultak psammomatestek az adeno-hypophysisben, melyek secretiós produktumnak imponálnak. Az eosinophilsejtek felszaporodtak, basophil sejt alig látható. A középső lebenyben lelapult köbhámmal bélelt cystákban eosinophil sejtek és kolloidnak látszó anyag van.

Mellékvese: apró kéregadenoma, erős hegesedés.

Pajzsmirigy: mérsékelt hyperfunctiós, néhány psammoma test.

Ggl. cerv. sup.: a ggl. sejtek degenerálódtak, a sejtmagok helyenként pyknosist mutatnak, a nucleolus — ahol a mag megmaradt — jól kifejezett. A cytoplasmában polarizálódott pigmentszemcse-halmazok.

Ggl. coeliacum: értágulás és stasis mellett a ggl. sejtek cytoplasmája nagyfokú degeneratiót mutat. A halvány magban a chromatin durva szemcsékben csapódott ki. Néhány magot koszorúszerűen rozsdabarna pigmentszemcse vesz körül, a nucleolus erősen megnagyobbodott, eosinophil. Helyenként karyolysis, pyknosis és szemcsés cytoplasmazárványok. Egy-egy sejtmag megnagyobbodott, világosabbá vált, a cytoplasma szemcsés degenerátiót és szétesést mutat.

Szívizom: vizenyős, fellazulás, fragmentatio, dissociatio.

Tüdő: a tágult alveolusokat vörösvérsejteket tartalmazó savó tölti ki. Alveolaris emphysema, gennyes bronchitis, gócos vérzéses pneumonia.

Gyomor-bél: musc. mucosában vizenyő, enyhe gömbsejtes beszűrődés a submucosában, vörös-stasis, kiterjedt nyálkahártya-elhalás.

Máj: inkább centrálisan elhelyezkedő, nagycseppes zsíros degenerátió, enyhefokú dissociatio és gócos, idült-lobos beszűrődés.

Lép: állományában kiterjedt vérzéses fellazulások.

A vegyvizsgálatot az Országos Bírósági Vegyészeti Intézet végezte. A szervekben az alábbi mennyiségeket találták:

Gyomor	50 g	244 mg%	Fosfotion
Bél	50 g	364 mg%	Fosfotion
Máj	50 g	115 mg%	Fosfotion
Vese	50 g	173 mg%	Fosfotion
Vér	23 g	37 mg%	Fosfotion

A teljes vér cholinesterase activitása *Michel* módszerével vizsgálva 76 g%-os gátlást mutatott.

Widmark-módszerrel vizsgált véralkohol: negatív.

Megbeszélés

Az a Malathion mennyiség, mely p. o. bevéve az ember halálát okozza, *Faragó* vizsgálatai szerint 400—500 mg/kg felett van (7). *Kőnig és mtsai* esetében mintegy 150 ml, 35%-os Malathiont tartalmazó Fosfotion 2 óra múlva halált okozott. Ez megfelel kb. 52,5 g tiszta hatóanyagnak, ami 750 mg/kg (16). Az általunk vizsgált esetben a szervekben talált mennyiségből arra lehet következtetni, hogy az 70—100 ml-nyi technikai készítmény lehetett. A szervezetbe került méreg mennyisége mellett fontos az az idő, mely a mérgezés és a szakszerű kezelés között eltelik. A „letális szintézis" kialakulásán kívül fontosak azok a szervi károsodások is, melyek befolyásolják a beteg sorsát. A Fosfotion esetében számolni lehet az 56%-nyi xylol károsító hatásával is. *Spector* szerint a xylol MLD (Minimális Letális Dosis) patkányon sc. 2000—8000 mg/kg, ip. 1300—2000 mg/kg (27). Az esetükben talált súlyos bonctani elváltozásokat a bevett Fosfotion mennyisége és a több mint 15 órás túlélési idő megmagyarázza. A rendkívül nagy kiterjedésű hullafoltok a felszaporodott acetilkolin okozta heveny capilláris- és arteriolatágulatnak a következménye, melyet *Maresch, Pribilla,* a hazai szerzők közül *Tolnai* és *Bellus* közleményükben összefoglaltak. Az acetilkolin specifikus hatása az igen kifejezett, gyorsan kifejlődő hullamerevség, mely úgy magyarázható, hogy a harántcsíkolt izmok motoros idegvégkészülékeiben felszaporodott acetilkolin okozta görcsök direkt hullamerevségbe mennek át. Különösen kifejezett ez a hullamerevség (görcsös) a lábikra izomzatában, melyet a lábboltozat mediális irányú görbülése és lábujjak plantárflexiója kísér. *Marech* ezt a tünetegyüttest „Streckkrampfstellung"-nak nevezte és specifikus méreghatásnak tartja. *Van Hecke és mtsai* már 1949-ben feltűnő leletként említik ezt a jelenséget. „Les pieds sont en forte flexion plantaire"-nek írják le, de nem tartották specifikusnak. Rajtuk kívül számos szerző, köztük *Pribilla, Tolnai* és *Bellus* beszámolnak ezen elváltozásokról, Parathion és Wofatox mérgezés kapcsán (12, 18, 23, 28).

Ezt a symptomát jelen esetünkben is megfigyeltük. A morphológiai elváltozásokat nem lehet csupán a felszaporodott acetilkolin károsító hatásával magyarázni. *Jantzen* közölte, 10 ml E 605 forte szervezetbe kerülése után a jobb kamrában lokalizált — EKG-val bizonyított — szívizomkáro-

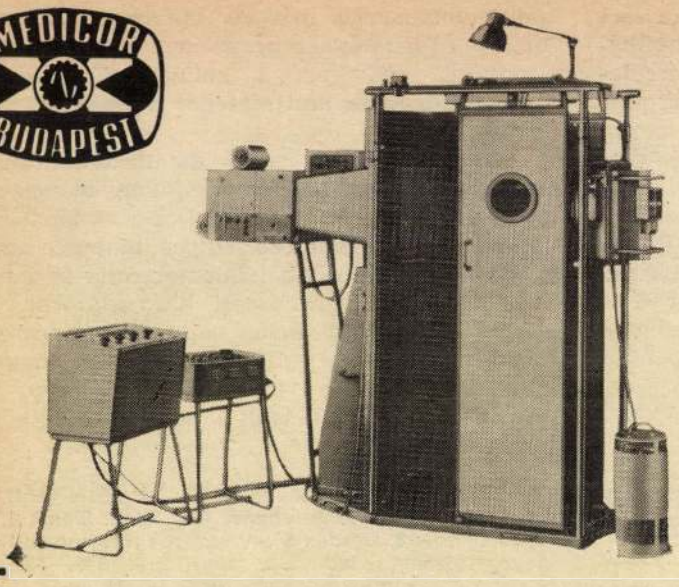
sodást talált, amit a méreg direkt hatásának tart (13). Ez összhangban van *Kenéz* és *Dávid* munkájával, akik az alkilfoszfát mérgezés cardiovascularis hatását vizsgálva, a szívizomzatban mikro-infarctusokat találtak, melyet EKG-val és szövettani vizsgálattal bizonyítottak. Vizsgálták a szív és vázizomzat ATP tartalmát és megállapították, hogy foszfátészter mérgezések hatására a szívizomzatban emelkedett, a vázizomzatban csökkent az ATP (15). *Dávid* megállapítja, hogy a foszfátészter mérgezések hatására a makroerg foszfagenháztartásban és az azt szabályozó enzimrendszerben is mélyreható elváltozások indulnak meg, melyek kiindulópontjai olyan különböző pathológiás folyamatoknak, melyeknek direkt befolyásolhatósága még távolról sincs a kezünkben (6).

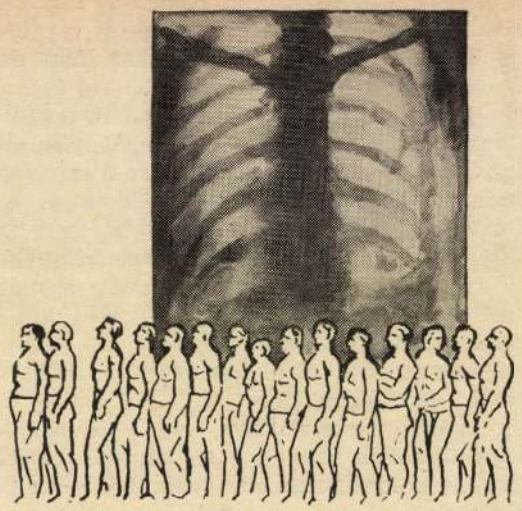
Saját kísérleteinkben acut Phosdrin mérgezés kapcsán súlyos hisztológiai elváltozásokat találtunk 20%-os kolinesterase aktivitás csökkenése mellett. Különösen a szív, az endokrin szervek és a vesék károsodtak. Ebben az esetben a méreg direkt szervkárosító hatását kell feltételezni. Egy másik sorozatban megfigyeltük, hogy alkoholt kapott patkányokon Ditrifonnal való mérgezés után a véralkohol lebomlása elmarad. Feltételezhhető, hogy a Ditrifon in vivo gátolja az alkoholdehydrogenaset (33, 34). A fenti megfigyelések — melyek még további kutatást igényelnek — bizonyítják, hogy a foszfátészter peszticidek a kolineszterazen kívül egyéb enzimeket, enzimrendszereket is károsítanak, sőt direkt mérgezhetik a belsőszerveket. Úgy látszik, ez a tulajdonságuk összefügg vegyi összetételükkel és lebomlásuk során képződött újabb vegyületek toxikus hatásával. Esetünkben különösen feltűnő volt a máj nagyfokú elzsírosodása, a gyomor-bél-nyálkahártya nekrózisa és az idegrendszeri elváltozások, melyeket nem tartunk jellemzőnek. Hasonló súlyos károsodásról számolnak be *König és mtsai*, valamint *Urban* és *Sado* is (16, 31). *Adebarh, Pribilla, Maresch, Tolnai* és *Bellus* összefoglaló munkájukban E 605 és Wofatox mérgezésnél nem találtak ilyen súlyos májelzsírosodást, gyomor-bél-nekrosist és idegrendszeri elváltozásokat. Nem volt gyomornyálkahártya-nekrosis a *Modica* esetében sem, ahol parenterálisan került a Malathion a szervezetbe. *Adebahr* E-605 mérgezésben a vesék elsődleges kanyarulatos csatornáinak nekrózisát figyelte meg, mely Malathion mérgezéskor nem volt megtalálható (1, 2, 18, 19, 23, 28).

A Malathion kimutatására a *Schwerd* és *Schmidt*-próba nem alkalmas, mert a Malathion nem tartalmaz p-nitrophenol csoportot (26). *Faragó* által ismertetett vékonyrétegű kromatográfiás és spektrofotometriás módszer alkalmas a Malathion tartalmú foszfátészter peszticidek kimutatására (7). Ezenkívül szükséges a kolineszteráze aktivitás meghatározása is, ami elősegíti a diagnózis megállapítását.

Összefoglalás. A szerző Malathion hatóanyagot tartalmazó, súlyos, halálos „Fosfotion" mérgezés esetét ismerteti, különös tekintettel a morfológiai elváltozásokra. Kiemeli a súlyos májzsírosodást, a gyomor-bél-traktusban talált nekrózist és a súlyos, mikroszkópos idegrendszeri károsodásokat. Véleménye szerint több enzim vagy enzimrendszer károsodik foszfátészter mérgezésben, ami függvénye lehet az organikus foszforsavészterek vegyi összetételének és a lebomlásuk során keletkező bomlástermékeknek.

IRODALOM: 1. *Adebahr, G.:* Beitr. Gerichtl. Med. 1963, *22*, 129. — 2. *Adebahr, G.:* Arch. Toxikol. 1960, *18*, 2, 107. — 3. *Bordás S.:* Veszélyes növényvédőszerek. Mezőgazdasági Kiad., Bp., 1967, 218., 342., 622. — 4. *Bordás S.:* Munkavédelem. 1968, *14*, 31. — 5. *Cooper, P.:* Poisoning by drugs and chemicals. In: Alchemist. London: Thomas Waide Soust Ltd. 1962. — 6. *Dávid G.:* Munkavédelem. 1968, *14*, 40. — 7. *Faragó A.:* Arch. Toxikol. 1967, *23*, 11. — 8. *Golding, A. R. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1964, *271*, 1289. — 9. *Goldman, H., M. Teitel:* J. Pediat. 1958, *52*, 76. — 10. *Golz, H. H.:* Arch. Health. 1957, *16*, 337. — 11. *Healy, J. K.:* Med. J. Aust. 1959, *1*, 765. — 12. *Hecke, W. van és mtsai:* cit. Maresch, W. Arch. Toxikol. 1957, *16*, 285. — 13. *Jantzen, G.:* Arch. Toxikol. 1953, *14*, 165. — 14. *Jozepovits Gy.:* Munkavédelem. 1968, *14*, 46. — 15. *Kenéz I., Dávid G.:* Honvédorvos. 1962, *14*, 155. — 16. *König, J. és mtsai:* Arch. Toxikol. 1966, *22*, 129. — 17. *McLaughlin, L. A., C. Snyder:* Ochsner Clin. Rep. 1956, *2*, 37. — 18. *Maresch, W.:* Arch. Toxikol. 1957, *16*, 285. — 19. *Modica, A.:* Minerva med. leg. (Torino) 1966, *86*, 192. — 20. *Parker, G. F., W. R. Chattion:* J. Indian med. Ass. 1955, *48*, 419. — 21. *Paul, A. H.:* N. Z. med. J. 1960, *59*, 346. — 22. *Petty, C. S.:* Amer. J. Med. 1958, *24*, 467. — 23. *Pribilla, O.:* Arch. Toxikol. 1954, *15*, 210. — 24. *Richards, A. G.:* Canad. med. Ass. J. 1964, *91*, 82. — 25. *Rosival I. és mtsai:* Toxikologie und Pharmakobiodynamik Organophosphor-Verbindungen. Bratislava: SAV, 1959. — 26. *Schwerd, W., Schmidt, G.:* Dtsch. Med. Wschr. 1952, ??, 372. — 27. *Spector, W. S.:* Handbook of toxicology. Vol. I. Philadelphia and London, W. B. Saunders Co. 1956. — 28. *Tolnai L., Bellus E.:* Morph. és Ig. Orv. Szemle. 1965, *5*, (4) 283. — 29. *Tuthill, J. W. G.:* New Engl. J. Med. 1958, *258*, 1018. — 30. *Uhlir, F., L. Hosák:* Cs. Psychiatr. 1964, *60*, 306. — 31. *Urban E., M. J. W. Sado:* Med. J. Austr. 1965, *52*, II, 313. — 32. *Várnai L.:* 1967. évi Igazságügyi Orvosi Kongresszuson tartott előadás. Budapest. — 33. *Várnai L.:* Actuelle Fragen der gerichtlichen Medizin III. Wissenschaftliche Beiträge der Martin-Luther Universität Halle—Wittenberg, 1968, 149. — 34. *Várnai L.:* 1968. évi Igazságügyi Orvosi Kongresszuson tartott előadás. Budapest. — 35. *Wenzl, J. E., E. C. Burke:* J. Amer. med. Ass. 1962, *182*, 495. — 36. *Wettemberg, L., P. Wising:* Svenska Läk-Tidn. 1962, *58*, 1322.





Medicor ernyőfényképező röntgenberendezés

Serix-7/Z-70 ernyőfényképező röntgenberendezés tüdőszűrő vizsgálatok elvégzésére szolgál. A berendezés Zeiss lencseoptikás ernyőfényképező kamerával van felszerelve. Hordozható kivitelénél fogva a JT-2 transzportkocsiban alkalmazott röntgenberendezés.

A röntgenberendezés felvételi teljesítménye:

60 mA 90 kV
30 mA 100 kV
15 mA 100 kV

*

Gyártja a Medicor Művek, Budapest

HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi Könyvtár igazgatója

14. szám

Comenius járványokkal foglalkozó könyvéről

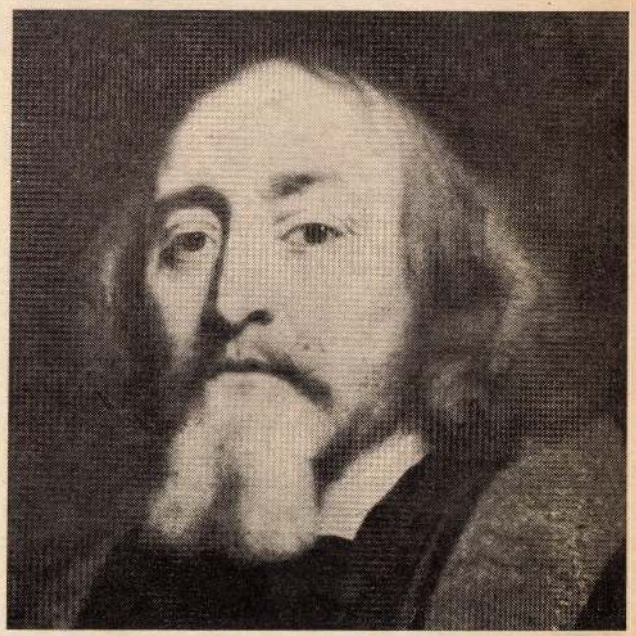
A nagy humanista pedagógus, *Komensky* — latinosan *Comenius* — *János* halálának háromévszázados évfordulóját a haladó világ megünnepelte. Országunkban a megemlékezést külön is időszerűvé tette az, hogy *Comenius* négy évig a nagy múltú sárospataki kollégium vezető pedagógusa volt. Szinte áttekinthetetlenül gazdag pedagógiai, és korunkban már kevéssé ismert és alig idézett vallási vitairatai orvosi kérdésekkel nem foglalkoznak. Pedagógiai műveiben annyiban lelhetők fel csak orvosi vonatkozások, amennyiben azok az általánosabb jellegű oktatás keretében szinte elengedhetetlenül szükségesek. Így Orbis Pictus-ában az orvostudományról adott leírása, valamint a kötetben fellelhető anatómiai leírások és képek a pedagógiájának szerves alkotóelemei.

Azért tartjuk kívánatosnak *Comenius* egy másik, a járványokkal foglalkozó könyvéről való megemlékezést, minthogy erről a művéről az orvostörténetírás eddig — tudomásom szerint — nem szólt. A könyv megírásának körülményeit jobban érthetővé teszi *Comenius* életének rövid áttekintése.

1592-ben a morvaországi Uhersky Brod-ban született. Szülei az őskommunizmus felé hajló pietista cseh—morva testvérek felekezetébe tartoztak, amely a békét, a megértést, a kulturális haladást, a vagyoni egyenlőséget, a mindenki által végzendő munka kötelezettségét hirdette. Szülei korán elhunytak. Jómódú nagynénje fogadta családja körébe és taníttatta, a heidelbergi egyetemen végez, majd a cseh—morva testvérek felekezetének papjává szentelik.

A huszitákkal együtt a cseh—morva testvérek is küzdenek a Habsburgok uralma ellen, harcolnak — elsősorban az osztrák — arisztokrácia ellen. A prágai Vitus dómban *Frigyes* pfalzi választófejedelmet a huszíták és a cseh—morva testvérek vezetői koronázzák meg cseh királlyá. A fehérhegyi csata (1620) után mindkét felekezet tagjai tömegesen menekülnek Cseh- és Morvaországból. Lengyelország déli részén, Lesznóban, Fulnekben, majd Liszszában telepszik le a cseh—morva testvérek nagyobb csoportja, kitűnő iparosokként általános megbecsülésnek örvendtek és örömmel fogadták be őket.

Nagy nyelvtudása, kiváló szónoki képességei és pedagógiai elvei hamarosan vezető szerepet biztosítanak a cseh—morva testvérek körében *Comenius*nak. Fulneki tartózkodásuk idején, 1623-ban, a pestisnek esnek áldozatul a felesége és gyermekei.



Comenius

A lengyelországi Lisszában alakult meg a cseh—morva testvérek egyik legnagyobb, és egyházi, valamint politikai tekintetben is vezető közössége mintegy ezer családdal. 1630-ban itt állították fel a Csehországból átmentett nyomdájukat, amely *Comenius* műveit évtizedeken át nyomtatta. A harmincas években Lengyelország déli részein ismét pestisjárvány pusztított. Az orvos és gyógyszer nélkül maradt lakosság kíméletlen és következetes izolálásra törekedett. *Comenius* leírása szerint kikergették a pestisbetegeket a városból anélkül, hogy a városon kívül elhelyezést, ápolást vagy akár csak élelmezést is biztosítottak volna részükre. Nem engedték még azt sem, hogy egészségesen maradt családtagjaik őket akár a városon kívül is ápolhassák, hogy papjaik meglátogassák, lelki vigaszban részesítsék őket. Orvosi ellátásról szó sem lehetett. A pestisben elhunytakat nem temették el, vagy éppen csak kevés földet hánytak rájuk. Házaikat, holmijukat felégették.

A cseh—morva testvérek önfeláldozása, segíteni akarása szemben állott ezzel az eljárással. A kitaszítottaknak segítségére siettek, a betegeket ápolták, a halottakat eltemették. A lakosság tiltakozott e tevékenységük ellen, mert megszegték a szigorú izolálást, féltek a járvány terjesztésétől. El akarták űzni Lisszából a cseh—morva testvéreket. Mind élesebbé vált az ellentét a város lengyel és német vezetői és a cseh—morva testvérek között. Ekkor írta német és cseh nyelven *Comenius*, aki akkor már a cseh—morva testvérek közösségének püspöke és vezetője volt pestiskönyvét, amelyben

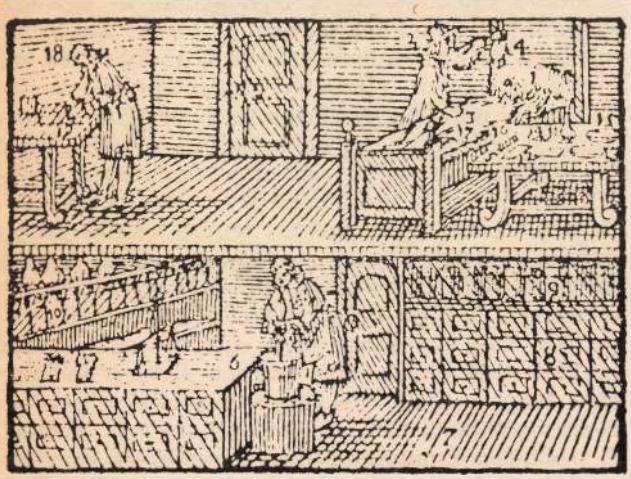
eljárásukat akarta igazolni, és egyben a pestisben szenvedők vigasztalására is szolgált. A könyv Liszszában jelent meg 1631-ben „Kurtzer Bericht von der Pestillenz, da sich dieselbe in der Polnischer Liessaw witterte, von der Böhmischen allier im exilio verbleibende gemeine gestellte, jetzt aber aus gewissen ursachen verdeutscht und im Druck verfertiget. Im Jahre MDCXXI". A könyv egyetlen fennmaradt példányát a poznani Raczynski könyvtár őrzi.

Közel egyidőben megjelent a pestis könyv cseh nyelven is. Ez a mű *Comenius*nak a pestisben elhunyt első felesége és gyermekei elvesztése felett érzett bánatát költőien kifejező „O Syrobe" című könyvvel közös kötésben a prágai egyetem könyvtárában található szintén egyedüli példányban. A két nyelven egy-egy példányban fennmaradt és az orvostörténészek által eddig figyelemre nem méltatott kötet magyarázza talán azt a sajnálatos tényt, hogy *Comenius*nak erről a munkájáról említés is alig történt. Egy vidéki lapocskában, a „Historische Monatsblatter für die Provinz Posen" XII. évfolyam 4. szám 49—61. oldalán 1912 áprilisában *W. Bikerich* „Das Pestbüchlein des Comenius" címmel ismertette a munkát. Kérésemre a Deutsche Staatsbibliothek (NDK) fotomásolatot készített *Bikerich* dolgozatáról. Önzetlen segítségüket e helyen is hálásan köszönöm.

Comenius pestis könyvét egy háromsoros latin epigramma vezeti be

„O caecas hominum mentes, o pectora vana!

✲ (240) ✲



Részlet az Orbis Pictus-ból

Quae Nimis horrescunt ad pestem: sed minus illa Crimina, quae pestem deducunt coelitus, horrent" azaz az emberek vakságára figyelmeztet, akik jobban félnek a pestistől, mint egyéb cselekedeteik következményeitől.

A bevezetőben ismerteti a könyv keletkezésének következményeit, majd három részben taglalja a mondanivalót.

1. Mit kell tartanunk isten szaváról a pestissel kapcsolatosan.

2. Mit teszünk a pestises betegekkel.

3. Mit kellene tennünk a pestisjárvány megelőzésére, a pestissel fertőzöttekkel, a megbetegedettekkel és az elhunytakkal, betartva isten rendeléseit.

Az első rész jobban tagolt, a második és a harmadik rész nagyonis összeolvad és sok tekintetben mutatja *Comenius*nak, és ezen túlmenően korának tájékozatlanságát a járványos betegségek tekintetében.

A Bibliára támaszkodva és abból hosszabb részeket idézve *Comenius* nagyonis határozottan állítja, hogy bár a pestis és más tömegpusztító járványok az emberiségnek nagy csapásai, elfogadhatatlan és helytelen az a felfogás, hogy a megbetegedések azért történnének, mert valakit bűneiért büntetni kíván a sors; a pestisben történő megbetegedés teljesen független a megbetegedett erkölcseitől, jóságától vagy bűneitől és emberi gyengeségeitől. Így a pestisbetegek súlyos bűnösökként való megítélése és az ennek megfelelő bánásmód igaztalan és indokolatlan. Ha a halálraítélteket is pap vigasztalja utolsó útjukon, miért tagadják meg a sors kiszámíthatatlan szeszélyéből pestisben megbetegedettek ellátását és vigasztalását? A Bibliában több helyütt találni példákat, hogy éppen a legjobbakat büntette a sors súlyos betegségekkel és így a pestises megbetegedésben mindenképpen igaztalan és helytelen büntetést látni.

Comenius szerint a pestisjárványt gonosz mérges ködök és időjárások okozzák. Fertőz, ha fertőzött helyeken járunk vagy megbetegedettekkel érintkezünk, azoknak a ruháit, fehérneműjét viseljük. Ezért a hatóságok tiltsák be járvány idején a búcsúkat, a vásárokat, akadályozzák meg a felesleges kószálást, a kocsmákban és szórakozó helyeken való összejöveteleket és tiltsanak be minden mulatozást. Szorgalommal kell arra törekedni, hogy a megfelelő mennyiségű és minőségű gyógyszer rendelkezésre álljon, hogy a betegeket ingyen gyógykezeljék és e célra vessen ki szükségadót a hatóság. Ne akadályozzák a betegek gyógyítását és gondozását, hanem hassanak oda, hogy özvegyek bevonásával minden beteget ápoljanak, hogy az özvegyen és árván maradottak javait részükre megőrizzék, hogy a járvány terjedését akadályozzák. E célból minden szemetet, hulladékot, ürüléket gondosan távol kell tartani a piactól, az utcától, az emberekkel való érintkezés lehetőségétől. Ne öntsünk ki az utcára semmit, ne dobáljuk szét a szemetet. Biztosítsuk a szemét és a hulladék eltávolítását az egész város egész területén. Ügyelni kell arra, hogy emberi fogyasztásra ne kerüljön beteg állat, hogy csak egészséges, jó malátából főzzenek sört és az így készült sört, de minden más ennivalót is megfelelően tároljanak és tisztán tartsanak. Egészségesek és betegek ne fürödjenek együtt, és amennyiben lehetséges, a nyilvános vagy csoportos fürdőzést járvány idején teljesen meg is kellene szüntetni. Minél mélyebbre kell elásni a pestisben elhunytak holttestét. Biztosítani kell a jó vízellátást és a víz megfelelő tárolását. A városban gyógyszertárat kell létesíteni és azt megfelelően gyógyszerekkel el is kell látni. Biztosítani kell a városban orvost és borbélysebészt, akit a város közös költségén eltartani is köteles legyen.

Mindezeket az előírásokat be kell tartani és ennek segítségével lehet a járvány terjedése ellen küzdeni. Ez szolgálja a közösségnek, de az egyes polgárnak is az érdekeit. A polgárok imádkozzanak a jó egészségért, de ápolják testüket, vigyázzanak a saját és családjuk tisztaságára, étkezésükre, és törekedjenek a fertőzés lehetőségét is elkerülni. Gyakorolják szorgalmasan a mesterségüket, tartózkodjanak lehetőleg otthon, ne menjenek szükségtelenül a piacra, az utcákra, ne keressék a társaságot, védekezzenek a káros kigőzölgések ellen tiszta levegővel és jó szellőztetéssel. Használjanak gyógyszereket és védekező eljárásokat a fertőzéssel szemben, amelyekre vonatkozóan az orvosok könyvei adnak tájékoztatást. Embertársaink iránti szeretet legyen a betegek ápolása tekintetében is útmutatónk. Végül szívből jövő könyörgéssel fejezi be a pestisjárvánnyal foglalkozó könyvét.

A könyvnek Lisszában és környékén való terjesztése révén sikerült a cseh—morva testvéreknek és a város lakosságának éles ellentétét tompítani. Feljegyzések, adatok nincsenek a továbbiakról. *W. Bickerich* közleményében feltételezi az ellenérzések csökkenését, amihez hozzájárult az a szerencsés körülmény, hogy a pestis a következő években megenyhült, bár még 1640-ben is pusztított valamelyest. A cseh—morva testvérek állásfoglalása, hála *Comenius* munkájának és jól bevált tanácsainak, lassanként felülkerekedett, és az 1656-ban kiadott Felső- és Alsó-Sziléziára vonatkozó „Infektions-Ordnung" már lényegében az ő nézeteiket tükrözi.

Bugyi Balázs dr.

R. Bright a földesúri börtönökről

Hazánkban évszázadokon át az igazságszolgáltatásnak egy módja a földesúri bíráskodás volt. A földesúr maga vagy tisztjei által az úriszéken ítélkezett jobbágyainak peres ügyeiben vagy kisebb vétségei esetén. A kiváltságosabbak, főképpen a grófok, a királytól pallosjogot (Jus gladii) is kaphattak. A pallosjoggal rendelkező földesúr maga gondoskodott az ítéletek végrehajtásáról is, így fenntartotta a hozzá szükséges eszközöket és intézményeket (börtön, deres, akasztófa stb.). A földesúri börtönökben többnyire nem voltak meg a legszükségesebb egészségügyi feltételek sem. A bebörtönzöttek egészségét károsító állapotok súlyos voltára drámaian mutat rá egy régi szavunk: a hajdani magyar nyelvben a kiütéses tífusz neve börtöntífusz volt. A földesúri bíráskodást az 1848. IX. tc. 4. §-a szüntette meg úgy, hogy részint a szolgabírákra, részint a megyei törvényszékekre ruházta. Három évtizeddel előbb azonban, amikorról idézett adataim származnak, még teljes kapacitással látta el feladatát.

A magyar földesúri börtönök leírásait *Richard Bright* (1789—1858) angol orvos 1815-i dunántúli utazásáról írt könyvéből gyűjtöttem ki. Ennek a könyvnek, amely 1970-ben *Szerecz Imre* fordításában és a Veszprém megyei Múzeumok Igazgatóságának kiadásában, *„Richard Bright utazásai a Dunántúlon, 1815"* címmel második, bővített kiadásban jelent meg, az eredeti angol könyv megjelenése óta nagy visszhangja van hazánkban.

Bright feltűnően sokat foglalkozott a földesúri börtönökkel. Több mint tíz helyen írja le az úriszék által elítélt rabok helyzetét, munkakörülményeiket.

Különösen megütközik a Georgikon-alapító gróf, a nagy műveltségű *Festetics György* börtönein. A felvilágosult nagybirtokos, aki mintaszerűen szervezett gazdasági iskolái mellett arabs ménesének, erdőgazdaságának, de még teknősbéka- és csiganevelő telepeinek korszerű állapotára is kényes gondot visel, teljesen közömbös a keszthelyi székhelyén és birtokain levő börtöneinek minősíthetetlen állapota, a benne sínylődő elítéltek embertelen elhelyezése tekintetében.

Először a gróf keszthelyi börtönét írja le:

„Magyarországon a rabok elzárására kiszemelt hely rendesen a földesúr lakásának közelében vagy annak egyik részében van. Mivel általában dolgoztatnak velük, az idegen utazó ritkán közeledik a Jus gladii birtokában levő magyar nemes házához anélkül, hogy meg nem ütköznék a lánccsörgésen és a bilincsbevert szánalmas alakokon. Maga a börtön soha sincs elrejtve az idegenek kíváncsisága elől. Majdnem azt mondhatnám, hogy hiúsági kérdést csinálnak belőle és a földesúri hatalom bizonyos jelének tekintik.

A legjobbat Keszthelyen láttam. A gazdasági altisztek lakásául szolgáló és a kastély bejáratával átellenben álló nagy, alacsony épületnek egy jelentéktelen részét foglalja el. A börtönőr vezetése mellett egy megpántolt és elreteszelt ajtón át beléptem. Abban a pillanatban tizenhét alak, valamennyi hosszú, magyar ruhában, felkelt a földről, ahol ült. Rajtuk kívül a tizenkét négyzetlábnyinál nem nagyobb szobában semmi más nem volt; sem asztal, sem ágy vagy szék. A levegő és a világosság a falak felső részén levő több apró ablaknyíláson jött be. A rabok zöme fiatal ember volt. Egy részük felett ítélkeztek már, mások felett még nem. Némelyeket hét vagy nyolc évre zártak el. Vétségük különböző volt, de a bánásmódban nem tettek különbséget, kivéve a megszabott időben kiszolgáltatandó büntetések vagy az elzárás éveinek számát. Ilyen volt nappali tanyájuk, ha nem mentek ki munkára. Innen lementünk a földalatti börtönbe, ahová éjjelre szokták őket elzárni. A börtönőr óvatosságból a kellemetlen szag ellensúlyozására füstölő fazékot vitt előttünk. A belső ajtó kinyitása után egy kis szobába léptünk be, amelynek sarkában szalmalócákon két asszony feküdt. A padló közepén vasrács volt. Vezetőm felnyitotta és a létrán leereszkedett előttem, kezében lámpával. Ennek fényénél megláttam, hogy egy kis előszobában vagyunk, ahonnan ajtó nyílik a földalatti börtönbe, az összes férfirab rendes hálóhelyére. Ez egy téglalap alakú boltozatos pince volt és benne két szalmamatrac bútor gyanánt. Néhány rongyos ruhadarab hevert azon a helyen, ahol az egyes rabok pihenni szoktak a puszta földön. A helyiség egyik sarkában vastag erős láncot pillantottam meg. Körülbelül másfél-

lábnyi magasságban körös-körül karikák voltak a falba beverve. Éjszakára a rabok lefeküsznek a földre, hármuknak bokavasán keresztülfűzik a láncot és átvetik a karikán, további három rab után a második karikán húzzák át és így folytatják, amíg körbe nem jártak az egész teremben. A lánc végét lakattal összecsukják s ilyenformán minden rab biztos zár alá kerül. Fájdalmas elgondolni, hogy a nyomorultak közül néhányan már hét éve ilyen helyzetben töltik éjszakájukat."

A keszthelyi börtön tehát nagy biztonságot nyújtó, föld alatti építmény volt. Ezért egészségrontó körülményeit jórészt ezzel magyarázhatnánk, ha nem találhatnánk egészen hasonló viszonyokat *Festetics György* csurgói börtönében, amely pedig a föld felszínére épült. A rabtartás módja itt is nagyon hasonló a keszthelyiéhez, úgy, hogy az alább következő kiegészítéseket is figyelembe véve a földesúri börtön típusának tekinthetjük.

A csurgói börtön leírása:

„Az est folyamán megtekintettük az egész ház alatt húzódó borospincét, utána meglátogattuk a börtönt, amelyről most leírást adok. Késő este volt és a rabok már éjjeli nyugalomra tértek. A börtönőr szobáján keresztül mentünk be. A szoba tele volt aggatva nehéz láncokkal és vasakkal. Egy második előszoba-félében egy rabot találtunk, aki a földön feküdt, mert oda volt láncolva. Az őr most kikapcsolt egy láncot, amely a túlsó terem belsejével volt összeköttetésben, kinyitott egy rácsos ajtót és beléptünk egy terembe. Ennek padlóján alig volt üres hely, mert nyolc rab feküdt ott szalmán bilincsekben és összekötve azzal a közös lánccal, amely a külső rácson keresztül vezetett ide. Természetesen mind felriadtak és keresték a szokatlan látogatás okát. A vaspántok, a vasrudak és láncok ajtónyitás okozta zöreje mind felverte őket álmukból, ha egyáltalán aludtak. Egy szerencsétlen a börtön távoli zugában szinte térdreesve és rimánkodó testtartásban emelkedett fel. Középkorú, színtelen arcú férfi volt. Érdeklődésemre megtudtam, hogy alig néhány hónapja gyilkosság miatt halálra ítélték, de az ítéletre a bécsi törvényszék megerősítését várja. A szomszédos második üreg ugyanazt a külső képet mutatta. Ebben is nyolc rabot tartottak. Ez a börtön a földdel egyszinten van, és hogy falait biztonságossá tegyék, kívül-belül közel 8 négyzethüvelyknyi fagerendákkal burkolták. Ez a faburkolat az ablakok nagyobb részét szintén befedte. Azt hiszem, hogy a második börtönbe a napfény csak az elsőbe vezető ajtó nyílásán keresztül juthat be.

A rabokat a földesúr élelmezi. Naponként másfél font kenyeret kaphatnak vízzel és hetenként kétszer vagy háromszor húst.

A legutolsó úriszéket márciusban tartották, körülbelül két hónappal ezelőtt. Ekkor 37 rab volt. Ezekből 19-et az előbbi, októberben tartott úriszék ítélt el. Egyeseket szabadlábra helyeztek, másokat botbüntetésre ítéltek, néhányan azonban ittmaradtak büntetésük kitöltésére. Ezek a tegnap látott tizenhét rab létszámából valók."

Csokonyán *Széchenyi* gróf börtönét már nem is részletezi, mert csak ismétlésbe bocsátkoznék a leírásánál:

„Alig hagytuk el a házat, megláncolt gonosztevők álltak megint előttem. A gróf észrevette meglepetésemet és elvitt az udvarra nyíló börtönhöz. Nem szükséges a börtönt leírnom. A rabok nagyon fesztelen magatartást tanúsítottak. Egyesek fedetlen fővel meghajoltak, mások meggyújtották pipáinkat. Egyikük sem mutatta, hogy valami nagyon szégyelli a rárakott bilincset.

Ketten vagy hárman tegnap megszöktek. A hajdú felügyelete mellett egy távoleső helyen dolgoztak. A hajdút megrohanták, megkötözték, bilincseikből kiszabadították magukat, a hajdút az árokban hagyva elmenekültek és elrejtőztek az erdőben. Még nem találták meg őket."

Ugyanígy Devecseren sem tartja szükségesnek a börtön újabb részletes leírását:

„A következő postaállomás Devecser, *Eszterházy Miklós* gróf birtoka. A régi urasági házban most az uradalmi tisztek laknak. A börtönajtó előtt őrkunyhó van, előtte díszes huszáregyenruhába öltözött férfiak állnak."

Az embertelen tömlöcök látványa majdnem kilendítette főúri vendéglátói iránti udvariasságából:

„Amikor nyíltan beszélek a magyar főurak börtöneiről, távol áll tőlem, hogy felindulásomban bírálatot mondjak róluk. Úgy tekintem őket, hogy érdekes példát szolgáltatnak a legmindennapibb jelenségek egyikére: az emberi lélek azon képességére, hogy közönyösen szemléli azt, ami állandóan előtte van."

Többhelyütt leírja börtönön kívül is az útonútfélen eléje kerülő elítéltek csapatait. Így Csurgón is, először a grófi lakosztály előtt:

„Mikor reggel felkeltem, alig tudtam szobámat elhagyni, mert a rabok között találtam magamat, akik jártak-keltek láncaikban: ti. a börtön itt a lakóházzal egy födél alatt van."

Majd aznap egy távoli, erdei ménes szemlélésekor:

„Meglepetésemre a csikósok között észrevettem azt az embert, akit reggel a többivel együtt bilincsben láttam. Megmagyarázták, hogy ideiglenesen van szabadon, mert ő az egyetlen, aki ért a lovak gyógyításához, és most van egy beteg lovuk, meg hogy bár bilincs nélkül van, mégis állandóan a hajdú felügyelete alatt áll. Az a bűne, hogy két ökröt lopott, amelyekkel egy távoli vásáron találták; így büntetése esetleg szigorú lesz. Sőt ezen bélyeg ellenére megengedték neki, hogy régi csikóstársaival családiasan együtt lehessen."

Dunaföldváron nem tűnik ki pontosan, hogy a kényszermunkát végző rabokat a környék hatalmas földesura, gróf *Batthyány* úriszéke vagy a törvényszék ítélte-e el:

„Amint Földváron behajtattunk a vendéglő udvarára, már megint láncravert rabok között találtam magamat. Néhány cigány együtt dolgozott velük. Egy háztető lebontásával foglalkoztak. Mindez egy hajdú őrizete és ellenőrzése mellett ment végbe. Ez a város a kormányhoz tartozik."

Várpalotán *Zichy* gróf bebörtönzött jobbágyait írja le:

„Palota kedvelt tartózkodási helye *Zichy* grófnak, a bécsi rendőrségi miniszternek. A várárokban

lánccsörgést hallottam és egy kis emelkedésen akasztófa állott."

Az ítéletvégrehajtás eszközei olyan községekben is megtalálhatók, amelyekben nem volt börtön, mint például a *Festetics György* gróf birtokához tartozó Szent-Miklóson:

„Az első dolog, ami meglepett, amikor a gazdatiszti udvarba léptem, a vaskapcsos deres volt. Az uradalmi intézők használták, amikor engedetlen parasztokra botbüntetést szabtak. A tolvajokat a jelen esetben a gróf egy másik uradalmába, Csurgóra küldték, mert Szent-Miklóson nincs börtön. Szobám ajtajával szemben a falon lógtak azok a nehéz bilincsek, amelyekben tartják és szállítják a gonosztevőket."

A hivalkodó rabtartás tucatnyi bemutatása mellett egyhelyütt számol be az emberi jogok figyelembevételével folytatott igazságszolgáltatásról, *Brunswick* gróf birtokán:

„Martonvásár kivétel Magyarország közigazgatási helyzetében. Először is: az igazságszolgáltatás gyűlöletes joga vagy kötelessége itt nincs a földesúr kezében."

Sőt ezen a birtokon a parasztok szervezett jogvédelemben részesültek:

„Az államügyész volt, aki a paraszt és a földbirtokos pereskedésében hivatalból védi a parasztot mindazon perekben, melyek a törvényszék elé kerülnek."

Az idézett részletek a 72 oldalas magyar fordításból származnak. Érthetőnek tűnik tehát a kérdés, mi lehet *Bright* a börtönügy iránti ilyen fokozott érdeklődésének az oka?

Ezt elsősorban angol, különösen pedig bristoli voltának tulajdoníthatjuk. Az angolok ugyanis a börtönügy terén mindig élen jártak. A szabadságvesztés büntetés az újkor találmánya. Az ókor és középkor börtönei mind vizsgálati fogság jellegű intézmények voltak. Meghatározott idejű szabadságvesztést mint büntetést csak a XVI. században kezdenek kiróni. Az első letartóztatási intézetet Angliában a London melletti Bridewellben építették 1555-ben. A sorra épülő börtönökben nagyon rendszertelenül folyt a végrehajtás, minden megkülönböztetés nélkül zártak egybe fiatalokat, idősebbeket, nőket és férfiakat, első bűnözőt és visszaesőt. A letartóztatási intézmények reformja az angol filantrop, *John Haward* 1777-ben megjelent művének hatására kezdődött meg. *Bright* utazása előtt szülővárosában, Bristolban is modern, egészségügyi berendezésekkel ellátott börtön épült. Hazája felvilágosult eszméitől és nemzeti öntudatától fűtve ezért nagy érdeklődéssel tanulmányozta nemcsak Magyarország, hanem — életrajzírói szerint — Németország börtöneit is. Sajnos a német börtönökről alkotott véleményét nem ismerem, pedig tanulságos lenne a hazánkbeliekkel való összehasonlítása.

Orvosi műveltsége miatt lehetett *Brightnak* egy másik különleges érdeklődési köre is: Magyarország orvosi és kórházi ellátottsága. Erről azonban nem tudott olyan színes, könyvét végigkísérő leírást adni, mert alig volt mit leírni. A 30 ágyas váci siketnéma intézetben, az inkább szegényház mint gyógyintézet jellegű keszthelyi kórházon kívül csak olyan szintű egészségügyi ellátásról tud beszámolni, mint a hévízi köpölyöző működése. Csupán két képzett orvosról tesz említést egész útján. Végső konklúzió: Magyarországon kevés volt a kórház és sok a börtön.

De ha valóban igazságosak akarunk lenni beszámolójával kapcsolatban, meg kell jegyeznünk, hogy a Pozsony megyei Szencen már 1773-ban felépítették hazánk első korszerű letartóztatási intézetét, a szegedi Csillag börtön elődjét. Nehéz magyarázatát adni, miért nem látogatta meg ezt az utazásakor már 42 éve működő, a földesúri börtönöknél színvonalasabb intézetet. Ez azonban nem változtat a tényen: a földesúri börtönöknek az exotikum határát átlépő elhanyagoltságán.

Befejezésül idézem erre *Brightnak* a börtönkérdéssel kapcsolatos politikai hangsúlyú megállapítását:

„Milyen öntudatlanul csukva lehet a magyar nemesek szeme a nép óriási tömegének sok, fontos létfeltétele előtt!"

Tóth András dr.

„Gyógytani adomák" az első magyar „Orvosi Napló"-ban

Elsősorban gyakorlati orvosi igényeket igyekezett kielégíteni az első magyar „Orvosi Napló". Szerkesztője *Sugár Fábiusz* „orvostudor, szülész, a buda-pesti kir. orvos-egylet rend. tagja, pesti gyakorló orvos" volt, aki hosszabb fogságot is szenvedett az 1848—49-es szabadságharc alatt honvédszázadosként kifejtett tevékenységéért. Kiadványát először 1860-ban adta ki: „Magyar és Erdélyország gyakorló orvosai használatára". A Napló egyben volt orvosi évkönyv, előjegyzési könyvecske, határidőnapló. Kis formátuma miatt zsebben is hordozható volt. Azonban a Napló igazi értéke abban rejlik, hogy tartalmának több mint felét közérdekű orvosi közlemények, gyógyszerárjegyzékek, orvosi statisztikai közlemények, orvosok, seborvosok, fogorvosok és gyógyszerészek névsora töltötte ki.

Az első három ismert kötet tartalmazott igen érdekes orvostörténeti tanulmányokat is. Az első évfolyamban *„Az orvosi tudomány legújabb történetének vázlata"* található, amely a XIX. század első felének orvosi eredményeit és felfedezéseit foglalta össze. A legértékesebb tanulmány egy, a magyar orvostörténetet összefoglaló munka: *„Az orvosok s orvosi tudomány Magyarországon, a legrégibb időktől fogva századunk elejéig"*. Az élénk érdeklődésre való tekintettel ezt a művét önálló kötet formájában is kiadta a szerző. A „Gyógyászat" (1862. 18. sz.) kritikusa azt írta, hogy ez „a könyvecskének legszebb dísze" és a továbbiakban azt tanácsolta *Sugár* doktornak, akit e munkája alapján méltán tarthatunk orvostörténésznek is: *„Kívánatos volna, ha a t. szerző a magyarhoni orvostudomány történetét idővel még több források fölhasználása mellett bővebben is kidolgozná"*.

A harmadik évfolyam *„Sauer Ignácz országorvos"* életrajzát közli; „egyetemünk egyik ifjabb magántanítója derék tollának köszönjük, ki gyakorlati tevékenysége s a tudományban kiválóan hazafias iránya által mindnyájunk előtt ismeretes" — amint az előszó írja. Figyelemre méltó még ebben a kötetben az *„Újabb nézetek s tapasztalatok a kór- és gyógytan mezején"* című tanulmány, amely elsősorban a „bujakórtan"-nal foglalkozott.

Maga *Sugár Fábiusz* az „Orvosi Napló" első évfolyama előszavában a következőkben jelölte meg műve célját: „Kisded művek, mint ezen napló, mivelt országokban orvosokra nézve csaknem nélkülözhetetlen szükséggé váltak. Mint a szó teljes értelmében vett zsebkönyvek arra vannak szánva, hogy részint a nap leforgása alatt felmerülő észrevételeket fölvegyék, részint pedig és főleg arra, hogy tartalmukkal a mindennapi gyakorlat terén előfordulható emlékezési hűtlenségeken segítsenek. — Ilyen művecske nyújtatik íme kedves magyar nyelvünkön először az igen tisztelt kartárs uraknak... Méltóbban és egyszersmind eszmehívebben ez évfolyamot megkezdhetni nem gondolám, mint azon nagyfontosságú mozgalmak történeti vázlatával, melyek az utolsó évtizedek alatt szaktudományunk mezején feltűntek... Mi a további tartalom elrendezését illeti, erre nézve általában a gyakorló orvos érdeke és szükségei tartattak szem előtt: ugyanezt állíthatnám talán a zárrészről is, melyben ezen orvosi Almanach ama térről hoz egy kis adalékot, hol komoly, mondhatni műtudományunk a szép-irodalommal kezd határos lenni".

Talán a legérdekesebbnek az látszik, ha az utóbb említett részből nyújtunk egy kis ízelítőt a mai olvasónak.

Az idézett adomák mottójaként bizonyos *Marx* göttingai tanár nyilatkozata szolgálhat: *„Az olyan adomák, melyek gyakori megnevettetés által gyógyulást eszközlének, csak úgy megérdemelnék, hogy a materia medicához csatoltassanak mint a legjobb gyógyiratok"*.

Íme néhány az 1860-as orvosi adomákból:

„Egy orvos — s egy jogtudor tudományos elsőségük felett vitáztak egykor. „Az enyim az elsőség", mondá a jogász, „mert Kain agyon ütötte Ábelt, és ez volt az első bűnvádi per." — „Az ugyan igaz", viszonzá az orvos, „de régibb eset az Ádám apó oldalbordájának kivétele, és ez vala az első műtét."

„Az egészségért történő sokszori ivás annak elivása."

„Lélekismeretes orvosok ép oly kevéssé okozhatják betegeik halálát, mint nem okozzák anyjokét az újdon szülöttek."

„A hit-vallások, melyek annyira különböznek egymástól, mint a thea a kávétól, lényegükben mégis oly hasonlók, mint a Thein és Coffein. (Thein = $C_{16}H_{10}N_4O_4$; Coffein = $C_{16}H_{10}N_4O_4$)."

„Te saxa loquuntur" arról lehet elmondani, kit balsorsa hatalmas hólyagkővel látogatott meg."

„Az orvos charakterére nézve gyakran csak azt kérdezik, hogy orvosi — vagy udvari tanácsos-e?"

„A kóborló bajokat, milyenek a csúz s a köszvény, kóborlókkint kenyér és vízre kell szorítani."

„Azon orvos, ki hippocratesi külsővel bír, oly arányban áll a hippocraticus arczúhoz, mint a születési okmány a halotti okmányhoz."

Az idézett adomák az Orvosi Napló első évfolyama „Az orvosi erkölcstanra — ethica — vonatkozó szellemdús észrevételek, gyógytani adomák sat" című fejezetben jelentek meg.

Batári Gyula

Stanislaw Pron

(1892–1971)

Január 30-án hunyt el *Stanislaw Pron*, a lengyel gyógyszerész-történetírás és múzeumügy kiváló egyénisége. Nevét jól ismerték a gyógyszerész-történészek, hiszen 1967-ben megjelent alapvető könyve mind módszertana, mind a feldolgozott anyaga révén a lengyel gyógyszerésztörténet tárgyi és írott dokumentumainak nagyszerű összefoglalása.

Stanislaw Pron 1892. március 31-én született az akkor a monarchiához tartozó galíciai Jaslóban. Fiatalon, 17 éves korában lett gyógyszerésztanuló a legrégibb lengyel patikában, az 1403-ban alapított krakkói „Arany Fej"-ben. Két év múlva letette a gyógyszerészvizsgát, majd az érettségi bizonyítvány megszerzése után beiratkozott a krakkói egyetem jogi karára. Joghallgatóként sem szakított a gyógyszerészettel: az első világháború viszontagságai között ez jelentette a megélhetését. A Krakkóban megkezdett jogi tanulmányait 1919-ben Lembergben fejezte be.

Az egyetem elvégzése fordulatot hozott *Pron* életében, az újjászületett lengyel államnak nagy szüksége volt jogászokra. Állami szolgálatba lépett tehát és a második világháború kitöréséig különféle közigazgatási beosztásban tevékenykedett. 1934—1938 között Sokal város polgármestere volt. A második világháború alatt Krakkóban élt és részt vett a földalatti antifasiszta ellenállási mozgalomban.

Lengyelország felszabadulása után előbb a Gyógyszerész Egyesület ideiglenes igazgatásával bízták meg majd az egyesület jogtanácsosa lett. Ekkor kezdett behatóan foglalkozni a nagy hagyományokkal rendelkező lengyel gyógyszerésztörténettel és múzeumüggyel. Már 1946-ban javaslatot terjesztett a Gyógyszerész Testület elé a Kazimierz Wenda által 1919-ben alapított lengyel gyógyszerészettörténeti múzeum újból történő felállítására. Igaz, ez a múzeum a háború alatt teljesen elpusztult és a két világháború között sem volt jelentős gyűjteménye, hanem országos nyilvántartást vezetett a lengyel gyógyszerészet-történeti emlékekről. *Pron* javaslata állandó kiállítással rendelkező, szakszerű gyűjtésen alapuló országos jellegű múzeum felállításáról szólt. Még a végleges döntés előtt nagy lendülettel kezdte meg a gyűjtést. Járta az országot, felkutatta a már ismert vagy az addig még ismeretlen gyógyszerészet-történeti anyagot.

Mintegy 12 000 helyről Krakkóba szállíttatta az új múzeum alapgyűjteményének szánt tárgyi anyagot és eleinte egymaga végezte a feldolgozást is. A gyűjteményt ideiglenesen a Gyógyszerész Egyesület székházában raktározta. A figyelme mindenre kiterjedt: nemcsak a tárgyakat és az eszközöket kutatta fel, hanem összegyűjtötte a régi gyógyszertárak leltárkönyveit, neves gyógyszerészek kéziratait, okleveleit, monográfiáit és a róluk készített festményeket is.

Fáradozását 1951-ben siker koronázta. A lengyel Egészségügyi Minisztérium egyetértésben a Művelődésügyi Minisztériummal a krakkói gyűjteményt Lengyelország Gyógyszerészettörténeti Múzeumává nyilvánította, az új intézet igazgatójává pedig *Stanislaw Pront* nevezte ki.

Még a gyűjtőmunka idején több kiállítást szervezett a feldolgozott anyagból; 1946-ban a Gyógyszerész Egyesületben patikaszobát nyitott meg, majd 1947—1951 között állandó kiállításon mutattak be közel 3000 tárgyat, a kiállítás elnevezése „Krakkói Gyógyszerészeti Múzeum" volt. Valójában ezt a krakkói gyűjteményt nyilvánították 1951-ben országos múzeummá és bízták meg felügyeleti joggal Lengyelország valamennyi muzeális értékű gyógyszertára és magángyűjteménye felett.

Stanislaw Pron 1961-ben bekövetkezett nyugdíjazásáig állt a lengyel gyógyszerészeti múzeum élén. Igazgatása alatt a múzeum nemcsak a hazai, hanem a külföldi gyógyszerészettörténeti társaságok elismerését váltotta ki. A magas színvonalat képviselő gyűjtemény anyagát dolgozta fel a már említett „Museum Poloniae Pharmaceuticum" c. könyvében, amely a múzeum anyagát ismertetve nyomon követi a gyógyszerészet és a gyógyszerkészítés technikai fejlődését. E folyamatot — bár csak utalásokkal — az európai gyógyszerészet haladásával hozta összefüggésbe. A könyv másik erénye, hogy a tárgyi és írott anyagot nem szakította el lelőhelyük gyógyszerészettörténeti vonatkozásaitól, hanem egy bizonyos tárgycsoport ismertetésekor azok gyógyszerészettörténeti helyét is megadta.

A lengyel állam és a gyógyszerész-társadalom nagyra értékelte *Pron* gyógyszerészet-történeti munkásságát és a legnagyobb kitüntetésekben részesítette. Életművét nemcsak a múzeum megszervezése, számos cikke és könyve jelenti, hanem munkásságával felkeltette az érdeklődést a gyógyszerészet-történeti kutatás iránt és annak egyik ösztönzője lett.

Zboray Bertalan dr.,
Kapronczay Károly

Nemzetközi kongresszusok 1972-ben

Az alábbiakban a Nemzetközi Orvostudományi Szervezetek Tanácsának (CIOMS) 1972. évi kongresszusnaptára alapján közöljük a kongresszusok időpontját, helyét, megnevezését, valamint a részletesebb információ forrását.

Május 11—15, *St. Malo*, a Nemzetközi Thalassotherapiai Társaság 15. kongresszusa, prof. A. Cornet, 4. rue Meissonier, Paris 17e.

Május 22—27, *Velence, Padova*, 14. nemzetközi bőrgyógyász kongresszus, prof. F. Serri, Clinica Dermatologica, Univ. di Pavia, Piazzale Golgi 25, Pavia.

Május 28—június 1, *Velence*, a Nemi betegségek és Treponematosisok ellen küzdő Nemzetközi Szövetség 27. közgyűlése és nemzetközi konferenciája, dr. C. S. Nicol, Lydia Dept. St. Thomas Hospital, London S. E. 1.

Május 28—június 2, *Róma*, a Nemzetközi Sebész Társaság 18. nemzetközi biennális kongresszusa, prof. V. Speranza, 2 Clinica Chirurgica, Universita di Roma, Roma.

Május 28—június 3, *Várna*, a mezőgazdasági orvostudomány 5. nemzetközi kongresszusa, prof. J. Vacher, Faculté de Médecine, 37-Tours.

Májusban, *Sydney*, az orvosi betegdokumentáció 6. nemzetközi kongresszusa, Miss B. James, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, N. S. W.

Június 4—7, *Göteborg*, 5. nemzetközi kongresszus a colon és a rectum betegségeiről, dr. B. Samenius, Kungsportsavenyen 37, 411 36 Göteborg C.

Június 18—23, *Washington*, 4. nemzetközi endokrinológiai kongresszus, dr. G. D. Aurbach, Suite 700, 1629 K. Street, N. W. Washington, D. C. 20006.

Június 19—23, *Koppenhága*, 8. nemzetközi klinikai kémiai kongresszus, Mr. A. Uldall, Dept. of Clinical Chemistry, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 Copenhagen Ø.

Július 2—6, *Barcelona*, a fizikális orvostudomány 6. nemzetközi kongresszusa, dr. J. Gareina-Alsina, Ravella 4, Barcelona.

Július 2—7, *Kiev*, 9. nemzetközi gerontológiai kongresszus, dr. E. J. Lorenze, Burke Rehabilitation Center, 785 Mamaroneck Avenue, White Plains, N. Y. 10605. USA.

Július 9—14, *Versailles*, 8. nemzetközi egészségügyi felvilágosítási konferencia, dr. L. P. Aujoulat, 20 rue Greuze, Paris 16e.

Július 23—28, *San Francisco*, 5. nemzetközi farmakológiai kongresszus, Miss H. B. Lemp, Congress Manager, 9650 Rockville Pike, Bethesda, Md. 20014.

Július 24—30, *Rio de Janeiro*, 81. nemzetközi angiológiai kongresszus, dr. R. C. Mayall, Caixa Postal 1822, Rio de Janeiro-GB, Brazil ZC-00.

Júliusban, *Helsinki*, az INTERASMA 7. nemzetközi kongresszusa, dr. P. Zerbib, 6 rue de la Concorde, 31-Toulouse.

Július-augusztus, *Gothenburg* (Svédország), 3. nemzetközi orvosi fizikai konferencia, prof. R. Magnusson, Chalmers Technical University, S. 402 20 Gothenburg 5.

Augusztus 17—22, *Newcastle upon-Tyne*, 11. nemzetközi földrajzi patológiai konferencia, prof. M. Hutt, Dept. of Morbid Anatomy, St. Thomas's Hospital Medical School, London, S. E. 1.

Augusztus 21—25, *Bochum*, 6. nemzetközi fotobiológiai kongresszus, prof. H. Tronnier, Universitäts Hautklinik, Tübingen.

Augusztus 21—25, *Kyoto*, 4. nemzetközi hisztokémiai és citokémiai kongresszus, prof. Kazuo Ogawa, Dept. of Anatomy, Kansai Medical School, Morgiuchi, Osaka.

Augusztus 27—szeptember 1, *Sydney*, 12. rehabilitációs világkongresszus, Mr. N. Acton, I. S. R. D., 219 East 44th Street, New York, N. Y. 10017.

Augusztus 27—szeptember 2, *Washington*, 13. nemzetközi vértranszfúziós kongresszus, prof. J. P. Soulier, C. N. T. S., 6 rue Alexandre Cabanel, Paris 15e.

Szeptember 2—9, *London*, 23. nemzetközi orvostörténeti kongresszus, International Congress Office, The Wellcome Institute of the History of Medicine, 183 Euston Road, London N. W. 1.

Szeptember 4—8, *Brighton*, 13. nemzetközi sejtbiológiai kongresszus, dr. B. M. Richards, Searle Laboratories, Lane End Road, Searin, High Wycombe, Anglia.

Szeptember 4—9, *Amsterdam*, 30. nemzetközi alkoholizmus és gyógyszer abusus elleni kongresszus, M. Archer Tongue, ICAA, Case Postale 140, 1001 Lausanne, Svájc.

Szeptember 5—8, *Boston*, 12. nemzetközi belgyógyász kongresszus, prof. H. Ludwig, 2. Med. Klinik, Bürgerspital, Basel.

Szeptember 10—14, *Párizs*, az Orvosnők Nemzetközi Szövetségének 13. kongresszusa, J. Carré, 2 rue du 8 mai 1945, F-92 Colombes, Franciaország.

Szeptember 11—16, *Párizs*, 4. nemzetközi közlekedésorvostani kongresszus, prof. L. Roche, Institut de Médecine Légale et de Criminologie clinique, 12 avenue Rockefeller, Lyon 8e.

Szeptember 12—16, *München*, anatómiai és klinikai patológiai 8. világkongresszus, dr. H. Lommel, Postfach 37, 5090 Leverkusen.

Szeptember 17—23, *Buenos Aires*, 17. munkaegészségügyi nemzetközi kongresszus, prof. E. C. Vigilani, Clinica del Lavoro, Via San Barnaba 8, 20122 Milano.

Szeptember 17—23, *Kyoto*, 5. anaesthesiologus világkongresszus, prof. M. Miyazaki, c/o Kyoto Int'l Conference Hall, Takaraike, Sakyo-ku, Kyoto 606.

Szeptember 25—29, *Koppenhága*, 4. világkongreszszus az orvosképzésről, dr. Z. A. Romualdez, World Medical Assoc., 10 Columbus Circle, New York, N. Y. 10019.

Ősszel, *Budapest*, 11. nemzetközi audiológiai kongresszus, MOTESZ, I. Apród u. 1., Budapest.

Október elején, *Tel Aviv*, a Nemzetközi Ortopéd-sebész és Traumatológus Társaság 12. kongresszusa, S. I. C. O. T. 12., P. O. B. 16271, Tel Aviv.

Október 8—13, *Mexico City*, 5. nemzetközi nefrológus kongresszus, dr. J. E. Exaire, Instituto Nacional de Cardiologia, Dpto. de Nefrologia, Avenida Cuauhtemoc 300, Mexico 7, D. F.

Október 22—27, *Mexico City*, a Nemzetközi Fogász Szövetség 15. világkongresszusa, dr. G. H. Leatherman, FDI, 64 Wimpole Street, London W1M 8AL.

Októberben, *Arequipa* (Peru), 10. nemzetközi hydatidológiai kongresszus, prof. Félix Naquira Vildoso, Casilla 714, Arequipa, Peru.

Nemzetközi rendezvények 1972-ben

— A Presse Medicale kongresszusnaptára nyomán —

Januárban, *Bad Gastein*, 10. nemzetközi szimpozium a radioaktív izotópok felhasználásáról a klinikumban és a kutatásban, R. Höfer, 2. Med. Univ. Klinik, Isotopenstation, Garnisongasse 13, A 1090, Wien.

Tavasszal, *Párizs*, 10. nemzetközi kollokvium a levegőszennyezésről, M. Benaire, Institut de la Chimie appliqué, B. P. 1, F-91-Vert-le-Petit.

Március 12—16, *Las Vegas*, a Nemzetközi Anaesthesiológiai Kutató Társaság 46. kongresszusa, B. B. Sankey, International Anesthesia Research Society, 3645 Warrenville Center Road, Cleveland, Ohio, USA.

Áprilisban, *Budapest*, a Trachoma Elleni Nemzetközi Szervezet konferenciája, R. Nataf, 1. rue Zarkoun, Tunis.

Májusban, *Velence*, a Nemi betegségek és Treponematosisok ellen küzdő Nemzetközi Szövetség 27. közgyűlése, Claude Nicol, St. Thomas Hospital, London S. E. 1.

Május 8—14, *Liège*, nemzetközi fogász kongresszus, J. de Leeuw, Chaussée d'Etterbeek 166, B 1040, Bruxelles.

Május 27—június 2, *Várna*, 5. nemzetközi mezőgazdasági orvosi kongresszus, Jean Vacher, Faculté de Médicine, F-37-Tours.

Június 14—18, *Amszterdam*, az Európai Radiológus Társaság 2. kongresszusa, Ch. Gros, F-67-Strasbourg.

Június 22—23, *Barcelona*, az Európai Rhinológus Társaság 5. kongresszusa, J. M. Montserrat Viladiu, Hôpital de la Croix Rouge, Gerona, 131, 1. Barcelona 9.

Június 26—28, *Detroit*, nemzetközi szimpozium a csontanyagcsere-zavarok klinikai vonatkozásairól, Boy Frame, Henry Ford Hospital, Detroit, Michigan 48202, USA.

Június 28—július 1, Aix-les-Bains, 5. nemzetközi konferencia a reumás betegségekről, F. Forestier, B. P. 41, F-73-Aix-les-Bains.

Nyár folyamán, *Koppenhága*, a Nemzetközi Neuro-Psycho-Pharmacológiai Collegium 8. kongresszusa, M. Vojtechovsky, Sokolska 31, Praha 2.

Nyár folyamán, *Belfast*, 6. nemzetközi igazságügyi orvosi konferencia, K. T. Marshall, State Pathologist's Department, The Queen's University of Belfast, Grosvenor Road, Belfast B112 6 BL, Észak-Írország.

Július 3—5, *Párizs*, 2. európai kongresszus az emésztőszervek endoszkópiájáról, F. Pergola, 96 av. Victor-Hugo, F-75-Paris-16.

Július 14—16, *Tokio*, 4. világkongresszus a kontaktlencsék alkalmazásáról, National Eye Research Foundation, 18 South Michigan Avenue, Chicago, Illinois 60603 USA.

Szeptemberben, *München*, 8. kórbonctani és klinikai biológiai világkongresszus, M. Nordamann, Kniggestrasse 7, Hannover 3.

Szeptemberben, *Róma*, 2. nemzetközi szimpozium a rákszűrésről, Albert Liegeois, Hôpital civil, Verviers (Belgium).

Szeptember 3—8, *Párizs*, az Orvosnők Nemzetközi Egyesületének 13. nemzetközi kongresszusa, M. Deshons, 2. rue du 8-Mai-1945, F-82-Colombes.

Szeptember 3—9, *Stresa*, 6. nemzetközi biometeorológiai kongresszus, Solco W. Tromp, Hofbroulkerlaan 54, Oegstgeest, Leiden (Hollandia).

Európai regionális kongresszusok 1972-ben

Április 17—21, *Budapest*, az Európai Szemész Társaság 4. kongresszusa, prof. Radnót M., I. Szemészeti Klinika, Budapest, VIII., Illés u. 15.

Április 19—21, *Lausanne*, 3. európai kongresszus a perinatalis medicináról, dr. H. Bossart, Service d'obstétrique, Hôpital cantonal universitaire, 1011 Lausanne.

Július 5—12, *Párizs*, 9. nemzetközi európai gastroenterológiai kongresszus, dr. R. Viguié, 17 rue Daru, Paris 8e.

Augusztus végén, *Aberdeen*, az Európai Mikrocirkulációs Társaság 7. konferenciája, dr. D. Lewis, Rheology Laboratory, Sahlgrenska Sjukhuset, Gothenburg, Svédország.

Szeptember 5—12, *Manchester*, 5. európai elektronmikroszkópiai kongresszus, University of Manchester, Institute of Science and Technology, Manchester.

Szeptemberben, *Madrid*, 6. európai kardiológiai kongresszus, dr. J. de la Hoz Fabra, Sagasta 7, Madrid-4.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Klinikai pharmacológia

Különböző β-receptor-blokkolók hatása a ventilatióra obstructiv légúti megbetegedésekben. (Összehasonlító vizsgálatok). Wettengel, R. Fabel, H.: Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 1816.

Mióta 1964-ben a β-receptor-blokkolókat bevezették az angina pectoris és a szív rhythmuszavarainak a gyógyításába, ismertté vált a propranolol bronchialis obstructiót kiváltó hatása. A bronchialis izomzatban levő sympathicus receptorok β típusúak: ingerlésük a bronchusok tágulásához, kikapcsolásuk — vagustúlsúly révén — bronchus-constrictióhoz vezet, ami együtt jár fokozott reakciókészséggel a histamin és allergének iránt. A szerzők feltevése az volt, hogy olyan β-receptor blokkolók, amelyeknek jelentékeny sympathicomimetikus hatáskomponensük van, mint az alprenolol (Aptin) és a 4-(2-hydroxy-3-isopropylamino-propoxy) indol (LB 46), nem okoznak jelentékeny bronchospasmust. Ezen feltevés alapján 15 egészséges és 34 obstruktív ventilatiós zavarban szenvedő betegen vizsgálták az intravénásan adott propranolol (Dociton), Aptin és LB 46 aequivalens dózisainak hatását a pulzusra, vitalcapacitásra (VC), max. kilégzési másodpercvolumenre (FEV_1) és viscosus légzési munkára (W visc.). A 15 egészséges egyén ötös csoportjai kapták a három gyógyszer egyikét, a 34 beteg közül pedig 10—10 kapott Docitont, ill. Aptint, 14 pedig LB 46-ot.

Meghatározták az alapértékeket, majd 2 perccel az injectio beadása után kontroll méréseket végeztek, ezután 5%-os Alupent oldat inhalatióját következett, 10—15 perccel ezután pedig újabb kontrollok következtek. Asthma bronchiales betegeknek — ismerve az életveszélyes és halálos respiratorikus komplikációk irodalmi közléseit — propranololt nem adtak. Ezeknél a vizsgálatokat Aptinnal, illetve LB 46-tal végezték (2—2 eset).

Egészségeseken mindhárom praeparátum adása után significansan csökkent a pulzus szaporasága, azonban légzési panaszokat nem okozott, a légzésfunkcióban pedig legfeljebb lényegtelen változások következtek be.

Az obstr. bronchitises betegeknél ugyancsak significansan csökkent a pulzus szaporasága, és — függetlenül a ventilatiós zavar súlyossági fokától — szignifikánsan csökkent a VC (10,5—18%), az FEV_1 (10,2—24,4%), a W. visc. pedig fokozódott (15,8—71,6%).

Megjegyzendő, hogy a bronchialis áramlási ellenállást reprezentáló visc. légzési munka csak Docitonra emelkedett szignifikánsan, míg Aptin és LB 46 nem vezetett szignifikáns fokozódáshoz. A chron. bronchitises betegek közül Aptinra 2 betegen, LB 46-ra pedig 1 betegen jelentékenyebben fokozódott a visc. légzési munka, mint a csoport többi tagján. Ezek a betegek a spasticus bronchitis klinikai diagnózisa alatt szerepeltek és alapos utánvizsgálatuk azt a tanulságot szolgáltatta, hogy a bronchitis és asthma bronchiale között nagyon szigorú differenciálás szükséges.

A 4 asthmás beteg közül hárman súlyos, ill. életveszélyes állapotba kerültek: 2 beteg Aptin után, 1 beteg LB 46 után. Annak vizsgálatára, hogy a β-receptorok blokádjára bekövetkező bronchialis reactio függ-e a ventilatiós zavar súlyosságától, 10—10 beteget hasonlítottak össze, akiknek enyhe, ill. súlyosabb fokú bronchialis obstructiója volt.

A reactio a VC és FEV_1 csökkenése tekintetében mindkét csoportban azonos volt, a visc. légzési munka fokozódása azonban lényegesen nagyobb volt az enyhébb csoportban.

Vizsgálataik alapján a következő megállapításokat teszik:

1. Szubjektív jó közérzet és normális, vagy megközelítőleg normális légzésfunkciós értékek nem zárják ki súlyos bronchospasmus fellépését;

2. ez a reactio már a legkisebb adagokra is felléphet;

3. sympathicomimetikus hatáskomponenssel bíró β-receptor-blokkolók is előidézhetnek bronchospasmust. Ezért ezeknek adása asthma bronchialeban, már annak gyanúja esetén is, abszolút kontraindikált.

Kretter Rudolf dr.

Reversibilis obstructiv légzési zavaroknál intra-venásan adott Fenspéride hatása a légzési mechanizmusra. P. Galy, és mtsai. La rev. Lyonnaise de medicine. 1970, *19*, 395—398.

A Servier laboratórium (Orleans) által gyártott Viarespan készítményt 21 betegen alkalmazták iv. injekcióban és ennek eredményeiről számolnak be.

A gyógyszer hatásának megállapítására a Fenyves és Gut által gyártott Pulmorex műszert használták, amely három parameterben méri az elért eredményt. A nyomás, a légzésvolumen és a légzéssebesség adatait hasonlítják össze. Beteganyagukban 6 asthma bronchiale volt, amelyeknél nem lehetett tisztázni, hogy infectiosus, allergiás vagy psychikus tényezők voltak-e a dominánsak. A Viarespant iv. adták és az eredményeket 10—20—30 perc múlva mérték. Egyik esetükben az iv. injekciót 10 perc múlva megismételték. További 2 esetben 4 ampulla gyógyszert adtak lassú iv. infusióban. Az injekció után nem jelentkezett tensióesés vagy egyéb vasodilatatiós panasz.

Eseteikben főleg a gyógyszer infusiója után, klinikailag és a felvett diagrammokon az obstructiv dyspnoe javulása volt észlelhető.

(Ref.: A Viarespan injekció kereskedelmi forgalomban még nincsen, tablettában már kapható. Nem tartalmaz sem corticoidot, sem theophyllint, sem sympathomimetikus anyagot. 40 mg Fenspéride, kémiailag chlorhydrat de phénethyl 8 oxy-1 diazo-3 spiro-decanone van benne. Az injekcióban levő hatóanyag mennyisége a cikkben nem szerepel.)

Szántó Endre dr.

Új utak a digoxinnal. Szerk. közl. The Lancet. 1970, *I*, 455.

A digitalis therapia nehézségei — 200 éves gyakorlat után is — a mellékhatások nagy számában (20% körül) és a therapiás hatás megítélésének bizonytalanságában rejlenek. Utóbbit a diureticumok egyidejű alkalmazásának hatása, valamint a szívbetegség saját tünetei komplikálják.

Ha feltesszük, hogy a serum digitális szintje arányos az izomhoz kötött drog mennyiségével, akkor előbbi meghatározása igen hasznos lehet. A digitálisszint serumban való meghatározására több módszert javasoltak. Ilyenek: 1. a vvt.-ek Rb iont felvevő képességének befolyásolása a kérdéses serummal (a digitális ugyanis gátolja az ionvándorlást a sejtmembránon át). Ehhez a serumból ki kell vonni a digoxint és ennek hatását összehasonlítani egy bizonyos standard digoxin mennyiség hatásával. E módszer szerint a therapiás szint 0,8—4,5 nanogramm/ml. Digitális intoxicatio esetén 4,6-tól 8,0 ng/ml feletti értékeket találtak. 2. Radioimmun módszer. Patkányt digoxin/marha-serumalbumin komplexszel immunizálnak. Az antitèst a tritiummal jelzett digoxint megköti. A vizsgált egyén serumát összehozva tritiummal jelzett digoxinnal és digoxin ellenes antitesttel, a jelzett digoxin kötődése a serumban levő nem jelzett digoxin mennyiségétől függ. A meg nem kötött digoxint szénre adsorbeálják és a kötöttet scintillatióval meghatározzák. E módszerrel a therapiás szint 0,8—2,4 ng/ml, digitális intoxicatióban a serum szint 2,1 és 8,7 ng/ml között mozgott. A Rb módszer tehát érzékenyebb, de lehet, hogy a digoxin lebomlási termékei is gátolják az ionáramlást. 3. Egy másik módszer a K—Na-mal aktivált ATP-ase szívglykosi-

dák általi gátlását használja fel, valamint a jelzett és nem jelzett digoxin competitióját az ATP-ase kötődési helyeiért. 4. Ezeket a zseniális eljárásokat a jövőben a tömegspektrometria talán mégis ki fogja szorítani. A plasma digoxin szint ismerete óriási segítség lesz a digitális hatás és toxicitás megítélésében.

Egy másik új út a digoxin ellenes antitestek felhasználása a digitalis intoxicatio kezelésében. Az antitestek a keringő digoxint kötik meg, de a szövetek által még felvett digitálist is képesek leválasztani. Immunizálással sikerül a kísérleti állatot letális digoxin anyaggal szemben megvédeni, de ami még fontosabb, kutyán a már kialakult digitális intoxicatiós tüneteket — arrhythmia, gastrointestinális tünetek — is sikerült megszüntetni. Kontroll serumot használva az állatok elpusztultak. Ez a kilátás rendkívül lelkesítő, különösen, mert az egyszerű digitális mellékhatások leküzdésére is alkalmasnak látszik.

Földváry Gyula dr.

Pitvarfibrillatiós betegek plazmájának digoxin-koncentrációja. D. A. Chamberlain és mtsai (St. Bartholomew's Hosp., London): Brit. Med. J. 1970, *3*, 429—432.

Ma sem könnyű megállapítani a szívglycosidák — így a digoxin — optimális adagját. A plazma digoxin koncentrációjának radioimmunológiai meghatározása viszont (T. W. Smith és mtsai, New Engl. J. Med. 1969, *281*, 1212.) lehetőséget nyújt az összehasonlító vizsgálatok elvégzésére. A három csoportra osztott betegek plazmájában a következő digoxinkoncentrációkat mérték: 1. 116 különböző (túlnyomórészt rheumás eredetű) szívbetegségben fellépő pitvarfibrillatio miatt tartós orális digoxin kezelésben részesített fekvő- és járóbeteg: 0,25 ng/ml—3,2 ng/ml (átlagosan $1,4 \pm 0,7$ ng/ml); 2. a digoxin mérgezés EKG jeleit mutató 22 beteg: $3,1 \pm 1,1$ ng/ml; 3. 50 nem digitalizált kontroll személy: ∅.

A 60—85, ill. 85 feletti kamrai ritmusú betegek plazmája $1,6 \pm 0,7$, ill. $1,2 \pm 0,7$ ng/ml digoxint tartalmazott. A nem szignifikáns különbség azt bizonyítja, hogy a kamraműködés frekvenciája nem mindig tekinthető az aktuális digoxinszint mértékének.

A jó veseműködésű betegek napi digoxinadagja és plasmaszintje arányosnak bizonyult: 0,125 mg/nap esetén $0,5 \pm 0,2$ ng/ml, 0,675—0,75 mg/nap esetében $2,1 \pm 0,6$ ng/ml. A 32—59 és a 60—84 éves betegeken az átlagos digoxinkoncentráció egyaránt 1,5 ng/ml volt. Ezt a szintet azonban a fiatalabb csoportban napi 0,42 mg, az idősebbek esetében pedig 0,32 digoxin tartotta fenn.

A digoxin terápiás és toxikus koncentrációtartománya tehát átfedést mutat. A napi adagon, az életkoron, a felszívódáson és a kiválasztáson kívül jelentős szerepet játszik a betegek egyéni érzékenysége is. A szerzők rutinszerű klinikai munkában még nem alkalmazható módszere elősegítheti a nehezen beállítható betegek optimális dózisának meghatározását és a gyógyszer szempontból homályos anamnézisű betegek digitalizáltságának tisztázását. *Bálint Tamás dr.*

A glukagon cardiotonicus hatása. Robert, M., Humair, L. (Clinique médicale thérapeutique et Clinique médicale universitaire, Hôpital cantonal, CH-1211, Genève, 4.): Schw. med. Wschr. 1970, *100*, 1345—1352.

31 betegen vizsgálták a glukagon cardiotonicus hatását, 18 beteg cardiogen shockban volt, 13 súlyos szívelégtelenségben szenvedett. Az alapbetegségek között zömmel myocardialis infarctus szerepelt. A glukagon kezdeti adagja 5 mg volt. A fenntartó dosist: 2 mg/óra, folyamatos infusióban alkalmazták **½—6 napon** keresztül. A 18 cardiogen shockos beteg közül 14 a kezelés során gyorsan és jelentősen javult, 4 betegen azonban a szer hatástalannak bizonyult. A 13 heveny balszívfél elégtelenségben szenvedő betegen a hatás nagyon kedvező volt: a verőtérfogat emelkedett, a diuresis megindult, az artériás vérnyomás emelkedett, a dyspnoe, tüdőpangás és centrális vénás nyomás csökkent. A klinikai javulás a szer iv. adását követően 10—30 perccel manifesztálódott. 15 esetben észlelték a fennálló rhythmuszavar: kamrai ES-k, complett AV block, supraventricularis tachycardia megszűnését, ill. javulását. Az antiarrhythmiás effectus véleményük szerint a szer pozitív inotrop hatásához kötött. A frequentia a glukagon pozitív chronotrop hatása ellenére csökkent, amit a haemodynamikai viszonyok javulásával magyaráznak. Mellékhatásként nauseát és hányást észleltek.

A glukagon előnyének tartják, hogy pozitív inotrop tulajdonsága ellenére sem fokozza a szívizom excitabilitását és a kamrai automáciát, továbbá, hogy digitalizált betegen, sőt az adrenerg β-receptorok blockolása esetén is kifejti hatását. Nézetük szerint a glukagontherapia legfőbb javallatát a rhythmuszavarral járó és digitalisszal nem rendezhető acut balszívfél-decompensatio és a β-blockolók okozta szívelégtelenség képezi.

Brenner Ferenc dr.

Corticosteroidokkal kapcsolatos differenciáltherápiás problémák. Grenzman M. és mtsai (Radiologische und Medizinische Klinik der Universität, Bonn): Die Medizinische Welt. 1970, *40*, 1746—1748.

A corticosteroidok alkalmazási területe igen kiterjedt. A modernebb készítmények hatékonysága fokozódott, a súlyos komplikációk száma azonban kismértékben csökkent. A szerzők a ma használatos készítményeket indikációs javaslataik alapján ismertetik.

A *prednison* és *prednisolon* készítményeknek legerősebb a mineralocorticoid hatása, diabetogenek és ulcerálnak. A *triamcinolon* legjobban gátolja a hypophysis ACTH-kiválasztását. Csekély a mineralocorticoid hatása, de a diabetogen kifejezett. Legjobban hat a hypophysisre a *dexamethason*, a Caphosphat kiválasztást is fokozza. A *methylprednisolon* diabetogen hatása azonos a prednisolonéval, mineralocorticoid hatása azonban kisebb. A *fluocortolon*nak nincs ulcerogen hatása, diabetogen hatása a prednisolonéval azonos, de mineralocorticoid hatása kisebb. Legkevésbé gátolja a hypophysist. Azonos hatás kifejtéséhez az egyes készítmények különböző mennyisége szükséges. 1 mg dexamethasonnak megfelel: 7 mg prednisolon, 4,5 mg triamcinolon, 5 mg methylprednison, 10 mg methylprednisolon, 7 mg fluocortolon.

Alkalmazásuk komoly megfontolást igényel. A lehetőségek birtokában gondosan kell kiválasztani az alkalmazandó készítményt. *Akut esetben:* shock, Quincke oedema, generalizált maculo-papulosus exanthemák, asthma esetében gyors és intenzív hatást kívánunk elérni, ezért ilyenkor *dexamethasont* kell adni. Intravénásan percek alatt hat, per os is gyorsan resorbeálódik. Javulás esetén, ha még meghatározott ideig steroid adása szükséges jó gyulladáscsökkentő hatása miatt a *triamcinolon* javasolt. *Hosszú ideig tartó* kezelésnél *prednisolont* vagy *methylprednisolont* célszerű adni, mivel kevésbé gátolják a hypophysis működését. *Chr. gyulladás, autoimmunfolyamatok* esetében legjobb a *fluocortolon*, legkevésbé hat a hypophysisre.

Hamar Matild dr.

A Cephalexin pharmakokinetikája felnőtteken és gyermekkorban. Simon C. és mtsai (Univ. Kinderklinik, Kiel): Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 2103—2108.

A Cephalexin (C.) nevű széles spektrumú antibiotikum hatása hasonló a Cephalothinhez és Cephaloridinhez, bár az in vitro hatása kisebb. Gram positiv kórokozókra már 6 μg/ml concentratióban hatásos, míg Gram negatívakra csak 25—100 μg/ml. Resistensek azonban a Klebsiellák és proteus törzsek, és részben az E. coli.

Felnőtteknek napi 1—8 g közötti adagokat javasolnak. Gyermekkorban, különösen kora- és újszülöttekben az antibiotikumok pharmakokinetikája különbözik a felnőttekétől. Szerzők ezért végezték kísérleteiket.

Felnőtteknél a serum C. szintje a dosistól függően emelkedett. Egyszeri 1 g, 0,5 g és 0,25 g-os adag esetén a vérszint rendre 24,7; 15,7 és 9,1 μg/ml volt. A kritikus 10 μg/ml vérkoncentráció 1 g-os adag esetén 3½ óra múlva jelent meg. A vizeletben az adagtól függetlenül 80—90%-ban találták meg a C.-t. Az epével kiválasztott C. enterális resorptiója nem volt megállapítható.

Gyermekekben a C.-felszívódás csaknem teljes, míg csecsemőkben és újszülöttekben, valamint koraszülöttekben valamivel rosszabb. Gyermekekben a maximális serumszint 1½—2 óra múlva érhető el, míg *koraszülöttekben csak 4 óra múlva.* C. 12 mg/kg, 25 mg/kg és 50 mg/kg adagja után a serumszint 10—15 μg/ml (csecsemőknél 34 μg/ml) volt.

A kritikus vérszint idősebb gyermekeknél 50 mg/kg-os adag esetén 5 óra, csecsemőknél 4½ óra múlva érhető el. Kisebb egyszeri adag esetén ez az idő 2, ill. 3 óra volt. A C. felezési ideje kora- és újszülöttekben három- vagy négyszerese volt a többi csoportban észlelt 1—1½ óránák.

A vizsgálatok szerint a C.-t felnőtteknek legjobb napi 4 g-os, gyermekeknek 200 mg/kg adagban 6 óránként adagolni. Kora- és újszülötteknek elegendő napi 100 mg/kg (ugyancsak 4 részletben). Ezek az adagok a vérszintet (legalább 4 órán át) 10 μg/ml felett biztosítják. Ha ennél magasabb vérszintre van szükség, úgy a parenterális Cephalosporint, Cephalothint érdemes adni.

Korányi György dr.

A resuscitatio kérdései

Az újraélesztés problémái. Egy súlyponti kórház tapasztalataiból. Gillmann, H. (Medizinische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Ludwigshafen a. Rh.): Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 437—441.

Szerző elvi és gyakorlati vonatkozásban veti fel azt a problémát, hogy milyen esetekben kell az újraélesztéshez hozzáfogni és mikortól kezdve mondhatjuk, hogy bár technikailag megvolna ugyan a lehetőség rá, de nem vezethet emberi életnek nevezhető működések helyreállításához.

Az újraélesztési eljárások javallata vitathatatlan, ha egyébként életképes szervezetben, annak általános állapotát tekintve váratlanul (áramütés, vérveszteség, anoxia, toxicus, vagy gyulladásos ok miatt) áll meg a vérkeringés.

Az újraélesztés elhatározása annál problematikusabb, mennél inkább progrediáló, irreparabilis betegség végállapotának, vagy physiológiás öregségi halálnak a kifejezője a keringésmegállás. Ha a légzés és vérkeringés rövid időre helyreállítható is, ez valójában klinikai értelemben vett halotton történik, de legjobb esetben is az élet visszadása a halálos betegség visszaadását eredményezi. A betegek „saját halálukhoz" való joga szembekerül a modern orvostudomány maximális életmeghosszabbító törekvéseivel.

Gyakorlati vonatkozásban az újraélesztés hatásossága a halál beálltának helyétől és idejétől függ. A szerző kórházában 1 év alatt 4133 beteget kezelt, köztük 322 friss szívinfarctust és 222 életveszélyes mérgezést. 61 beteg a beszállítás közben meghalt, de a halál pontos ideje ismeretlen volt. 1077 beteget az intenzív osztályon kezeltek.

Az egész kórházban 479 beteg halt meg: 269 férfi, 210 nő, 113-an az intenzív, 366-an az általános osztályokon. Túlnyomórészt típusos öregségi halálról volt szó, amelynek aránya egyre növekszik, beszűkítve az újraélesztésre alkalmas betegek körét.

A felvételi osztályon a resuscitatiót MAX-készülék könnyíti meg (mechanikus külső szívmasszázsra, endotracheális lélegeztetésre, defibrillatióra, szívingerlésre, infusióra használható). Egy év alatt 86 esetben alkalmazták, az útközben vagy felvételkor elhaltakon, a kedvezőtlen feltételek miatt mindösszesze háromszor sikerrel. A készülék fáradhatatlansága felveti a kérdést, mikortól mondhatjuk, hogy már halottat lélegeztetünk és circuláltatunk.

Az intenzív osztályon vannak a késedelem nélküli újraélesztésre a legjobb feltételek. A folyamatos elektronikus felügyelet révén haladéktalanul megkezdődnek az ellenrendszabályok (asystoliák automatikus elektrostimulatiója), anélkül, hogy tudnánk, hogy e tényekedések nélkül valóban kialakulna-e oly helyzet, melyben már resuscitatióra volna szükség.

Kamrafibrillatio leküzdése az alapbajon kívül a szív általános állapotától függ. 322 szívinfarctusos betegből 83 halt meg 3 héten belül. Kamrafibrillatio az első 3 és a 8 napon szokott fellépni. 31 esetben végzett defibrillatio 11-szer járt tartós eredménnyel. A halálos esetekben a shockkal kombinált kamrai fibrillatio, vagy az asystolia befolyásolhatatlan volt.

Az intensiv osztályon bekövetkezett 113 halált (10,5%) resuscitatióra alkalmatlan halálos szövődmények okozták.

Az általános osztályok 12%-os halálozása egyrészt physiológiás öregkori halálból (az elhaltak 55%-a 70 évnél idősebb volt), másrészt gyógyíthatatlan betegségek végállapotából, harmadrészt váratlan hirtelen halálból adódott. Utóbbi resuscitatiója 13%-ban volt eredményes. Az állandó felügyelet híján a halál időpontja sokszor bizonytalan volt. Az általános osztályokon tehát több a problematikus, vagyis vitathatóan újraélesztendő eset, mint az intenzív osztályon, részben a beteganyag összetétele, részben a halál és a resuscitatio közötti időeltolódás miatt. 47, kedvező körülmények között megkísérelt resuscitatióból is csak 14 volt átmenetileg és 6 tartósan eredményes.

Incze Ferenc dr.

A külső szívmassage haemodynamikai vizsgálata. Letac, B. és mtsai. (Centre de Réanimation de l'Hôpital Boucicaut, Paris): Presse Med. 1970, *78*, 1735—1738.

A külső szívmasszázzsal (K. Sz. M.) létrehozott vérkeringés minősége kevéssé ismeretes. A megítélés alapját szolgáló klinikai jelek bizonytalanok. A femoralis pulsus nem tájékoztat a valódi véráramlásról, a pupillák állapota pedig csak indirekt úton tükrözi az agyállomány oxygenisatióját.

A szerzők K. Sz. M-al nyert vérkeringés haemodynamikai sajátságainak objektív megállapítására 3 cardiogén és 1 septicus shockos betegen percután bevezetett polyaethylen kathéterrel az aortában uralkodó arteriás, és a jobb pitvarban uralkodó centralis vénás nyomást, valamint festékdilutiós módszerrel a perctérfogatot mérték. Összesen 18 méréscsoportot végeztek, előbb még a spontán keringés mellett, majd az asystoliás keringésmegállást resuscitáló műveletek (K. Sz. M., kézi vagy gépi lélegeztetés intratracheális tubuson át) tartama alatt.

A K. Sz. M. során mért perctérfogatok átlaga 2,5 l/min., ill. 1,44 l/min./m² volt, ami annál inkább kielégítő érték, mert 24%-kal több, mint a keringésmegállás előtt mért spontán perctérfogat-minimumok átlaga. Az orvosok, mint a resuscitatiós team leggyakorlottabb tagjai által produkált értékek viszont a spontán maximumokat is meghaladták.

A perctérfogatot a mellkasi compressiók szaporasága határozta meg döntően, még akkor is, ha a frekvencia percenként 100 fölé emelkedett, de a kívánatos minimális frekvencia legalább 60. Fontos még a compressiók technikája is: azonos frekvencia mellett gyakorlott egyén nagyobb perctérfogatot ért el. Nem lehet tudni, hogy a K. Sz. M.-ban melyik az a mozgáselem, amely leginkább felelős a keringés eredményes létrehozásáért. A sternumot comprimáló fizikai erő nem lehet felelős, mert kiemelkedő perctérfogat értékeket gyenge fizikumú nők is elértek.

Úgy látszik, jogos a „massage" szó: a mellkas compressióját és felengedését rugalmasan és fokozatosan kell végezni, kerülve a durva lökéseket.

A vérnyomásgörbék a jobb és bal szívfélben csaknem azonosak voltak, mivel mind a négy szívüreget ugyanaz a compressio éri. A nyomásgörbéket magas és keskeny csúcsok jellemzik, alacsony diastolés és középnyomás mellett. Az 5

—10 Hgmm-es nyomásgrádiens balról jobbra irányult.

A nyomásértékek és a nyert perctérfogatok között nincs kapcsolat: a vérnyomás sajátságos alakulása és a két szívfél közötti nyomáskülönbség kiegyenlítődése nem akadályozza meg kielégítő perctérfogat létrehozását.

Az alacsony diastolés nyomás kedvezőtlen ugyan a szívizom átáramlására, de a keringésmegállás alatt a szívizom oxygénfogyasztása oly csekély, hogy még alacsony coronaria-átáramlás is elegendőnek látszik.

Fontos szerepet játszik a mellkas rugalmassága, mely a sternumcompressiók szünetében szívóhatást gyakorolva, elősegíti a vénás visszafolyást, de a bordaív épsége mégsem nélkülözhetetlen a kellő perctérfogat eléréséhez (2 betegüknek több bordája eltört).

A K. Sz. M. hatásosságát, melyet az eredményes resuscitatiók a gyakorlatban bizonyítanak, a közlemény quantitatív adatokkal támasztja alá.

Incze Ferenc dr.

Decerebrált állapot gyógyulása. S. J. Brendler, B. Selverstone (Tufts University, Neurosurgery, Boston): Brain, 1970, *93*, 381—392.

A tág, fixált pupillákkal és decerebratiós rigiditással társuló cómát súlyos, mesencephalis functiozavarnak tulajdonítják, melynek prognosisát kilátástalannak tartják. Hasonló esetek gyógyulásáról ritkán számol be a szakirodalom. Érdeklődésre tarthat tehát számot a szerzők 16 rendeződött esetének elemzése, ahol a tünetegyüttesért 9 esetben supratentorialis térszűkítő folyamat, 7 esetben localis vagy regionalis ischaemia volt felelős.

A 16 beteg mindegyike cómás volt, közülük 15-nél jelentkeztek decerebratiós jelenségek, ugyancsak 15-nél egy vagy mindkét oldali pupillamerevség. A betegek mindegyikének volt spontán légzése.

7 esetben a térszűkítés okának megszüntetése azonnali javuláshoz vezetett, több betegen a mesencephalis herniatio megoldására, ill. megőrzésére tentorium incisiót végeztek. Ha a decompressio 7 órán belül megtörtént, a műtéttől a tudat visszatéréséig eltelt idő átlagosan 4 nap volt; 7 órán túl elvégzett decompressio esetén átlagosan 9 napra volt szükség a tudat rendeződéséhez.

Minthogy egyes intézetekben a bevezetőben leírt tünetegyüttes kialakulása esetén szóba kerülhet a beteg potenciális szervdonorként való nyilvántartása, a szerzők fenti tapasztalataikat állítják annak bizonyítékául, hogy a tág, fénymerev pupillákkal és decerebratiós rigiditással társuló cómából lehetséges rendeződés. Különösen lehetséges rendeződés akkor, ha a cornealis reflex, egy vagy több mélyreflex megtartott és az arteriás vérnyomás nem alacsony.

Tass Gyula dr.

(Szerk. megj.: A tanulmány címének megválasztása jelzi, hogy a szerzők a decerebratiós jelenségek prognosztikai értékét kívánták lemérni, amelyeket önmagukban ez ideig sem tartottak feltétlenül a cerebralis halál, vagy a feltétlen irreversibilitás jelének.)

Kórélettan

A tojáshéj therapia Ca-hiányos állapotokban. Knöfler, E. W. (Orthopädische Universitätsklinik Leipzig, NDK): Beiträge zur Orthopädie und Traumatologie. 1969, *16*, 78—87.

A szerző fehér hímpatkányokon végezte kísérleteit. Az állatokat rachitogén étrenden tartották, és több csoportra felosztva a rachitogén alapdiétát különféle testanyagokkal kiegészítve vizsgálták azok antirachitogén hatását. Következtetések: a normál állatokkal szemben minden csoport súlygyarapodása visszamarad. Significansan jobb a súlygyarapodás régi tojáshéjetetés mellett minden más testanyaggal szemben. A csontok mineralisatiója Ca-meghatározás alapján: Osspulvit adagolás mellett jobb mint friss tojáshéj etetésekor. Normál étrend és Calcipot etetésekor ugyancsak jobb a mineralisatio a rachitises csoporténál. Régi és friss tojáshéj, tojáspor (LAW) etetésekor a csontok Ca-tartalma significansan magasabb, mint a rachitises állatoké. Az EDTA hatását 3 szériában próbálta ki. Adagolása mellett az állatok hamar megbetegedtek, hasmenést kaptak, súlyuk csökkent, a csontrendszer demineralisálódott, súlyosabb rachitis fejlődött ki, mint csak rachitises koszton tartott állatoknál.

A tojáshéj adását kiegészítésként emberen is alkalmazta Ca-hiány esetén. Nagyon jónak tartja, mert a Ca relatíve könnyen resorbeálódó formában van jelen.

Vizsgálatai alapján megállapítja, hogy a tojáshéjetetéssel antirachitikus hatás mutatható ki röntgen- és histológiailag, valamint a Ca és phosphor meghatározása alapján, bár a *Krompecher* által közölt kedvező hatást nem észlelte.

Tarjányi József dr.

Dohány és egészség. Brass, A. JAMA. 1970, *213*, 1879.

A nikotin és a dohányfüst egyéb alkatrészeinek emberi és állati szövetekre való hatásának kérdéseivel foglalkozott az Amerikai Orvosegyesület 1970 májusában megtartott konferenciája. Az ezen elhangzott 70 előadás legfontosabb eredményei a következők.

Nikotin kutyák és majmok gyomor-béltraktusának körkörös és hosszanti izmainak kontrakcióját gátolja. Intravénásan adott nagy adag nikotin patkányok gyomrának sósavelválasztását megszünteti és a gyomor hisztamintartalmát erősen növeli.

A nikotin metabolizálása főként a májban történik. Krónikus nikotinadagolás erősen csökkenti a koleszterin turnovert, hatása tehát megfelel egy koleszterinben gazdag étrendnek. Koleszterin, D-vitamin és nikotin együttes adagolása nyulakon súlyos generalizált fibroatheromás, elmeszesedő artériaelváltozásokat okoz, szövődve az izmokat ellátó kis artériák thromboarthritiszével.

Iv. beadott nikotin hatására kutyák EKG-ján ventrikuláris tachykardia és atrioventrikuláris blokk volt megfigyelhető. 3 cigaretta füstje 5 perc alatt 90 perc időtartamára lecsökkentette a ventrikuláris fibrilláció küszöbértékét. Hasonló kísérletben a s. coronariusból vett vér alvadási ideje csökkent. Coronáriaelváltozásban szenvedő beteg dohányzás után anginát kapott olyan mértékű testgyakorlástól, amelyet dohányzás nélkül tünetmentesen elbírt.

Dohányzásra nézve diszkordáns ikreken végzett vizsgálatok szerint a dohányosok mortalitása magasabb a nemdohányzókénál, aminek oka főként a cerebrovaszkuláris betegségek nagyobb száma a dohányzók csoportjában. Dohányosok EEG-je hatórás dohánymegvonás után az enyhe szedációnak megfelelő képet mutatta. A megvonás után elszívott cigaretta 10 perc múlva újra az éber állapot EEG-képét hozta létre. Nikotinmegvonás bradykardiát okoz, ennek alapján a szerzők úgy gondolják, hogy nikotinelvonás közben a nikotin amfetaminnal pótolható.

Nikotin patkányokon és egereken serkentette a tanulási képességet, ugyanakkor csökkentette az új helyzetekhez való alkalmazkodás készségét. Majmokon a tanulásnak nikotin által elérhető serkentése nem volt bizonyítható.

Majmokon kimutatható volt, hogy a fötusznak nikotinhatás következtében létrejött oxigénellátási zavarai az anya kardiovaszkuláris rendszere károsodásának a következménye.

A cigarettafüst csökkenti a bronchus-hám csillószőreinek mozgását, aminek következtében a belégzett partikuláknak a bronchusból való eltávolítása akadályozott. Krónikus légzőszervi betegségben szenvedők γ-globulinjainak vizsgálata arra utal, hogy az ilyen betegek immuntevékenysége megváltozott; ez már igen korán fokozza a belégzett levegő szennyezésével — így cigarettafüsttel — szemben fennálló érzékenységet.

Emberi limfocita-tenyészetek transzformációját cigarettafüst késlelteti; cigaretta-allergiás egyé-

nek limfocitái tenyészetben is hiperszenzitivitást tanúsítanak cigarettafüsttel szemben.

Dohányosok szervezetéből a szénmonoxid lassabban ürül ki, mint nemdohányosokéból.

Székács István dr.

EKG hullámformák és az idegrendszer. J. A. Abildskov: Circulation. 1970, *41*, 371—372.

A szerkesztőségi cikk nagyobb irodalmi anyag áttekintése alapján az idegrendszeri eredetű extracardiális EKG eltérésekkel foglalkozik. Legjellemzőbbnek a magas T, a prominens U hullámot, a Q—T és Q—U intervallum megnyúlást tartja. Ezen elváltozásokat részben I. direkt autonom idegrendszeri hatásnak, részben II. structuralis cardiális elváltozásnak tulajdonítja.

Kutyakísérletekben a gl. stellátum szintjén létrehozott sympathicus tónus változtatásra idegrendszeri sérültek EKG-ján észlelhető hullámváltozásokat lehet előidézni. A sympathicus tónusváltozások megváltoztatják a kamrai repolarisatiós időt, s az EKG-elváltozások kamrai repolarisatio functiováltozásával magyarázhatók.

Emberi anyagon vizsgálva: subarachnoideális vérzés esetén gyakran találnak subendocardiális bevérzéseket. 160 apoplexiás beteg között 13 esetben találtak szívinfarctust, melyet a cerebralis laesio következményének tartottak.

Állatkísérletben: kísérletesen létrehozott intracranialis vérzés esetén egereken myocardialis morphologiai elváltozásokat lehet létrehozni. Macskán chronikus centrencephalon izgatás, apró, szétszórt subendocardialis myocardium laesiót okoz.

A neurogen EKG elváltozásokat mind functionalis tényező (a kamrai repolarisatiós idő megnyúlása), mind cardialis laesiók, valamint e kettő kombinálódása okozhatja.

Varga I. János dr.

A nyirokerek pathophysiologiája. Kaindl, F.: Langenbecks Archiv für Chirurgie 1969, *325*, 73—80.

A capillarisok arteriás szárából egészséges egyéneken ultrafiltratio révén naponta 20 liter plasma folyadék távozik el számos életfontos anyaggal együtt. Ebből a mennyiségből 16—18 liter a capillarisok venás szárába szívódik vissza és a maradék 2—4 liter plasma folyadék a kilépett fehérje molekula nagy részével s nekrobiotikus anyagcseretermékekkel a nyirokrendszerbe transplantálódik. Az egész mechanismus a Starling szabálynak megfelelően zajlik le, amelynek zavara esetén oedema keletkezik. Ennek kialakulásában szerepet játszik a nyirokerek interendothelialis zonuláinak, valamint a basalis membrannak hiánya. A lymphoedema kialakulásában mechanikus és dinamikus elégtelenség játszhat közre.

Mechanikus elégtelenség: („low lymph flow failure"). A kötőszövet fibrosisa, sklerosisa figyelhető meg és ennek következtében a nyirokképződés zavart. A capillaris ultrafiltratum stagnál és nem tud a nyirokkapillárisokba bejutni. A kialakuló fehérje tartalma 1—5 g/100 ml.

Dinamikus elégtelenség: („high lymph flow failure"). Létrejöttét a nyirokér rendszer kapacitása határozza meg. A kialakuló oedema fehérje tartalma 1,0 g/100 ml. Az oedema kialakulásában különleges biztosító szerepük van a nyirokcsomóknak, mivel a rajtuk áthaladó nyirkot a nyirok, ill. vérpályába képesek elosztani.

A lymphoedemák differentiálására a következő methodikák használatosak: I. Lymphographia. E technikával áramlási-dinamikai viszonyoktól függő lymphoedemák ismerhetők fel. A lymphangiopathia következtében kialakuló oedemától különbözik a primer lymphoedemák csoportja, amelynek az aetiologiája még nincs teljesen felderítve és a vasographiás technikával egyedül ez nem valósítható meg. II. *Szövettani vizsgálat.* A fennálló lymphoedema közelebbi meghatározására szolgál. Lymphangitis és perilymphangitis könnyen felismerhető, sokkal nehezebb a diagnosis az *obliteráló lymphangiopathiák* esetében.

E nyirokér megbetegedés 4 különböző typusát tudták megkülönböztetni s nem látszik lehetetlennek, hogy időbelileg körülírt kórfolyamatokról van szó, amelyek vagy folyamatosan átmehetnek egymásba, vagy véglegesnek mutatkozhatnak:

1. *Endolymphangitis proliferans:* a kis nyirokereket érinti a folyamat és az endothel sejtek proliferatiójáról van szó.

2. *Thrombangitis productiva.* A lument nyirokthrombus zárja el, amelyet a beburjánzó érkapillarisok járnak át és recanalisalódhat a lumen. A thrombus kötőszövetesen szervülhet is. Mindkét kórkép a 3. *Lymphangiopathia fibrosa*-ba torkollhat. Itt az egész nyirokér kötőszövetes köteg formájában jelenik meg.

4. *Lymphangiopathia obliterans:* degenerativ elváltozásról van szó, amelyet a szerző 8 évvel korábban különálló kórképként írt le. Csaknem kizárólag a 2—4. évtizedben levő nőkön jelentkezik kezdetben aszimmetrikus, később kétoldalra a térdig feltehető oedema formájában. Megfelel klinikailag a *Kinmonth* által lymphoedema praecox-nak nevezett kórképnek. Szöveti jellemzői: az érfal magszegény és homogenisált, az intima duzzanata miatt a lumen szűk. III. Radioaktiv anyagok használata. Elsősorban a mély nyirokerek állapotára kaphatunk felvilágosítást ^{198}Au isotop subcutan vagy i. m. adása után. IV. Histokémiai vizsgálat. Remélhető, hogy e módszer segítségével mélyebb betekintést kaphatunk az obliteráló érfolyamatok aetiológiájába. E kóráállapotokban a szerző kisebb ATP-ase és DPNH aktivitást talált. PAS festéssel ugyancsak kevesebb glycogen-t tudott kimutatni a lymphangiopathiás érfalban. Az alacsony, histokémiailag kimutatható enzimaktivitás oka valószínűleg az érfal degeneratív folyamataiban rejlik.

Schneider Imre dr.

Negatív gyorsulás hatása éber kutyák vesekeringésére. Chimoskey, J. E. (Aerospace Medical Research Department, Naval Air Development Center, Johnsville, Warmister, Pennsylvania, USA): Aerospace Medicine. 1970, *41*, 633—637.

Éber, trenírozott kutyákat centrifugában úgy helyezték el, hogy pofájuk a centrifuga tengelyétől kifelé fordult. Testhelyzetük normális volt, feküdtek, lábukat maguk alá húzták. Krónikusan beépített katéterekkel a centrifugálás alatt folyamatosan mérték az aortában és a v. cavában a vérnyomást és a vese-arteriákon a véráramlást.

Különböző kísérletekben —1, —2 és —3 g-t alkalmaztak, melyet fél percig tartottak fenn. A negatív g-k hatására az aorta-v. cava nyomás különbsége alig változott. A vese véráramlása átmenetileg csökkent, azonban még a centrifugálás ideje alatt emelkedni kezdett. A csökkenés maximuma a neg. g fokával arányos volt. —3 g-nél a kontroll érték felét sem érte el, —1 g alatt alig csökkent 20%-ot és a centrifugálás vége felé megközelítette a kontroll szintet. A veseerek keringési ellenállást a centrifugálás fokozta, és minthogy a perfúziós nyomás alig változott, az eltérések mértéke és időbeli lefolyása az áramlási változásokkal párhuzamos volt.

Végeredményben — úgy látszik —, hogy negatív g a vesekeringést csak rövid időre befolyásolja és még a negatív g alkalmazása alatt megközelítően rendeződhet.

Takács Lajos dr.

A vese ér-permeabilitási faktorának azonosítása. Cuthbert, M. F., Peart, W. S. (Medical Unit., London Hosp., London and Medical Unit, St. Mary's Hosp., London): Clinical Science 1970, *38*, 309—325.

Vese-kivonat nephrectomizált patkányokon többek között oedemát és necrotizáló ér-laesiókat hoz létre. Hasonló elváltozások figyelhetők meg malignus hypertoniában is.

Kísérleteikben azt kívánták eldönteni, hogy a permeabilitasi faktor reninnel azonos-e? E célból különböző fokban tisztított patkány vese-kéreg kivonatok permeabilitasi faktor és renin tartalmát hasonlították össze. A permeabilitasi fak-

tort a venás haematokrit emelkedésével, a renin aktivitást vérnyomás emelő hatása révén ellenőrizték, illetve anti-reninnel távolították el a kivonatokból. Az öt lépésből álló tisztítási eljárás során a renin és a permeabilitasi faktor aktivitás emelkedése párhuzamosan haladt. Feltehető tehát, hogy a permeabilitási faktor tulajdonképpen renin. Továbbiakban megállapították, hogy a permeabilitas fokozódása a vérnyomás emelkedés fokával és tartamával arányos. Angiotensin II. infusio azonban hasonló vérnyomás emelkedés esetén sem okoz hasonló mérvű permeabilitas fokozódást, ami arra vall, hogy a permeabilitas fokozásában a reninnek a vérnyomás emelésén kívül valamilyen más tulajdonsága is szerepet játszhat. Érdekes megfigyelésük, hogy a mellékvesék eltávolítása után vesekéreg kivonatok nem fokozzák az ér-permeabilitást.

Takács Lajos dr.

Serologia és immunologia

Lympha-eredetű immunoblastok tárolása a bélfalban. J. G. Hall, M. E. Smith, Nature, 1970, *226*, 262—263.

Szerzők korábbi vizsgálataik során megállapították, hogy a különböző antigének alkalmazása után 3—6 nappal a regionalis nyirokcsomókban nagy számban képződött basophil blast sejtek (immunoblastok) az efferens nyirokutakon keresztül a keringésbe jutnak. Ezek a sejtek nagymennyiségű polyribosomás és kevés endoplasmaticus reticulumot tartalmaznak. E sejtekből plasmasejtek képződnek, melyek fontos szerepet töltenek be a localis, szöveti ellenanyagtermelés folyamatában. Jelen kísérletükben Brucella abortus, BCG, birka vvt antigenekkel történt kezelés után három nappal a kísérleti állatok ductus thoracicusát canülre vették és a nyirkot folyamatosan gyűjtötték. Ezt követően a sejteket részben ^{3}H thymidinnel, részben ^{125}iodo-2 desoxyuridinnel incubálták, majd a recipiens patkányba vitték intravénásan. Az átvitt suspensio sejttartalma 5×10^{8}, melyből immunoblast 10—20%. Különböző idő után az állatokat elvéreztették és zsigereiket formalinban rögzítették. A jelzett sejtek szervezeten belüli eloszlását autoradiographiás módszerrel, a bevitt isotop mennyiségének alakulását Packard modell 3002 Autogamma készülékkel vizsgálták. Megállapították, hogy a sejtek közvetlenül a befecskendezés után a tüdőbe, májba, lépbe jutnak és innen kb. 5 óra múlva átvándorolnak a vékonybél falának lamina propriájába. 8 óra után a bevitt radioaktiv anyag mintegy 40%-a található a bélfalban. Ez egyezik az autoradiographiás (microanatomiai localisatio) vizsgálatok adataival. Mindössze néhány sejt volt látható a bél egyéb nyirokcsomóiban. Szerzők szerint a béltől távoli nyirokcsomóban termelődött immunoblastok végállomása a bélfal, ahol ezek a sejtek plasmoblastokká alakulnak és Ig A-t secernálnak. Ezek az anyagok rendkívüli fontos szerepet töltenek be a bél nyálkahártyájának védelmében.

Karmazsin László dr.

Cyclophosphamiddal és cyclophosphamid-methotrexat kombinációval végzett cytostatikus kezelés hatása a phytohaemagglutinin lymphocyta kultúrára és az immunglobulinokra. E. Lopes Cardozo: Oncology, 1970, *24*, 261—272.

Szerző azt a kérdést kívánta tanulmányozni, hogy a közepes dosisú, tartósan alkalmazott cyclophosphamid egyedül vagy methotrexattal kombinálva milyen hatást fejt ki a cellularis és humoralis védekező-rendszer állapotára. Vizsgálati methodikájának megválasztásánál abból a tényből indul ki, hogy az ún. short living lymphocytes (melyek in vitro nem tenyészthetők) a nyirokcsomók centrum germinativumaiban ellenanyagokat termelő sejtekké (immunocyták, plasmasejtek) alakulnak át, míg az ún. long living lymphocytes (ezek in vitro jól vizsgálhatók) a cellularis immunitás reprezentánsai. Ennek megfelelően részben a quantitativ immunelektrophorezis Fahey és McKelvey által kidolgozott módszerét, valamint a jól ismert egyszerű PHA-lymphocyta culturát alkalmazza. Klinikai vizsgálatok: 33 inoperabilis bronchus cc.-ben szenvedő betegének a kezelési idő első 10 napjában napi 200 mg, majd ezt követően tartósan — a klinikai tünetek javulásáig — 50—150 mg/die cyclophosphamidot adott im., ill. per os. Ezzel párhuzamosan 2,5 mg/die Methotrexat kezelés történt, per os, minden második héten. In vitro vizsgálatok: az általában három napig tenyésztett sejtekhez különböző mennyiségű Cyclophosphamidot, Endoxant, Methotrexatot, Oncovint, 5 FU-t, Imurant, Hydrocortisont és Prednisolont adagolt. Eredmények: a cyclophosphamid egyedül vagy methotrexattal kombinálva az in vitro cellularis aktivitás kifejezett csökkenését eredményezte. A depressio időtartama és az alkalmazott dosis nagysága között összefüggés van, tehát a hatás átmeneti jellegű. Az említett therapia az immunglobulinok concentratióját nem befolyásolta. Kísérleteiből azt a következtetést vonja le, hogy a cytostaticus kezelés alatt fellépő lymphopenia elsősorban a long living lymphocytes csökkenésének a következménye és az intact állapotban maradt short living sejtek működésének következtében a védekező-mechanizmus humoralis componense kellő védelmet tud nyújtani a különböző infekciókkal szemben.

Karmazsin László dr.

Máj- és epeútbetegségek

A persistáló vírushepatitis gyakorisága és lefolyásának formái katonai környezetben. J. Bereni és mtsai: La presse medicale. 1969, 77, 1713—1715.

A szerzők biokémiai és szövettani vizsgálatokat végeztek azoknak a vírushepatitiseknek a körülhatárolására, amelyeknek lefolyása az akut hepatitis és a cirrhosis, ill. a chronicus hepatitis közé helyezhető. A vizsgálatokat legnagyobbrészt dél-franciaországi származású, 18—25 éves katonákon végezték. A kórházi kezelés általában az icterus megjelenésének 1—8. napján kezdődött. Minden leírt eset közönséges fiatal felnőttkori icterusszal járó vírushepatitisként indult. A kezelés tüneti volt, corticosteroidok alkalmazásával szemben a szerzők meglehetősen konzervatívok. Etnikai érdekességként említik a betegek között aránylag nagy számban kimutatott hgb.-anomáliát, a thalassaemiát.

A kórlefolyást mind klinikai, mind laboratóriumi, mind pedig szövettani szempontból figyelemmel kísérték. A klinikai observatio során nem találtak lényeges eltérést a kórkép ismert tüneteitől. A laboratóriumi eredmények közül a serum transaminase értékek változását kísérték figyelemmel, hetenként háromszor vizsgálva, a teljes normalizálódásig. A szövettani folyamatot a felvétel másnapján, a 30. és a 60. napon, szükség szerint később is végzett vak tűbiopsiával követték nyomon. Egy éven túl végzett utánvizsgálatra elenyésző számban került sor. A vizsgált 84 betegből 10 esetben találtak 1 éven túl is kimutatható kóros klinikai és szövettani eltéréseket. A szerzők e 10 eset vizsgálata alapján összeállították az általuk „persistáló hepatitis"-nek nevezett tünetcsoport jellemzőit. Ezek röviden a következők: klinikailag jellemző volt minden esetben a hepato-splenomegalia. Amennyiben hepatocelluláris laesio és insufficientia kezdettől fogva volt, a prolongált formákban sem találtak mást, mint persistáló gyulladásos eltéréseket és transaminase emelkedést — ez utóbbi együtt emelkedett a hepatocelluláris laesio mértékével.

Szövettani szempontból a mesenchyma-laesiók közül a következőket találták jellegzetesnek: a Kupffer-sejtek kifejezett hyperplasiája, a periportális térben a fibroblastok megszaporodása, mely később portális fibrosissá alakul és határozott septumképző hajlamot mutat, histiocytás micronodulusok feltűnése, a centrolobularis vena falának progressiv collagenes megvastagodása. A parenchyma-elváltozások közül kiemelik az eosinophil testek megjelenését, valamint a májsejtek megbetegedésének jeleit (anisocytosis, anisochromia, a sejtmagok tömörülnek, súlyzó alakot öltenek, megduplázódnak, meg-

sokszorozódnak, a magvacskák vacuolizálódnak, steatosis jelenik meg micro- v. macrovacuolás formában, általában mediolobularis elrendeződésben).

A szerzők a vizsgált eseteket csoportosítva leszögezik, hogy a közönséges vírushepatitis nem jóindulatú betegség. A vizsgált 84 esetből 3-ban indult meg cirrhosis kialakulása, viszont csak két beteg volt teljesen gyógyultnak tekinthető a betegség 30. napján. 42 beteg — 50% — nem gyógyult meg az icterus megjelenésétől számított 30 napon belül. Több-kevesebb ideig histológiai laesiók még láthatók voltak, végül 3 hónapon belül gyógyultak. 30 beteg (35%) nem gyógyult 3 hónap alatt sem. Megtalálhatók voltak az ún. „persistáló laesiók", de nem jelentős mértékben. Egy esetben sem látták a „chronicus activ hepatitis" szövettani jeleit, amelyeket több mai (főleg amerikai és francia) szerző említ. Ki kell emelni, hogy ez utóbbi csoportba tartozott a vizsgált anyagban talált 13 thalassaemiás közül 12, s — bár a válogatás nem volt teljesen hű képe a populatiónak — elképzelhető, hogy a vírushepatitis lefolyását „területi (földrajzi v. climaticus) tényező" is befolyásolhatja. Nem tudtak olyan kezdeti szövettani elváltozást megfigyelni, amely előre jelezte volna a vírushepatitis lefolyásának elhúzódását. Többször egymás után bekövetkezett shubok, amelyek 1 éven belül követték egymást, nem okoztak nagyobb elváltozást, mint egyetlen, hosszú ideig tartó exacerbatio. Egy évnél hosszabb időtartam alatt előforduló többszörös shubok esetében 5 beteg közül 2 esetben láttak cirrhosist kifejlődni. Steatosist 65,4%-ban találtak, ez igen jelentékeny hányad és ellentmond sok más közlemény adatainak (pl. Weinbren, 1952). A steatosis eléggé diszkrét és általában késői tünet — nem volt megfigyelhető a 30. nap előtt. Nem mutatott semmiféle jellegzetességet, s így a májparenchyma kifáradási jelének, az agressiv fázis utáni lassú javulás bevezetésének tekintették. A zsíros infiltratio feltűnését nem befolyásolta a corticosteroid therapia és nem volt biokémiai tünete sem.

Frits Magdolna dr.

Romlik-e a hepatitis infectiosaban szenvedők prognosisa akkor, ha elbocsátáskor a leletek még pathologiásak? List, A., E. Stahl (Med. Klin. II. des Bezirkskrankenhauses H. Braun, Zwickau, DDR): Zschr. inn. Med. 1970, *25*, 845—847.

Egy évvel a heveny hepatitis lezajlása után 543 betegből 388 jelentkezett ellenőrző vizsgálatra. A vizsgálaton megjelent betegeket 2 csoportra osztották. 192 beteget teljesen normális klinikai adatokkal bocsátottak haza annak idején, ezekből 158 az ellenőrzés során is egészségesnek bizonyult, 34 betegen azonban (18%) idült hepatitist diagnosztizáltak.

196 beteg nem teljesen gyógyultan távozott a klinikai adatok (SGOT, Takata-ractio, serum bilirubinszint 1,5 mg%-nál nagyobb, fizikálisan is kisebb hepatomegalia a távozáskor) alapján. E betegekből csak 122 bizonyult az ellenőrzés során gyógyultnak (62% az előző csoport 82%-ával szemben), s 74 betegen találtak idült májbetegséget (38%).

Bontásban a pathológiás leletekkel távozottak között 25 betegnek volt biopsiával igazolt idült, 28-nak subchron. hepatitise, míg a klinikailag gyógyultan távozott csoportból 10-nek chron., 5-nek subchron. hepatitise.

Ezek az adatok azt a feltételezést messzemenően támogatják, hogy a heveny hepatitisben szenvedő betegeket célszerű teljes gyógyulásukig intézetben tartani, másrészt az adatok arra is felhívják a figyelmet, hogy még a gyógyult esetek ellenőrző vizsgálatát is indokolt elvégezni későbbi periódusokban is.

Iványi János dr.

A hepatitis infectiosa utáni késői májkárosodás kérdése. Ewers, H. R., J. Fischer, G. Brittinger (Allg. Int. Abt. des Klinikum Essen der Ruhr-Univ., Essen, NSZK): Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 2266—2271.

Négy és fél év alatt 153 hepatitis infectiosán átesett beteg további sorsát kísérték figyelemmel az esseni szerzők, s a megfigyelés legrövidebb időtartama 1 év volt. A betegekből 102-en jelentek meg az ellenőrző vizsgálaton, s ezek adatait dolgozták fel.

Az észlelések általában megegyeznek az irodalom hasonló módon nyert adataival, ahol eltérnek azoktól, ott a szerzők több vizsgáló régebbi és frissebb eredményeit is közlik, s utalnak arra is, hogy az eltérés oka abban is kereshető, hogy nem mindig azonos szempontok szerint jártak el a vizsgálók az értékelés során.

A 102 betegből *teljesen egészséges volt* a vizsgálat időpontjában 91 (89,2%). 43 betegnek voltak gondos rákérdezésre panaszai is, ezek között *leggyakoribb volt a jobb bordaív alatti nyomásérzékenység, a teltségérzés, a zsírintolerantia, valamint a fáradtságérzés és levertség.* Az elvégzett fizikális majd laboratóriumi és biopsiás vizsgálattal 11 beteget *(10,8%) nem találtak gyógyultnak*, ebből 6-nak ún. posthepatitises bilirubinaemiája volt, 3-nak idült hepatitise (2 az ún. agresszív forma), 1-nek cirrhosisa és 1-nek alkoholos májkárosodása. Ez utóbbi 5 beteg adatait részletezik is.

Az említett és táblázatokban összefoglalt irodalmi adatok azért is érdekesek, mert csoportosítva adják meg a heveny hepatitis késői májkárosodásával kapcsolatos divergáló eredményeket. Így a cirrhosisra vonatkoztatva előzetes hepatitist 3,3—40%-ban adnak meg egyes szerzők, a heveny hepatitis utáni idült hepatitis gyakoriságát 1—18%-ra teszik. A heveny hepatitis gyógyulási arányát illetően nem ilyen nagyok a szórások: 87—92% között vannak a közölt eredmények. Érdekes az az összeállítás is, amelyben régebbi és frissebb irodalmi adatok utalnak a vírushepatitis utáni cirrhosis kifejlődésének gyakoriságára. Előbbiek szerint 0,1—33%-ban szerepel vírushepatitis után cirrhosis, míg a frissebb adatok, melyek 202—1026 főből álló beteganyagot foglalnak magukban, csak 0,4—5%-os gyakorisággal számolnak.

Iványi János dr.

Intrahepaticus cholostasis — sebészi javallat? Gieseler, H., K. Ottmann (Chir. Abt. der Evang.-Luth. Diakonissenanstalt Flensburg, NSZK): Münch. med. Wschr. 1970, *112*, 2029—2035.

Az intrahepaticus cholostasis jelentősége az esetek számának növekedése és a még most sem megnyugtató diagnosztikai és therapiás lehetőségek miatt vitán felül áll. A könnyebb tájékozódás kedvéért közöttük 6 csoportot különítenek el a flensburgi szerzők: *cholostaticus hepatitis, cholostaticus hepatosis, zsírmáj cholostasissal, terhességi icterus cholostasissal, primaer biliaris cirrhosis és cholangiohepatitis kísérő cholostasissal.* Valamennyire jellemző, hogy korai stádiumban még nincs komoly májkárosodás, a fermentvizsgálatok is negatívak. A se. alk. phosphatase értéke mindegyik formában emelkedett szokott lenni, a labilitásos próbák nem jellemzőek. Gyakran még laparotomia során sem lehet a máj színe alapján (zöldes-kékes) eldönteni, hogy a cholostasis intravagy extrahepaticus eredetű-e.

Vírushepatitisben főleg idősökön fordul elő 5—10%-ban teljes elzáródás, a therapia steroidok adásából áll.

A *hepatosist okozó és cholostasissal járó gyógyszerek* száma mintegy 130, s annyi ma már biztosan elmondható róluk, hogy elsődlegesen károsodott máj esetében okozhatnak cholostasist.

A zsírmájhoz társuló cholostasist legtöbbször idült alcoholismus okozza.

A terhesség utolsó harmadában fellépő cholostasisos icterus nagy valószínűséggel az oestrogenszint magasságától függ, a szüléssel megoldódik, de újabb terhesség során ismétlődik. Az ovulatiogátló szerek szedése során fellépő cholostasis inkább a második csoportba sorolható.

A primaer biliaris cirrhosisra a hosszú ideig tartó teljes intrahepaticus elzáródás és a rendkívüli viszketegség jellemző, melyet Cholestyramin az esetek egy részében eredményesen tud befolyásolni.

Szövettannal az irreversibilis, destruáló cholangiolitis jellemző rá.

Az esetek 80%-ában extrahepaticus akadály az okozója a *társult cholostasissal járó cholangiohepatitiseknek*, a fennmaradó 20%-ban a pontos ok alig deríthető ki, s a beteg 3 hetes betegségi időtartam után legtöbbször műtétre is kerül, s ez indokolt is a biliaris cirrhosis kifejlődésének veszélye miatt.

Ha 3 hét alatt a cholostasis nem oldódik, s a therapiás lehetőségek csődöt mondtak, a sebészi beavatkozásé a következő szó. E műtétek közül a *choledochus decorticatiója*, a *ductus choledochus drainage-a* a legismertebb.

Saját 9 eset ismertetése során foglalkozik a két szerző ezen műtéti beavatkozásokkal, s tapasztalatuk szerint legjobban a *T-drainage* vált be ezekben az esetekben. Mindenesetre az ilyen esetek elbírálásában a belgyógyász és sebész nagyon szoros együttműködését javasolják.

Iványi János dr.

A chronicus májbetegségek és a primaer májsejt carcinoma összefüggése a serum Australia-antigen tartalmával. Sh. Sherloch és mtsai (Dept. of Med. and. Pathol., Royal Free Hospital, London): Lancet. 1970, *I*, 1243—1247.

Angliában, különböző idült májbetegek serumában következetesen negatív eredményű volt az Au-antigén vizsgálat, jóllehet az irodalomból ismeretes, hogy a világ más-más részén, mind a chronicus hepatitises betegek, mind egészséges egyének serumában különböző gyakoriságban észlelték az Au-antigént.

A szerzők 17, chronicus hepatitisben szenvedő férfibetegük mindegyikében kimutatták az antigént (a betegek többsége azokból az országokból érkezett — Görögország, USA, Angola stb. —, ahol az Au-antigén frequentiája nagyobb; két betegük Angliából való). Hétnek megelőzően súlyos acut vírushepatitise volt (steroid kezelésben is részesültek), 10 kórelőzményében ilyen adat nem szerepelt.

16-ban máj-biopsia történt: egynek friss hepatitise, négynek (tünetmentes, jó prognosisú) persistáló vagy inactiv, postnecroticus hepatitise volt. Hatban a májpunctatum chronicus agressiv hepatitisnek felelt meg (négynek cirrhosisa is volt), de a histológiai kép eltért a lupoid hepatitisétől. Ötben primaer máj-cc.-t állapítottak meg (négyben cirrhosist is), serumuk és ascitesük alfa-fetoproteint tartalmazott (ez jellemző a májsejt cc.-ra, ha bizonyos embryonalis tumorok kizárhatók).

Észlelésükkel felhívják a figyelmet — közel sem a bizonyítás igényével — a máj-cc. és az Au-antigén kapcsolatára, illetve arra, hogy az „Au-antigen pozitív" acut vírushepatitis — a chronicus hepatitis és cirrhosis fázisain át — praecancerosus állapotot jelenthet; kiegészítik még azzal, hogy Afrikában, ahol az Au-antigén gyakorisága 10 százalék, a primaer máj-cc. is gyakoribb.

Ternák Gábor dr.

Igazságügyi orvostan

Epilepsiás halál, amit alvás folyamán fulladás okoz. Longmore, H. J. A., Wilson, J. B. (Lochmaben, Dumfriesshire): Lancet. 1970, *2*, 782.

A szerzők grand-mal epilepsia szokatlan és súlyos komplikációját ismertetik.

24 éves, epilepsiás betegüket ágyában, halva találták; hason feküdt, arcra borulva. Boncolás során bebizonyosodott, hogy a halál asphyxiának tulajdonítható, amit valószínűleg a párnában történt fulladás okozott. A betegnél 1965 augusztusában lezajlott pansinusitits követően agytályog keletkezett, ez követően nagy epilepsiás rohamai voltak, amelyek általában havonta jelentkeztek; gyógyszeres kezelésben részesült.

Érdekes véletlen folytán egy másik beteg néhány nappal korábban hasonló körülmények között halt meg. Boncolás bebizonyította, hogy a halál asphyxiának tulajdonítható, ami feltehetően egy nagy roham alatt következett be, mivel a 39 éves beteget szintén arccal a párnába borulva találták. Néhány év óta voltak nagy epilepsiás rohamai. Egy nappal halála előtt munka közben rohama volt a mezőn, munkatársai akkor hanyatt fektették, hogy ezzel megelőzzék a fulladását a földben.

A boncolásokat végző pathológus észrevette a 2 eset hasonlóságát és felhívta rá a figyelmet.

Egy harmadik esetről *Norman Dott* (Edinburgh) informálta a szerzőket, ez esetben a betegnél 10 éves korában elszenvedett esés kapcsán alakultak ki a rohamok, míg egyszer ágyában arcra borulva holtan találták. Ez esetben boncolást nem végeztek.

Az esetek kapcsán 2 kérdést vetnek fel. Epilepsiás egyéneknél alvás idején roham során milyen gyakran következik be fulladásos eredetű halál és mit tehetünk annak érdekében, hogy megelőzzük ezeket a tragédiákat? Felvetik, hogy egy különleges *(smother-proof)* párnát kellene használni — ilyeneket néhány évvel ezelőtt kis csecsemőknek már javasoltak — és ezzel csökkenteni lehetne a fulladás veszélyét.

Két hét múlva — *Lancet, 1970, 2, 876.* — a Levelek a szerkesztőhöz rovatban *Worster-Drought, C.* Londonból szólt hozzá a szerzők fenti észleléséhez. Szerinte a veszély, bár reális, szerencsére egyáltalán nem gyakori. 45 éves neurológiai gyakorlata során például csak 3 esettel találkozott, mindegyik férfi volt; eseteiben a halál ágyban, fulladás miatt következett be, feltehetően nagy roham alatt, mindegyik esetben a beteget arcával puha párnába temetve találták. Az *ún. smother-proof* párna használatát ajánlja, különösen ha éjszaka jelentkeznek nagy rohamok. A betegekre leselkedő másik veszély, hogy fürdőben nagy roham alatt vízbefulladnak. Gyakorlatában ez 2 esetben fordult elő, mindkettő nő volt. Óvintézkedésként ajánlja, hogy a fürdőkád csak kevés vizet tartalmazzon, hogy ily módon a beteg feje ne merülhessen víz alá. Van még egy másik vízbefulladási veszély is, amit egy újabban észlelt esete példáz. Egy fiatalembert, aki a szokásos epilepsiás gyógyszeres kezelés alatt állt, egészen sekély folyóban vízbefulladva találták. A folyópartról horgászott és valószínűleg epilepsiás rohamot kapott, aminek következtében a folyóba esett.

(Ref.: Helyszíni szemlék során magunk is megfigyeltünk hasonló eseteket, kisebb számban ágyban párnába fulladtakat és valamivel gyakrabban fürdőkádban vízbefulladt epilepsiásokat. A hozzászóló óvintézkedésként epilepsiás betegek részére sekély fürdővizet ajánl, bár ez sem mindig hatásos, mert egyik esetünkben például kádban négyujjnyi vízbe fulladt bele az epilepsiás beteg, akinek megelőzően feltehetően nagy rohama volt.)

Honti József dr.

Hirtelen halál gyakorlat után látszólag egészséges fiúban. Connor, R. C. R. (West. Infirm., Glasgow): Brit. med. J. 1969, 4/5674, 30—31.

A szerző 15 éves, teljesen egészséges cserkészfiú esetét ismerteti, aki egy atlétikai találkozón vett részt. Láthatóan nem törte magát túlságosan. Könnyű lunch-öt fogyasztott, majd 12 mérföldes (19 km) gyaloglásra indult. A későbbiekben elhagyta a versenypályát és erdőkbe szaladt be, ahol útját mély, lecsapolásra szolgáló árkok keresztezték. Hosszú távon ilyen terepen kellett haladnia. A start után mintegy 8 mérfölddel (13 km) összeesett és hamarosan meghalt. Boncoláskor a szív H.-E.-nal nem mutatott myocarditist, de gócokban eosinophil sejtek szaporodtak fel. További szívizom-metszeteket cresyl-ibolyával és savanyú fuchsinnal festettek meg, sok izomrost kifejezett degeneratiója volt látható. Ez a degeneratio a phloxin tartrazinnal festett metszetekben is megfigyelhető volt. A fiú halálának egyedüli magyarázata az lehet, hogy mivel árkon-bokron át szaladt, agyonhajszolta magát és a szíve képtelen volt megfelelően növelni a vérellátást.

Honti József dr.

Vitalis reakciók enzim-hisztokémiája és azok igazságügyi orvostani jelentősége. Hou Jensen, K.: Universitetsforl. (Aarhus): 1969, 211.

1961-ig a gyulladás volt egy sérülés vitalis eredetének legkorábbi jele. A későbbiekben elváltozásokat mutattak ki a sérült szövetek enzimjeiben, amelyek még a gyulladásos reakció kezdete előtt jelentkeztek. A phosphatasek, nem specifikus esterase, aminopeptidase, adenosintriphosphatase és béta glucuronidase trauma körüli megnövekedett aktivitását csak a vitális sérülésekben figyelték meg.

A szerző 63 ante- és postmortalis human sérülést vizsgált. A 41 vitalis sérülés nagyobb része közlekedési baleset során keletkezett. Human kontroll sorozatban 22 postmortalis sérülést vizsgált. Egyidejűleg ugyanazon személyből származó nem sérüléses szövetet is vizsgált. Tanulmányozta továbbá 70 patkányon és 28 tengerimalacon ante- és postmortalis sebekben a vitalis reakciót és annak érzékenységét. Általános anaesthesiában lyukasztóval okozta az állatok hátán a sebeket és 1, 2, 4, 8, 16, 32 és 64 óra múlva vizsgálta azokat. A kontroll postmortalis lyukasztott sérüléseket különböző időközöknél tanulmányozta. A következő eredményekre jutott: a 8 óránál fiatalabb 25 human sérülés között nem talált pozitív enzimreakciót. A 8—32 óra közötti korú sérülések között 4 esetben pozitív, 2 esetben bizonytalan alkalikus phosphatase reakciót figyelt meg. A postmortalisan okozott human kontroll sérülésekben nem észlelt pozitív vitalis reakciót sem enzimmódszerekkel, sem hagyományos módszerekkel. Néhány esetben azonban diffúz, nem jellegzetes enzimaktivitás-fokozódást figyelt meg a sebszélek mentén. Egésztest besugárzás csökkentette a gyulladásos beszűrődés, valamint vitalis enzimreakció súlyosságát. Leírja a morphológiai elváltozásokat állatokban élőben keletkezett sebekben. A postmortalisan okozott kontroll sérülések között nem volt pozitív reakció; a human anyagban diffúz enzimaktivitás-emelkedés a sebszéleken általánosan előfordult. A kísérlet egyik sorozatában sem használt metachromasiás festési módszereket. Valamennyi vitalis sebre jellemző fokozott intracellularis enzimaktivitás csak akkor volt kimutatható, ha gyulladásos infiltratio is megjelent. Enzimaktivitás fokozódásának legkorábbi jele: az alkalikus phosphataseaktivitás fokozódása volt. Ez az állatokban ejtett sebekben sokkal korábban jelentkezett, ahol a fokozott aktivitás és leukocyta-infiltratio már 1—2 óra múlva kimutatható volt. A szövetrésekben és a seb ürege mentén diffuse jelentkező emelkedett enzimaktivitást nem lehet vitalis reakciónak tekinteni, sem az állatokban, sem a human sebekben, mivel ezt — bár kisebb mértékben — megfigyelte a postmortalisan okozott sebekben is. Állandó, megismételhető enzimreductio csak azokban a sérülésekben mutatható ki, amelyekben gyulladásos infiltratio is van.

A szerző 3 fázisra osztja a trauma körüli enzimaktivitás növekedését: 1. kezdeti, posttraumás fokozódás, amit vérzés, plasma exsudatio és szövetroncsolódás okoz, 2. növekedett aktivitás, amit gyulladásos infiltratio okoz és 3. a fibroblastszerű sejtekben emelkedett az enzimaktivitás, a gyulladásos sejtes infiltratio és normális szövet határán. Állandó, megismételhető enzimreductio a seb széle mentén csak azokban a sérülésekben volt kimutatható, amelyek gyulladásos reakciót is mutattak, de itt az enzimreductio — mint vitalis reakció — már feleslegessé válik.

Honti József dr.

Az epidermisben kimutatható esterase aktivitás mint tompaerőbehatás vitalis vagy postmortalis keletkezésének bizonyítéka. Pioch, (Inst. f. gerichtl. Med. der Universität, Bonn): Beiträge zur gerichtlichen Medizin. 1969, *25*, 136—145.

Szerző tompa-erőbehatásra keletkezett sérülések (akasztási barázda, hámhorzsolások, külső szívmassage közben keletkezett hámsérülések stb.) prae- vagy postmortalis eredetét vizsgálta alfa-naphtyl esterase aktivitás kimutatásával, emberi és állatkísérletes anyagon, röviddel a klinikai halál beállta előtt és után, valamint később biztosan postmortalisan keletkezett sérülésekben. *(A közlemény nem tartalmaz adatokat az esetek számát és az intravitalis sérüléseknél a túlélési időt illetően* — Ref.)

Eredményei szerint a praemortalis hámsérülések az emberi hámsejtekben, bőrfüggelékekben, a kötőszöveti sejtekben histochemiailag kimutatható alfa-naphtyl esterase felszabadulást és aktivitást okoznak. A positiv reakció legkorábban az érintett hámsejtekben, az erőbehatás után már néhány perccel mutatkozott. Hosszabb túlélés esetén a fermentaktivitás nagyobb kiterjedésben észlelhető. A röviddel a klinikai halál beállta után keletkezett hasonló sérüléseknél a hámsejtekben (ha kisebb mértékben is) esterase aktivitás figyelhető meg; így intravitalis keletkezésűnek csupán az olyan sérülés tekinthető, amelynél a positiv szöveti reakció a szomszédos ép hámrészekre is ráterjed, s a kifejezett fermentaktivitás a haj- és szőrtüszőkben, a kötőszöveti sejtekben is jelentkezik. Érdekes megfigyelés, hogy a vonalas, felszínes hámsérülések (pl. hámhorzsolás) nagyobb aktivitást eredményeznek, mint a tátongó, mélybe terjedő sérülések.

Szerző eredményei alapján módszerét a sérülések prae- vagy postmortalis eredetének eldöntésére széles körben alkalmazhatónak tartja.

Szabó Miklós dr.

Kormeghatározási módszerek csontmaradványoknál. B. Knight (Dept. of Forensic Pathology, Welsh National School of Med. Cardiff): Med. Sci. Law 1969, *9*, 247—253.

A leggyakrabban nagyobb földmozgatások alkalmával feltalált csontmaradványokkal kapcsolatban legfontosabb igazságügyi orvosi teendő annak megállapítása, hogy kb. mikor kerültek azok lelőhelyükre, s így a kormeghatározás alapján van-e szükség hatósági intézkedésre. Szerző — miután leszögezi, hogy a csontmaradványok morphológiai változásait sokkal inkább a környezeti tényezők, mint az idő múlása befolyásolják — saját, 68 pontos kormeghatározású 50—3000 éves csontmaradványokon végzett vizsgálatainak eredményeit ismerteti. Ezek során meghatározta a maradványok nitrogén és aminosav tartalmát, UV fluoreszcenciás vizsgálatot, benzidin és immunreactiót alkalmazott.

Megállapította, hogy a 2,5 g%-nál kevesebb nitrogén tartalom 350 évnél idősebb csontoknál fordul elő, az 50 évesnél fiatalabb korú csontmaradványoknál magasabb a nitrogén tartalom. Vékonyréteg kromatographiás eljárással a vizsgált valamennyi 70—100 évnél fiatalabb csontmaradványnál 7—8 aminosav kimutatható volt. A prolin és hydroxyprolin 50 évesnél fiatalabb csontmaradványokban található. Immunreactióval kb. 10 éves korig volt eredmény észlelhető. UV fluorescenciás vizsgálatoknál 150 éves korig az egész friss metszéslapon pozitivitás mutatkozott. Koponyacsontoknál vagy kis csontmaradványoknál (pl. borda) nem értékelhetők az eredmények. Az idősebb korcsoportoknál a centrális fluorescentiát adó rész koncentrikus reakciómentes zónák közé szorított. Bár a reactiót a környezeti hatások befolyásolják, az még 1800 évnél idősebb, főzött állati csontnál is észlelhető volt.

Bár a benzidin módszer használatánál az álpozitív eredmények kiszűrése nehéz, megfelelő óvatosság mellett alkalmazva 100—150 évig értékelhető reactió mutatkozik. A módszer elsősorban abban a vonatkozásban ad segítséget, hogy a negatív eredmény a csontmaradványt a jelzett korcsoportból biztosan kizárja.Fentiek alapján nyilvánvaló, hogy a csontmaradványok kormeghatározása az ismertetett módszerek együttes alkalmazását és a kapott eredmények óvatos értékelését teszi szükségessé. *Szabó Miklós dr.*

A szív assymetricus hypertrophiája. T. K. Marschall. Med. Sci. Law. 1970, *10*, 3—6.

A szerző bal kamra assymetriás hypertrophiája miatt bekövetkezett

16 haláleset ismertetése kapcsán felhívja a figyelmet erre, a hirtelen szívhalál esetek létrejöttében — adott esetben — fontos szerepet játszó kórbonctani elváltozásra. Esetei között 11 férfi és 5 nő szerepelt. 9 alkalommal 10—30 év közötti korú egyénekről volt szó. 8 esetben a hypertrophia a septumot és az elülső fal vele szomszédos részeit érintette, 5 esetben csupán a septumra, háromban pedig az elülső falra korlátozódott. A bal oldalsó és a hátsó falat a hypertrophia soha nem érintette.

Az elváltozás functionalis jelentősége abban áll, hogy a falmegvastagodás a bal kamra ürülését, valamint a diastole alatti telődést (utóbbi a csökkent tágulóképesség miatt) akadályozza. Ez csupán ritkán eredményez makroszkópos elváltozást, amely az aorta billentyűk közelében fehéres színű endocardium megvastagodás formájában jelentkezik. Klinikai tünetként hirtelen emelkedő pulzushullám, a sternum bal szélénél hallható késői systolés zörej mutatkozik, mely az obstructio muscularis jellege miatt szívkontrakciónként változó intenzitású. A septumot érintő hypertrophia a jobb kamra működését is károsan befolyásolhatja.

Mint szövettani elváltozás, az izomrostok bizarr külleme észlelhető, az összekötő izomnyalábok hiányoznak. A rostok alakja változó, gyakran nagy fokban megvastagodottak, máskor elvékonyodnak, gyakran nodularis cytoplasma tömeggé szélesednek. A sejtmagok sok esetben megvastagodottak, a mitosisok ritkák. Egyes területekben az intramuralis arteriák fala abnormalisan vastag.

Az elhaltak közül 10 a halált megelőzően panaszmentes volt, 3 esetben veleszületett szívbajra gyanakodva belgyógyászati vizsgálat történt. 2 esetben mint klinikai tünet, légzési nehézség mutatkozott. 3 elhalt családjában több hirtelen haláleset fordult elő.

Bár 2 esetben a halál a mellkasfalat ért tompa erőbehatás után következett be, a fizikai megterhelésnek, — mint a halál bekövetkeztét siettető tényezőnek — szerepe nem bizonyítható szerző szerint. Lehetséges halálokként arrhythmiát tételez fel. Az ismertetett elváltozásnak a fiatal korban történt hirtelen haláleseteknél oki szerepe lehet.

Szabó Miklós dr.

Személyazonosítás ajaklenyomatról. Suzuki, K., Tsuchihashi, Y. (Dept. of Forensic Odontology, Dental College, Tokio): Journal of Forensic Medicine. 1970, *17*, 52—57.

Szerzők 280 mindkét nembeli 6—57 év közötti korú egyén ajaklenyomatát vizsgálták meg, az ujjlenyomat-vizsgálatban használt mintavételi technika segítségével. Ezen kívül 18 egypetéjű ikerpár ajaklenyomatát is tanulmányozták.

Megállapították, hogy az ajkakon található hosszanti barázdák — amelyek 5 fő típusát különítették el — az egyénre kifejezetten jellemzőek, két hasonló lenyomatot nem találtak. Az egypetéjű ikrek ajaksajátságai rendkívüli mértékben hasonlóak egymáshoz, és jellegzetességeiket valamelyik szülőtől öröklik.

Az életkor és évszakok esetleges befolyásának eldöntésére további vizsgálatokat terveznek.

Szabó Miklós dr.

Érbetegségek

A végtagarteriák elzáródásának epidemiológiájához. L. K. Widmer, L. Glaus (Angiologische Station der Medizinischen und Chirurgischen Universitätskliniken Basel): Schweiz. med. Wschr. 1970, *100*, 761—763.

Nemrég úgy tudtuk, hogy a végtagarteriák szűkülete és elzáródása ritka, az idős kor betegsége, típusos panaszok kísérik és csak a végtagok vonatkozásában van jelentősége. Ezzel szemben 6400 egészségesnek látszó bázeli dolgozón végzett szűrővizsgálat (1959—1962) egészen más eredményt adott. A vizsgálat a végtagartéria-stenosist és elzáródást kutatta az anamnézisből, a láb-pulzus tapintásából, a csukló-, boka- és lábháti ütőér elektromos regisztrálásából, az ütőerek hallgatózásából, valamint néhány rizikófaktor vizsgálatából állott (elhízás, hypertonia, hyperlipidaemia, dohányzás, diabetes mell.).

Következtetések: A végtagartéria-elzáródás gyakoribb, mint eddig gondoltuk és nemcsak az idős kor betegsége. 40—44 éves férfiakon 1%, 60—64 éves férfiakon 7% volt az előfordulás, melynek $^5/_6$ része az alsó végtagokra esik. Nőkön háromszor kevesebbszer fordul elő. Következésképpen a végtagarteriák vizsgálata 40 éven felül kötelező.

Az érszűkület és elzáródás ritkán jelentkezik típusos panaszokkal. A betegeknek csak $^1/_{10}$-e panaszkodott féloldali hideg akrákról vagy a bőr vérkeringési zavarairól és csak $^1/_4$-énél fordult elő claudicatio intermittens. Tehát ne várjunk a panaszokig, hanem kutassuk fel az elzáródást.

A végtagarteriák állapota utal a koronariák állapotára is. Végtagartéria-elzáródás és koronariás szívbetegség ugyanazt az életkorbeli és nembeli gyakoriságot mutatja, mindkettőnél ugyanazok a rizikófaktorok: elhízás, hypertonia, nikotinabusus, hyperlipidaemia, diabetes mellitus. A koronáriás szívbetegség EKG-jelei feltűnő gyakorisággal észlelhetők végtagarteria-szűkületnél vagy elzáródásnál.

A végtagarteriákon az atherosclerosis korai stádiuma már akkor felismerhető — a következő három vizsgálati módszerrel —, amikor még sem angina pectoris, sem EKG-jelek még nincsenek:

A pulzus tapintása a lábon. Az art. dors. pedis-t és az art. tib. post.-t tapintjuk, előtte azonban össze kell hasonlítani a beteg pulzusát a sajátunkéval! Ha bizonytalan a pulzus, három lábujjállás után erősebbé válik, amennyiben az artéria ép, ellenben eltűnik, ha az artéria szűk.

A pulzus-görbe regisztrálása oscillogrammon igen hasznos.

Arteria-auscultatio. Stenosis felett halk, systolés zörejt találunk. Ha összehasonlítjuk a hallgatózási leletet az aortogrammal, kitűnik, hogy a carotis, a medence és a comb distalis része felett hallható zörej a legtöbbször szűkületből ered, ellenben szűkület nélkül is keletkezhet zörej változó áramlási viszonyok (arteriaelágazások) miatt a supraclaviculáris árokban, a lágyékban és a comb proximális része felett. Kisfokú stenosist csak három térdhajlítás után tudunk felismerni hallgatózással.

A végtagarteriák vizsgálata indokolt, mert az érszűkület és az elzáródás gyakori; a gyakorlatban is keresztülvihető, mert egyszerű; hasznos, mert az atherosclerosis már korai stádiumában felismerhető és kezelhető (rizikó-faktorok befolyásolása, anticoagulansok) s ezzel az atherosclerosis előrehaladását késleltetni tudjuk.

Kollár Lajos dr

Szempontok és eredmények a phlegmasia coerulea dolens konsequens fibrinolytikus therápiájához Paquet, K. J. és mtsai (Chirurgische Univ. Klinik u. Poliklinik Bonn, NSZK): Dtsch. med. Wschr 1970, *95*, 903—904.

Egyáltalán nem dőlt még el a kérdés, hogy a phlegmasia coerulea dolenst conservative vagy sebészileg kell-e kezelni. A fibrinolytikus therápiát különösen azok a sebész kollegák értékelik le, akik az acutan fellépő vénás thrombosisokat absolut műtéti indicatiónak tekintik.

Szerzők az utóbbi hat évben 1(beteget kezeltek az említett diagnosissal; közülük 8 férfi volt. A betegek életkora 33-tól a 75 évig terjedt.

A kezelés időtartama 2—7 nap volt. Kilenc esetben restitutio ad integrumot értek el (!) és csak egy esetben nem sikerült elérni a teljes thrombolysist. Az eredményessége a megbetegedett végtag körfogatának normalizálódásával, másrész a teljes panaszmentességgel (osztályról való elbocsátástól kezdve legalább egy éven át) vették bizonyítottnak. Phlebographiát csak egy esetben végeztek.

A kilenc panaszmentes betegek távozásuk után bandázs alkalmazása is feleslegesnek bizonyult. A egy nem tökéletesen restituált esetben cinkenyvcsizma viselését szükségesnek látták.

Röviden *a kezelés kivitelezéséről:* tolerantia test alapján határozták meg az initialdosist, amely 500 000—1,2 millió E között volt, és ezt fél óra alatt infundálták be. A thrombotikus folyamatok leállítása céljából depot-Heparinból napi 30 000 E-et adtak a Streptase th. megkezdésétől kezdve. Még a Streptase alkalmazása előtt az allergiás reactiók megelőzése, vagy lehető csökkentése céljából steroid készítményt is alkalmaztak.

A következő 3 óra alatt az initialdosisnak megfelelő mennyiséget infundálták: közben thrombin idő meghatározás történt és thrombelastogramm készült.

Továbbiakban a laboratóriumi értékektől függően óránként 75 000—150 000 E-et infundáltak mindaddig, amíg a teljes panaszmentesség, ill. az eredeti végtagkörfogat bekövetkezett, ill. helyreállt.

A Streptokinase kezelés befejezése előtt pár nappal a depot-Heparin mellett megkezdték a Marcumar adását is! (Ezekben a napokban a betegek tehát Streptokinaset-Heparint és kumarin készítményt is kaptak! A thrombin idő ilyenkor mérhetetlenül elnyúlt s a TEG is egyetlen csíkot mutatott!)

A fibrinolyticum elhagyása után még egy hétig kaptak a betegek Heparint a Marcumar mellett, majd a Heparint elhagyták. A Marcumar kúrát 3 hónapon át folytatták.

(Ref.: Egy ampulla, azaz 100 000 E Streptase ára: 486 Ft. Két napi kezelés Streptaseval 26 000 Ft-ba kerülne, a fent jelzett dosirozás mellett. Osztályunkon (Megyei Kórház, Gyula, II. Belosztály) egy belbeteg napi gyógyszernormája: 28,50 Ft, ami kórházi vonatkozásban inkább az átlag fölött, mint alatt van. Egy ilyen kétnapos kezelés alatt tehát egy betegre 935 napi gyógyszernormát költenénk el.)

Deli László dr.

Krónikus verőérelzáródások thrombolytikus kezelésének késői eredményei. Schoop, W. és mtsai (Klinik für Gefässerkrankungen, Engelskirchen): Deutsche med. Wschr. 1970, *95*, 1827.

A szerzők megerősítették azt a szórványos, meglepő megfigyelést, hogy streptokinásával végzett thrombolytikus kezelés még régi verőérelzáródásoknál is eredményes lehet.

21 betegen kezelés után 2,5—26 hónap múlva végzett ellenőrző vizsgálatok alkalmából kiderült, hogy 15 esetükben, ahol az elzáródás az aorta-iliaca területén volt, a beteg érszakasz mindig átjárható volt, bár egy-egy esetben beszűkülve.

További 7 betegükön az art. femoralis területén volt az elzáródás, ezek közül 2 reobliterálódott, egyik az art. femoralisban 8 hónappal, a másik az art. popliteában 3,5 hónappal a kezelés után. Betegeiknek csak egy részénél végeztek tartós antikoaguláns utókezelést, de mindkét reobliterációjuk e kezelés mellett következett be.

(Ref.: E megfigyelések alapján fel kell tételeznünk, hogy a streptokinase kezelés nemcsak a thrombust oldja, hanem az érfalelváltozásokat is kedvezően befolyásolva, legalább is a nagyobb kaliberű erekben megakadályozza újabb thrombus kialakulását. E mechanizmus tisztázása még az angiologiai kutatás jövő feladata.)

Kúnos István dr.

Az art. carotis feletti hallható zörejek agyi vascularis insufficientiában. M. M. Kartchner, L. P. McRoe JAMA, 1969, *210*, 494.

Az utóbbi néhány év megfigyelései azt igazolták, hogy az ún. agyi vascularis események hátterében az esetek 30—40%-ában az art. carotis interna kezdeti szakaszán fennálló arteriosclerotikus plaque áll. A plaque, illetve az ehhez társuló thrombosis szűkületet vagy teljes elzáródást okoz. A pontos lokalizációt és az elváltozás méretét arteriographiával lehet tisztázni (carotis angiographia, aortographia). *Thompson, DeBakey* és mások nagyszámú eseten alapuló műtéti tapasztalatai azt bizonyítják, hogy az időben végzett érsebészeti beavatkozás a halálozási arányszámot jelentősen csökkenti.

Fentiek alapján a legfontosabb a betegség korai felismerése. Egyik legegyszerűbb lehetőség a bifurcatio tájékán kialakult carotis stenosis lelepzésére a lokálisan keletkező zörej észrevétele.

A szerzők 202 eset kapcsán, 87%-os biztonsággal audiovisualis felvételek segítségével leplezték le a carotis stenosist, ill. teljes elzáródást.

Az audiovisualis felvételek alapján az alábbi differenciálás lehetséges:

1. *Kisfokú stenosis:* jól látható hangok, kis amplitudójú zörej a két hang között.

2. *Nagyobb méretű stenosis:* a két hang közötti zörej időtartama növekszik, frequentiája magasabb lesz.

3. *Igen súlyos stenosis:* a diastoleban is látható magas frequentiájú zörej.

4. *Teljes elzáródás:* hangok eltűnnek.

[Ref.: Saját tapasztalataink is bizonyítják (Ideggyógyászati Szemle 1968, 21, 524.), hogy a nyaki erek tapintása, hallgatása a fizikális vizsgálat része kell, hogy legyen. Egyszerű vizsgálat segítségével tudjuk leleplezni az art. carotis extracranialis szakaszán fennálló arteriosclerotikus elváltozásokat és a betegeket érsebészeti osztályokra irányítani. Az idejében elvégzett műtét ma már a gyógyulás reményével kecsegtet.]

Kékes Ede dr.

Carotis interna elzáródás. P. Gastaigne és mtsai (Hôpital de la Salpétrière, Paris): Brain 1970, *93*, 231—258.

Az elmúlt 25 évben a carotis elzáródás sok tényezőjét megismertük, de azóta újabb kérdések vetődtek fel. Ezekre keres feleletet 50 betegének 61 esetben történt carotis elzáródásánál a klinikai adatok, angiographiás vizsgálatok és a sectiós lelet, ill. szövettani feldolgozás birtokában.

Az előző vizsgálatokat megerősítve megállapítja, ti., hogy az esetek mintegy kétharmadában a carotis villa, az ún. sinus magasságában jön létre az érelmeszesedésen alapuló elzáródás. Ennek alapját legnagyobbrészt az ittlevő jelentős, legtöbbször 75%-nál nagyobb sclerotikus szűkület képezi. Az esetek kisebb részében a koponyaűrön belül, az ún. syphon tájékán jön létre az elzáródás, szintén az előzőekben meghatározott nagyfokú szűkület talaján.

Embolia esetében ritka a sinusban történt elzáródás, gyakoribb a carotis interna nyaki szakaszán, vagy a syphonban létrejött elzáródás. Az embolia alapját pitvarfibrillatio, myocardium infarctus, esetleg aorta billentyű protézis képezheti.

A betegség lefolyásának legfőbb mozzanata az, hogy az elzáródástól distal felé képződő ún. anterograd vagy stasisos thrombosis meddig növekszik. Másrészről a képződött thrombusból a carotis interna bifurcatiója utáni szakasza az arteria cerebri media anterior, vagy chorioidea anterior területére mennyi embolus szóródik.

Azokban az esetekben, ahol az anterograd thrombus növekedés meghaladta a carotis interna bifurcatiót, a betegség kezdetétől viszonylag rövid idő múltán bekövetkezett a halál, a media terület nagy lágyulását észlelték, emellett rendszeresen temporalis herniatio is volt.

A halál előtt nem sokkal végzett angiographiák tanúsága szerint az anterograd thrombus növekedés a sinustól a bifurcatióig, ill. azon túl is, néhány óra alatt bekövetkezhet. Ez teszi érthetővé a carotis interna sinusos elzáródásainál a műtéti követelményként felállított, a kezdettől számított 6—7 órán belüli, operatív megoldás szükségességét.

A Willis-kör épsége vagy anomáliái nem határozzák meg az anterograd thrombus kiterjedésének magasságát, tehát azt, hogy a képződő stagnatiós thrombus túlérvén a bifurcatión, belekerül-e a media, az anterior vagy chorioidea anterior ágaiba. A contralateralis oldal carotis interna állapota sem határozza meg az anterograd thrombus

kiterjedését, legjobb példa erre, hogy kétoldali interna elzáródásnál mindkét thrombus csak az arteria ophtalmica eredéséig ért, és az angiographián is az arteria ophthalmicán keresztül telődött a syphon. Sectiónál is a carotis interna felső szakasza és ezzel a Willis-kör teljesen szabad volt. Következtetése szerint nemcsak a haemodinamikai viszonyok, hanem az érfal histologiai állapota és nyilván a vér alkatrészek thrombosis készsége is jelentős szerepet játszik, az ún stagnatiós thrombus kiterjedésében.

A bifurcatiót elérő, meghaladó anterograd thrombus csoportnál átlagban 10 nap túlélés és nagy media területi infarctus alakul ki. Az arteria ophthalmica eredése előtt végződő thrombusnál általában 63 nap a túlélés, és 2—5 cm nagyságú media vagy anterior területén levő kisebb infarctusok találhatók a boncolásnál. Azon néhány esetben, ahol a peripheriás ágakban nem volt embolus kimutatható, a thrombus a bifurcatión nem ér túl, a halál ok: tüdőgyulladás, rosszindulatú daganat, vagy szíveredetű volt.

Tass Gyula dr.

A szénhidrát, az insulin és a lipidek egymáshoz való viszonya ischaemiás érbetegségben. Gertler, M. M. és mtsai (New York University, School of Medicine, New York): Geriatrics. 1970, *25*, 134.

A szerzőcsoport 151 férfit négy csoportra osztva tanulmányozott: 1. 37 egészséges, a családi anamnesisben nem szerepelt ischaemiás szív vagy agyi érbetegség; 2. 56 egészséges, a családi anamnesisben az említett érbetegségekkel; 3. 33 ischaemiás szívbeteg (kimutatott szívinfarctus vagy angina pectoris); 4. 25 „tiszta" ischaemiás thromboticus cerebrovascularis beteg.

A következő vizsgálatokat végezték: három órás glukóz-terheléses próba (100 g, 240 ml oldatban), éhomra, fél, egy, kettő és három óra múlva meghatározták a vércukor és a plasma immunreactiv insulin szintet. Megnézték az éhgyomri vérben a cholesterint, triglycerideket, phosphorlipideket, húgysavat és a thyroxint. Mindezeken túlmenően természetesen elvégezték a szokásos „rutin" vizsgálatokat is.

Eredmények: 1. Az agyi érbetegek tíz évvel idősebbek voltak, mint az ischaemiás szívbetegek. 2. A cholesterin szint emelkedett volt a szívbetegekben, normális az agyi érbetegekben. 3. A cukorterhelési görbe kóros volt az első csoportban 22%-ban, a másodikban 32%-ban, a harmadikban 39%-ban és a negyedikben 76%-ban. 4. A cukorterheléses és az immunoreactiv insulin görbe emelkedett és kifejezetten elhúzódott volt az agyi érbetegekben az összes többi csoporthoz viszonyítva. 5. Kóros lipid anyagcserét találtak az ischaemiás szívbetegekben, míg az ischaemiás agyi érbetegekben a szénhidrát anyagcsere volt károsított. *Timaffy Miklós dr.*

HALOPERIDOL

injekció, tabletta és csepp

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 5 mg 4-(p-chlorphenyl)-1-(3'-p-fluorbenzoyl-propyl)-piperidin-4-ol-t,

1 tabletta 1,5 mg 4-(p-chlorphenyl)-1-(3'-p-fluorbenzoyl-propyl)-piperidin-4-ol-t,

az oldat (10 ml) üvegenként 20 mg (10 csepp = 1 mg) 4-(p-chlorphenyl)-1-(3'-p-fluorbenzoyl-propyl)-piperidin-4-ol-t tartalmaz.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, mely motoros és psychés agitatióval jár, mánia, paranoidhallucinatoros kórképek, agitált depressió, erethikus oligophrenia és epileptiformis psychosisok, delirium tremens. Csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. Hysteria.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az oralis adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio).
Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan. Az átlagos oralis napi adag 2–4 mg. Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5–10 mg között váltakozhat, egyenlő részekre elosztva. Gyermekek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózis negyede, 6–15 éves korig a felnőtt dózis fele. Krónikus hányásban általában 2 × 10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig történő kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia, vagy egyéb parkinsonszerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel kupírozhatók.

TARSADALOMBIZTOSITAS terhére idegszakrendelések, ideggondozók szabadon rendelhetik. Körzeti, üzemi stb. orvosok csak idegszakrendelés (ideggondozó, fekvőbeteg-gyógyintézeti elme-idegosztály) javaslatára rendelhetik.

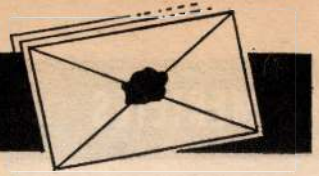
FORGALOMBA KERÜL:

5 × 1 ml-es ampulla	14,70 Ft
50 × 1 ml-es ampulla	123,90 Ft
50 tabletta	13,70 Ft
250 tabletta	58,30 Ft
1 × 10 ml-es üveg solutio	17,20 Ft

GYÁRTJA: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

QH
1678

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



Masszív rectális vérzés sebészeti kezelése a belső csípőverőér lekötésével. A vérzéscsillapító hatás mechnizmusának néhány kérdéséről.

T. Szerkesztőség! Igen nagy érdeklődéssel olvastuk Szilágyi János dr. és Ritter László dr.: „Masszív rectalis vérzés (Arteria hypogastrica lekötés)" című közleményét. (O. H. 1971, *112*, 687.).

Az életet veszélyeztető, a rectumból eredő arteriás vérzés sikeres kezeléséről számolnak be, melyet az arteria hypogastrica kétoldali lekötésével értek el. A beavatkozásra időnként sor kerül nőgyógyászati eredetű csillapíthatatlan vérzés esetén is, az utóbbi néhány évben magunk is több ízben választottuk e műtéti megoldást. Műtéteink során pelveo-rheographia segítségével vizsgáltuk a ligatura alatti terület vérátáramlásának változásait. Az alábbiakban saját vizsgálati eredményeinket és néhány nőgyógyászati vonatkozású irodalmi adatot szeretnénk a szerzők rendelkezésére bocsátani, valamint a beavatkozás vérzéscsillapító hatásának mechanizmusára vonatkozó megfigyelésekkel kívánjuk közleményüket kiegészíteni:

Az arteria hypogastrica lekötéséről szóló első beszámolók a század elején jelentek meg (9, 11, 8). Később is többen ajánlották, illetve végezték a beavatkozást a méh rosszindulatú daganatai okozta vérzések csillapítására (13, 14, 5, 6, 4, 15, 10, 18). *Reich* és *Nechtow* (16) 82 műtét tapasztalatait foglalta össze 1961-ben. Hysterectomia utáni vérzések miatt is végezték a műtétet (1, 3). sőt radicalis hysterectomia során prophylacticus beavatkozásként ajánlották (7). *Linton* (12), *Sagarra* (17) és *Shinagawa* (19) szülés utáni vérzés esetén életmentő beavatkozásként végezte a műtétet.

Az arteria hypogastrica lekötését eleinte abból a meggondolásból végezték, hogy a lekötés alatti terület anaemizálódik és ez okozza a vérzéscsillapító hatást. A collateralis keringés ismerete és a klinikai tapasztalat is egyaránt e feltevés ellen szóltak.

A lekötés közvetlen hatását elsőként *Burchell* (2) tanulmányozta. A ligatura alatti területen kialakuló vérnyomás és véráramlási változásokat — 20 műtét során — közvetlenül az arteria hypogastrica falára, illetve az érlumenbe helyezett nagy érzékenységű elektronikus műszerekkel regisztrálta. Kétoldali ligatura után az arteria hypogastricaban az átlagvérnyomás (a pulzusnyomás egyharmada + a diastoles nyomás) 24%-kal, és a véráramlás 49%-kal csökkent. A döntő változás a pulzusnyomás alakulásában volt észlelhető, amennyiben az 85%-kal csökkent, vagyis az *arteriak lüktetése csaknem teljesen megszűnt. Burchell* (2) véleménye szerint a beavatkozás vérzéscsillapító hatása a pulzusnyomás megszüntetésén, az ún. „gőzkalapács" („trip-hammer") hatás kiiktatásán alapul.

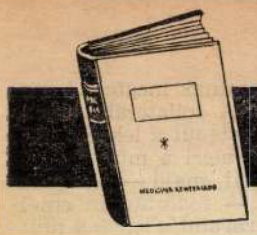
Méhnyakrákos betegek életveszélyes vérzése miatt végzett műtéteink során 6 olyan esetben pelveorheographias vizsgálatokat végeztünk, melyeket a műtét utáni 10. napig naponta megismételtünk. Pelveorheographiás vizsgálatainkkal a ligatura alatti terület vérátáramlásának további alakulására kívántunk felvilágosítást nyerni. A műtét után a vérátáramlás 3—5 napig tartó csökkenését észleltük. A 6—7. napon minden esetben a műtét előtti állapotnak megfelelő görbét nyertünk. A collateralis keringés már közvetlenül a lekötés utáni percekben eléri a műtét előtti áramlás 50%-át, majd — vizsgálataink szerint — fokozatosan emelkedik és a véráramlás egy hét múlva éri el a műtét előtti szintet.

IRODALOM: 1. **Brunzel, H. F.:** Zbl. Gynäk. 1925, 49, 423. — 2. **Burchell, R. C.:** Obst. and Gynec. 1964, 24, 737. — 3. **Decker, W. H.:** Obst. and Gynec. 1955, 5, 109. — 4. **Frommolt, L.:** Zschr. Geburtsh. Gynäk. 1934, 108, 167. — 5. **Harttung, H.:** Zbl. Gynäk. 1931, 55, 3449. — 6. **Haupt, W.:** Zschr. Geburtsh. Gynäk. 1933, 106, 398. — 7. **Käser, O., Iklé, F. A.:** Atlas der gynäkologischen Operationen. Georg Thieme, Stuttgart 1965. (290. S.). — 8. **Kösler, G.:** Zbl. Gynäk. 1904, 28, 473. — 9. **Krönig, B.:** Zbl. Gynäk. 1902, 26, 1073. — 10. **Leventhal, M. S., Lash, A. F., Grossman, A.:** Surg. Gynec. Obst. 1938, 67, 102. — 11. **Lindenthal, O. T.:** Zbl. Gynäk. 1903, 27, 289. — 12. **Linton, E. B.:** Obst. and Gynec. 1964, 24, 194. — 13. **Offergeld:** Arch. Gynäk. 1924, 121, 239. — 14. **Orthner, F.:** Wien. klin. Wschr. 1923, 36, 54. — 15. **Pitts, H. C., Watterman, G. B.:** Surg. Gynec. Obst. 1937, 64, 30. — 16. **Reich, W. J., Nechtow, M. J.:** J. Int. Coll. Surgeons, 1961, 36, 57. — 17. **Sagarra, M., Glasser, S. T., Stone, M. L.:** Obst. and Gynec. 1960, 15, 698. — 18. **Salzberg, A. M., Fuller, W. A., Hoge, H. H.:** Surg. Gynec. Obst. 1953, 97, 773. — 19. **Shinagawa, S.:** Am. J. Obst. Gynec. 1964, 88, 130.

Resch Béla dr.
Herczeg János dr.
Szegvári Menyhért dr.

T. Szerkesztőség! Örömmel olvastuk Resch Béla dr. és munkatársainak hozzászólását az arteria hypogastrica kétoldali lekötésével foglalkozó kazuisztikai közleményünkhöz. Mi masszív rectalis vérzés esetén alkalmaztuk ezt az eljárást. Miután a női genitáliák vérellátását is az említett értörzsek biztosítják, érthető, hogy az egyéb úton csillapíthatatlan nőgyógyászati vérzéseknél lekötésük életmentő beavatkozásnak számít. Igen értékesnek tartjuk a Hozzászólók pelveo-rheographiás vizsgálatait, mellyel meggyőzően bizonyítják az érlekötés utáni megváltozott keringési, véráramlási viszonyokat.

Szilágyi János dr.
Ritter László dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Kun Miklós dr.: Az acut has sebészete. Medicina 1969. 312 old. 74 ábra, 105 Ft.

Szerző nagy fába vágta a fejszéjét, amikor arra vállalkozott, hogy aránylag rövid könyvben foglalja össze a heveny hasi megbetegedések sebészeti diagnosztikáját és therápiáját is. Mindjárt elöljáróban meg kell állapítani, hogy a vállalt feladatot kitűnően oldotta meg.

Az öt fejezetre osztott anyag első része az „Acut has" címet viseli. Az általános diagnosztikus kérdések rövid elemzése után főleg az explorativ laparotomia javallatával és az intraoperativ kórismézéssel foglalkozik. Végül röviden összefoglalja az acut has sajátosságait gyermekkorban és a geriatriai gyakorlatban.

Utóbbiban állást foglal a látszólag palliativ beavatkozásokkal szemben. Hangsúlyozza, hogy a beteg idős korára és rossz általános állapotára történt hivatkozással végzett cholecystostomia és ileostomia a postoperativ szakban megoldhatatlan problémát jelent, és végső soron szinte kivétel nélkül eredménytelen. A betegség okát megszüntető legkisebb műtétet kell leggyorsabban és legkíméletesebben elvégezni.

Terjedelemben legnagyobb a peritonitisekkel foglalkozó második fejezet. Ezen belül külön tárgyalja a gastroduodenalis perforatiókat, az epeutak és a hasnyálmirigy heveny megbetegedéseit, valamint az acut appendicitist. Az átfúródás kóroktanában kitér az emotionalis tényezők szerepére, melyre a két világháború számos adatot szolgáltatott. A diagnosztikában hangsúlyozza a „látszólagos javulás" megtévesztő szerepét, amely az átfúródást követő shock és a diffus peritonitis kifejlődése között állhat be. A therápia kérdésében a szerző álláspontja az, hogy ellenjavallat hiányában resectiót végez. Sutura esetén a stenosistól való félelmet indokolatlannak, és a GEA-t elavultnak tartja. A csonkolást illetően szerző álláspontja a szovjet varrógépek alkalmazása kapcsán módosult, mert addig lehetőleg Billroth I. typusú műtétet végzett, 1965 óta viszont az anastomosist NZSKA—60 géppel, rövid kaccsai, antecolicusan, isoperistalticusan és Braun anastomosis nélkül készíti el.

Az epeutakból kiinduló heveny hasi katasztrófák műtétekor nagy jelentőséget tulajdonít az intraoperativ cholangiographiának, melyet acut esetben is mindig elvégez. Utóbbi szövődményeként ismerteti a „postcholangiographiás pancreatitist", melyet vizsgálataiban akkor tudott kimutatni, ha a choledochus intraluminalis nyomását a befecskendezés kapcsán a normális fölé emelték. A kontrasztanyagot manometriás ellenőrzés mellett adja be, a choledochus decompressiójára pedig biliodigestiv anastomosist vagy transcysticus drainaget ajánl. Cholecystektomia után is a feltétlen drainezés híve, sőt a draint a műtéti területhez catgut öltéssel is rögzíti, és a fonalat a cső lumenén vezeti ki. A cholecystostomiát — mint említettem — elveti, helyette a végső szükségben a Pribram műtétet, vagyis a hólyag megnyitását és a nyálkahártya coagulálását javasolja. Állást foglal az elvi anterograd cholecystektomia mellett.

Igen részletesen foglalkozik az acut pancreatitis aetiológiájával és főleg diagnosztikájával. Munkatársaival végzett vizsgálatai alapján hasonlítja össze a laboratóriumi eredményeket (vércukor, diastase, oxydatiós deficit, serumhúgysav és methaemalbumin) és a klinikai tüneteket a kórbonctani képpel és a várható prognózissal. Megállapítja, hogy „a pancreas egészére kiterjedő károsodás esetén a serum diastaseszintjének emelkedése fordított arányban, a vércukorszint emelkedése pedig egyenes arányban áll a morphológiai elváltozás súlyosságával". A műtétet illetően a konzervatív álláspontot képviseli.

Tanulságos az acut appendictis történetével foglalkozó rész. Részletesen tárgyalja az intraoperativ diagnosztikát és a kíméletes műtéti technikát.

A 3. fejezet az ileusokat tárgyalja. Az áttekinthetőséget kissé nehezíti e rész aprólékos tagoltsága. Előbb foglalkozik az ileus neurohumoralis vonatkozásaival, majd az általános klinikai diagnosztikával. Ezt követi az egyes ileus fajták kórbonctani és diagnosztikai tárgyalása, majd a radiologiai diagnosztika és végül ismét az általános differential-diagnosztika. Az intraoperativ diagnosztika fejezetében ismét sorra veszi az egyes kórbonctani formákat. A műtéteket azok typusai szerint (enterotomia, desinvaginatio stb.) csoportosítja. Vastagbéldaganat okozta ileus esetén az antepositiót elveti, resectiót és anus praeternaturalist ajánl anastomosis nélkül.

A 4. fejezet a „Heveny hasi vérzés" címet viseli, „A spontán hasüregi vérzés" fejezetében az extrauterin graviditas, a tüszőrepedés, és a spontán lépruptura okozta vérzéseket tárgyalja. A gastrointestinalis vérzések műtéti javallatainak kérdésében a megfontoltan aktív therápia híve és hangsúlyozza, hogy minél idősebb a beteg, annál kevésbé lehet számítani a vérzés spontán csillapodására. Gastroduodenalis vérzés intraoperativ diagnosztikájában a 8—10 cm-es gastrotomiát ajánlja. Typusos műtéti megoldásként Billroth II. typusú resectiót végez, a pancreasba penetráló ulcust a hosszában elvarrt duodenumcsonkkal tamponálja.

Az utolsó fejezet a hasi sérüléseket tárgyalja. E rövid fejezetnek legértékesebb része a didaktikusan összeállított táblázat, amely a különböző szervek sérüléseinek tüneteit hasonlítja össze.

Mindent egybevetve *Kun* professzor könyve minden érdekelt szakember számára izgalmas olvasmány. Mint az előszóban is hangsúlyozza, nem törekedett teljességre, csupán saját tapasztalatainak és álláspontjának ismertetésére. A könyv legtöbb fejezetében bőségesen található kazuisztikus példák bizonyítják szerző sok irányú tapasztalatát.

Megállapításai gondolatébresztőek, szerző felfogásával talán helyenként lehetne vitatkozni, de mellette közömbösen elmenni ugyanúgy nem, mint ahogyan senki sem lehet közömbös az acut hasi katasztrófák problémájával szemben sem. Azt hiszem ez volt a könyv szerzőjének a célja is, és ezt kitűnően megvalósította.

Hüttl Tivadar dr.

Foetal Autonomy. A Ciba Foundation Symposium. Szerk.: G. W. Wolstenholme és Maeve O'Conner. J. A. Churchill Ltd., London, 1969. 326 oldal, 23 ábra. Ára: 3,50 font.

Az emlős embryo az anyával létesített kapcsolatával terhességi változásokat idéz elő külső környezetében; az anyai szervezetben. Kifejleszti a belső környezetének fenntartásához szükséges homeostatikus mechanizmusokat és a postnatalis életbenmaradáshoz szükséges más mechanizmusokat. Elindítja a normális szülés folyamatát s ezáltal kiszabadítja magát abból a környezetből, ami megvédte a hidegtől, a fénytől, korlátozta a tapintási és hallási érzékelését és a placentán át ellátta a fejlődéshez és növekedéshez szükséges tápanyagokkal. A magzat ezen a sokféle módon demonstrálja veleszületett képességét a *belső környezetének* fenntartására és *külső környezetének* befolyásolására. *Ez az ő önkormányzata.* Elméleti és gyakorlati szempontból egyaránt alapvetően fontos kérdés: vajon milyen terjedelmű ez az önkormányzat vagy más szóval; *a magzat* mennyire képes szabályozni életfolyamatait? A szóban forgó symposiumon a különböző szakterületek (embryológia, élettan, biokémia, szülészet, gyermekgyógyászat) ebben a tárgykörben érdekelt

képviselői megtárgyalták a magzat integrált életműködését, az ezt szabályozó mechanizmusokat és azok toleranciahatárait, amiktől függ a foetalis autonomia.

Ezeknek a szempontoknak a figyelembevételével az előadások és a csatlakozó discussiók két nagyobb problémakör köré csoportosíthatók. 1. A magzat és az anya, illetőleg az anya és a magzat közötti alapvető kölcsönhatások és 2. a normális és abnormális intrauterin fejlődés és növekedés problémaköre köré.

1. *A beágyazódás és a terhes állapot anyai felismerése* (Short R. V., Cambridge). Milyen korán ismeri fel az emlős szervezet, hogy terhes? Az implantáció alapvető feltétele a terhesség anyai felismerésének? Az embryo a luteotrop hormon termelésével jelzi jelenlétét, ami azután prolongálja a corpus luteum funkcionális élettartamát? A szerző kísérletet tett ezeknek a kérdéseknek a megválaszolására emberen, rhesus majmon, lovon, sertésen és juhon végzett megfigyelések alapján. A human és a majomembryo a beágyazódás után choriogonadotrop hormont termel, ami lehet, hogy luteotrop hormon hatású már az első kimaradó menstruációs periódus előtt. Ez nem így van a másik három fajtában. Lóban a terhesség már akkor kimutatható, amikor a megtermékenyített petesejt még a kürtben van. Sertésben és juhban a még be nem ágyazódott embryónak úgy tűnik, inkább antiluteolytikus hatása van mint luteotrop, és ez localis természetű. Néhány más fajta; a patkány, a vöröskenguru, az európai borz és az őz további különbségeket mutat. Az összehasonlítás alapján talált különbségek arra utalnak, hogy a terhesség anyai felismerését illetően valószínűtlen egyetlen olyan mechanizmus létezése, ami azonos minden fajtában.

Anyai immunválaszok foetalis antigenekre (Currie, G. A., London). A szervtransplantatio előrehaladásával és az avval társuló problemákkal egyre nagyobb fontosságúvá vált az a kérdés, hogy milyen mechanizmusok felelősek a terhesség immunológiai veszélyeitől mentesülő foetalis allograft életbenmaradásáért. A szerző egérkísérletekben vizsgálta a specifikus anyai areaktivitás fejlődését és természetét az apai származású antigenekre az első fajtaközti terhességben és után. Felhívja a figyelmet az apai lépsejtek által indukált graft-versus-host betegség lehetséges hasznára a specifikus anyai reaktivitás megbecslésében. Munkahypothesist javasol az anya és a conceptus között létező complex immunológiai kapcsolat interpretálására.

A foetalis endocrin-önkormányzás terjedelme (Jost, A., Párizs). Kérdés, hogy a magzatnak a normális fejlődése érdekében menynyire kell a saját endocrin-mirigyeire támaszkodnia és fejlődése mennyire függ az anyai hormonoktól? A szerző vizsgálatai alapján megállapítható, hogy a legtöbb foetalis endocrin-mirigy végez némi endocrin funkciót a fejlődés egy meghatározott fokán vagy azután. Az anyai hormonok substitutiós hatásai foetalis belsőszekréciós mirigyhiány eseteiben ritkák, valószínűleg kivételesek.

A magzati anyagcsere (Alexander, D. P. és mtsai, London). Juhmagzatokon végzett saját vizsgálatok és más szerzők exteriorizált magzaton, izolált foetuson és perfundált placentán tett megfigyeléseiből arra a következtetésre jut, hogy valószínűleg a glukóz a magzat által felhasznált egyetlen metabolit. A magzat az inzulintermelés és kiválasztás tekintetében aktívan autonom és idősebb magzatokban a glukóz az inzulinkiválasztás effektív stimulusa. A különböző metabolitok placentáris permeabilitása fajtánként igen változó, ezért nem zárható ki annak a lehetősége, hogy ennek megfelelően változó az egyes fajok foetalis anyagcseréje is.

A placentaris lactogen hormon szerepe a foeto-maternalis kapcsolatokban (Josimovich, J. B. és mtsai, Pittsburgh, USA). A hormon napi termelődési aránya több mint egy gramm, de igen kevés van a foetalis keringésben és vizeletben. Ezért feltételezhető, hogy ez a trophoblast-hormon az anyára és/vagy a placentára gyakorol elsődleges hatást. Ez a biológiai hatás emberben még nincs pontosan meghatározva, amire a változatos terminológia is utal („chorialis növekedési hormon-prolactin", „human chorialis somatomammotropin"). Noha az egyik terminológia a lactogen, a másik a somatotrop hatást hangsúlyozza, bizonyítottnak tekinthető, hogy alapvető szerepe a terhes szervezetben a steroidgenesis előmozdítása.

A foetalis vérgáz-homeostasis (Dawes, G. S., Oxford). A foetalis életben a gázkicserélődés szerve a placenta, a tüdők töltve vannak folyadékkal, a légzőmozgások ritkák, kivéve az extrem asphyxiás állapotot. Ez a legfőbb ok, hogy a magzati vérgáz-homeostasis többnyire a foetalis keringés szabályozásától, a foetalis vér sajátosságaitól és a foetalis szövetek változó körülményekhez való adaptációs képességétől függ. Részletesen tárgyalja a normális arteriális gáztenzió fenntartásában megkülönböztethető hosszú és rövid időtartamú alkalmazkodás jellemzőit.

A foetalis vérkeringés és eloszlása (Rudolph, A. M., San Francisco, USA). Juhmagzatokban a verőtérfogat eloszlásának és a szerv vérátáramlásának quantitatív mérésére elsőként ír le in utero alkalmazható módszereket. Ezekkel az eljárásokkal vizsgálta a keringési változásokat foetalis hypoxiában és α- és β-receptor stimuláció alkalmával.

A magzat szerepe a szülés megindulásában juhokban (Liggins, G. C., Auckland, Új-Zéland). A foetalis mellékveseműködés megfelelő manipulációjával a szülés időpontját több héttel előre lehet hozni vagy késleltetni. Mind a foetalis hypophysectomia — ami mellékvese hypoplasiát okoz — mind a bilterális foetalis mellékvesekiirtás késlelteti a szülés megindulását. A foetalis mellékvese stimulációja ACTH-val koraszülést vált ki. Előzetes vizsgálatok arra mutatnak, hogy a cortisol concentráció megemelkedése a foetalis keringésben, csökkenti a progesteron termelődést. Eszerint a „progesteron block" megszűnésének következménye lenne a szülés megindulása. A foetalis mellékvese-aktivitás szabályozásának helye valószínűleg a hypothalamusban van. A szerző megfigyelései arra engednek következtetni, hogy a szülés folyamatának megindítása juhokban a magzat autonom funkciója.

2. *Önállóan szabályozott synthetikus átalakulások a foetalis szövetekben* (Rutter, W. J., Seattle, USA). A szerző állatkísérleti adatokkal bizonyítja, hogy a foetalis szövetekben a fejlődés biokémiai folyamatai jelentékeny mértékű önkormányzást mutatnak.

A foetalis tüdő fejlődése (Pattle, R. E., Porton Down, Wiltshire). A tüdőről a legutóbbi időkig úgy tudtuk, hogy kevés szerepet játszik a magzati egészség és növekedés fenntartásában. Bebizonyosodott, hogy hozzájárul a magzatvíz képződéséhez. Anoxiás állapotban a tüdőkapillárisokban a keringés gyakorlatilag megállhat az agy, a szív és a placenta vérátáramlásának fenntartására irányuló reflexmechanizmus részeként. Felvetődik az a lehetőség, hogy a respiratiós distress syndroma a nagyfokú vasoconstrictio által okozott tüdőkárosodás következménye.

A normális és abnormális foetalis növekedés (Hoet, J. J., Louvain, Belgium). A foetalis inzulin secretio valószínűleg a felelős elsősorban a foetalis növekedés ütemeért és az anyai vérglukózszint befolyásolhatja azt. A méhen belüli életben fokozott pankreas-aktivitás a postnatalis életben képtelenné válhat a követelmények kielégítésére és diabetes fejlődhet ki a gyermek- vagy a felnőttkorban. A pankreas exocrinsejtek számának lecsökkenése a terhességi korhoz viszonyítva nagy vagy kis súlyú újszülöttekben a későbbi életperiódusokban ugyancsak diabetes kifejlődéséhez vezethet.

A neuromuscularis működés néhány változása a perintalis időszakban (Buller, A. J., Bristol). A fejlődés korai szakaszában a vázizomzat hisztológiai változásai függetlenek a motorikus innervátiótól. Az érés későbbi stádiumában viszont a mozgatóideg-változások vannak túlsúlyban. Pharmacológiai adatok a sympatikus idegrend-

szer incomplet innervatiójára utalnak.

A magatartás önkormányzása a fejlődés korai periódusában (Ginsburg, B. E., Chicago). A szerző egérmutans sorozatban azokat a jelenségeket tanulmányozta, melyek érthetőbbé teszik, hogy miképpen tud megváltozni vagy ellenállni a fejlődő emlős magatartásbeli potenciálja a környezeti tényezők intenzitásbeli és időbeli sokféleségére.

Hormonok szerepe a központi idegrendszer programozásában (Levine, S. és mtsa, Palo Alto, USA). Néhány éve ismeretes, hogy a sexualhormonok befolyásolhatják a központi idegrendszert a fejlődés kritikus periódusa alatt és részt vesznek a későbbi neuroendocrin és reproduktív aktivitás „megtervezésében". A szerző bizonyítékokat prezentál arra vonatkozólag, hogy az ACTH synthesist, kiválasztást és a felnőtt szervezet magatartását szabályozó neuroendocrin aktivitást illetően a *mellékvesehormonok* is organizáló hatásúak a fejlődő központi idegrendszerre.

Foetalis reaktiók a terhességben szedett gyógyszerekre (Tuchmann-Duplessis, H. Párizs). A szerző elemzése a gyógyszerek egy kisebb csoportjára, szorítkozik, azokra, amelyek klinikai vagy elméleti jelentőségűek. A hormonok csoportjából a cortison, az androgen steroidok és a human gonadotropinok érdemelnek figyelmet. A contraceptiv steroidok nem produkálnak congenitalis fejlődési rendellenességet és a leánymagzatok masculinizációjának veszélye is jelentéktelen. A foetalis hypophyseo-hypothalamicus rendszer, valamint a karyotypus módosulásának lehetőségét nem lehet teljesen figyelmen kívül hagyni. A human gonadotropinok, a contraceptivumok és az ovulációt kiváltó vegyületek potenciális veszélyének határozott megállapítása előtt még több információra van szükség.

A symposium anyaga a foetalis életre jellemző több funkcionális és anatómiai sajátosságot csak részben tárgyal vagy csak érint, másokkal egyáltalán nem foglalkozik. A téma nem tárgyalt részei, pl. az ásványianyagcsere, a nitrogenanyagcsere, a placentáris transport, a máj- és veseműködés együttesen egy másik symposium anyagát képezhetnék.

A symposium részvevői jelentékeny fajtabeli különbségeket ismertek fel a terhesség anyai felismerésének módjában, a szülés megindulását irányító mechanizmusban és különösen a gyógyszer-teratogenesis iránti susceptibilitásban. Az életfolyamatokat szabályozó mechanizmusokra is érvényes biológiai variabilitás magától értetődően azt jelenti, hogy az egy állatfajtán tett megfigyelések nem szükségszerűen érvényesek a másikra vagy az emberre. A különböző állatfajtákon végzett kísérletek vitathatatlan haszna, hogy hozzájárulnak az *alapmechanizmusok* jobb megértéséhez. Az intrauterin életfolyamatokat vizsgáló módszereket illetően levonható tanulság, hogy az anya és a magzat közötti complex kölcsönviszony mélyebb elemzése nem képzelhető el az in vitro és a modellkísérletek által megvalósítható egyszerűsítés és elvonatkoztatás nélkül. E módszerek előnye különösen szembetűnő a *praenatalis bioreguláció* olyan kérdéseinek megválaszolásakor, amelyek eddigi ismereteink alaptételeinek felülvizsgálatára vállalkoznak.

A könyv hasznos forrásmunkának ígérkezik mindazok számára, akik eredeti és tárgyilagos ismereteket kívánnak szerezni ezen az izgalmasan szép és fontos területen.

Bazsó János dr.

MEGJELENT

ORVOSI SZEMLE

1971. 1. szám

Gligore, V., Ivanciuc, I., Bologiu H.: A szívelégtelenség klinikai jellegzetességei elhízottaknál.

Rusu, O., Izsák, V., Rosenfeld, T.: A császármetszés és a szívbajos terhesek szülése.

Kótay P., Balogh E., Mártha I., Bakos J.: Az urétervégi cysták köveinek sebészi gyógykezeléséről.

Bancu, E., Deac, R,. Călbureanu Minodora, Radu D.: A portalis eredetű vérzések kórismézése és kezelési javallatai.

Naftali, Z., Georgescu, T., Pop D. Popa I., Pană, C.: A vena axillaris és subclavia effort thrombophlebitise.

Huttmann A., Pásztor P., Frîncu, V., Malene-Lucan, G., Vajda F., Mayerbüchler, A.: Az osteogen betegségek.

Ieremia, L., Sculeanu, A., Tóth-Páll J.: Teljes felső protézisek alábélelése önkötő akriláttal irányított vastagságú új lemez előállításával.

Urvu, C., Miclescu, Zoie: A duodenum klinikai és radiológiai korrelációi hepatitis epidemicában.

Maros T., Lakatos O., Seres-Sturm L., Făgărăşanu, Maria, Bálint E.: Megfigyelések egyes rövidszénláncú, biológiailag aktív thioaminosavak anticirrhogen hatásával kapcsolatosan. (A ReducdynR készítmény hatása).

Bukaresti, L., N. Csiki Ilona, Făgărăşanu, Maria, Sikó Gabriella, Kasza L.: Serum-glykoproteinek egyes componenseinek összehasonlító vizsgálata. II. Vizsgálatok idült májbetegségekben.

Ardelean Maria, Eperjessy Anna, Kelemen J.: Adatok a mitokondriumok elválasztásához, az oxigén fogyasztás és az oxidativ foszforilálás kérdésének tanulmányozásához a tengerimalac agy helyi anafilaxiájában.

Nazsek V. S.: A borjútimusz hisztonfrakciók tiol és diszulfid tartalmának mennyiségi vizsgálata.

Pântea, Ramona, Iazigian, Ana, Merlescu, L., Kosztán J.: Methaemoglobinaemia kísérletes nitrogénoxid mérgezésben.

László J.: Szívtüdő készítmény patkányon.

Szőcs Józefa, K., Ajtay Mária, Molnár V., Balogh Éva., Fülöp Ildikó: Enzimváltozások kísérletes atrazin mérgezésben.

Losonczi Lighinu Ibolya, Bedő K., Domokos L.: A levegő baktériumtartalmának vizsgálata óvodában.

Puskás Gy., Rusnac, C.: Immun-elégtelenséggel járó betegségek a gyermekkorban.

Csízér, Z., Kesztenbaum, E., Bálint E.: Septicus (endotoxaemiás) shock a sebészetben. (Újabb kísérleti és klinikai adatok).

Steinmetz, J.: A környezetegészségtan tárgya és időszerű feladatai.

Tămăş, M.: Az Ericales rend romániai képviselőire vonatkozó kemotaxonómiai vizsgálatok.

Rácz-Kotilla Erzsébet, Mózes Emőke: Adatok a Rhizoma Graminis vizelethajtó hatásának ismeretéhez.

Ristea I., Kun Katalin: A citromsav és az urotropin kölcsönhatásának tanulmányozása pH-metrias mérések alapján.

Kisgyörgy Z.: Egyes Solanaceae alkaloidák elválasztása elektroforetikus úton.

Bán Olga, Rácz G.: Nyálkaanyagok jelenléte a Hellanthemum-fajok leveleinek bőrszövetében.

Gáspár Mária: Néhány ürömfaj virágzatának mikroszkópos vizsgálata. II.

Stanciu, Gr.: Egyes radiológiai eljárások értéke az epehólyag megbetegedéseinek kórismézésében (klinikai-radiológiai megjegyzése).

Pápai Z., Ionescu, M., Stanciu, Gr., Lupeanu, R.: Zenker-féle garat-nyelőcső diverticulum.

Ander, Z., Nussbaum, O., Vásárhelyi Z.: Halálos kimenetelű Amanita Phalloides mérgezések.

Pană, C., Ionescu, G., Pitea, P.: Gyomor leiomyoma.

Kertész E., Mózes S., Krepsz I., Pupp, A., Darvas I.: Részleges colon-interpositio és az epehólyag distopiája — megtévesztő hepato-scintigraphiás és röntgenkép — a kezdeti téves kórjelzés okai.

Spielmann, J.: Adam Chenot járványtani reformjainak hatása Erdélyben.

Ionescu, M.: Vesalius „Fabrica" függelékeknek iniciáléi.

I. Th. Riga, Gh. Călin: Evoluţia gîndirii în anatomia omului. (Az ember anatómiai eszmék fejlődése.) (Maros T. Ionescu, M.).

Ratkóczy N.: Pathologie und Therapie der Lymphogranulomatose. (A lymphogranulomatosis kór- és gyógytana.) (Gyergyay F.).

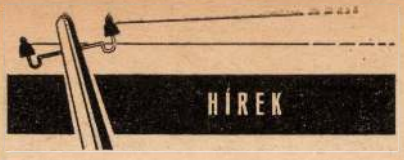
Rácz G., Laza A., Coiciu E.: Plante medicinale şi aromatice. (Gyógy- és illóolajos növények). (Silva F.).

Sellei C., Eckhardt S., Németh L.: Chemotherapy of Neoplasic Diseases. (A daganatos betegségek chemotherapiája.) (Gyergyay F.).

Istoria medicinei universale. (A nemzetközi orvostudomány története.) (Spielmann, J.).

Stefan Gh. Nicolau akadémikus (1874—1970).

Az Orvostudományi Társaságok Szövetsége marosvásárhelyi Fiókjának ülései.



A **balatonfüredi Állami Kórház és a Magyar Kardiológusok Társasága** 1971. szeptember 17—19-én rendezi a hagyományos *balatonfüredi Orvosnapokat.*

Szeptember 17-én, pénteken

10.30 órakor: *Megnyitó.*

11.00: órakor: *Knoll József:* A fájdalomcsillapítás pharmakológiájának néhány aktuális kérdése.

16.00 órakor: *Jávor Tibor:* A fájdalomcsillapítás belgyógyászati vonatkozásai.

17.00 órakor: *Szórády István:* Fájdalomcsillapítás a gyermekgyógyászatban.

Szeptember 18-án, szombaton

10.00 órakor: *Juhász Pál:* A fejfájásról.

11.00 órakor: *Chatel Andor:* Fájdalomcsillapítás a rheumatológiában.

16.00 órakor: *Szereday Zoltán:* Fájdalomcsillapítás a szülészetben.

17.00 órakor: *Jakab Klára:* Fájdalomcsillapítás a traumatológiában.

Szeptember 19-én, vasárnap

10.00 órakor: Kerekasztal-konferencia a gyógyszeres kezelés iatrogén ártalmairól.

Meghívó igénylés: Állami Kórház, Balatonfüred. (A Magyar Kardiológusok Társasága tagjainak a Titkárság küld meghívót).

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(307)

A Kékestetői Állami Gyógyintézet igazgató-főorvosa **(Kékestető)** pályázatot hirdet 2 fő E 107—108 kulcsszámú **belgyógyász segédorvosi, alorvosi állásra.** 1 fő E 106 kulcsszámú **gyermekgyógyász szakorvosi állásra.** Fizetés a szolgálati időnek megfelelően.

A gyógyintézet térítés ellenében előszobás, fürdőszobás, erkélyes szolgálati szobát, továbbá élelmezést biztosít.

Pályázatok az intézet igazgató-főorvosához nyújtandók be.

Nyárasdy György dr.
igazgató-főorvos

(308)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztályának vezetője (Bp., V., Városház u. 9/11.) pályázatot hirdet a Fővárosi János Területi Vezető Kórház gyermekosztályán nyugdíjazás folytán megürült E 103 kulcsszámú, **osztályvezető főorvosi** állásra.

A 135/1955. (Eü. K. 10.) Eü. M. sz. utasításban az előírt mellékletekkel szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmet a közzétételtől számított 15 napon belül a Fővárosi Tanács V. B. Egészségügyi Főosztályán (Bp., V., Városház u. 9/11. II. pav. I. em. 610.) kell benyújtani.

Közszolgálatban álló orvosok pályázatukat alkalmazó hatóságuk útján adják be.

Bartha Ferenc dr.
fővárosi vezető főorvos

(309)

A Heves megyei KÖJÁL (Eger, Széchenyi u. 27.) pályázatot hirdet állami **közegészségügyi-járványügyi felügyelői** állásokra élelmezésegészségügyi és településegészségügyi munkakörben. Az állások betöltéséhez közegészségtan-járványtan szakképesítés szükséges. Illetmény E 103/B kulcsszámon belül munkaköri pótlékkal együtt, gyakorlati időtől függően lehetséges. Lakás biztosítása megbeszélés szerint.

Zsögön Éva dr.
igazgató-főorvos

(310)

A Heves megyei KÖJÁL (Eger, Széchenyi u. 27.) pályázatot hirdet **településegészségügyi és élelmezésegészségügyi hygienikus** munkakörben. Illetmény E 106—107—108 kulcsszámon belül munkaköri pótlékkal együtt, gyakorlati időtől függően lehetséges. Lakás biztosítása megbeszélés szerint.

Zsögön Éva dr.
igazgató-főorvos

(311)

A Békéscsabai Városi Tanács Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a kórház gyermekosztályán nyugdíjazás folytán megüresedett E 109 ksz. **osztályvezető főorvosi** állásra. Lakást a Városi Tanács későbbiekben biztosít. Illetmény kulcsszámnak megfelelően. A pályázatot a Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának címezve, a kórház igazgatójához kell benyújtani (Békéscsaba, Kórház u. 3.).

Pirityi Károly dr.
kórházigazgató

(312)

A Békés megyei Tanács V. B. Gyulai Járási Hivatala Egészségügyi Osztályának vezetője (Gyula, Petőfi tér 2.) pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **dobozi körzeti orvos I. állásra.** Illetmény kulcsszám szerint.

Az állás azonnal elfoglalható, négyszobás összkomfortos lakás biztosítva van.

Sinka János dr.
járási főorvos

Napi 3–6 **TRIOXAZIN** tabletta az intellektus és a mozgáskészség befolyásolása nélkül szünteti meg a szorongást, a túlfeszített idegállapotot és a psychés nyugtalanságot.

Nem hátrányos a reflexidő és a koordinatiós készség szempontjából, gépkezelők, gépjárművezetők is használhatják!

Adagolását és a többi tudnivalókat lásd a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére" című kézikönyvben.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

RIGETAMIN SUBLINGUALIS TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: Sublingualis tablettánként 1 mg ergotamin tartarátot tartalmaz.

HATÁS: A Rigetamin tablettában az ergotamin tartarát közismert hatása gyors kifejlődését a sublingualis alkalmazás elősegíti. A Rigetamin kétszer olyan gyorsan hat, mint a gyomor-bél rendszeren át felszívódó készítmények és a migraines rohamot a parenteralis adagolás gyorsaságát megközelítve szünteti meg.

JAVALLATOK: Migraines roham megelőzése és kezelése. Vascularis típusú egyéb fejfájások, migrain-aequivalensek. A Rigetamin tabletta mind therápiás, mind prophylacticus célra használható, továbbá diagnosticus test céljaira is alkalmas.

ELLENJAVALLATOK: Pheripheriás keringési zavarok, coronaria megbetegedés, hypertonia, máj- és vesebetegség, graviditás, sepsis, súlyos arteriosclerosis, thrombophlebitis, pruritus.

ADAGOLÁS: A roham fenyegető jeleinek kezdetekor 1 tablettát nyelv alá téve oldódni hagyunk. Ez az adag szükség szerint megismételhető, de a napi összmennyiség ne haladja meg a 3 tablettát, az 1 havi összmennyiség pedig általában 12 tabletta lehet.

CSOMAGOLÁS: 12 tabletta 8,30 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató
Telefon: 116—660

MNB egyszámlaszám: 69.915.272—46
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
(KHI. Budapest. V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy postautalványon,
a kézbesítőknél, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

Szerkesztőség: Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765
Előfizetési díj egy évre 216,— Ft, negyedévre 54,— Ft, egyes szám ára 4,50 Ft

71.2602 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
FORRAI JENŐ DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

112. ÉVFOLYAM

*

29. SZÁM

*

1971. JÚLIUS 18.

TARTALOMJEGYZÉK

Fazekas Árpád dr., Vígváry László dr., Nagy Margit dr. és Bodnár Lóránt dr.:
Klinikai adatok a Prader—Labhart—Willi-syndromához 1687

SZOCIÁLPSYCHOLÓGIA

Buda Béla dr.:
Az öngyilkosság II. 1691

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Besznyák István dr., Nyíri Júlia dr., Kalmár Imre dr., Nemes Attila dr., Sebestény Miklós dr. és Üveges Jenő dr.:
A Morgagni-féle rekeszsérvről 1696

ÚJ GYÓGYSZEREK, ÚJ GYÓGYMÓDOK

Bíró László dr., Iván Éva dr., Perényi Tibor dr. és Árr Magda dr.:
Klinikai-farmakológiai és kísérletes vizsgálatok Septrin®-nel 1701

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Sütő Mihály dr. és Vass Zoltán dr.:
Az adenovírusok sejtkárosító hatásának vizsgálata garat- és kötőhártya hámkaparékban 1705

FEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉGEK

Zeffer Jenő dr. és Egry György dr.:
Aplasia vaginae et uteri dystopiás solitaer vesével szövődött esete — hüvelyképzés sygmabéllel 1710

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Lakos Tibor dr.:
Vaginalis candidiasis kezelése Nystatin tartalmú globulusokkal 1712

A KÖRZETI ORVOS GYAKORLATA

Bíró Imre dr.:
Retinopathia és belbetegségek 1715

KAZUISZTIKA

Szilágyi János dr. és Szántó Imre dr.:
Meckel-diverticulum és peritonitis fibroplastica incapsulans együttes előfordulása 1718

Korányi György dr. és Krausz Judit dr.:
Vércsere transfusio ritka szövődménye; újszülöttkori colon perforatio és peritonitis ... 1719

Beszámolók, jegyzőkönyvek 1723
Folyóiratreferátumok 1727
Levelek a szerkesztőhöz 1740
Könyvismertetés 1741
Hírek 1745
Megjelent 1721, 1724
Pályázati hirdetmények 1748

Rigetamin sublingualis tabletta

Összetétel:

1 sublingualis tabletta 1 mg ergotamin. tart.-ot tartalmaz.

Hatás:

Az ergotamin tartarat közismert hatásának gyors fejlődését a sublingualis alkalmazás elősegíti. Kétszer olyan gyorsan hat, mint a gyomor-bél rendszeren át felszívódó készítmények és a migrãines rohamot a parenteralis adagolás gyorsaságát megközelítve, szünteti meg.

Javallatok:

Migraines roham megelőzése és kezelése. Vascularis típusú egyéb fejfájások, migrain-aequivalensek. A Rigetamin tabletta mind therapiás, mind prophylacticus célra használható, továbbá diagnosticus test céljaira is alkalmas.

Ellenjavallatok:

Peripheriás keringési zavarok, coronaria megbetegedések, hypertonia, máj- és vesebetegség, terhesség, sepsis, súlyos arteriosclerosis, thrombophlebitis, pruritus.

Adagolás:

A roham fenyegető jeleinek kezdetekor 1 tablettát nyelv alá téve elszopogatni. Ez az adag szükség szerint megismételhető, de a napi adag ne haladja meg a 3 tablettát, az egy havi összadag pedig általában 12 tabletta lehet.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Forgalomba kerül: 12 tabletta . . . 8,50 Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
BUDAPEST, X.

Szabolcs-Szatmár megyei Tanács, Nyíregyháza,
Gyermek Szívgondozó Intézet (főorvos: Fazekas Árpád dr.)
és „Jósa András" Kórház-Rendelőintézet

Klinikai adatok a Prader-Labhart-Willi syndrómához

I rész:
Új csontrendszeri és szemészeti vonatkozások

Fazekas Árpád dr., Vígváry László dr.,
Nagy Margit dr. és Bodnár Lóránt dr.

A Svájci Endocrinológiai Társaság 1956. V. 12-i, Zürichben megtartott ülésén *Prader, Labhart* és *Willi* (6) új tünetegyüttest ismertetett, amelynek jellemzői: törpenövés, kövérség, acromicria, értelmi fogyatékosság, csecsemőkori izom-hypotonia. Alig másfél évtized alatt igazolódott e szerzők hiedelme is, mert a kórkép valóban nem ritka. Eddig 94 eset adatait (6, 8, 1) ismerjük.

Hazánkban először 1970-ben *Barta* és *Sziklay* (1) ismertették 12 éves fiú betegségét és ennek kapcsán a kórképet.

Jelenleg 7 éves kisleány betegünk 4 évi rendszeres észlelése révén sikerült nyomon követnünk e kórforma alapvető tüneteinek kialakulását, valamint eddig e betegségben számon nem tartott csontrendszeri és szemészeti rendellenességeket, amelyeket a következőkben ismertetünk.

Esetismertetés

K. I., 4 éves kisleányt 1967. december 6-án szemészeti szakrendelésünk küldte vizsgálatra aniridia incompleta, astigmia mai. grad., microcornea, cataracta corticalis incip. o. u. miatt.

A gyermek koraszülött volt, II. terhességből és 2070 g-mal szülőotthonban született. Éleszteni kellett, paskolással. Ülni csak 2 éves, állni 3 éves, járni $3^1/_2$ éves korban tanult meg, még csupán 1—2 szót mondott, nem szobatiszta. Szembeszökő volt a testi (testsúly: 12,5 kg) és lelki fejlődés visszamaradottsága. Vizsgálat közben stridor dentium. Ekkori kórismék: *part. praemat., dystrophia, imbecillitas, vitium cordis cong.?, hyp. tons., veg. adenoides, rachitis, oculo-cerebro-renalis syndroma (Lowe)?*

Ez utóbbi kórismét azért tételeztük fel, mert az agy és szem nyilvánvaló rendellenességén kívül a katheteres vizeletben a fehérje opalescált, valamint ujjait ökölbe szorítva tartotta. Emellett feltűnő volt a gyermek izom-hypotoniája.

A gyermek már vizsgálatunk előtt rendszeres ideggyógyászati ellenőrzés alatt állott, Glutarec-et szedett, amelynek további alkalmazását, valamint emuls. olei jecoris, Polyvitaplex-8, Syr. Fercupar használatát javasoltuk. Chromosoma-vizsgálatra előjegyeztük, s 2 hónap után ellenőrzésre kértük.

Meglepetéssel tapasztaltuk ekkor (1968. II. 16-án), hogy betegünk hypotoniája csökkent, többet mozgott, fogait nem vicsorította, több szót ismert és „megerősödött", pontosabban: 3,5 kg-ot hízott. Étvágya nagyon jó.

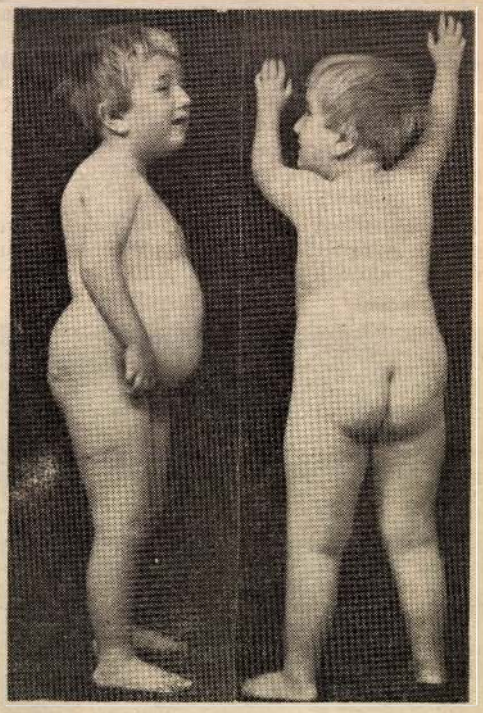
Újabb 4 hónap múlva feltűnt, hogy járása széles alapú és bizonytalan. X-térdei vannak. Az étvágya még fokozódott, tovább hízott. Ekkor még azt hittük, hogy a bőséges táplálás (kedvenc tápláléka volt a jól megcukrozott tejfeles kenyér) következménye a hízás, s ezért zsír- és CH-szegényebb étrendet javasoltunk, valamint az éjjeli étkezések megszüntetését.

Időközben többször volt tonsillitise és adenoiditise, otitise. Ötéves korában még nem volt szobatiszta. Ekkor azonban a szív felett már nem hallottunk zörejt.

1969. V. 9-én oculo-cerebro-renalis syndroma kórismével és ennek vizsgálatára a budapesti II. sz. Gyermekklinikára küldtük, azonban a 2 hetes észlelés ezen gyanút nem tudta alátámasztani. A beteg karyogrammja* normális volt. A klinikáról a következő kórismével

A testsúly és testmagasság alakulása *1. táblázat*

Idő	Test-	
	súly	magasság
születéskor	2,07 kg	
1967. XII. 6. 4 é	12,5	
1968. II. 16.	16	
VII. 30.	16	92,5 cm
X. 16. 5 é	16	96
1969. II. 19.	18,5	99
VII. 25.	19	100
X. 23. 6 é	20	101
XII. 30.	21,5	104,5
1970. IV. 9. $6^1/_2$ é	24	
VI. 11.	24	
IX. 11. 7 é	25,5	106



1–2. kép.
Oldalról a hasfal, hátulról a fartájékok kövérsége látszik jól, valamint a micromelia

* A lelet szíves rendelkezésre bocsátásáért Fonó Renée dr. tanárnőnek és Schuler Dezső dr. kandidátusnak köszönetünket fejezzük ki.



3. kép.
Acromicria

távozott: *retardatio psychomotorica, multiplex fejlődési rendellenesség, pyuria.*

A beteget ezután is rendszeresen ellenőriztük, s főleg törpesége és az elhízás fokozódása miatt. A testmagasság és testsúly változásait az egyes mérések alkalmával táblázaton tüntettük fel.

A kövérség elsősorban a hasfalra és a fartájékokra localizálódott. Később már tudtuk, hogy nem a kalóriadús táplálék okozza a kövérséget, mert a szülők panaszkodtak, a gyermek rendkívüli étvágyára (polyphagia). Éjjel-nappal enni kért, s ha nem adtak neki, dühös és mérges lett, toporzékolt.

A gyermek testalkatát jól mutatják ezen 6 éves korban készült fényképek. Haja szőke, bőre világos színű.

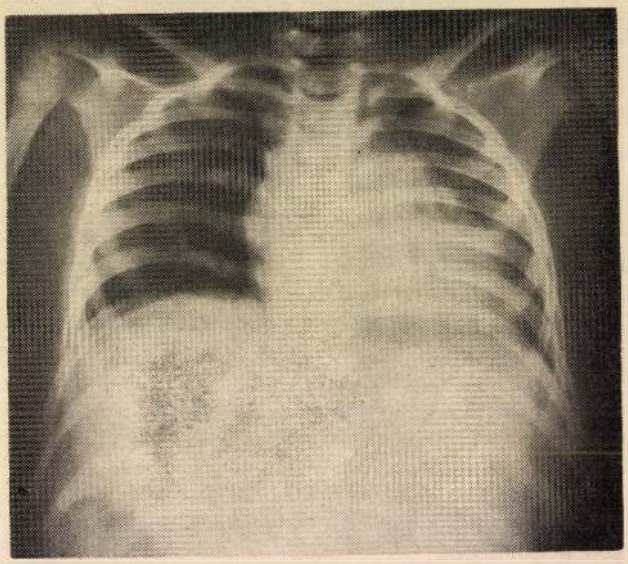
Az obesitas fokozódásával szembeszökővé vált a *micromelia.* Valamennyi végtag rövidebb voltát a distalis részek megrövidülése okozta.

Legkifejezettebb a megrövidülés a kezek ujjain: *acromicria.* Mindkét kéz V. ujjain *clinodactylia* látható.

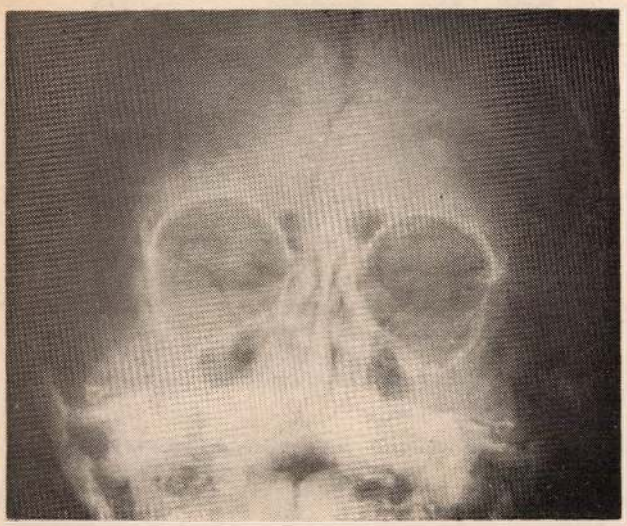
A kövérség kapcsán diabetes mellitus irányában elvégzett *vércukorvizsgálat* normális értéket adott, s a vizeletben sem sikerült cukrot kimutatni (1970. IX. 11.). A vizelet *17-ketosteroid* értéke kb. 3,3 mg/die volt ugyanezen időben, de megemlítjük, hogy a bevizelős gyermek napi összvizeletét pontosan nem, csupán becsléssel tudtuk meghatározni.

A 7 éves korban elvégzett nőgyógyászati vizsgálat: normálisan fejlett nagyajkak széttárása után közel korának megfelelő nagyságú clitoris. A crura clitoridis folytatásában csupán igen gyengén fejlett, a hüvelybemenet felső harmadáig sem terjedő kisajkak láthatók. Hymen cribriformis. Hypoplasiás gát. Rectalis vizsgálat: gyengén fejlett levátorok, egyébként a belső genitáliák részéről kóros eltérés nem volt észlelhető. *Hüvelycytológiai vizsgálat:* látóterenként igen sok basalsejt, 6—8 parabasal, kb. 20 intermediaer, s 1—2 superficialis sejt látható, valamint nagyritkán 1—1 basophil festődésű, kifejezett karyopyknosist mutató superficialis sejt, amely kisfokú oestrogentermelődésre utal.

Összefoglalva az eddigieket: a koraszülöttség és életgyengeség, a retardált testi-lelki fejlődés, a még 4 éves korban is meglevő izomhypotonia, a $4^1/_2$ éves kortól egyre fokozódó elhízás, a 7 éves korban hypogonadismusra utaló tünetek alapján a betegséget *Prader—Labhart—Willi*-syndromának tartjuk.



5. kép.
Jobbra convex háti scoliosis



4. kép.
A sutura sagittalis balra deviál

Betegünkben a hypotonia—hypomentia—hypogonadismus—obesitas és a jól ismert lelki zavarokon kívül az irodalomban eddig nem szerepelt szemészeti és csontrendszeri anomáliákat is megfigyeltünk:

1. multiplex szemfejlődési rendellenességet: aniridia, astigmia, microcornea és cataracta cort. o. u.;

2. congenitalis asymmetriát (4) a csontrendszerben.

Az évek óta tartó megfigyelés alatt sok röntgenfelvételt készítettünk a csontokról, s ezeket összehasonlítva egyre több adat szólt amellett, hogy a két testfél között különbségek vannak. Még 4 éves korában a keztőcsontok csontosodási ideje jobb oldalon csak 1 évnek, bal oldalon pedig a 3. életévnek felelt meg. Ugyanezt 6 éves korban a jobb kéztőcsontokban 3. életévnek, míg bal oldalon az életkorral adaequatnak találtuk. A koponyát is lefényképezve 6 éves korában, a sutura sagittalis lefutási anomaliáját (2) tudtuk kimutatni. A nyílvarrat ugyanis balra deviál, középső harmadától már balra ív alakban elhajlik és nem záródott. Ezáltal a koponyacsontok asymmetriája áll elő, mert a jobb oldali os frontale jóval nagyobb, mint a bal oldali, de a j. orbita margo supraorbitalisa is magasabban állt, s hasonlóan különbség mutatkozott a jobb os zygomaticum alakjában és nagyságában is. A medence is asymmetriás, jobb fele magasabban állt, a jobb femur nyaka hosszabb, s a 2 epiphysis fuga között is különbség volt.

Az 1—2. képen megfigyelhető és a szülők is mindig említették, hogy a gyermek bal felső végtagja rövidebb. Mi a különbséget 1 cm-nek találtuk.

Lényeges különbség mutatkozott a két alsó végtag izomzatában is. A jobb alsó végtagja gyengébb, jobb lábát felemelve nem tudta megtartani. A combkörfogat a legnagyobb átmérő helyén jobb oldalon $2^1/_2$ cm-

rel kisebb (39 cm), mint a bal combon (41,5). Az alszárak közepén mért körfogat a jobb lábszáron $^1/_2$ cm-rel kisebb.

Ezen sceleto-muscularis asymmetria kihat a gyermek járására is, amely mackószerű. Ehhez hozzájárul a kövérség és az X-térdek is. Mintegy fél éve megfigyelhető járásakor, hogy fejét minden lépésnél az ellentétes oldal irányában biccenti. Ideggyógyászunk ezt kóros synkinesisként értékelte (a PEG, EEG, EMG és izom-biopsia vizsgálatokat a dolgozat II. része tartalmazza).

A röntgenfelvételek közül még a mellkasi felvételt említjük meg, amely szerint a thorax alacsony és széles, s jól látszik a kifejezett jobbra convex háti *scoliosis* ($5^1/_2$ éves korban).

Psychológiai vizsgálat: az imbecillitas fokán álló értelmi fogyatékos, a foglalkoztató iskola előkészítő osztályában oktatása megkísérelhető. Beszéde articulátlan és pösze. Agressiv magatartás (Árkossy Ferencné dr.).

Megbeszélés

Már 14 évvel a kórkép eredeti leírása után egyértelműen elfogadottnak tekinthető, hogy jól definiált betegségről van szó, amely nem is ritka (6, 8).

Felismerését azonban nehezíti, hogy az egyes életszakaszokban más-más tünet prevaleál. Elsősorban a szülész, gyermekorvos és geneticus találkozhat ilyen betegséggel, de méltán számot tarthat a szemész, röntgenológus, ideggyógyász, orthopaed, sőt endocrinológus érdeklődésére is.

A *Prader—Labhart—Willi*-syndromát fiúgyermekben hamarabb észre lehet venni, mert cryptorchismusuk feltűnő, viszont a lánycsecsemők vagy kisgyermekek hypogonadismusa nehezebben és csak később ítélhető meg. Talán ezen körülmény is hozzájárul ahhoz, hogy az eddigi megfigyelések tükrében 5:2 a hímneműek túlsúlya. A közlések zöme (8) 10 év alatti betegekre vonatkoznak. A legidősebb H.H.H.O. (l. később) syndromás beteg 42 éves volt, aminek már belgyógyászati vonatkozása is van.

A kórkép felismerésében a szülész számára bizonyos fokú utalást jelenthet a túlhordás, valamint a szülő nő rokonságában előforduló diabetes, de még inkább az újszülött bágyadtsága, izomhypotoniája, táplálkozási nehézsége és a hypothermia.

A gyermekorvos számára a kórkép elsősorban neonatológiai szempontból jelentős, vagyis mint a „debilitas vitae congenita" tünetcsoport egyik, most már ismert oka.

A gyakorlat számára nagyon hasznosak a syndromának az első leírásnál tömörebb jellemzésére irányuló törekvések. Először erre 1965-ben *Engel* és *Hogenhuis* (3) tett kísérletet: H_2O-syndroma elnevezést használva, ami a hypotonia, hypomentia és obesitas képletszerű, mnemotechnicus kifejezése. Bár kissé hosszabb, azonban szerintünk a gyakorlat számára sokkal gyümölcsözőbb lehet *Zellweger* és *Schneider* (8) 1968-ból származó H.H.H.O. (hypotonia, hypomentia, hypogonadismus és obesitas) syndroma elnevezése. Ez a megjelölés még bizonyos fokig a tünetek jelentkezési sorrendjét is érzékelteti.

A szülésszel szemben előnye a gyermekorvosnak az, hogy betegeinek testi-lelki fejlődését és sorsának alakulását — különösen a kórház és területi egység előnyeit felhasználva — éveken át nyomon követheti. Számunkra is ez tette lehetővé annak felismerését, hogy csecsemőkori hypotonia és dystrophia, az értelmi fejlődés visszamaradása, a $4^1/_2$ éves korban jelentkezett polyphagia és elhízás, valamint a 7 éves korban észrevett hypogonadismusra utaló tünetek összetartoznak.

Az irodalmi adatok szerint (8) a nagyobb leányok mensese általában késik, s ezután is rendellenes lesz, vagy végképpen elmarad. A felnőtt férfiak pedig sterilek.

Érdekes az elhízás karaktere. Az arc nem nagyon kövér, jellegzetesnek tartják a száj halszájszerű kifejezését. A zsír a hasfalon és glutealis tájékon halmozódik fel. A féktelen táplálkozási vágy betegünk szüleit válaszút elé állította, de azért többnyire még éjjel is adtak enni a táplálékért könyörgő és megsajnált gyermeknek („legalább ne éhezzen").

Az ilyen betegek életét csecsemőkorban a pneumonia fenyegeti. A mi betegünknek is sokszor volt légúti infectiója, tonsillitise, adenoiditise, otitise és sinusitise, s ezért tonsillectomiát és adenotomiát végeztettünk (1970. VII. 2.), amelyet jól tolerált és hatásos volt. A későbbi években az extrem módon elhízott gyermekben feltartóztathatatlanul Pickwick-syndroma alakul ki és cardiopulmonalis elégtelenség okozza a halált. Therapiás lehetőségként megemlítjük, hogy *Zellweger* és *Schneider* (8) igen részletes feldolgozásában kitér a hyperphagia amphetamin adásával történő szabályozására, ami súlycsökkentő étrenddel combinálva az obesitást csökkentheti.

E kövér betegekben a diabetes mellitus a késői, többnyire a 10 éves kor után fakultatíve fellépő tünetek közé tartozik, s gyakran latens. Éppen ezért diabetes irányában tanácsos rendszeresen végezni vizsgálatokat.

Differentialdiagnosticai szempontból elsősorban a *szülési sérülés* (agyvérzés, agynyomás, „megviselt magzat") sokban hasonló tüneteitől való elkülönítés okoz nehézséget. A cardiovascularis és légzési zavar inkább agyvérzés, a táplálkozási nehézség és a fiúcsecsemők cryptorchismusa inkább H.H.H.O. syndroma mellett szól.

Ismét utalunk arra, hogy esetünkben először a hypotonia, az ökölbe szorított kéz és a fehérjevizelés miatt felmerült az *oculo-cerebro-renalis syndroma* (Lowe) lehetősége is. Tudtuk, hogy ez fiúk betegsége, azonban az ocularis és cerebralis eltérések is mellette szóltak.

Eddig nem olvasott differentialdiagnosticai lehetőségként utalunk arra, hogy betegünk még 2 éves korában két ízben is feküdt különböző kórházban, s mindkét helyen *Marfan-syndromát* állapítottak meg. Ezt jól megértjük, mert a gyermek akkor még nem volt olyan törpenövésű és a felső végtagok proximalis (humerus) része a kétségtelen micromelia ellenére még ma is emlékeztet egy kissé a dolichostenomeliások humerusára.

Legtöbbször a *dystrophia adiposogenitalis Frölichet* emlegetik ilyen vonatkozásban, ami azonban a H.H.H.O. syndrománál jóval ritkább betegség (1, 8) és törpeséggel sem jár, viszont látótérkiesés van.

A *Laurence—Moon—Biedl-syndroma* esetében a családi anamnézis, a beteg syndactyliája és hexa-

dactyliája, valamint a retinitis pigmentosa kimutatása segíthet az elkülönítésben.

Saját esetünkben felhasználható familiaris adatokat nem tudtunk nyerni. A beteg 18 éves és egészséges nővérénél is* normálisnak bizonyult a karyogramm.

A betegség oka ismeretlen. A tünetek és betegek magatartása a hypothalamus zavarára enged következtetni. A csak néhány esetnél elvégzett electronmicroscopos vizsgálattal az izom ultrastructurájának eltérését tudták kimutatni: a sarcoplasmareticulum dilatatiója és myofilamentum-rendellenesség formájában (8).

A betegünkben kimutatott multiplex szemfejlődési rendellenesség és congenitalis sceleto-muscularis asymmetria (4) alapján *Prader* (6, 8) felfogásához csatlakozunk, s a kórképet hereditaer elváltozásnak tartjuk autosomalis recessiv átvitellel.

Összefoglalás. Jelenleg 7 éves kisleány betegüket évek óta figyelve hypotonia, hypomentia, hypogonadismus és obesitas tünetcsoport kialakulását észlelték. A hazai irodalomban 2. Prader—Labhart—Willi-syndromás betegének ismertetése kapcsán új tünetekként multiplex szem-anomalia és congenitalis asymmetria előfordulását ismertetik. A kórkép főleg a szülészek és gyermekorvosok számára jelentős. A prognózis jelenleg rossz, mert feltartóztathatatlanul cardiorespiratoricus elégtelenség alakul ki. A kórképet a hereditaer betegségek csoportjába sorolják. Az eddigiek szerint nem ritka betegség.

IRODALOM: 1. *Barta L., Sziklai L.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 1710. — 2. *Caffey, J.:* Pediatric X-Ray Diagnosis (The Year Book Publishers, 1957, Chicago, 3. Edit.). — 3. *Engel, W. K., Hogenhuis, L. A. H.:* cit. Zellweger. — 4. *Fazekas Á., Vígh G.:* Derm. Wschr. 1968, *154*, 505. — 5. *Lissák K., Endrőczi E.:* A magatartás idegi és hormonális szerveződése. (Medicina, 1964, Bpest). — 6. *Prader, A., Labhart, A., Willi, H.:* Schw. med. Wschr. 1956, *86*, 1260. — 7. *Unghváry L.:* Betegségsyndromák zsebkönyve (Medicina, 1962, Bpest). — 8. *Zellweger, H., Schneider, H. J.:* Amer. J. Dis. Child. 1968, *115*, 588.

Szerzők kiegészítése a korrektúra kapcsán:

Figyelembe véve Ferenczy István dr. és mtsai időközben az Orv. Hetil. 1971, *112*, 137. számában megjelent újszülöttkori észlelését, esetünk a 3. magyar publicatio.

* A Szegedi Orvostudományi Egyetem Biológiai Intézetében elvégzett vizsgálatokért köszönetünket fejezzük ki.

SEPTOSYL
szemkenőcs összetételének megváltoztatása

A Septosyl szemkenőcs összetétele megváltozott: az új összetételű kenőcsben nincs naphazolin.
A naphazolin mentes Septosyl kenőcs nem szemcsésedik és egyenletesen oszlik el a szemrésben.

Összetétel:
1 tubus (5 g) 0,5 g sulfamethylpyrim.-ot tartalmaz vazelin típusú kenőcsben.

Javallatok:
Különböző baktériumok okozta heveny és idült kötőhártya gyulladás, szaruhártya-beszűrődés és fekély, blepharitis acuta, — angularis, — chronica, — ulcerosa, blepharoconjunctivitis, dacryocystitis, fertőzött szemhéj-ekzema, másodlagosan fertőzött trachoma.

Adagolás:
Naponta 2—3-szor borsónyi kenőcsöt az alsó szemhéj mögé helyezünk, és a szemet becsukva, enyhe dörzsöléssel szétkenjük. Ha a szemhéjra akarjuk alkalmazni a kenőcsöt, a szemhéj szélére helyezzük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:
5 g tubus 5,30 Ft

Egyt **Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest**

Fővárosi Pszichotherapiás Módszertani Központ
(igazgató-főorvos: Szinetár Ernő dr.)

Az öngyilkosság

II. Hazai statisztikai adatok, általános társaslélektani szabályszerűségek

Buda Béla dr.

Amióta statisztikai adataink vannak, Magyarországon az öngyilkosság mindig gyakori volt. A magyar öngyilkossági adatok a következő kivonatos táblázatban foglalhatók össze:

Év	Öngyilkosságok száma	Százezer lakosra számított arányszáma
1920	1945	24,5
1925	2443	29,4
1930	2680	31,0
1931	3000	34,4
1932	3083	35,1
1933	2808	31,7
1934	2883	32,3
1935	2777	30,9
1936	2764	30,6
1937	2886	31,7
1938	2684	29,3
1939	2611	(23,6)
1940	2722	(24,6)
1941	3248	(23,8)
1942	3544	(24,1)
1943	....	....
1944	4294	....
1945	3006	33,3
1946	2144	23,8
1950	2074	22,2
1955	2015	20,5
1956	1923	19,4
1957	2134	21,7
1960	2592	26,0
1963	2720	27,0
1964	2903	28,7
1965	3020	29,8
1966	3033	29,8
1967	3150	30,8 (5. — 29. old.)
1968	3460	33,7 (20. — 143. old.)
1969	3411	33,1 (72. — 55. old.)

A dolgozathoz tartozó referátumok a „Folyóirat-referátum" rovatban „A suicidium" címmel találhatók.

A táblázatban jól láthatók a gyakorisági viszonyok ingadozásai, de mutatkoznak a statisztikai megközelítés problémái is. A háborús években változott a lakosság száma és összetétele a visszacsatolt vagy elfoglalt területek miatt. A lakosság egy része katona, fogoly vagy deportált volt. Szembetűnő az 1944-es év igen magas arányszáma, ez nehezen értelmezhető a statisztikai adatszolgáltatások nehézségeinek tudatában.

A magyar statisztikák különféle érdekes szabályszerűségekre is rámutatnak. Az öngyilkosok közel 70%-a férfi. 1967-ben a férfiak aránya 70,1% volt, az előző évekhez viszonyított gyakorisági növekedést kizárólag a férfi öngyilkosok számának szaporodása adta. Az öngyilkosok több mint fele 50 év feletti; az összes öngyilkos 18,5%-a 50—59 éves korcsoportban van, 16,8%-a 60—69 évesben, 15,8%-a pedig 70 év feletti (1966—1967). Az adatok szerint 1963 és 1965 között a 30—39 éves férfiak korcsoportjának öngyilkossága növekedett meg, 1966—1967-re pedig a 40—49 éves korcsoport (ebben a korcsoportban egyharmaddal több férfi lett öngyilkos, mint az előző években). Kimutatható, hogy az öregek öngyilkossága növekszik, ez azonban összefüggésben van az öregek számának és népességbeli arányának növekedésével. A kormegoszlás szerint standardizált öngyilkossági arányszám mutatja, hogy az egész népességre vonatkoztatott gyakoriság növekedésének közel egyharmadáért az öregek számbeli növekedése számítható be.

Hosszú idő óta az öngyilkosságok nálunk is fokozatosan gyakoribbá váltak — havonként — az év első hónapjaitól kezdve, mint *Durkheim* korában; nálunk viszont a maximum nem júniusban, hanem májusban van. Januárban a legkevesebb az öngyilkosság. 1966—1967-ben a hét napjai közül hétfőn követték el a legtöbb öngyilkosságot. Állandóság mutatható ki az öngyilkosság elkövetési módjában: leggyakoribb az önakasztás (a férfiak szuicidiumaiban 59,6%-a, nőknél 33,9%-a a sikeres eseteknek), ettől messze elmaradnak a többi módok. Utána közvetlenül a gázmérgezés, majd a gyógyszer- és kábítószer-mérgezés következik a rangsorban, ezt az egyéb mérgezések, majd a vízbefulladás követi. A többi öngyilkossági módszer az összes esetek néhány százalékát teszi ki csupán. 1966—1967-ben nő nem lett öngyilkos fegyverrel, fegyvert vagy robbanószert csak a férfiak öngyilkosságainak 4,8%-ában használtak. A magyar adatokhoz általában hasonlítanak a külföldiek is, azonban jelentős különbségek vannak az egyes eszközök elérhetősége tekintetében. Társadalmanként mások lehetnek a könnyen elérhető öngyilkossági módok, mint ahogyan egy-egy országon belül is koronként és területi egységenként különbségek lehetnek a gyakran használt öngyilkossági módszerekben. Tudjuk pl., hogy Magyarországon régen gyakori volt a „gyufaivás" vagy a lúgmérgezés; ma ezeknek a módszereknek helyébe vidéken a permetezőszerek, városokban pedig az altatók és más gyógyszerek alkalmazása lépett. A WHO adatai szerint egyébként a gyógyszerek öngyilkossági célra való felhasználása világszerte terjedőben van, főleg az öngyilkossági kísérletekben.

A hivatalos statisztika próbálkozik az öngyilkosságok okainak megjelölésével is. Ezt az öngyilkos környezetének kikérdezése vagy a búcsúlevelek alapján állapítják meg, általában egy okra egyszerűsítve a kauzalitást. 1966—1967-ben legtöbbször betegségeket jelöltek meg okként; a férfi öngyilkosok 12%-ában ideg-elmebetegséget, 23,6%-ában szervi betegséget; a női öngyilkosok 23,4%-ában tekintették oknak az ideg-elmebetegséget, 30,8 százalékában pedig a szervi betegségeket (5). Ezt követték olyan okok, mint pl. családi viszály, alkoholizmus (férfiak: 12,9%; nők: 2,5%), bűncselekmény elkövetése, elhagyatottság, szerelmi bánat stb.

Az öngyilkossági kísérleteket Magyarországon a rendőrségnek jelenteni kell. A nyilvántartott öngyilkossági kísérletek száma nő, ez a szám 1959 és 1963 között 5238-ról 9439-re emelkedett (3). 1966-ban a bejelentéseket az Egészségügyi Minisztérium intézkedése nyomán komolyabban vették, valószínűleg ez lehetett az oka, hogy egy év alatt 1800-zal, majd 1966-ról 1967-re további 2400-zal nőtt a bejelentett esetek száma. 1966-ban 12 569 ismert öngyilkossági kísérlet történt, 1967-ben 14 983 (5). A kísérleteket elkövetők több mint kétszer gyakrabban nők, mint férfiak (pl. 1967: 4842 férfi, 10 141 nő). A kísérletek módjai között messze vezet a gyógyszerszedés: gyógyszerrel 1965-ben 8439, 1966-ban 10 457, 1967-ben 12 584 öngyilkossági kísérlet történt, ezeknek kb. egyharmadát követte el férfi. 1967 óta az öngyilkossági kísérletek összesített adatairól a KSH még nem adott ki jelentést. Érdekes adat az, hogy az öngyilkossági kísérlet csupán kb. az esetek 2—3%-ában okoz nyolc napon túl gyógyuló sérülést; valószínű, hogy ebben az adatban inkább az egészségügyi ellátás fejlettsége tükröződik mint az öngyilkossági kísérletek komolytalansága. Az öngyilkosságok statisztikailag rögzített okai között kb. az esetek fele családi viszály, csaknem egyötöde ideg-elmebetegség, de gyakori a szerelmi bánat, a csalódás, és viszonylag gyakori az iskolai probléma („rossz iskolai előmenetel"), 1967-ben 413 ilyen esetről tudnak az adatok.

Igen figyelemre méltó még a hazai statisztikák egy érdekes, szabályszerű adata, az a tény, hogy *az öngyilkosságok megoszlása az ország területén az utóbbi hetven év alatt csaknem azonos, állandó.* A legtöbb öngyilkos az ország délkeleti megyéiben van. 1959—1963 között Bács-Kiskun megyében fordult elő a legtöbb öngyilkosság, utána Csongrádban és Hajdú-Biharban; 1966—1967-ben a vezető helyre Csongrád került, Bács-Kiskun és Szolnok követte. Ezzel szemben Győr-Sopron és Vas megye az alföldi említett megyék gyakorisági arányának mindössze kb. 40%-át mutatja. Ez az arány meglepően azonos hosszú időszakon át. Mondhatjuk, hogy az ország térképén a Viharsaroktól északnyugat felé haladva az öngyilkosság gyakorisága folyamatosan csökken. E szabály alól nem kivételek a nagyvárosok sem. Szeged gyakorisági aránya a legnagyobb, ezt követi Budapest, majd Debrecen, Miskolc, Pécs (1966—1967-ben). Régebben Debrecen gyakorisága volt a legnagyobb, megelőzte a fővárost is, ez a gyakoriság hosszú időn át csaknem azonos maradt, míg Szegedé egyenletesen nőtt, kb. 12 év alatt több mint ötven százalékkal. 1965-ről 1966-ra Miskolc öngyilkossági gyakorisága csaknem megkétszereződött, és 1967-ben is ezen a magas szinten maradt. Ezek igen fontos adatok, ugyanis a változások is és a relatív állandóságok is szociológiai magyarázatot igényelnek, és egyben interpretációra csábítanak is. A változások okát megragadni a társadalmi változások valamelyikében ez idő szerint nem lehetséges. A viszonylagos állandóság és a kiemelt keleti megyék gyakorisági adatai azonban érdekes problémát rejtenek.

Ez a szabályszerűség semmiféle „keresztmetszeti" szociológiai hipotézissel nem magyarázható meg, hiszen a század hetven éve alatt az országban óriási arányú társadalmi változások zajlottak le, a lakosság jelentős hányada lakóhelyet cserélt belső migráció révén és igen nagy civilizációs és kulturális fejlődés, életmódváltozás következett be, tehát, ha az öngyilkosság gyakorisága tényleg aktuális társadalmi erők befolyása alatt állna (mint ahogyan *Durkheim* és az őt követő szociológusok egy része feltételezte), ennek a sokféle változásnak a gyakorisági adatok, de különösen a gyakorisági megoszlás erőteljes oszcillációjában kellene megmutatkozni. Az ország területi egységei között a gyakorisági viszonyok állandóságának meg kellett volna változnia ez esetben (feltéve természetesen, hogy a régi és a mostani statisztikai adatfelvétel és adatfeldolgozás rendszere azonos, megbízható, a társadalmi változásoktól független — ez pedig nem bizonyítható). Hasonló szabályszerűség más országokban is kimutatható. Franciaországban pl. az ország térképén egy képzeletbeli vonallal Belfort és Nantes között elkülöníthetünk egy északi országrészt, magas öngyilkossági gyakorisággal és egy délit, ahol kevés az öngyilkos. Ez az elkülönülés megvolt már *Durkheim* korában, és ugyanígy megvan ma is (1).

Ez a jelenség a szociológusokban megérlelt egy hipotézist, amelynek azonban ma még nincs elegendő statisztikai vagy empirikus szociológiai bizonyítéka, de tapasztalatilag és klinikailag kézenfekvő. Eszerint egy-egy terület, egy-egy kulturális egység (*Halbwachs* és *Gold* fogalmával: egy-egy szubkultúra) a rá jellemző személyiségformálási folyamataiban tagjainak különböző mértékben és formákban adja tovább, tanítja meg az *öngyilkosság sémáját* mint a nagy emberi problémák végső „megoldóképletét". Feltételezik, hogy mint minden más viselkedésformára, az öngyilkosságra is van *szocializáció* a lakosságban, ezt részben a család, részben a mikromiliő végzi, látszólag ártalmatlan közléseken, előforduló öngyilkosság-esetek megbeszélésén és más hasonló kommunikatív módokon át.

További szocializációt végez a kultúra egésze, ezen belül a *sajtó*, a *könyvek*, a *filmek*. Ezekben az öngyilkosság gyakran szerepel, mindig specifikus emberi helyzetekhez, helyzetmintákhoz kötve. A sajtó röviden és szenzációra kiélezett módon írja le a mindennapi öngyilkosságokat és azok vélt motívumait. A regények részletesen ábrázolják az öngyilkos lelkiállapotát, kiúttalanságát, a film és a dráma még vívódásait is bemutatja, különösen elevenen, életszerűen. Így azután a személyiségben archetipikus mintaként rögzülnek azok az események, élethelyzetek, amikor az öngyilkosság „érthető" vagy „logikus". Ilyen helyzet a reménytelen szerelmesé, a sarokba szorított bűnözőé, a becsületében sértett asszonyé (mint pl. Bánk Bán Me-

lindája), a magára maradt öregé, a gyógyíthatatlan betegé, stb. A japán kultúrában ismeretes a „harakiri" vagy használatosabb nevén a „seppuku", a rituális öngyilkosság a megszégyenülés után, ezt mind szituációjában, mind lefolyásában eltanulja a személyiség. A szocializáció egyébként is kiterjed az eszközökre, így jön létre a „divatos" öngyilkossági módszer. Egyes korok dekadens ifjúságában ilyen módon terjed el az öngyilkosság mint végső gyógyír az élet értelmetlenségére vagy valamilyen meghiúsulására. Irodalmi alkotások ezt jól kifejezik, egyben azonban példaképet is adnak. Az öngyilkosság ilyen jellegzetes kialakulási folyamatát mutatja Goethe „ifjú Werther"-e, Lermontov számos hőse. Schopenhauer eszméinek hatását a múlt század öngyilkosságaiban jól illusztrálja Németh László „Széchenyi"-je, különösen az elmeorvos és a nagy magyar párbeszédeiben; igazi írói intuícióval rajzolja meg, hogyan ötvöződnek végül bele a doktor eszméi Széchenyi öngyilkosságába.

A szocializációban különleges hatás a látott vagy a közvetlenül hallott példa, amely sajátos szuggesztív erővel válhat a már érlelődő öngyilkossági szándék kristályosodási magvává. A tömegközlő eszközök közvetítésével ilyen módon vált napjainkban szomorú divattá az önégetés, régebben a közvetlen példák nyomán így jöttek létre az öngyilkossági epidémiák, egymás utáni öngyilkosságok azonos módszerrel, pl. önakasztás ugyanarra a faágra vagy kampóra stb. Ilyen epidémiát kisebb körben nálunk is megfigyeltek, még a közelmúltban is (70). Úgy tűnik, hogy *a családban történt öngyilkosság előkészítő, szocializáló hatása nagyobb, mint más példáké.* Többen is rámutatnak arra, hogy az öngyilkosságot vagy kísérletet elkövetők családjában gyakoribb az öngyilkosság vagy az öngyilkossági kísérlet. Már *Durkheim* — akihez minden teória visszanyúl — is igyekezett cáfolni, hogy ezt biológiai öröklésnek lehet tekinteni, kimutatta, hogy itt is szociális hatások érvényesülnek.

A családi és egyéb öngyilkosság szuggesztív hatásának magyarázatára már a múlt században használták az *utánzás* koncepcióját, mivel *Tarde* francia szociológus társadalomelméletének középpontjában ez a fogalom állt, és ez az ún. imitációs teória a múlt század utolsó évtizedeiben Nyugat-Európában nagyon népszerű volt (80). Az utánzás tautológikus oki magyarázat, nem fejez ki mást, mint ami a példaadás hatásának jelenségében amúgy is látható, nem magyarázza az utánzás miértjét és hogyanját. Az öngyilkosságra való szocializáció gondolatának neves magyar öngyilkosságkutatók is hívei (1, 17, 18, 19). Az öngyilkosságra való szocializáció és ebben a közvetlen példa hatása ma még nem ismert mechanizmusokon át zajlik. Kétségtelennek látszik azonban, hogy ilyenfajta szocializáció az öngyilkosságok *egyik* tényezője, ez egyfajta viselkedésmintát, helyzetmintát, konfliktusmegoldási képletet ad, ami önmagában még nem elég, mert még kell hozzá a személyiség problémája, feszültsége, kellő fokú zavara. De ez a szocializációs hatás — amely a gyermeki személyiséget észrevétlenül, öntudatlanul éri, és amely, mint minden kulturális tényező, nagyfokú állandóságot és társadalmi változásoktól való függetlenséget mutat — esetleg megmagyarázza az említett területi állandóságokat az öngyilkosság gyakorisági adataiban. Nem zárható ki természetesen az sem, hogy a közvetlen környezet „mikrokultúrája", mikromiliője nemcsak — vagy nem elsősorban — a szuicidiumra való viselkedés- és késztetéssémát ülteti el a benne felnövő személyiségbe, hanem valamilyen más pszichológiai sajátosságot termel ki benne, amely azután nagyobb valószínűséggel viszi az öngyilkosság felé; ezt ma még nem tudjuk, erre szinte semmi adatunk nincs. Mindenesetre a gyakorisági viszonyok elemzése és a hazai adatok bemutatása is visszavezet bennünket a szociológiai, össztársadalmi elemzési nagyságrendből a személyiség, a társas kapcsolatok és a lélektan szintjére.

*

Újabb adatok nyomán pontosabban ismerjük az öngyilkossággal járó és azt megelőző *társaslélektani folyamatokat.* Az öngyilkosság történéseinek pontosabb elemzése kiderítette, hogy az öngyilkosságot elkövetők túlnyomóan nagy része, és az öngyilkosságot megkísérlők csaknem mindegyike *közli szándékát a környezetével.* Régebben a szakemberek úgy vélték, hogy az igazi, elszánt öngyilkos senkinek sem szól tervéről, és az öngyilkossági szándék közlése inkább a szándék bizonytalanságának jele. Ma a kutatók a szándék közlését szabályszerűnek és ugyanakkor *a megelőzés szempontjából stratégiai fontosságúnak tartják.* A szándék közlésére vonatkozó vizsgálatok az ötvenes évek végén jelentek meg, ekkor csak a sikerült esetek 53%-ában tudták kimutatni az öngyilkosság előzetes közlését valamely családtagnak vagy ismerősnek (43, 63). Később ez a százalékarány folyton nőtt (28, 29, 62, 68, 79). A Los Angeles-i öngyilkosságmegelőző központ újabb kiadványai szerint a megállapítható közlés az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek *90%-ában* megtörténik. Modern nézetek nemcsak azt veszik közlésnek, ha valaki öngyilkossággal fenyegetőzik vagy kész öngyilkossági tervet mond el, hanem azt is, ha öngyilkosságra nyomatékosan, megfelelő viselkedés és mimika kíséretében utal, vagy szándékát közvetlen környezetének (rendszerint egy kedves személynek) csak éppen kétségbeesésének és reményvesztettségének feltűnő demonstrálásával jelzi.

A modern pszichológiában igen nagy jelentőséget tulajdonítanak különféle *nem verbális közlési csatornáknak,* amelyek segítségével emberek egymásnak bonyolult kommunikációkat közvetítenek, elsősorban érzelmi állapotokat és viszonyulásmódokat, belső feszültségeket stb. fejeznek ki. Ilyen közléscsatorna rejlik a mimikában és pantomimikában, a hanghordozás sajátosságaiban, a szóbeli közlés különféle formai jegyeiben, „innuendóiban" stb. Az emberek ezeket a közléscsatornákat többnyire a tudatosság alacsony fokán, leggyakrabban spontán módon, öntudatlanul észlelik, értelmezik és alkalmazzák. A mindennapokban azonban ezeken át áramlanak a legfontosabb interperszonális hatások, ezeken át szövődnek és változnak az emberi kapcsolatok, ezek révén értjük meg igazán, amit a másik mondani, közölni akar, és ezekkel fejezzük ki magunkat is (12, 13, 14). Ezen a hatásrendszeren — amely az utóbbi évtizedben óriási arányú kutatás tárgya, olyannyira, hogy vizsgálatára új diszciplinák is születtek (kommunikációkutatási ágak, kinezika, paralingvisztika, proxemika stb.; 37, 38, 48, 82, 83), és amely a pszichiátrián át ma a medicinában is egyre inkább érezteti hatását — az öngyilkosságra készülő világosan jelezheti környezetének szándékát.

Az utalásos verbális közlést vagy a nem verbális kommunikációt a környezet rendszerint megérti, gondol is az öngyilkosságveszélyre, de ezt a gondolatot különféle észérvekkel, racionalizációkkal elhárítja magától, a kapott jelzésre nem reagál. A környezet perceptiója, jelzésvétele egyébként ilyen ki nem mondott öngyilkossági közlésekben nemcsak az öngyilkosságkutatásban gyakran kimutatott tény, hanem jól ismert a mindennapi pszichotherapiás gyakorlatból is, ahol öngyilkosok közeli hozzátartozóiról néha igen részletesen meg lehet tudni a közlés epizódját és az arra adott negligáló, elutasító — gyakran ugyancsak nem verbális — választ, a válasz mélypszichológiai hátterével együtt. Elméletileg feltételezhető, hogy minden öngyilkos és öngyilkossági kísérletet elkövető tesz valamilyen közlést szándékáról, de mivel erről a közlésről nehéz biztos tudomást szerezni, nehéz megtalálni azt a személyt a környezetben, akinek a közlés szólt, és ez a személy esetleg szégyenből vagy bűntudatból elhallgathatja a közlés tényét, kb. egytizede az öngyilkosoknak látszólag nem jelzi előre tettét.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy az öngyilkossági szándék közlése sokféle változatban történhet, az említett nem verbális jelzéstől a szándék és a terv ismételt, határozott, világos, szóbeli vagy írásbeli közléséig. Természetesen ilyen közlések között bőven van olyan, amely nem tényleges, vagy nem elég erős öngyilkossági szándékot takar. Az öngyilkossággal való fenyegetőzés és zsarolási kísérlet mindennapos dolog. Az öngyilkossági közlésre vonatkozó retrospektiv kutatások nagy értéke nem abban rejlik, hogy biztos módszert adnak a valódi és a tettetett öngyilkosságveszély elkülönítésére. Nincs ugyanis biztos módszer annak megállapítására, hogy a közölt szándék mennyire komoly. A közlés ténye elsősorban az öngyilkosságot vagy a kísérletet megelőző társaslélektani történések megértése szempontjából fontos.

A közlések többnyire annak (vagy azoknak) a személyeknek szólnak, akivel az öngyilkosságra készülő ember *intim, de ambivalens* érzelmi kapcsolatban van, általában akivel a lényeges problémái vannak, akitől szeretetet vagy segítséget vár, de nem kap meg, vagy nem eléggé kap meg. Közhelyszerű, a mindennapokban is és a pszichiátriai munkában is ismételten tapasztalt tény, hogy az öngyilkossággal való fenyegetőzés arra szolgál, hogy vele az egyén emberi problémáiban érjen el valamilyen változást, hogy megmozgassa és cselekvésre bírja azt, akinek közlése szól. A komoly, „halálos" komolyságú öngyilkossági közlést is ilyen szándék mozgatja. Kutatások tisztázták, hogy az öngyilkossági kísérletek után az emberi kapcsolatok az esetek nagy részében jelentős változáson mennek át; az életbenmaradt általában több segítséget, odafordulást, szeretetet kap, mint korábban. Vannak olyan adatok, amelyek szerint az öngyilkossági kísérleten átesett ember veszélyeztetettebb újabb öngyilkossági kísérletre, ha ilyen átrendeződés, változás nem történt (73, 74, 75). E vizsgálatok és adatok alapján az öngyilkossági kísérletet számos kutató dramatikus gesztusnak, kétségbeesett végső akciónak tartja az emberi környezet befolyásolására, egyfajta „ultima ratio"-nak. *Az öngyilkosság szándékának közlései pedig ezt megelőzően segélykérésnek tűnnek.* Amerikai szerzők az öngyilkossági közlést *„cry for help"* — segélykiáltás — néven említik, ez a kifejezés a szuicidium modern irodalmában nagyon elterjedt (29, 49).

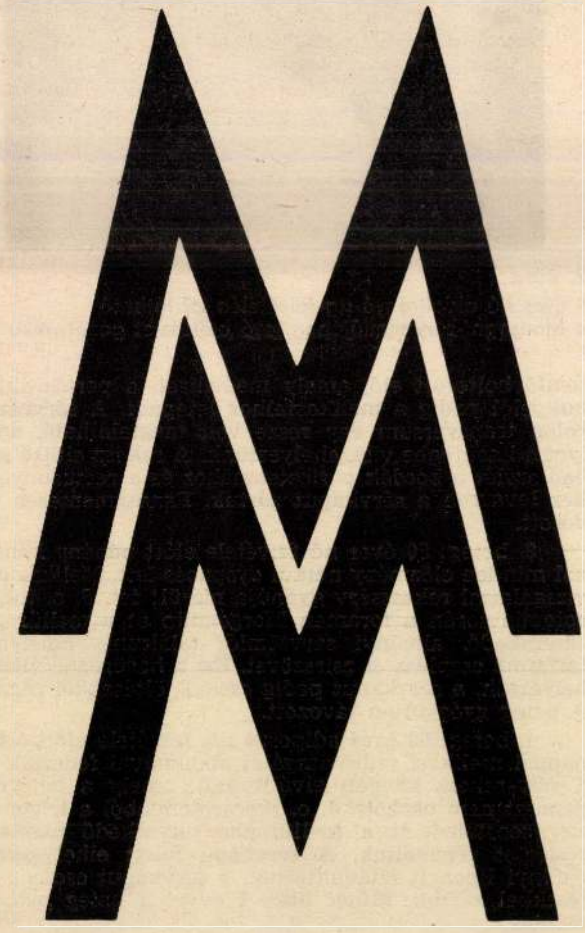
Az öngyilkossági szándék közlésének mint segélykérő közlésnek felfogása *utat nyit az öngyilkosság megelőzése számára.* A kétségbeesett, feszült ember szándékát valamilyen segítség, gratifikáció, vagy a szándék közlését mozgató vágy — akár csak szimbolikus — részleges kielégítése a tettet elodázhatja, időt adhat, míg az elutasítás, a ridegség az öngyilkossági cselekedet felé taszít. Mint látni fogjuk a későbbiekben, a cry for help jelenség felismeréséből az öngyilkosság megelőzésére hivatottak — pl. az orvosok számára az következik, hogy minden *öngyilkossági közlést komolyan kell venni,* igyekezni kell részben közvetlenül, részben a környezet befolyásolásán át segíteni. Ma úgy tűnik, hogy a közlés mögött megbújó szándék komolyságát és erejét kutatni nemcsak nehéz a mindennapi gyakorlatban, hanem felesleges is, hiszen az öngyilkossággal fenyegetőző ember is segítségre szorul, mentálhigiénésen veszélyeztetett, és míg a szakszerű segítségből sem baj, sem a fenyegetési manőver fixációja nem származhat, a legkomolytalanabb öngyilkossággal zsaroló is veszélyes szuicid kísérletekbe hajszolható negligálással, „fegyelmezéssel" vagy kételkedéssel (pl. a hisztériás ilyenkor „megmutatja", hogy mégis „mer" kísérletet tenni, és ezután már csak a szerencsén — vagy inkább a balszerencsén — múlik, mi lesz a dolog kimenetele).

Említésre méltó, hogy a segélykérés jelensége elméletileg is nagyon fontos, mert új támpontot ad a szociológiai megközelítés számára az öngyilkossággyakoriság és az öngyilkosságok szociális kóroktana problémáiban. Az emberi kapcsolatok tónusa, érzelemtartalma, segítő és védő effektusa ugyanis számos társadalmi hatás alatt állhat, társadalmi feszültségek, anómiás társadalmi állapotok ridegebbé, önzőbbé tehetik ezeket a viszonyokat, így a környezet esetleg könnyebben fordul el közönyösen a bajbajutottaktól, és ezzel közelebb viszi őket az érlelődő öngyilkossági terv megvalósításához. *Ringel* — neves osztrák öngyilkosságkutató — szerint már maga az a tény, hogy valakinek öngyilkossági közlését a környezet nem veszi komolyan és nem fordul oda hozzá segítően, rideg, zavart emberi kapcsolatok jele (61, 62). A szeretetlen emberi kapcsolatokban a személyiségnek nem elég a szuicid szándék közlése, hogy környezetét megmozgassa, szüksége lehet ehhez az öngyilkosság tényleges megkísérlése is. Az öngyilkosságtól védő vagy az öngyilkosság felé taszító társadalmi, emberi környezet tényezője nyilvánvalóan komoly szerepet játszik a példaadás és az utánzás társaslélektani faktorai mellett, egyelőre azonban rá vonatkozóan kevés tényszerű adatunk van. Pedig ez a tényező igen fontos, összekötő láncszemnek tűnik az öngyilkosság szociológiai és lélektani elméletei között. E tényező realitását összehasonlító szociológiai adatok látszanak leginkább alátámasztani, amelyekből ismerjük, hogy különböző társadalmakban az emberi kapcsolatok jellege eltérő; vannak meleg, testvéries,

segítő kultúrák is, ahol a társadalmi kohézió igen erős, és egyes társadalmakon belül is más az emberi kapcsolatok jellege az egyes szubkultúrákban és közösségekben. Az emberi környezet ilyenfajta, öngyilkosságtól védő vagy arra hajlamosító szerepe a szociológiai adatok új értelmezési lehetőségét rejti magában. Így pl. a faluhoz vagy vallási közösséghez való tartozás vagy a házas állapot nemcsak a személyiség társas integráltságát — és ezáltal nagyobb stabilitását — jelentheti, mint ahogyan *Durkheim* feltételezte, hanem lehetséges, hogy azért hat védően az öngyilkosság valószínűsége ellen, mert az emberi segítség, támasz jobb kilátását rejti különböző emberi bajok, feszültségek esetében. Városokban a társas kapcsolatok alacsonyabb intimitási foka miatt az emberek jobban magukra maradnak, távolabb vannak egymástól. Gazdag, fejlett, individualizálódott társadalomban az emberek versengenek, vetélytársai egymásnak, a társadalmilag kívánatos célokért való hajszában nyűgnek érzik családjukban az öreget, a krónikus beteget, a problémázó, szerencsétlen és sikertelen embert, ilyenekkel idegenek sem kívánnak kapcsolatba lépni, ezeknek kevésbé akad hűséges társuk, barátjuk, szeretőjük. Ilyen körülmények között a segélykérő közlés könnyebben talál részvétlen vagy visszautasító fogadtatásra. Lehetséges, hogy az öngyilkossággyakoriság területi megoszlásainak relatív állandóságában is szerepet játszik az emberi kapcsolatok természete a lokális kultúrában.

Nem bizonyító erejű, de átgondolásra érdemes, hogy a délkelet-alföldi szubkultúra viszonylagos érzelemszegénységére és a létért való kemény küzdelem okozta ridegségére mennyi utalás van Móricz Zsigmond írásaiban, de még az idillizáló, kedves Móra vagy Tömörkény munkáiban is. Ugyanígy a normand vidék emberi kapcsolatainak az a képe, amely pl. Maupassant novelláiból kitűnik, mintegy érthetővé teszi a szuicidium nagyobb gyakoriságát.

Lehetséges, hogy az öngyilkosságok gyakoriságában nálunk az utóbbi években mutatkozó emelkedés — és különösen a kísérletek számának növekedése — ilyen mechanizmuson át történik és visszatükrözi a társadalom fokozódó prosperitását, és ezzel együtt a benne folyó interperszonális vetélkedés fokozódását, az emberi kapcsolatokban — a labdarúgás analógiájával szólva — a „kemény játékstílus" elterjedését (67).



Szakemberek nemzetközi találkozó helye a

Lipcsei Vásár

Német Demokratikus Köztársaság

1971. 9. 5—12.

Nemzetközi ajánlat a vásár területen:
Kémia; kémiai berendezések;
műanyagfeldolgozó gépek; nyomdaipari gépek;
közúti járművek; tűzvédelmi járművek
Fafeldolgozó gépek és szerszámok
Orvostechnika és orvosi labortechnika
Oktatási eszközök és iskolai bútorok; bútorok
Szabad idő kialakítása és sportfelszerelési cikkek;
külföldi kollektív kiállítások
Kereskedelmi és exportirodák

Nemzetközi ajánlat a Belváros vásárépületeiben
Fogyasztási javak iparának 22 ágazata
Vásárigazolványok és információk egyéni és csoportos utazásokhoz Lipcsébe az összes IBUSZ-irodán keresztül

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
IV. Sebészeti Klinika (igazgató: Kudász József dr.)
és Csákvári Megyei Tüdőbeteggyógyintézet
(igazgató: Majzik Gábor dr.)

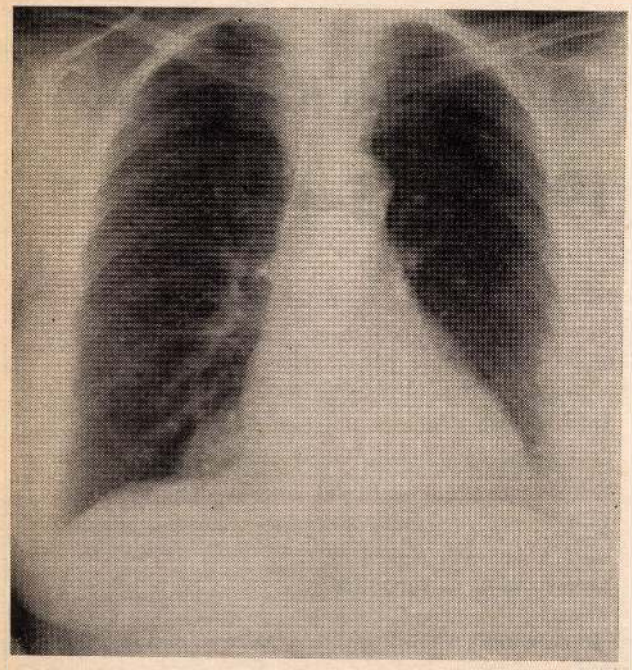
A Morgagni-féle rekeszsérvről

Besznyák István dr., Nyíri Júlia dr.,
Kalmár Imre dr., Nemes Attila dr.,
Sebestény Miklós dr. és Üveges Jenő dr.

A Morgagni-féle subcostosternalis hernia a rekeszsérvek között is ritka. A hazai irodalomban *Karády* és *Szántó* (12), valamint *Keszler* és *Leitner* (13) 3-3, *Juhász, Kerényi* és *Ungár* (11), *Póka* és *Csomor* (18) 2—2, *Baksa, Vincze* és *Dankó* (2), *Gyarmati* és *Liszka* (6), *Pintér* és *Bándi* (17), *Winter* és *Bikfalvi* (21) pedig 1—1 esetet közöltek. Az alábbiakban 9 operált betegünkről számolunk be.

Betegismertetés

1. beteg: 52 éves corpulens nő mellkas rtg-átvilágítása során fedezték fel j. o. paracardialis elváltozását, amely a betegnek panaszt nem okozott *(1. ábra)*. Thoracotomia alkalmával a foramen Morgagniin át a mellüregbe türemkedő, 4 × 4 × 2 cm nagyságú sérvtömlőben cseplesz és gyomorrészlet volt található. Ezt a hasüregbe visszahelyeztük, majd a sérvkaput a rekesz pars sternalisába és costalisába helyezett csomós öltésekkel zártuk. A beteg panaszmentesen távozott.



1. ábra.
J. o. paracardialis árnyék, mely műtét során Morgagni-sérvnek bizonyult (postero-anterior rtg-felvétel)

2. beteg: 9 éves fiú, 4 éves kora óta futáskor, tornázáskor erős fájdalmakat érzett jobb mellkasfelében, olykor hányingere volt. Az elvégzett mellkas rtg-vizsgálat j. o. paracardialis árnyékot mutatott *(2. ábra)*. Emiatt thoracotomiát végeztünk. Műtét során a Morgagni-féle háromszögben 10 × 5 × 5 cm nagyságú sérvtömlő boltosult elő, amely medialisan a pericardiumhoz, elöl pedig a mellkasfalhoz letapadt. A sérvben a colon transversum egy része volt megtalálható, amelyet a hasüregbe visszahelyeztünk. A rekesz elülső szabad szélét a bordák periosteumához és a rectushüvelyhez levarrva a sérvkaput zártuk. Panaszmentesen távozott.



2. ábra.
9 éves fiú oldalirányú rtg-felvételén jól látható a Morgagni-sérv tömlőjében levő bélrészlet gázárnyéka

3. beteg: 50 éves nő felvétele előtt néhány hónappal minden előzmény nélkül dyspnoés lett. Mellkas rtg-vizsgálattal rekeszsérv gyanúja merült fel. J. o. thoracotomia során a foramen Morgagniin át a mellüregbe türemkedő, almányi sérvtömlőt találtunk, amelynek tartalma cseplesz és zsírszövet. Ezt a hasüregbe visszahelyeztük, a sérvkaput pedig csomós öltésekkel zártuk. A beteg gyógyultan távozott.

4. beteg: 53 éves adiposus nő, felvétele előtt 5 hónappal mellkasi szűrővizsgálat alkalmával fedezték fel j. szív-rekesz szögleti elváltozását, amely a betegnek panaszt nem okozott. J. o. thoracotomiából a trigonum sternocostalen át a mellüregbe türemkedő csepleszrészletet reponáltuk. A sérvkapu felett elhelyezkedő ökölnyi lipomát eltávolítottuk, a sérvkaput csomós öltésekkel zártuk. Műtét után 1 évvel a beteg panaszmentes.

5. beteg: 53 éves piknikus alkatú nő kb. 4 év óta érzett bizonytalan jellegű fájdalmakat j. mellkasfelében. Mellkas rtg-felvételen a j. szívrekesz szögletben elöl kb. fél almányi homály látható, amely felfelé élesen határolt, alul a rekesszel függ össze, nekifekszik az elülső mellkasfalnak. Thoracotomia során kitűnt, hogy a fent leírt árnyék lipomának felel meg, amely kis-

Differentiáldiagnostica szempontjából elsősorban letokolt exsudatum, pericardialis lipoma, pericardium diverticulum, cysta, echinococcus, tumor, egyéb paracardialisan elhelyezkedő elváltozások jönnek számításba.

Jóllehet a subcostosternalis sérv általában nem okoz panaszt, a kizáródás veszélye, illetve a sérvtömlő növekedése miatt műtéti megoldását általában indokoltnak tartják.

A sebészi beavatkozás lényege a sérvkapu hátsó, izmos falát alkotó rekeszrészletnek a rectus-hüvelyhez, illetve a bordaporchoz való varrása, lehetőség szerint duplicálása. A műtétet egyesek hasi, mások mellkasi behatolásból végzik. Tagadhatatlan, hogy általában kisebb megterhelést jelent a beteg számára a laparotomia, mint a thoracotomia. Hasi behatolásból azonban egyrészt a tömlőhöz gyakran társuló paracardialis zsírszövet nem irtható ki, másrészt ilyenkor a sérvkapu zárása, a rétegek duplicatiója nem vihető könnyen keresztül. Nem tartjuk előnyösnek a hasi behatolást azért sem, mert a subcostosternalis rekeszsérv pontos diagnosisa praeoperative nem mindig állítható fel teljes biztonsággal. Amennyiben intraoperative kiderül, hogy nem Morgagni-sérvről van szó, hanem egyéb paracardialis elváltozásról, annak laparotomia útján történő megoldása nehezebb, olykor lehetetlen. Mellkasi behatolásból viszont a subcostosternalis rekeszsérv exploratiója és megoldása könnyebb, ebből a behatolásból pedig a differentiáldiagnosticailag szóba jövő egyéb elváltozások is megoldhatók.

Magunk a mellkasi behatolást tartjuk célszerűnek a Morgagni-sérv műtéti megoldására.

Összefoglalás. Szerzők 9 operált Morgagni-sérv bemutatása során tárgyalják ezen ritka elváltozás kialakulásának okait, klinikai tüneteit, diagnosticáját, differentialdiagnosticáját és therapiáját. A műtéti behatolásra előnyösebbnek tartják a thoracotomiát mint a laparotomiát.

A kézirat beküldése óta további két Morgagni-sérvet operáltunk, egy 50 éves és egy 32 éves nőnél.

IRODALOM: 1. *Baffes, T. G.:* Diaphragmatic hernia in Benson, C. D., W. T. Mustard, M. M. Ravitch, W. H. Snyder jr. and K. J. Welch: Pediatric Surgery. Vol. 1. Chicago, 1962, Year Book Medical Publishers, Inc, 259. — 2. *Baksa J., Vincze J., Dankó J.:* Magy. Sebész. 1968, *21*, 217. — 3. *Baran, E. M., H. E. Houston, H. B. Lynn, E. J. O'Connell:* Surgery. 1967, *62*, 1076. — 4. *Denisart, P.:* J. Chir. 1951, *67*, 407. — 5. *Grewe, H. E.* und *R. Ney:* Zbl. Chir. 1965, *90*, 601. — 6. *Gyarmati L., Liszka Gy.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 1138. — 7. *Harrington, S. W.:* Surg. Gynec. Obstet. 1941, *73*, 601. — 8. *Hedblom, C. A.:* Ann. Surg. 1931, *94*, 776. — 9. *Jäckel, E.:* Zbl. Chir. 1964, *89*, 705. — 10. *Johnson, D. G., R. M. Deaner, C. E. Koop:* Surgery. 1967, *62*, 1082. — 11. *Juhász I., Kerényi A.* és *Ungár I.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 2412. — 12. *Karády Gy.* és *Szántó I.:* Magy. Sebész. 1958, *11*, 100. — 13. *Keszler P.* és *Leitner E.:* Magy. Sebész. 1968, *21*, 209. — 14. *Konrad, R. M.* und *F. Rotthoff:* Zbl. Chir. 1961, *68*, 894. — 15. *Lüscher, M.:* Arch. Klin. Chir. 1951, *269*, 183. — 16. *Ney, R.:* Chirurg. 1967, *38*, 405. — 17. *Pintér E., Bándi T.:* Orv. Hetil. 1959, *100*, 1303. — 18. *Póka L.* és *Csomor L.:* Magy. Sebész. 1955, *8*, 220.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség.

Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

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

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ"

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszap-kompressz forgalombahozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte.

A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

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

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

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozása szerint az alábbi testrészekre applikálható:

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

ujj vastagságú kocsánnyal áthalad a foramen Morgagniin. A lipomát resecáltuk, a sérvkaput pedig zártuk: a rekesz szélét az elülső mellkasfalhoz öltöttük. A beteg a 12. postoperativ napon gyógyultan távozott.

6. beteg: 42 éves adiposus nő panaszmentesen került klinikai felvételre. J. o.-i paracardialis árnyékát kb. 1 év óta észlelték, ezen idő alatt fokozatosan növekedett. Mellkas rtg-vizsgálattal és pneumoperitoneum segítségével sikerült kimutatni a Morgagni típusú rekeszsérvet, amelyet thoracotomiából exploráltunk. A kb. 4 cm^2 nagyságú sérvkapun át cseplesz türemkedett a mellüregbe. A cseplészrészletet resecaltuk, a sérvkaput 3 csomós öltéssel zártuk. Fél évvel a műtét után a beteg tünet- és panaszmentes.

7. beteg: 55 éves corpulens nő j. o.-i paracardialis elváltozását mellkasi rtg-szűrővizsgálat során vették észre. A beteg bizonytalan mellkasi fájdalmaktól eltekintve panaszmentes. Kivizsgálás során Morgagni típusú rekeszsérvet diagnosztizáltunk, emiatt thoracotomiát végeztünk. Műtét során paracardialisan, a rekeszszel összefüggő, női ökölnyi, savós hártya borított kp. tömött resistentiát találtunk, amelyet a Morgagni-résen át a mellüregbe türemkedett cseplesz és zsírszövet alkotott. A sérvtömlőt tartalmával együtt a hasüregbe visszahelyeztük, majd a Morgagni-féle nyílást 5 csomós selyemöltéssel zártuk. Szövődménymentes postoperativ szak 13. napján a beteg gyógyultan távozott.

8. beteg: 24 éves, adiposus nőbeteg szűrővizsgálattal felfedezett j. o.-i paracardialis elváltozását Morgagni-sérvnek diagnosztizálta a beküldő tüdőosztály. Az elváltozás a betegnek panaszt nem okozott. A 6. bordaközben végzett explorativ thoracotomia során kisalmányi képletet találtunk a szív-rekesz szögletben. A képlet zsírszövetből és csepleszből állott, amelyet tömlőszerű savós hártya borított. A sérvtartalmat a hasüregbe visszahelyezve a sérvkaput csomós öltésekkel zártuk. A beteg panaszmentesen távozott.

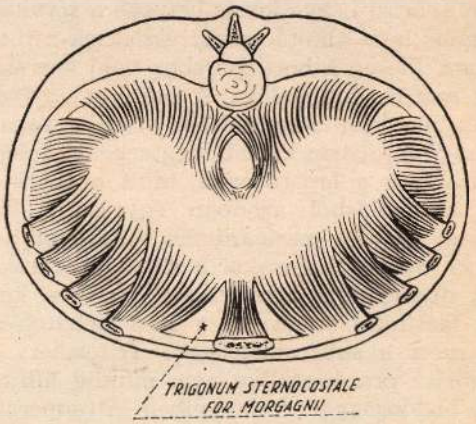
9. beteg: 51 éves férfi, j. szív-rekesz szögleti, almányi árnyékát szűrővizsgálaton fedezték fel. A beteg étkezés után puffadásról, teltségérzésről panaszkodik, egyébként panaszmentes. Vizsgálatainkkal a j. rekeszfél relaxatióját és Morgagni típusú rekeszsérvet diagnosztizáltunk. Thoracotomia során kb. 2 ujjnyi tágasságú hiatus Morgagniin keresztül a mellüregbe türemkedett sérvtömlőt találtunk, amelynek tartalmát cseplesz- és vékonybélrészletek alkották. Ezeket a hasüregbe visszahelyeztük, majd a sérvkaput csomós öltésekkel zártuk. A beteg panaszmentesen távozott.

Megbeszélés

A subcostosternalis vagy parasternalis rekeszsérvnek általában 3 típusát különítik el:

1. Hernia diaphragmatica parasternalis dextra (Morgagni-féle sérv) *(3. ábra).*
2. Hernia diaphragmatica parasternalis sinistra (Larrey-féle sérv).
3. Hernia diaphragmatica parasternalis bilateralis.

Morgagni 625 boncolás alapján írta le a nevét viselő rekeszsérvet (3). Megállapítása szerint a sérv kapuját a cartilago xyphoideáról eredő s a szomszédos rostok közötti nyílás képezi. A subcostosternalis rekeszsérvek gyakoriságát az összes rekeszsérvek 1,9—5,9%-ára becsülik (7, 8, 19). Eredetüket illetően egyesek szerzett, mások veleszületett mivoltuk mellett foglalnak állást (4, 15). Congenitalis eredet mellett szól egyrészt az a tény, hogy újszülötteken is észlelték (4), másrészt, hogy gyakran társul más fejlődési rendellenességekkel (19). Az esetek zöme azonban középkorú vagy idősebb egyén, leginkább adiposus nő. Ez a körülmény — az anatómiai viszonyok figyelembevételével — szerzett voltuk mellett szól. *Lüscher* (15) szerint ezek a sérvek congenitalisak és szerzettek egyaránt lehetnek. Kialakulásukban a mellüreg szívó hatása, a hasűri nyomás fokozódása mellett jelentősége lehet a sérvkapu nagyságának és helyzetének. Jóllehet egyéb sérvek esetén is felmerül a praeperitoneális zsírszövet „fokozott burjánzási hajlama", a Morgagni-sérveknél ez egészen szembetűnő. Az általában adiposus betegek sérvkapuján át többnyire megtalálható a kitüremkedett, változó mennyiségű zsírszövet. Egyesek a Morgagni-sérv első stádiumának azt az állapotot tartják, amikor még csak a praeperitonealis lipoma türemkedik át a foramen Morgagniin. Második stádiumban már sérvtömlő is megjelenik a prolabált zsírszövet mellett, a harmadik stádiumban pedig már valamilyen tartalom is található a sérvtömlőben. Így érthető, hogy egyes esetekben valódi, más esetekben sérvtömlő nélküli Morgagni-sérvekkel állunk szemben. Az adipositas szerepét eseteink alapján hangsúlyoznunk kell, mivel 9 betegünk közül 6 kifejezetten adiposus volt.



3. ábra.
Vázlatos rajz a Morgagni-féle sérv kilépési helyéről

A Morgagni-féle sérvben szenvedő beteg panaszai nem jellegzetesek. Teltségérzés, meteorismus, hányinger, felböfögés, hasmenés, obstipatio, „felső hasféli kólikák" inkább gyomor- és epebántalmakra irányítják a figyelmet. Olykor a sternum mögötti nyomásérzékenység, fájdalmak jelentkeznek, néha ingerköhögés. Az esetek tekintélyes részében azonban a beteg panaszmentes.

Az elváltozás diagnosticájában döntő szerepe van a rtg-vizsgálatnak:

Postero-anterior felvételen általában éles szélű, felfelé concav határú árnyék látható, a j. szív-rekesz szögletben, alapja a rekesztől többnyire nem differentiálható el. Az oldalirányú felvételen kimutatható, hogy az árnyék közvetlenül az elülső mellkasfal mögött foglal helyet. A sérv hátsó széle a rekeszfelszínnel általában hegyes szöget zár be. Az árnyék jellege a sérvtartalom minéműségétől függ. Parenchymás szerv (pl. máj) vagy béltartalommal telt bélrészlet, cseplesz, lágyrész intenzitású, homogen árnyékot ad, míg ha a sérvtömlőben gázos belek helyezkednek el, az árnyékban ritkulások láthatók. Rétegfelvétel segítségével a folyamat pontosabb localisatiója és kiterjedésének meghatározása lehetséges.

Igen értékesnek tartjuk a Morgagni-sérv diagnosticájában a pneumoperitoneumot. Segítségével az elváltozás abdominalis és thoracalis kiterjedése, a rekesszel való összefüggése tisztázható.

Fővárosi Tanács Péterfy Sándor utcai Kórház,
„A" Belosztály és Klinikai Farmakológiai Kutatócsoport
(vezető: Bíró László dr.)

Klinikai-farmakológiai és kísérletes vizsgálatok Septrin^{R}-nel

Bíró László dr., Iván Éva dr.,
Perényi Tibor dr. és Árr Magda dr.

A vizsgált készítmény két antimicrobásan aktív anyagot tartalmaz: egy diaminopyrimidin származékot, a trimethoprimet [2,4-diamino-5-(3,4,5-trimetoxi-benzyl) pyrimidin] és egy sulfonamidot [sulfamethoxazol; 3-sulpa- 5 methyl-isoxazol].*

A trimethoprim (TMP) antimicrobás hatása nagyszámú diaminopyrimidin származékok vizsgálata közben vált ismeretessé *Roth és mtsai* (24) közlése alapján. További vizsgálatok kiderítették, hogy a TMP hasonló módon fejti ki hatását a microorganismusokra, mint a sulfonamidok.

Feltételezhető volt, hogy a TMP — hasonlóan a sulfonamidokhoz — a folsav biosynthesis valamelyik lépését gátolja. *Hitchings és mtsai* (16) azt is megfigyelték, hogy a diamino pyrimidin származékok a Streptococcus faecalisra kifejtett gátló hatása felfüggeszthető, ha folát helyett tetrahydrofolsavat használtak mint növekedési faktort. Nyilvánvalóvá vált tehát, hogy a diamino-pyrimidin származékok a folsav redukcióját gátolják. A phylogenesis különböző fokán levő organismusokból isolált dihydrofolsav-reductázok különböző mértékű érzékenységet mutatnak TMP-vel szemben (4). A bacteriális eredetű enzymek a legérzékenyebbek (100 000-szer érzékenyebb a human eredetűnél) és ez utóbbi magyarázza a TMP jó chemotherapiás felhasználhatóságát.

Az 1. ábrán vázlatosan feltüntettük a sulfonamidok és a TMP hatásának valószínű helyét a folsav biosynthesisben.

p-aminobenzoesav +
pteridin
↓ ⇐TRIMETHOPRIM
dihydrofolsav
↓ ⇐SULFONAMIDOK
tetrahydrofolsav

A vázlat alapján nem meglepő, hogy a TMP a sulfonamidokkal együtt synergista hatású. In vitro vizsgálatokkal igazolták, hogy a különböző szerkezetű sulfonamidokkal a synergismus mértéke eltérő (6). A TMP önmagában is, de sulfonamidokkal kombinálva szélesebb hatásspectrumot mutat, egyaránt gátolja a Gram positiv és negativ microorganismusok növekedését (5, 6).

A TMP önmagában is néhány microorganismussal szemben részleges bactericid hatást mutat, sulfonamidokkal kombinálva a cid hatás többszörösére fokozódik (5, 10). A TMP-vel és sulfonamidokkal szemben külön-külön gyorsan alakulnak ki resistens mutánsok, kombinációban a resistentia kialakulása rendkívül lassú (27).

A TMP és sulfonamid kombinációk jó antimicrobás hatásuk alapján széles körben kerültek klinikai alkalmazásra. Légúti infectiók kezelésében jó eredményekről számoltak be *Drew és mtsai* (13), *Hughes* (18) és *Pines és mtsai* (22). Eredményesen alkalmazták E. coli (10), valamint Proteus okozta sepsisben (7, 21). Kiterjedten alkalmazzák húgyúti infectiók kezelésére, jó hatással *Reeves és mtsai* (23), *Sourander* és *Werner* (25), *Korman* és *Tendler* (20), *Brumfitt és mtsai* (3), *Grüneberg* és *Kolbe* (15), *Hitzenberger* (17). *Csonka* és *Knight* (9), ill. *Csonka* (8) gonococcus okozta infectiók kezelése kapcsán számolt be jó eredményről.

Jó klinikai alkalmazhatósága mellett néhány esetben beszámoltak múló jellegű haematológiai mellékhatásról is (1, 8, 19, 22, 25).

Saját vizsgálatainkban 150 chronicus infectióban szenvedő beteget részesítettünk Septrin^{R} kezelésben, ezek közül 131 pyelonephritis chronicában, 19 cholecysto-cholangitis chronicában szenvedett.

Anyagok és módszerek

A beteganyag megválasztása és vizsgálata:

A chronicus pyelonephritis definitiójaként (*Hitzenberger*, 1970) a legalább 3 hónapja fennálló, gyulladásos folyamatot, melynél a positiv vizeletlelet és tenyésztési eredmény mindvégig fennállt és a klinikai kép, az intravénás pyelographia vagy a vesefunctiós (kreatinin clearance, spontán fajsúly) vizsgálatok a diagnosist alátámasztották, fogadtuk el.

A chronicus cholecysto-cholangitis definitiójaként azokat a legalább 3 hónapja fennálló gyulladásos folyamatokat tekintettük, ahol a klinikai képen kívül positiv tenyésztési eredményt nyertünk, az intravénás cholangiographia vagy a májfunctiós vizsgálatok (SGOT, SPGT, bromsulpholein retentio vizsgálat és colloid labilitási próbák) a diagnosist alátámasztották.

Betegeink kezelését akkor kezdtük el, ha a vizeletből, ill. epéből három ízben azonos, Septrin^{R}-re érzékeny kórokozó tenyészett ki. A kezelés első napján 4 tabl. (320 mg TMP + 1600 mg SMX) Septrin^{R}-t egyszerre, majd kilenc napon át napi négyszer 1 tablettát adtunk.

Ellenőrző tenyésztést a kezelés ötödik napján, hat hét, három és hat hónap múlva végeztünk. Javulásnak tekintettük, ha legalább hat hétig, gyógyultnak, ha fél év után is sterilnek bizonyult a vizelet-, illetve epeminta.

A készítmény mellékhatásának vizsgálatára, a klinikai megfigyelésen kívül, a kezelés ideje alatt ellenőriztük a mennyiségi és minőségi vérképet, thrombocytaszámot, valamint a serum LDH aktivitást.

Kórokozók érzékenységi vizsgálata

Klinikai anyagból (vizelet, köpet, epe) isolált kórokozók érzékenységét a Wellcome-cég által készített 25,0 mcg hatóanyagot (TMP:SMX 1:5) tartalmazó ko-

* A vizsgálati anyagot a Wellcome and Co (London) cég bocsátotta rendelkezésünkre. A készítmény Septrin néven ismeretes, 1 rész trimethoprimet és 5 rész sulfamethoxazolt tartalmaz és oralis kezelésre alkalmas. (Magyarországon nincs forgalomban. — *Szerk.*)

** Az Országos Műszaki Fejlesztési Bizottság anyagi támogatásával készült munka.

rongokkal végeztük Dried nutritient agaron (Wellcome).

A synergen hatás mértékének vizsgálatára minimális gátlási concentratiót (MIC) határoztunk meg TMP és SMX, valamint a kettő 1:5 arányú kombinációjával. A vizsgálatot folyékony táptalajban sorozathígítással végeztük.

A TMP és SMX concentratiójának meghatározása serumban és vizeletben.

A Septrin[R] alkotórészeinek aránya a serumban és vizeletben megváltozhat és a synergen hatásra való tekintettel az alkotórészek külön mennyiségi meghatározása vált szükségessé. Ezért a TMP és SMX szétválasztására egy kombinált extractiós módszert használtunk és a mennyiségi meghatározásokat microbiológiai és chemiai módszerrel végeztük, a komponensek azonosítása és az extractió ellenőrzése chromatographiával történt.

Serum tejsav dehydrogenase (LDH) aktivitásának vizsgálata

Elliott és *Fleming* (14) közleménye szerint folsav anaemiában a serum LDH aktivitása emelkedik és isoenzym képe megváltozik. A Septrin[R] folsav-anyagcserére való hatása miatt kezelt betegeinknél ellenőriztük a serum LDH aktivitását és isoenzym képét a kezelés megkezdése előtt és közben.

Az össz LDH aktivitást *Wroblewski* és *La Due* (32) módszerével határoztuk meg. Az isoenzymek szétválasztására gélelectrophoresist használtunk; az isoenzymek kimutatására *Van der Helm* (26) módszerét alkalmaztuk.

Eredmények és értékelésük

A Septrin[R] antimicrobás hatása:

Klinikai anyagból isolált 1000 kórokozó érzékenységét 25,0 mcg hatóanyagot tartalmazó koronggal szemben az 1. táblázatban tüntettük fel.

Az 1. táblázat adataiból látható, hogy a Septrin[R] in vitro körülmények közt mind a Gram positiv mind a Gram negatív törzsekre jó hatású. Az általunk vizsgált törzsek 70—80%-a volt érzékeny, kivételt a Pseudomonas aeruginosa és a Streptococcus faecalis képez, melyeknél 38, ill. 50%-ban találtunk érzékeny törzseket.

A fent vizsgált törzsek közül 45-ben vizsgáltuk a TMP és SMX hatását külön-külön és 1:5 arányú kombinációban a synergen hatást. Az érzékenységet minimális gátlási concentratióval (MIC) határoztuk meg (2. táblázat).

A kórokozók Septrin érzékenysége — *1. táblázat*

Kórokozó csoport	Vizsgált törzsek száma	Septrin érzékeny	Septrin resistens
E. coli	774	400	174
Proteus csoport	1§3	125	48
Klebsiella	48	38	10
Ps. aeruginosa	36	14	22
Staphylococcus aureus	129	107	22
Str. haemolyticus	2?	15	5
Str. faecalis	20	10	10
Összesen	1000	709	291

Vizsgáltuk a TMP és SMX bacteriostaticus, ill. bactericid hatását a kórokozókra és *Bushby* (5) adataival egyezően a komponensek külön-külön bacteriostaticus kombinációban bactericid hatást mutattak.

A TMP és SMX concentratiójának meghatározása serumban és vizeletben

A serum és vizelet TMP és SMX concentratióját 4 tabletta Septrin[R] adása után vizsgáltuk. A serum concentratio értékeit az extractiós eljárás után microbiológiai titrálással határoztuk meg és követtük nyomon.

A 2. ábrán 3 beteg serum TMP és SMX concentratiós viszonyait tüntettük fel. Az ábrából kitűnik, hogy a komponensek serum concentratióinak aránya eltér a bevitt készítményben levőtől. Mindkét komponens concentratio maximuma 2—4. órában található és 24 óra múlva is a bevitt mennyiség mellett még jól mérhető.

A TMP és SMX vizeletben való ürülését 36 óráig követtük nyomon. Az alkotórészek szétválasztása után concentratiójukat chemiai, ill. microbiológiai módszerrel is meghatároztuk. Az SMX esetében a microbiológiailag aktív (szabad) formában ürült mennyiség meghatározásán kívül mértük sósavas hydrolysis után az ürített összmennyiséget is.

A TMP és SMX synergen hatásának vizsgálata — *2. táblázat*

Törzs megnevezése	Vizsgálat száma	Érzékenység 25 mcg korong	MIC mcg/ml		
			TMP	SMX	TMP:SMX (1:5)
Staph. aureus	10	érzékeny (6)	0,45—4,35	17,5—33,5	0,22— 1,9
		mérs. érz. (4)	4,35— 17,5	31,5—250,0	1,9 — 7,8
E. coli	19	érzékeny (10)	0,9 — 7,8	3,9— 31,0	0,26— 1,9
		mérs. érz. (6)	7,8 — 15,6	31,0—125,0	1,9— 3,9
		resistens (3)	62,0 —125,0	250,0½	15,6—31,25
Proteus csoport	16	érzékeny (9)	3,9 — 7,8	7,8—62,0	0,045—3,9
		mérs. érz. (5)	31,0 —62,0	62,0—125,0	7,8—15,6
		resistens (2)	250,0	500,0	62,5

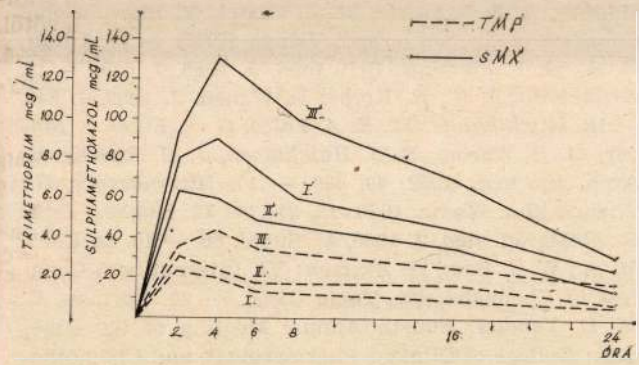
A 2. táblázat adatai alapján irodalmi adatokkal (5,10) megegyezően a két komponens nagyfokú synergen hatását kell feltételezni.

A különböző módszerrel nyert értékek jó egyezést mutatnak.

Vizsgáltuk az aktív SMX/TMP, ill. az össz SMX/TMP arányát betegeink vizeletében a különböző időpontokban. Azt találtuk, hogy esetenként és egy eseten belül is az arányok rendkívül nagy mértékben változnak. Mindenesetre a vizeletben a komponensek aránya nem azonos a készítményben levő aránnyal. Az aktív SMX/TMP hányados 0,8—5,8 között változik, zömmel 2,0 körül mozog. Az össz SMX/TMP hányados 2,0—22,0 között ingadozik és ezen tartományon belül a legkülönbözőbb arányok fordulnak elő. Az össz SMX/TMP arány nagy ingadozásáért elsősorban az SMX különböző mértékű átalakulása felelős. Irodalmi adatokból ismeretes (12, 30, 31), hogy a sulfonamid származékok különböző mértékben alakulnak át a szervezetben. *Brandman* és *Engelberg* (1) vizsgálataiból tudjuk, hogy az SMX nagy százalékban ürül a vizeletben microbiológiailag inaktív N^4-acetyl metabolitként. Mivel a sulfonamidok N^4-acyleződése elsősorban a májban (11, 28, 29) és az N^4-acyl származékok desacetylezése a vesében történik (2), a máj- és vesefunctio változásai nagymértékben befolyásolhatják az SMX és metabolitjainak arányát. A két komponens synergen hatására való tekintettel az in vitro körülmények közt 1:5 arányban vizsgált és kapott érzékenységi eredmények nem azonosak egyértelműen az in vivo várható eredményekkel.

A vizeletben 36 óra alatt ürült TMP, ill. aktív és inaktív SMX százalékos arányát a 3. ábrán tüntettük fel.

A 3. ábrából látható, hogy ép vesefunctio mellett a TMP 70—80%-a ürül ki 36 óra alatt, az össz SMX 83—85%-a, melyből aktív formában csak 29—30% ürül. Beszűkült vesefunctio esetén a TMP-nek csupán 42%-a, az SMX-nek 54%-a ürül, melyből 21% aktív.

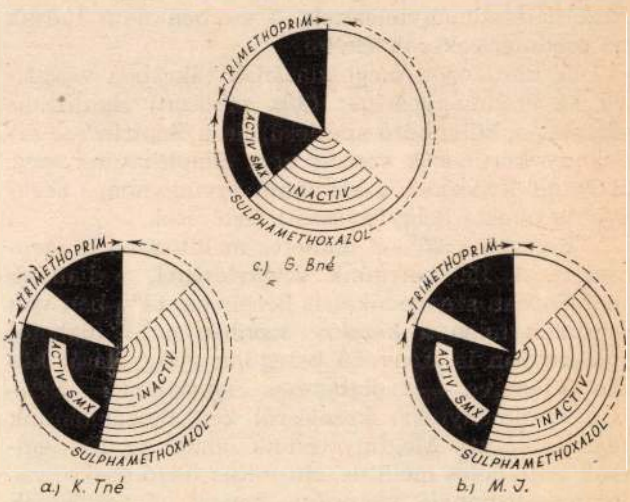


2. ábra.
A TMP és SMX serum concentratiója. (3 eset, 4 tabl. Septrin^R adása után)

A bemutatott három eseten kívül több azonos vizsgálatot végeztünk és hasonló eredményeket kaptunk.

Osztályunkon fekvő 150 beteg részesült Septrin^R kezelésben. Betegeink közül 131 pyelonephritis chronicában, 19 cholecysto-cholangitis chronicában szenvedett. Nagyrészük visszatérő beteg volt, aki már több antibioticus kúrában is részesült. Ennek megfelelően Septrin^R-re érzékeny kórokozójuk a használatos antibioticumok nagy részével szemben resistensnek mutatkozott. A diabetes mellitus, mely a chronikus fertőzések egyik leggyakoribb praedisponáló tényezője, saját beteganyagunkban is igen magas, közel 25%-os arányban szerepelt.

Betegeinket 10 napig kezeltük és a kezelés eredményességét a 6. hét, illetve fél év után is sterilnek bizonyult vizelet és epe tenyésztés alapján állapítottuk meg. Az eredményeket a betegeink diagnosisa, a kórokozó szerint való megoszlás és a diabetes mellitus mint kísérőbetegség előfordulása szerint a 3 a, b, c táblázatban mutatjuk be.



3. ábra.
A vizelettel 36 óra alatt ürült TMP és SMX (activ és inactiv) megoszlása 3 betegnél, 4 tabl. Septrin^R adása után
(K. T.-né: cystitis chr.; M. J.: cystitis chr.; G. B.-né: pyelonephritis chr.; cirrhosis hepatis, diabetes mellitus; cor pulmonale, St. p.: infarctus lienis)

3/a. táblázat

Beteganyagunk gyógyulási aránya

Dg.	Eset	Gyógyult		Javult		Eredménytelen		Nem értékelhető		Mellékhatás	
Pyelonephritis chr.	131	75	85	28	28	15	21	13	16	5	6
Cholecysto-cholangitis chr.	19	10		0		6		3		1	

Betegeink gyógyulási aránya kórokozók szerint *3/b. táblázat*

Kórokozó	Eset szám	Gyógyult		Javult		Eredménytelen		Nem érkelhető	
E. coli	103	67	85	18	28	10	21	8	16
Proteus csoport	38	16		9		8		5	
Klebsiella	3	2		0		0		1	
Ps. aeruginosa	6	0		1		3		2	

3/c. táblázat

Betegeink gyógyulási arányának változása diabetes mellitusban

Összdiabeteses:	Gyógyult	Javult	Eredménytelen	Nem értékelt	Mellékhatás
37	10	1	18	6	2

Mint a 3/a. táblázatból látható, a 131 pyelonephritis chronicában szenvedő beteg közül csak 15 esetben bizonyult a kezelés eredménytelennek, 13 esetben különböző okok miatt (nem telt még le a teljes kiértékeléshez szükséges idő, a beteg nem jelent meg a kontroll vizsgálaton, időközben meghalt), nem volt értékelhető. Cholecystitis chronicában szenvedő 19 betegünk közül 6-nál bizonyult a kezelés eredménytelennek, 3 esetben nem tudtuk az eredményeket értékelni.

A kórokozók megoszlásának tükrében vizsgálva az eredményességet (3/b. táblázat) significans eltérést a különböző speciesű, de a Septrin^{R}-re érzékeny kórokozók szerint nem állapíthatunk meg. Kivételt képeznek a kisszámú Pseudomonas aeruginosa okozta belgyógyászati fertőzések.

Betegeink 25%-a diabetes mellitusban is szenvedett. A 150 betegünk értékelésénél, a diabetes mellitusban szenvedőket is beleértve, 14%-ban volt eredménytelen a kezelés, azonban a 37 diabetes mellitusban is szenvedő betegünk gyógyulását külön értékelve — a diabeteses csoportban — 50%-ban eredménytelen kezelésről kell beszámolnunk (3/c. táblázat). Megfigyelésünk adatot nyújt nemcsak a diabetes mellitus, chronicus fertőzésekre való, praedisponáló szerepére, hanem a fertőzések fenntartására vonatkozóan is.

A Septrin^{R} kezelés lehetséges haematológiai mellékhatásai miatt, a teljes vérkép és thrombocytaszám ellenőrzése mellett, a serum LDH aktivitását is mértük. A Septrin^{R} egyik lehetséges mellékhatása a folsav anaemia és thrombocytopaenia, kifejlődése irodalmi adatok szerint a serum LDH aktivitás növekedésével párhuzamosan halad. 150 vizsgált esetünkből 6 esetben észleltünk mellékhatást és még az sem bizonyított minden esetben, hogy a tüneteket a folsavhiány okozta. Két esetben a betegeknél exanthema jelentkezett testszerte, melyet vvs.- és thrombocytaszám csökkenése kísért, de az LDH aktivitásban nem észleltünk eltérést. A jelenség allergiás jellegűnek is felfogható. A többi 4 esetben a nyelv pirossá válását, a szájban, nyelőcsőben és gyomorban jelzett égő érzést, erythrocytaszám-, thrombocytaszám-csökkenés kísért. Ezekben az esetekben az LDH aktivitásnövekedés a haematológiai eltérésekkel párhuzamosan haladt. Folsav adagolás és a szer elhagyásakor a tünetek múló jellegűnek bizonyultak. Még itt sem találtunk jelentős minőségi vérkép- vagy sternumelváltozást.

150 betegünkből 85 maradt fél éven túl is panaszmentes és fél éven túl is steril vizelet- és epetenyésztési eredményeket nyertünk. A 6 esetben előforduló enyhe mellékhatást figyelembe véve a szert a chronikus belgyógyászati fertőzések kezelésére alkalmasnak tartjuk.

Összefoglalás. A Septrin^{R} klinikai farmakológiai vizsgálatát végeztük, mely két antimicrobásan aktív komponensből áll; trimethoprin 80 mg, sulphamtoxasol 400 mg/tabl.

Klinikai anyagból isolált 1000 kórokozó érzékenységét vizsgáltuk és jó hatásúnak találtuk mind Gram positiv, mind negatív törzsekre. A két komponens együttes alkalmazásakor synergista hatást észleltünk.

Részletesen vizsgáltuk a két komponens concentratióját a serumban és a vizeletben. A két komponens aránya jelentősen eltér a készítményben levő arányuktól. A sulphamethoxasol a vizeletben nagy százalékban antimicrobásan inaktív formában ürül.

A fenti készítménnyel 150 beteget kezeltünk, ezek közül 131 pyelonephritis chronicában, 19 cholecysto-cholangitis chronicában szenvedett. A kezelés 10 napig tartott, napi 4 tabletta adása mellett. A kezelésben részesített betegek 14%-ában nem értünk el eredményt, a diabeteses csoportot külön értékelve 50%-os eredménytelenségről számolhatunk be.

Mellékhatást elenyésző számban észleltünk.

IRODALOM: 1. *Brandman, C., R. Engelberg:* Current Therap. Research. 1960, *2*, 364. — 2. *Bridges, J. W., R. T. Williams:* Biochem. J. 1963, *87*, 19. — 3. *Brumfitt, W., M. C. Faiers, R. E. Pursell, D. S. Reeves, A. R. Turnbull:* Postgrad. med. J. 1969, *45*, Suppl. 56. — 4. *Burchall, J. J., G. H. Hitchings:* Mol. Pharmacol. 1965, *1*, 126. — 5. *Bushby, S. R. M.:* Postgrad. med. J. 1969, *45*, Suppl. 10. — 6. *Bushby, S. R. M., G. H. Hitchings:* Brit. J. Pharmacol. 1968, *33*, 72. — 7. *Cooper, R. G., M. Wald:* Med. J. Australia. 1964, *2*, 93. — 8. *Csonka G. W.:* Postgrad. med. J. 1969, *45*. Suppl. 77, — 9. *Csonka G. W., G. J. Knight:* Brit. J. vener. Dis. 1967, *43*, 161. — 10. *Darrell, J. H., L. P. Garrod, P. M. Waternorth:* J. clin. Path. 1968, *21*, 202. — 11. *DiCarlo, F. J., S. G. Malament, L. J. Haynes, G. E. Philips:* Toxicol. Appl. Pharmacol. 1962, *4*, 475. — 12. *DiCarlo, F. J., S. G. Malament, L. J. Haynes, G. E. Phillips:* Toxicol. Appl. Pharmacol. 1963, *5*, 61. — 13. *Drew, C. D. M., D. T. D. Hughes, A. S. E. Fowle, M. A. Cassel:* V. International Congress of Chemotherapy, Vienna (1967) — 14. *Elliott, B. A., A. F. Fleming:* Brit. med. J. 1965, *1*, 626. — 15. *Grüneberg, R. N., R. Kolbe:* Brit. med. J. 1969, *1*, 545. — 16. *Hitchings, G. H., E. A. Falco, G. B. Elion, S. Singer, G. B. Waring, D. J. Hutchinson, J. H. Burchenal:* Arch. Biochem. 1952, *40*, 479. — 17. *Hitzenberger, G.:* Wiener klin. Wschr. 1970, *18*, 343. — 18. *Hughes, D. T. D.:* Postgrad. med. J. 1969, *45*, Suppl. 86. — 19. *de Kock, M. A., W. J. Bam, A. Eksteen:* VI. International Congress of Chemotherapy, Tokio (1969). — 20. *Korman, S., M. D. Tendler:* Fourth Annual Meeting of the American College of Clinical Pharmacology and Chemotherapy, Atlantic City (1967). — 21. *Noall, E. W. P., H. F. G. Sewards, P. M. Waterworth:* Brit. med. J. 1962, *2*, 1101. — 22. *Pines, A., J. S. B. Greenfield, H. R. Aafat, M. Rahman, A. M. Siddiqui:* Postgrad. med. J. 1969, *45*, Suppl. 89. — 23. *Reeves, D. S., M. C. Faiers, R. E. Pursell, W. Brumfitt:* Brit. med. J. 1969, *1*, 541. — 24. *Roth, B., E. A. Falco, G. H. Hitchings:* J. med. pharm. Chem. 1962, *5*, 1103. — 25. *Sourander, L. B., G. E. Werner:* V. International Congress of Chemotherapy. Vienna, 1967. — 26. *Van der Helm, H. J.:* Lancet. 1961. *II*, 108. — 27. *Waterworth, P. M.:* Postgrad. med. J. 1969, *45*, Suppl. 21. — 28. *Weber, W. W., S. N. Cohen:* Molec. Pharmacol. 1967, *3*, 266. — 29. *Weber, W. W., S. N. Cohen, M. S. Steinberg:* Ann. N. Y. Acad. Sci. 1968, *151*, 734. — 30. *Williams, R. T.:* Fed. Proc. 1967, *26*, 1029. — 31. *Williams, R. T., D. V. Parke:* Ann. Rev. Pharm. 1964, *4*, 85. — 32. *Wroblewski, F. J. S. LaDue:* Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1955, *90*, 210.

Szegedi Orvostudományi Egyetem, Fül-orr-gégeklinika
(igazgató: Szabon József dr.)
és a Baja V. T. Kórháza, Szemészeti osztály
(főorvos: Vass Zoltán dr.)

Az adenovírusok sejtkárosító hatásának vizsgálata garat- és kötőhártya hámkaparékban

Sütő Mihály dr. és Vass Zoltán dr.

Az eddig ismert adenovírusok 32 típusának természetes gazdája az ember (5). Néhány típus (3-as, 4-es, 7-es, 14-es) gyakran okoz sporadikus, illetve heveny légúti megbetegedéseket (11, 13), valamint pharyngoconjunctivalis lázat (8). A légúti betegségeket okozó adenovírusok tenyészetéből készült vaccinával jó eredményeket értek el e betegségek megelőzésében. A 8-as típus a keratoconjunctivitis epidemicával (kc. e.) van oki összefüggésben. E vírusok izolálása többek között a sebészileg eltávolított adenoidok és tonsillák mintegy 90%-ában lehetséges magának a nyirokszervnek a tenyésztése révén (1, 2). Az így izolált vagy a heveny betegségben szenvedők torokváladékából, conjunctivájáról származó vírus a szokásos módon szaporodik és cytopathogen hatást fejt ki HeLa Detroit 6 sejttörzs, emberi amnion, majomvese és más sejttenyészetekben. Némelyik típus kristályos szerkezetű magzárványokat képez (14).

Az adenovírus fertőzések világszerte elterjedtek és az általuk okozott megbetegedések igen változatosak. Előfordul, hogy különböző típusok hasonló klinikai tünetekkel járó betegségeket okoznak, ugyanakkor azonos kórokozók eltérő megbetegedésekhez vezetnek. Kimutatták azt is, hogy az adenovírusok főleg tavasszal és télen idéznek elő nagy számban fertőzéseket (17). A 3-as típusú adenovírus pedig fiatal gyermekekből gyakrabban mutatható ki, mint felnőttekből.

A nagy számú víruskutatás mellett (18, 19) a hazai irodalomban is figyelemre méltó számban jelentek meg olyan közlemények, amelyek az adenovírusok által okozott betegségek klinikai vonatkozásait tárgyalják (3, 4, 6, 8, 9, 10). Az irodalmi adatok csaknem egybehangzóan kihangsúlyozzák a nyálkahártya degeneratív folyamatát és védelmi szerepének komoly csökkenését. Vizsgálatainkban ezeket a nyálkahártya-elváltozásokat figyeltük a 3-as típus által okozott, klinikailag pharyngoconjunctivalis láznak imponáló eseteiben, valamint a 8-as típus által előidézett kc. e. manifesztációja során.

Beteganyag

Vizsgálatainkat a SZOTE Fül-orr-gége-, Szemészeti és Gyermekgyógyászati Klinika, továbbá a bajai kórház szemészeti osztályának beteganyagán végeztük az 1962—1970-es években. A pharyngoconjunctivalis láz 115 esetét vizsgáltuk meg 3—12 éves fiú- és leánygyermekeken. A kc. e. 162 esetét elemeztük 10—58 éves korig mindkét nemhez tartozó egyéneken.

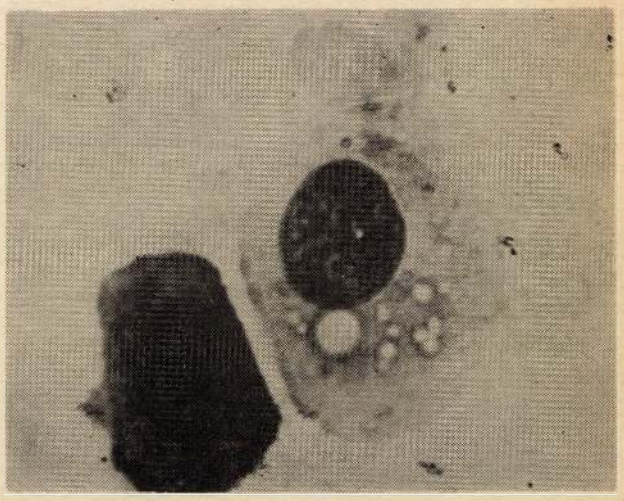
Vizsgálati módszer

Fél százalékos pantocainos érzéstelenítés után platinakaccsal hámkaparékot vettünk az epipharynx, valamint a hátsó garatív nyálkahártyájáról. A hámkaparékból kenetet készítve, 3 perces metilalkoholos fixálás után Giemsával festettük. A kötőhártya hámkaparékot hasonló módon nyertük. A készítményt immerziós nagyítással vizsgálva, legfeltűnőbbnek a sejtmagelváltozásokat találtuk.

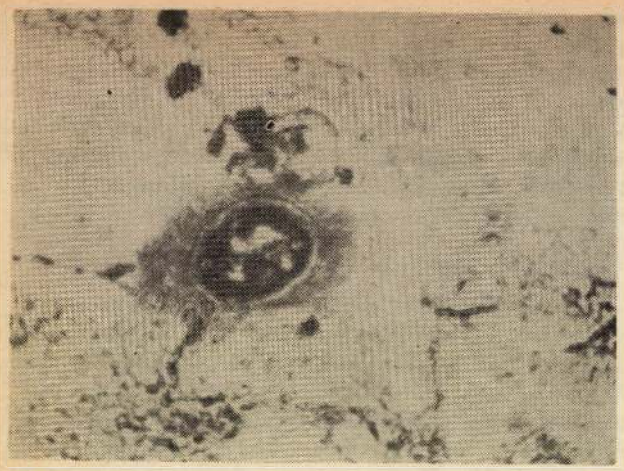
Vizsgálati eredményeink

Az adenovírus sejtkárosító hatását tekintve a magban levő elváltozások különböző fokozatait figyelhettük meg. A korai szakban a sejtkárosító hatás következtében vacuolák jelennek meg. Ezeket a képződményeket előbb a plazmában lehet megfigyelni. A vakuolizálódási folyamat már a betegség manifesztációjának elején kezdetét veszi. A plazmában levő vacuolák különböző nagyságot érnek el, ugyanakkor initialis formában a sejtmagban is megjelennek (1. ábra).

A sejtkárosodással egyidejűleg a folyamat progrediál, a vakuolizáció már a sejtmagban is kifejezettebbé válik; a vacuolák nagyobbak, számuk is növekszik. A plazma állományában degeneratio



1. ábra.
Garat hámkaparék pharyngoconjunctivalis láz esetén. Adenovírus 3-as típus által okozott sejtkárosodás



2. ábra.
Kötőhártyahám-kaparék k. c. e. esetén.
Adenovírus 8-as típus által okozott sejtkárosodás

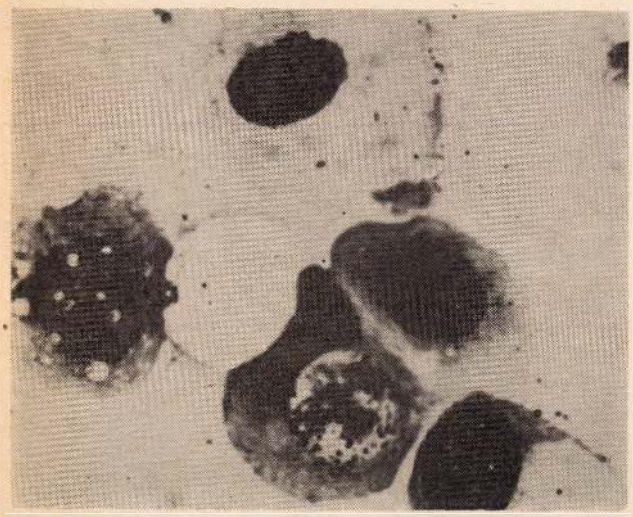
indul meg, a plazma szerkezete azonban a sejtmag körül még felismerhető (2. ábra).

Előrehaladottabb klinikai esetekben a vacuolizáció egyre kifejezettebbé válik, a chromatinállományt már csak a maghártya tartja össze, a sejtmag körül plazmaszerkezetet már nem találunk (3. ábra). Más készítményben a sejtszerkezet teljesen felbomlott, csak magtörmelékek ismerhetők fel (4. ábra). A vizsgálat során gyakran észleltük károsodott és ép sejtek együttes előfordulását (5. ábra).

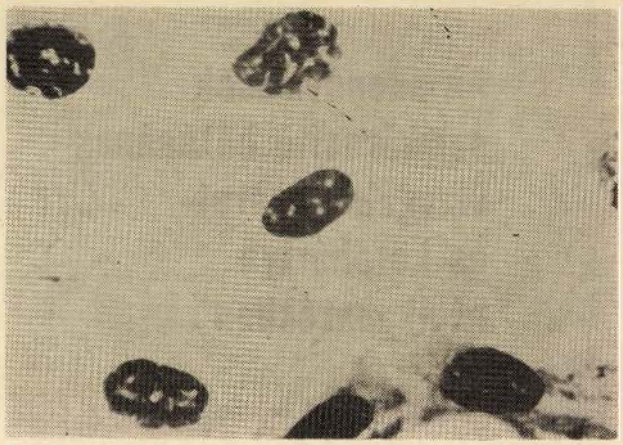
A sejtkárosodást tekintve nem észleltünk significans különbséget a garat- és kötőhártya hámkaparék között. Bár szükségesnek tartjuk megemlíteni, hogy a klinikailag manifeszt pharyngoconjunctivalis lázas betegeink közül 34 esetben csak a garat hámkaparékból sikerült a fenti elváltozások egyikét kimutatni. A kc. e.-s megbetegedésekben szenvedők között viszont a sejtkárosodások a kötőhártya hámkaparékban típusosabbak.

Megbeszélés

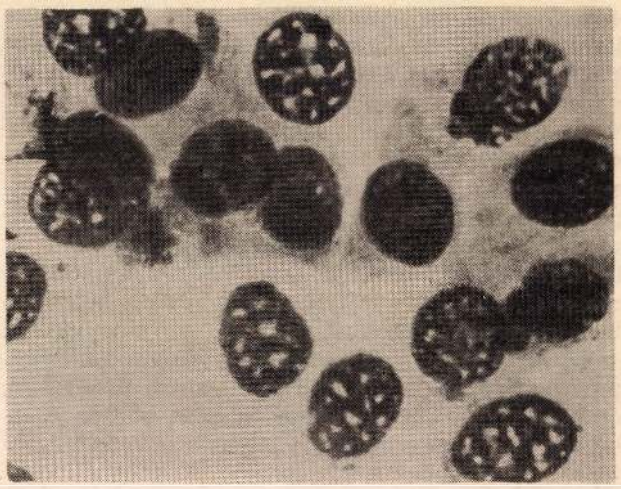
A korábban lezajlott szegedi adenovírusjárvány idején *Kahán* és *Béládi* végeztek vírusizolálást (16). A pharyngoconjunctivalis láz esetén a kórokozó az irodalmi adatokkal egyezően a 3-as, kc. e. esetén pedig a 8-as típushoz tartozott. Ezen vírusizolált egyének egyikének kötőhártya hámkaparékában levő sejtkárosodások tökéletesen megegyeznek az általunk észlelt degeneratív folyamatokkal (6. ábra). Vírusizolálást nem végeztünk, de vizsgálati anyagunk bizonyítottan a 3-as és a 8-as adenovírus által okozott kórképekkel klinikailag megegyező megbetegedésekből származott. Eredményeink összhangban állanak az ide vonatkozó irodalmi adatokkal (12). Feltételeztük, hogy a klinikailag manifesztálódott esetek sporadikus adenovírus fertőzés eredményeként jöttek létre.



3. ábra.
Garathámkaparék pharyngoconjunctivalis láz esetén.
Adenovírus 3-as típus által okozott sejtkárosodás



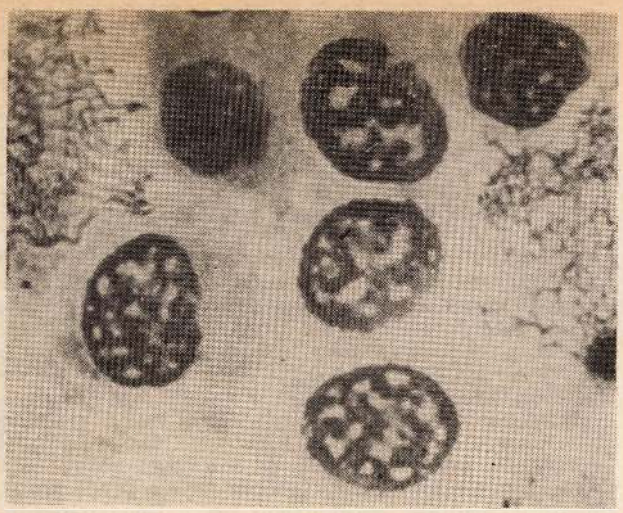
4. ábra.
Kötőhártyahám-kaparék k. c. e. esetén.
Adenovírus 8-as típus által okozott sejtkárosodás



5. ábra.
Garathámkaparék. Vacuolizált és ép sejtek együttes előfordulása pharyngoconjunctivalis láz esetén. Adenovírus 3-as típus

Hazai vonatkozásban az adenovírus által okozott kötőhártya hámsejt elváltozásokkal *Nécsei* foglalkozott (7). Megállapításaink a sejtmagban talált vacuolizáció tekintetében megegyeznek az általa feltételezett magzárványokat azonban módszerünkkel nem észleltük.

Magunk 115 pharyngoconjunctivalis lázas és 162 kc. e.-s beteg garat- és kötőhártya hámkaparék szövettani vizsgálata alapján az adenovírus sejt-



6. ábra.
Kötőhártyahám-kaparék k. c. e.-s betegből. Vírusizolált eset. Adenovírus 8-as típus

károsító hatását elemezve következtettünk a vírusfertőzésre klinikailag manifesztálódott esetekben. A Giemsa festési eljárással a sejtkárosodás bizonyos fokozatait minden esetben sikerült kimutatni. Pharyngoconjunctivalis láz során 81 betegen mind a garat-, mind a kötőhártya hámkaparékból, 34 esetben csak a garat hámkaparékból. Kc. e.-s betegeken csak a kötőhártya hámkaparék adott értékelhető eredményt.

Vizsgálati módszerünk kiegészítésül szolgálhat az adenovírusok által okozott megbetegedések bonyolult diagnosztikus eljárásaihoz. Egyben indokolja azt is, hogy adenovírusos megbetegedések esetén komolyabb figyelmet fordítsunk a garatnyálkahártyán levő típusos elváltozásokra és tovább szélesítsük e kórokozókra jellemző ismereteinket.

Összefoglalás. Szerzők a pharyngoconjunctivalis láz és a keratoconjunctivitis epidemica klinikailag manifesztálódott eseteiben tanulmányozták a garat- és kötőhártya hámkaparékot. A Giemsa festéses eljárással sikerült kimutatniuk az adenovírusokra jellemző sejtkárosító hatást.

IRODALOM: 1. *Rowe, W. P. és mtsai:* Proc. Soc. exp. Biol. Med. 1953, *84,* 570. — 2. *Nász I. és mtsai:* Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1958, *5,* 267. — 3. *Radnót M.:* Orv. Hetil. 1965, *106,* 145. — 4. *Ribári O.:* Orv. Hetil. 1967, *108,* 268. — 5. *Farkas E.:* Orv. Hetil. 1962, *103,* 1537. — 6. *Rowe, W. P.* és *Hartley, J. W.:* Ann. N. Y. Acad. Sci. 1962, *101,* 466. — 7. *Nécsei P.:* Szemészet. 1963, *1,* 19. — 8. *Nász I.:* Orv. Hetil. 1968, *109,* 175. — 9. *Nász I.:* Orv. Hetil. 1966, *107,* 1729. — 10. *Boda D. és mtsai:* Orv. Hetil. 1963, *104,* 2161. — 11. *Tóth M.* és *Osváth P.:* Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1965, *12,* 39. — 12. *Hofman, H.:* Klin. Mbl. Augenheilk. 1955, *127,* 438. — 13. *Kulcsár G. és mtsai:* Egészségtudomány. 1957, *11,* 164. — 14. *Imre Gy. és mtsai:* Szemészet. 1963, *1,* 25. — 15. *Földes Gy.* és *Holló T.:* Orv. Hetil. 1969, *110,* 789. — 16. *Kahán Á.* és *Béládi I.:* Ophthalmologica. 1958, *79,* 135. — 17. *Watson, G. I.:* Proc. roy. Soc. Med. 1969, *62,* 1135. — 18. *Váczi L.:* Orv. Hetil. 1968, *109,* 2577. — 19. *Nász I., Béládi I., Lengyel A.:* Az adenovírusok és kórokozó szerepük. Akadémiai Kiadó, 1967.

Seduxen TABLETTA

Összetétel:	1 tabletta 5 mg diazepam-ot tartalmaz.
Hatás:	Tranquillosedativum, izomrelaxans és anticonvulsiv hatást fejt ki.
Javallat:	Fokozott psychés feszültséggel járó kórképek, ingerlékenység, félelemérzés, szorongás, neurasthenia, vegetativ neurosis, alvászavarok, kényszerneurosisok.
Adagolás:	Általános adagja gyermekeknek és legyengült idős egyéneknek ambulans kúrában naponta 2—3-szor ¼—½ tabletta. Felnőtteknek naponta 3-szor ½—1 tabletta a kezdő adag, melyet az egyéni érzékenység és szükséglet figyelembevételével fokozatosan emelni vagy csökkenteni lehet.
Ellenjavallat:	Myasthenia gravis.
Figyelmeztetés:	A Seduxen — hasonlóan egyéb psychotrop gyógyszerekhez — alkoholfogyasztás esetén, gépjárművezetőknél, magasban dolgozóknál individualis előre nem látható reakciókhoz vezethet.
Megjegyzés:	Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.
Csomagolás:	20 tabletta 11,70 Ft 200 tabletta 102,60 Ft

FORGALOMBA HOZZA: KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Fővárosi Tanács Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelő, B. Szülőnőbeteg osztály (ig.-főorvos: Forgács József dr.)

Aplasia vaginae et uteri dystopiás solitaer vesével szövődött esete – hüvelyképzés sygmabéllel

Zeffer Jenő dr. és Egry György dr.

A női nemi szervek fejlődési rendellenességei gyakran járnak együtt a húgyutak fejlődési rendellenességeivel. Az aplasia vaginae-nak dystopiás (medencei) solitaer vesével való szövődése azonban ritka. *Chavola* (4) 23 hüvely-aplasiás esetből 11-ben talált különféle húgyszervi elváltozást, ebből 5 volt kismedencei solitaer vese. A fejlődési rendellenességeknek ez az egyik legextrémebb megnyilvánulása. *Wieninger* (24) 1952-ben közölt esetét — a világirodalmi adatokat összegyűjtve — a 20.-nak tartja. Megjegyzi, hogy ez a szám sem reális, mivel vannak szerzők — mint *Stiglbauer* (19) és *Markus* (15) —, akik ebbe a fejlődési rendellenességi csoportba sorolták be azokat az eseteiket is, amelyekben az aplasia vaginae patkóvesével szövődött. A hazai irodalomban, az utóbbi időben *Illei* és *Zernik* (9) közölt közel hasonló esetet, de esetükben közösülésre alkalmas hüvelycső lévén, hüvelyképző műtétre nem került sor.

E fejlődési rendellenesség ritkasága miatt tartjuk esetünket közlésre érdemesnek.

K. M., 22 éves beteget 1970. január 1-én vettük fel osztályunkra. Anamnesis: családi anamnesis negatív. Hatéves korában bal oldali lágyéksérvműtét. Egyéb betegség ∅. Mivel még sohasem menstruált, ezért 4 éve már egyik vidéki klinikán vizsgálták, ahol aplasia vaginae-t és jobb oldali dystopiás solitaer vesét találtak. A beteg hüvelyképző műtét céljából kereste fel osztályunkat.

Vizsgálati lelet: vékony, sovány, teljesen nőies alkat, nőies emlők, normális genitalis szőrzet. A vulva rendesen fejlett, a kisajkak is normálisak. Hüvelybemenet nem látszik, a hüvely helyén kötőszövet van. A húgycsőnyílás rendes helyén található, a gát kissé alacsonyabb. Rectalis vizsgálat: uterus nem tapintható, helyén csak egészen vékony köteg sejthető. A kismedencében e kötegtől kissé jobbra, kemény, jól körülhatárolható, fixált resistentia tapintható, amely nem érzékeny. (A már korábban diagnosztizált jobb oldali dystopiás solitaer vese.) Az urológiai vizsgálat (cystoscopia, iv. pyelographia) a jobb oldali dystopiás solitaer vesét igazolta.

Tekintettel arra, hogy a beteg ragaszkodott a hüvelyképző műtéthez, műtéti kivizsgálást végeztünk. A fizikális és laboratóriumi leletek kóros eltérést nem mutattak. Az irrigoscopia elég hosszú sygma-kacsot mutatott (ez a tervezett műtéti eljárás szempontjából volt számunkra fontos!) Sexchromatin vizsgálattal a beteg genetikailag nőnek bizonyult. Chromosoma-vizsgálat: 46,XX. Chromosoma-rendellenesség nincs.

A hüvelyképzést sygmabél-kaccsal terveztük végezni, ezért a beteget ennek megfelelően készítettük elő (Sulfaguanidin, Neomycin). 1970. II. 2-án műtét: alsó medián metszésből nyitjuk meg a hasat. A méh hiányzik, csak egész vékony köteg van a helyén. Petevezetők nincsenek, az ovariumok azonban rendes helyen vannak, épek. A bal vese hiányzik, a jobb vese mélyen a csípőlapát alatt helyezkedik el. Lege artis kb. 20 cm sygma-kacsot iktatunk ki a sygma-rectum határtól felfelé, és ezt a kacsot mobilizáljuk a mesosygmával együtt. Ez könnyen sikerül, mivel a sygma elég hosszú, és mobilis. A kacs vérellátása jó. Ezzel egyidőben az urethra-nyílás és a rectum között — a hüvelynek megfelelően — tompán felfelé preparálunk, alagutat képezünk, majd megnyitva a Douglas-peritoneumot, a jó vérellátású sygma-kacsot nehézség nélkül lehúzzuk. A kacs dystalis szélét az újonnan képezett hüvelybemenetnél körkörösen kivarrjuk a bőrhöz. A kacs proximális végénél a Douglas-peritoneumot körkörösen a sygmához varrjuk, az anastomosist így extraperitonizáljuk. Lege artis appendectomia. Ezután rácsmetszés az ileocoecalis tájékon, a coecumba gumidraint helyezünk Witzel-szerint, s a coecumot a hasfali peritoneumhoz levarrjuk. Sebzárás, gumi-drain a Douglasba, majd réteges hasfalzárás.

Az újonnan képzett hüvelyt antibioticumokkal öblítettük, ujjal tágítgattuk, s bórsavpor + Superseptylpor + Lactobact-porral kezeltük. A beteg a műtét utáni 32. napon távozott. Az újonnan képezett hüvelybemeneti seb pp. gyógyult, a hüvely 2 ujjat befogad. A 6 hét utáni ellenőrző vizsgálatkor a beteg elmondja, hogy a hüvely coitusra alkalmas, orgasmusa is van, váladékképződés minimális.

Esetünkben a bal oldali vese agenesiája a jobb oldali vese dystopiája, valamint a hüvely és méh aplasiája együttesen fordult elő, s a beteg kérésére hüvelyképző műtétet végeztünk sygma-kaccsal.

Megbeszélés

A hüvely aplasiája általában azokkal a fejlődési rendellenességekkel kapcsolatos, amelyeket a Müller-csövek egyesülésének elmaradása okoz. Az egyesülés teljes kimaradása esetén a hüvely felső része, a méh és a petevezetők hiányoznak, a petefészkek viszont rendesen kifejlődhetnek. A hüvely alsó része a sinus urogenitalisból fejlődik. A hüvely-aplasiának ezt a típusát el kell különíteni a hüvely-atresiától, amely az uterovaginális csatorna hiányos kanalizációjának következménye, ilyen esetben azonban rendes nagyságú méhet és függelékeket találunk (26).

Az egyoldali aplasia renis nem ritka. Gyakoriság: 1,095%. A bal oldalon gyakoribb mint a jobbon, a férfiakban kétszer gyakoribb, mint nőkön. Az aplasia keletkezésében a Wolff-cső primer fejlődési zavara a legfontosabb. A vese dystopiája olyan fokú lehet, hogy a vese a kismedencében található (22). *Lini* és *Baranyai* közel 39 000 urológiai beteg között 3 solitaer dystopiás vesét talált (14). *Stewens* (18) szerint 22 000 sectio kapcsán csak egy esetben találtak medencei solitaer vesét.

Röviden összegezve, az urogenitalis tractus fejlődését illetőleg azt mondhatjuk, hogy a Wolff-cső

jelenlététől és fejlődésétől függ a Müller-cső fejlődése. A Wolff-cső hiánya vagy fejlődési zavara nemcsak a maradandó vese kialakulását gátolja, hanem az időbelileg később fejlődő Müller-csövekét is, s így meghatározza a genitalis tractus fejlődését. Ezt igazolták *Grünwald* (7) kísérletei is.

Az ilyen fejlődési rendellenességben szenvedő betegeket mind a veleszületett hüvelyhiány okozta panaszok viszik az orvoshoz. Leginkább a pubertás után, az ivarérett korban. Fő panaszuk a menstruáció hiánya és a közösülési képtelenség. Ezek a nőbetegek csaknem mindannyian normálisan fejlettek és normális külleműek. A hüvelyhiány mögött rejtőzhet pl. testicularis feminisatio is, ezért figyelmeztet *Leduc* (13) arra, hogy veleszületett hüvelyhiány esetén erre gondolni kell, és eziránybán is kell vizsgálatokat végezni.

A hüvelyhiány felismerése könnyű. Nehezebb azonban a dystopiás — néha medencei! — solitaer vese felismerése. Különösen akkor, ha nem is gondolunk rá. *Wieninger* (24) világirodalmi összeállítása szerint a dystopiás solitaer vesét nem minden esetben ismerték fel. Tartották ezt haematometrának, vagy haematosalpinxnak — mint *Stiglbauer* (19), *Márkus* (15), *Wallau* (23) — tartották ovarialis tumornak — mint *Buss* (3), *Stewens* (18) —, amikor is csak az elvégzett laparotomia alkalmával tudták megállapítani, hogy tulajdonképpen dystopiás veséről van szó. Ezért meg kell szívlelnünk *Stoeckel* (20) tanácsát, hogy minden, a kismedencében ülő, az adnexumokkal össze nem függő vagy velük összefüggésbe nem hozható tumor tapintása esetén, gondoljunk dystopiás vesére. Különösen gondolni kell akkor, ha egyidejűleg genitális fejlődési zavar is fennáll. Minden esetben urológiai kivizsgálást kell végeznünk: chromocystoscopia, iv. pyelographia, amely a diagnosist megerősíti. Az egyik oldali veseaplasia legegzaktabb kimutatási módszere a renális arteriographia. Igen fontos a dystopiás solitaer vese felismerése, mert ez meghatározza ilyen esetben a további tennivalókat.

Jelen dolgozatban nem térünk ki a kismedencei solitaer vese szülészeti jelentőségére mint a szülőtevékenység befolyásolása, szülési akadály lehetősége stb.

A veleszületett hüvelyhiányos betegek csaknem mindegyike ragaszkodik ahhoz, hogy — ha menstruatiója nem is — legalább közösülésre alkalmas hüvelye legyen. Ilyen kombinált fejlődési zavar esetén a hüvelyképző műtét fajtáját is meg kell választanunk. Igazat kell adnunk *Wieninger*nek (24), aki — 20 hasonló kórképben 7 esetben elvégzett hüvelyképző műtét tanulságait levonva — azt mondja, hogy ilyen esetekben a túl nagy beavatkozás — mint pl. a Schubert-féle hüvelyképzés — nem alkalmazható, hanem egyszerűbb műtéti megoldást kell választanunk.

Sok külföldi szerző mellett hazai szerzők is beszámoltak hüvelyképző műtétekről, sőt a műtét módosításáról is, pl. *Burger* (2), *Szendi* (21), *Frigyesi* (6), *Kovács F.* (10), *Lajos* (12), *Zoltán* (25) stb., legújabban *Kun* és *Méhes* (11), valamint *Győry* és *Kun* (8).

Nem célunk részletesen tárgyalni *Dupuytren*től kezdve a mai napig végzett és közölt hüvelyképző műtétek fajtáit, csak nagy vonalakban megemlítjük azokat. A hüvelyképző műtétek leggyakoribb fajtája az ún. kétfázisú hüvelyképzés. (Az egyfázisú műtéteket a hosszadalmas utókezelés és a nem kielégítő végleges eredmények miatt hamar elvetették.)

A hüvelyképző műtétek első fázisa azonos: minden hüvelyképző műtét a hüvelycső kialakításával kezdődik a hólyag és végbél között elhelyezkedő kötőszövetben, tompa és éles preparálással. A műtét második fázisában az új hüvelycsövet valamilyen módon hámmal kell bélelni. A hüvelyképző műtéti eljárások ebben a második fázisban térnek el egymástól, vagyis ahogyan ezt a hámbélést megteremtik (25).

Hámbélésnek használtak többek között Tierschlebenyeket, magzatburkot. Felhasználták a nagy- és kisajkak bőrét is. Ezek az eljárások nem váltották be a hozzájuk fűzött elképzeléseket. A rossz tapasztalatok alapján kezdtek alkalmazni hámbélésnek bélkacsokat. Leginkább bevált a sygma-bél felhasználása. Újabban mind több közlemény számol be jó eredményekről.

Mi tekintetbe vettük a beteg jó erőbeli állapotát, s — általunk a legjobbnak tartott eljárást — a sygma-bélből való hüvelyképzést végeztük. Az újabb irodalmi adatok szerint a sygma-bélből készített hüvely felel meg legjobban a megkívánt physiológiai követelményeknek (11).

Ha a hüvelyképző műtét sikerrel jár, s a hüvely közösülésre alkalmas — annak ellenére, hogy mind a havi vérzés, mind a teherbeesés a mi betegünkhöz hasonló esetekben kizárt — a rendszeres házasélet lehetősége a betegben teljes értékű nővé válás érzetét kelti.

Összefoglalás. Szerzők egy aplasia vaginae et uteri dystopiás solitaer vesével való szövődésének esetét ismertetik, amelyben a betegen sygma-béllel hüvelyképző műtétet végeztek.

IRODALOM: 1. *Buekle, A. E. R.* és *Watson, J.:* Med. J. 1967, *43,* 117. — 2. *Burger, K.:* Zbl. f. Gynäk. 1937, *61,* 2437. — 3. *Buss, O.:* cit. Wieninger E.: Zbl. f. Gynäk. 1952, *74,* 241. — 4. *Chavola, S. és mtsai:* Brit. Med. Journ. 1966, 1398. — 5. *Counseller, V. S.:* JAMA. 1948, *136,* 861. — 6. *Frigyesi J.:* Nőgyógyászat. 1948. Stephaneum nyomda. — 7. *Grünwald P.:* Beitr. z. path. Anat. und z. allg. Path. 1938, *100,* 309. — 8. *Győry Gy.* és *Kun M. és mtsai:* Orv. Hetil. 1969, *110,* 1790. — 9. *Illei Gy.* és *Zernik F.:* Magyar Nőorv. Lapja. 1964, *27,* 375. — 10. *Kovács F.:* Magyar Nőorv. Lapja. 1947, *10,* 2. — 11. *Kun M.* és *Méhes Gy.:* Orv. Hetil. 1964, *105,* 363. — 12. *Lajos L.:* Magyar Nőorv. Lapja. 1947, *10,* 49. — 13. *Leduc B.:* cit. Győry és Kun: Orv. Hetil. 1969, *110,* 1790. — 14. *Lini Gy.* és *Baranyai E.:* Magyar Sebészet. 1958, *8,* 318. — 15. *Markus E.:* cit. Wieninger E.: Zbl. f. Gynäk. 1952, *74,* 241. — 16. *Mentus M.:* Orv. Hetil. 1968, *109,* 306. — 17. *Nalle, B. C. és mtsai:* Journal of Urologie. 1949, *61,* 862. — 18. *Stewens, A. R.:* cit. Wieninger E.: Zbl. f. Gynäk. 1952, *74,* 241. — 19. *Stiglbauer, R.:* cit. Wieninger E.: Zbl. f. Gynäk. 1952, *74,* 241. — 20. *Stoeckel, E.:* Handbuch der Gynäk. 1938. — 21. *Szendi B.:* Orvostud. Közlemények. 1944, *5,* 555. — 22. *Törő J.* és *Csaba Gy.:* Az ember normális és pathológiás fejlődése. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1964. — 23. *Wallau, F.:* cit. Wieninger E.: Zbl. f. Gynäk. 1952, *74,* 241. — 24. *Wieninger E.:* Zbl. f. Gynäk. 1952, *74,* 241. — 25. *Zoltán I.:* Magyar Nőorvosok Lapja. 1954, *17,* 65. — 26. *Zoltán I.* (szerk.): Nőgyógyászat. Művelt Nép Kiadó. 1955. 65.

Városi Tanács Bőr- és Nemibeteggondozó Intézete, Hajdúszoboszló

Vaginalis candidiasis kezelése Nystatin tartalmú globulusokkal

Lakos Tibor dr.

A női genitalis fluorok kezelése közül az egyik legmegoldatlanabb a sarjadzó gombák okozta fluor kezelése, annál is inkább, mivel az utóbbi 10 évben ezek a gombafajták törtek előre az emberpathogen gombák közül (1, 2). Leggyakrabban a Candida albicans mutatható ki.

Rosenthal és mtsai (3) szerint 7500 mykológiai vizsgálat elemzése azt mutatta, hogy a gombatörzsek közül gyakoriságban a második helyen a Candida albicans áll, megelőzve a Trichophyton mentagrophytest is. *Rebrowa* (4) 1957-ben és 1964-ben vizsgált 430—430 felnőtt beteg vizsgálati eredményeit hasonlította össze és megállapította, hogy a candidiasisok előfordulása csaknem négyszeresére nőtt. *Schaulow és mtsai* (5) terhesek 29,3%-ában mutatták ki a sarjadzó gombákat hüvelyből a nem terhesekben talált 12,7%-kal szemben. *Takács* (19) nem terhesek 16%-ában, terhesek 21 százalékában tenyésztett ki Candida albicanst; *Tóth* és *Flórián* (20) 10,5%-ban találta a hüvelyfolyás okaként; *Debré és mtsai* (21) nem terheseken 5—15%-ban, terheseken 32—43%-ban mutatták ki. *Dósa* (22) női cadaverek hüvelyében 17%-ban észlelt tenyésztéssel igazolt candidiasist, ami az előző százalékos előfordulásokkal együtt mutatja azt az átlagos gyakoriságot, amivel egészséges egyéneken is számolni kell. *Bernhardt* (6) egészséges és gyomorbeteg egyének gyomornedvét vizsgálta sarjadzó gombákra és az egészségesekkel ellentétben 4—5-szörös gyakorisággal észlelte betegekben.

Ha a sarjadzó gombák elterjedtségének okait kutatjuk, azt kell mondanunk, hogy ezek a szervezetben gyakran már ottlevő vagy kívülről bejutó kórokozók külső és belső diszpozíciók hatására válnak virulenssé és betegítik meg az egyént. Melyek ezek a külső és belső diszpozíciók, amelyek a betegség elterjedésében közrejátszanak? (továbbiakban csak a női vulvovaginitis soormykotica okaival foglalkozunk):

1. Klion (Flagyl) kezelés. A Trichomonas vaginalis kiirtásával megszűnt candida gátlás lehet az oka ezekben az esetekben a fellépő vaginalis soormykosisnak (7).
2. Sexualis partner soor-balanitise (a latens is!), amelyből a kezelt hüvely újrafertőződik (7, 8, 9).
3. Per os contraceptivum használata (7, 10). Fogamzásgátlók hatására a hüvelyi mikroflóra és a hüvelyhám glykogenanyagcseréje változik meg.
4. Széles spektrumú antibioticumok, melyek a kísérő baktériumflóra kiirtásával kedveznek a sarjadzók kórokozóvá válásának (1, 8, 10, 11).
5. Steroidhasználat (1, 10, 11).
6. Terhesség (5, 10, 25).
7. Diabetes (10, 11).
8. A szervezet általános leromlása.
9. Nőgyógyászati hormonkezelés (oestrogenek).
10. Foglalkozás (cukorgyári—konzervgyári munkásnők).

A felsoroltakból kitűnik, hogy sokszor olyan emberek kapják meg a sarjadzó gombák által okozott fertőzést, akik már egyébként is betegek vagy már meglevő betegség miatt kapnak kezelést.

A vulvovaginitis soormykotica sokszor annyira tünetszegény, hogy rejtve marad viselője előtt is és csak a véletlen vizsgálat (pl. hüvelyváladék vizsgálata Trichomonasra) vagy a sexualis partner esetleg többször recidiváló soor-balanitise tereli rá a gyanút. Kezelt eseteink közül ilyen volt 8, ahol a férj soor-balanitise miatt végzett vizsgálat derítette ki, hogy a partner vulvovaginitis soor-mykoticában szenved. Jelentősek a tünetszegény soor-balanitisek is. Az, hogy a férfi egészségesnek látszik és panaszmentes, nem jelenti azt, hogy a penis (főleg a koszorúsárok) gombamentes.

A tünetek kezdődhetnek enyhe, majd egyre fokozódó pruritussal, alig pecsételő, majd bő fehér fluorral, hüvelyben-vulván égő érzéssel. Az esetek egy részében coitus alatti fájdalmat is okozhat. A közismerten súlyosabb tünetek gyakran csak akkor lépnek fel, ha a sarjadzó sejtek száma egy határozott mértéket meghalad, jóllehet azelőtt már jelentkeztek szubklinikus tünetek, amelyeknek a betegek nem tulajdonítottak jelentőséget. A bő váladéktermelés miatt gyakran találunk erosio portionist és szokványos kolpitist. A hüvelybemenet és a kisajkak belfelületén nemegyszer láthatunk opálos fehér, gombostűfejnyi candida telepeket.

A gyógykezelésben a hagyományosan alkalmazott, helyileg ható szereken kívül — melyeknek felsorolásától eltekintünk — részletesebben foglalkozunk az újabb gombaellenes antibiotikumokkal és fungicid szerekkel. A Primaricint (Pimafucin, Natamicin) 1955-ben izolálták a Streptomyces natalensisből. Igen hatásos candidák, dermatophytonok és penészek ellen. *Bernard* és *Jerome* (2), *Rieth* (10), *Raab* (12), *Kejda* és *Bielicky* (24), *Lachenicht* (28), valamint *Tóth és mtsai* (29) jó eredménnyel alkalmazták vaginalis candidiasisban. *Bernard* és *Jerome* a Nystatinnál hatásosabbnak tartja. *Weidenbach* és *Fröhlich* (13) egy új nitrofuran származékot, a Nifuratelt találta hatásosnak, míg *Holtorff* és *Brey* (14), valamint *Kruschwitz* (15) az Ovitrollal (5-5'dichlor-2-2-dioxydiphenylsulfid) ért el 75—78%-os gyógyulást. A szerzők többsége azonban a Nystatint (Mycostatin, Moronal) tartja biztos szernek. A vele elért eredmények felülmúlják a hagyományos és az előbb felsorolt szerek bármelyikével elért eredményeket. *Mierzejewski* (16) tizenöt napon át adott 2 × 100 000 NE Nystatint tartalmazó vaginalis tablettát 105 terhes nőnek, akik mind vaginalis candidiasisban szenvedtek. Közülük 94 vált tünetmentessé. Kitűnőnek tartja a szert *Grimmer* (7), *Götz* (17), *Malicke* és *Rieth* (18), *Krusch-*

witz (15), *Spitzbart* (8), *Landt* (11) és *Rieth* (10). Abban is megegyeznek a vélemények, hogy rossz felszívódása miatt legeredményesebben helyileg alkalmazható és így nem okoz mellékhatást, nem toxikus, magzatot nem károsítja, így terheseknek is adható.

Ebből kiindulva kézenfekvő volt, hogy a nálunk is forgalomban levő Nystatint valamilyen formában helyi kezelésre alkalmassá tegyük. A drazsé formában hazánkban forgalomba kerülő Nystatin mint szilárd gyógyszerforma nehezítette a therapiás próbálkozást. Keménysége miatt kétséges, hogy a hüvelybe felhelyezve egyáltalán szétesik-e. Mivel kívülről cukormáz borítja, az leoldódva csak a candidák életfeltételeit javítja. Hasonló szempontok miatt vetettük el a porrá tört Nystatin drazsé hüvelyglobulusban való alkalmazását is. Végül is amellett döntöttünk, hogy a Nystatint tiszta formában alkalmazzuk.

A Chinoin Gyógyszergyár bocsátotta rendelkezésünkre a Nystatint tisztán, szubsztancia formájában. A Nystatin szubsztancia sárgásbarna, világos színű por, hőre, fényre és oxygénre rendkívül érzékeny, sötét és hűvös helyen kell tárolni. Biológiai aktivitása 5451 NE milligrammonként. A 100 000 NE-t tartalmazó hüvelyglobulushoz 0,0183 g-ot kell felhasználni. Mivel hőre érzékeny, a globulusokat 40° C-ot meg nem haladó hőmérsékleten kell készíteni. A globulusok alapanyaga kakaóvaj volt, ebbe incorporáltattuk a hatóanyagot, globulusonként 100 000 NE-et.

Beteganyag

Az így elkészített gyógyszerrel eddig 78 beteget kezeltünk. Ebből 67 beteg adatai értékelhetőek, 11 még használja a gyógyszert, illetve nincsenek meg a záróvizsgálat eredményei. A betegeket a nőgyógyászati szakrendelés küldte hozzánk további vizsgálatok végzésére és a gyógyszer felírására, mivel a laboratórium a hüvelyváladék mikroszkópos vizsgálatakor sarjadzó gombát is talált. Az esetek egy részében a fentebb már leírt tünetek valamelyike kényszerítette a beteget orvoshoz s néhányuknál már makroszkóposan is eldönthető volt a candidiasis fennállása. A 67 beteg közül 50-nél gombatenyésztést végeztettünk a hüvelyváladékból kezelés előtt és a kezelés végén. Ezt a debreceni Bőrklinika mykológiai laboratóriuma végezte.

A kitenyésztett gombafajták a következőképpen oszlottak meg:

1. táblázat

A hüvelyváladék gombatenyésztésének eredménye 50 betegen

Kitenyésztett gombafajták	Eset	%
Candida albicans	29	58%
Torulosis glabrata	10	20%
Trichosporon fajok	6	12%
Egyéb sarjadzók	5	10%

Tenyésztés azért nem történt minden esetben, mert a betegek nem szívesen utazgattak, ez a vizsgálat ugyanis legalább kétszeri (kezelés megkezdése előtt és a kezelés befejezése után) oda-visszautat jelentett Hajdúszoboszló és Debrecen között. Mivel a helyi laboratórium leletével jelentkező betegeknél a tenyésztés minden alkalommal igazolta a sarjadzók jelenlétét a hüvelyváladékban, a tenyésztéstől eltekintettünk és a továbbiakban a panaszokkal jelentkezőknél csak a laboratórium leletére támaszkodtunk a kezelés megkezdésekor. Ezekben az esetekben a gyógyulást a helyi gyulladásos tünetek, a fluor és a szubjektív panaszok megszűnése, valamint a negatív laboratóriumi lelet birtokában mondtuk ki.

A kezelt betegek germinativ korban levő, kivétel nélkül férjes asszonyok voltak. Közülük 8 volt gravida, terhességüknek III—VII. hónapjában; 2 szenvedett diabetesben; 17 részesült már előzőleg Klion kezelésben és 9 szedett Infecundint 2 hónaptól 2 évig terjedő időközzel. Az Infecundint szedők közül egynek nem voltak panaszai, viszont a 8 soor-balanitissel jelentkező férfi közül egyik az ő férje volt. Steroidot nem szedett senki, viszont 2 beteg a panaszok jelentkezését Vegacillin szedésre vezette vissza. Trichomonas vaginalis a 78 esetből 31-ben fordult elő Candida albicansszal együtt. Ebben a számban benne van az előzőleg Klionnal kezelt 17 beteg is.

2. tábklázat

Esetek száma	Vizsgálati eredmények: Mikroszkópos pozitivitás	Vizsgálati eredmények: Tenyésztéssel ig.	Vizsgálati eredmények: Csak mikr. ig.	Trichomonas vaginalis	Candidiasisra predisp. tény.: Előzetes Klion kez.	Candidiasisra predisp. tény.: Infecundin szedés	Candidiasisra predisp. tény.: Terhesség	Candidiasisra predisp. tény.: Diabetes	Candidiasisra predisp. tény.: Vegacillin szedés	Eredmények: Első kez. gyógyult	Eredmények: Eredményt. kez.	Eredmények: Ism. kez. gyógy.	Eredmények: Gyógyult össz.
67	67	50	17	31	17	9	8	2	2	61	6	6	67
100%	100%	74	25	46	25	13	11	3	3	91	9	9	100

Kezelés menete: 30 napon keresztül, reggel és este helyeztek a betegek egy-egy 100 000 NE Nystatint tartalmazó globulust magasan a hüvelybe. A hatóanyagot kakaóvajba incorporáltattuk, egy globulus 2,0 g összsúlyú volt. Emellett semmi lokalis és belső kezelést nem adtunk. Hüvelyöblítést csak 2—3 naponként engedélyeztettünk langyos vízzel. A kezelés idejére a sexualis életet eltiltottuk és ezen idő alatt a sexualis partnernek a FoNo előíratában szereplő borax kenőcsös kezeléseket alkalmazták a praeputium-kettőzet és a koszorúsárok területére. Ugyanezt a kezelést kapta a 8 soor-balanitisben szenvedő férfi is, csak nekik az erős gyulladás miatt Hydrocortison kenőcsöt is kevertettünk a borax kenőcsbe.

A kezelés befejezése után kontroll tenyésztéseket, illetve vizsgálatokat végeztettünk. A kontroll tenyésztés mind az előzőleg tenyésztéssel vizsgált esetben megtörtént. A tenyésztéssel ellenőrzött betegek közül 4, a csak laboratóriumi vizsgálattal ellenőrzöttek közül 2 ismételten candida pozitív volt a kezelés befejezése utáni ellenőrző vizsgálatkor. A tenyésztéssel kezelés után pozitívnak talált

4 beteg közül egy, mivel szubjektív panaszai megszűntek, nem volt hajlandó ismételt kezelést kezdeni; az egyik diabeteses nőbetegnek pedig időnként rövid időre szüksége van a gyógyszerre ahhoz, hogy panaszmentes legyen. Az eredménytelenül kezelt további 4 beteg ismételt kezelésre negatívvá vált. Amikor a sarjadzógombás fertőzés Trichomonas fertőzéssel társult, előzőleg Klion kezelésben részesítettük betegeinket és partnereiket is.

Itt hívjuk fel a figyelmet a nőknél oly fontos anus-toalettre. Az erre irányuló kérdésre adott válaszokból kiderült, hogy csak minden harmadik nő végzi székürítés után helyesen az anus-toalettet, nevezetesen elölről — tehát a hüvelynyílás felől — hátrafelé — a végbélnyílás felé — a végbéltörlést. Véleményünk szerint ennek nagy jelentősége van a hüvelyi candidiasisok gyakoriságában, mivel az anus környék felnőtteknél az esetek 70%-ában candidákkal fertőzött.

A kezelés ideje alatt sem helyi, sem általános mellékhatást nem észleltünk. Néhány esetben volt panasz arra vonatkozóan, hogy a globulus felolvadva a nadrágon pecsétet hagy, de mint kiderült, ezekben az esetekben nem helyezték elég magasra a betegek a hüvelygolyót. Mivel a szer közismerten nem, illetve igen rosszul szívódik fel, gravidáknak is adható. A panaszok a kezelés 10—12. napján már megszűntek, de felhívtuk a betegek figyelmét, hogy a kezelést ebben az esetben sem szabad abbahagyni.

A tenyésztéssel igazolt vizsgálatok amellett szólnak, hogy a Nystatinnal egy, a vaginalis candidiasisok elleni igen hatásos gyógyszernek vagyunk a birtokában, csak a gyógyszer formáját kell megfelelően megválasztanunk ahhoz, hogy hatását ki tudja fejteni. A hazánkban drazsé formájában forgalomban levő Nystatin nem alkalmas hüvelyi candidiasisok kezelésére, míg a könnyen olvadó, Nystatin szubsztanciát tartalmazó hüvelyglobulus alkalmas gyógyszerforma erre a célra. Ezért javasoljuk globulus vagy suppositorum formájában a Nystatin forgalombahozatalát.

Összefoglalás. Szerző 67 nőbeteget kezelt sarjadzó gombák okozta vulvovaginitis miatt 100 000 E Nystatint tartalmazó hüvelyglobulusokkal. A kezelést 30 napon keresztül, reggel és este alkalmazott egy-egy globulussal végeztette. A társfertőzésként jelenlevő trichomonasist előtt Klionnal megszüntette. Tünet- és panaszmentessé és sarjadzó gombákra negatívvá vált a kezelésre 61 beteg. Ismételt kezelésre a gyógyulás 100%-os volt. Sexualis partnereket minden esetben kezelte Ung. Boraxatum (FoNo) készítménnyel. A Nystatint ebben a formában kitűnő szernek tartja a hüvelyi sarjadzógombás fertőzés kezelésére.

A laboratóriumi vizsgálatokért Andrássy Katalin dr. főorvosnőnek, a tenyésztéses vizsgálatokért Herpay Zsombor dr. docens úrnak e helyen is köszönetünket fejezzük ki.

IRODALOM: 1. *Schulz, T.:* Derm. Wschr. 1966, *108,* 152. — 2. *Bernard, G., Jerome, M. A.:* Canad. Med. Ass. J. 1966, *95,* 215. — 3. *Rosenthal, S. A. és mtsai:* Arch. of Derm. and Syph. 1967, *96,* 51. — 4. *Rebrowa, R. N.:* Vesztnyik Dermat. 1967, *10,* 41. — 5. *Schaulow, I. és mtsai:* Mykosen. 1967, *10,* 195. — 6. *Bernhardt, H.:* Mykosen. 1967, *10,* 195. — 7. *Grimmer, H.:* Ztschr. f. Haut u. Geschlkrkh. 1968, *43,* 943. — 8. *Spitzbart, H.:* Mykosen. 1968, *11,* 617. — 9. *Rieth, H.:* Mykosen. 1968, *10,* 551. — 10. *Rieth, H.:* Mykosen. 1967, *4,* 151. — 11. *Landt, F.:* Med. Welt. 1965, *6,* 313. — 12. *Raab, W.:* Arzneimittel. Forsch. 1967, *17,* 538. — 13. *Weidenbach, A., Frőhlich, L.:* Münch. med. Wschr. 1968, *110,* 343. — 14. *Holtorff, J., Brey, J.:* Dtsch. Ges. Wesen. 1965, *20,* 1575. — 15. *Kruschwitz, S.:* Dtsch. Ges. Wesen. 1965, *20,* 1225. — 16. *Mierzejewski, W.:* Ginekologia Polska. 1966, *37,* 865. — 17. *Götz, H.:* Hautarzt. 1967, *18,* 303. — 18. *Malicke, H., Rieth, H.:* Mykosen. 1967, *10,* 383. — 19. *Takács I.:* Orv. Hetil. 1960, *101,* 1569. — 20. *Tóth B., Flórián E.:* Orv. Hetil. 1965, *106,* 1402. — 21. *Debré és mtsai:* Ann. Ped. 1955, *184,* 129. — 22. *Dósa A.:* Bőrgy. Vener. Szle. 1952, *28,* 152. — 23. *Flórián E.:* Gombás betegségek felismerése és kezelése. Bp. Medicina. 1969. 165. old. — 24. *Kejda, J., Bielicky, T.:* Mykosen. 1970, *13,* 19. — 25. *Rieth, H.:* Mykosen. 1970, *13,* 37. — 26. *Lachenicht, P.:* Ztschr. f. Haut. u. Geschlkrkh. 1967, *42,* 909. — 27. *Lynch, P. J. és mtsai:* Arch. of Derm. and Syph. 1969, *99,* 154. — 28. *Lachenicht, P., Tuburu, T. T.:* Mykosen. 1970, *13,* 207. — 29. *Tóth B. és mtsai:* Orv. Hetil. 1970, *111,* 864.

BALTIX CSEPPEK

1 üveg (10 ml) 0,5 g clofedanolt tartalmaz.

Köhögéscsillapító hatása a codeinéhez hasonló, alkalmazása azonban nem vezet hozzászokáshoz és mentes a codein-származékok ismert mellékhatásaitól.

A felnőtt és gyermekszervezet egyaránt jól tűri, obstipatiót nem okoz.

Javallatairól, adagolásáról, rendelhetőségéről a „Tájékoztató" c. kézikönyv nyújt felvilágosítást.

1 üveg (10 ml) 8,40 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

QH 1714

Országos Testnevelés- és Sportegészségügyi Intézet (Sportkórház) (igazgató főorvos: Kálmán Péter dr.) (szemész főorvos: Bíró Imre dr.)

Retinopathia és belbetegségek

Bíró Imre dr.

A gyakorló orvosok, körzeti orvosok idejének s munkájának nem lebecsülendő részét veszi igénybe — az utóbbi években mindinkább növekvő tendenciával — betegeik szakorvosi leleteinek, kórházi zárójelentéseinek „megfejtése" és értelmezése. Ez az analytikus tevékenység: a kórházból visszatérő betegek állapotának s leleteiknek egyeztetése, a kapott diagnosztikus-therapiás információk, javaslatok értékelése a gyakorló orvosoktól mind szélesebbkörű ismereteket követel. A betegségkutatás szinte naponta új fogalmakat, a therapia mind hatásosabb gyógyszereket, a kórmegállapítás friss keletű diagnózisokat vet felszínre s mindez új dolgokat ismerni és velük lépést tartani alig megoldható feladat.

A körzeti orvosnak természetszerűleg nagyon sokszor kerülnek a kezébe szemészek és szemészeti intézetek véleményei is és a *retinopathiák* kifejezéssel, úgy is mint diagnózissal, úgy is mint kórtani fogalommal nap mint nap találkozni kényszerül. A találkozás annál is gyakoribb, mivel az életkor meghosszabbodásával sokkal többen érik el ennek negatív „eredményeit": a különböző szervi komplikációkat, másrészt a retinopathiák — azaz a retina parenchyma betegségei — nem szigorúan autonom szemészeti kórképek, hanem nagyon is általános szervezeti betegségek szemfenéki következményei, amelyeknek már puszta megjelenéséből az alapbetegség súlyosabb voltára, tüneteinek alakulásából a baj jobb- vagy rosszindulatú jellegére lehet következtetni. A retinopathia — a különböző szervezeti betegségekkel, arteriosclerosissal, hypertoniával, vesebajokkal, diabetessel etc. kapcsolatos ideghártya-folyamatokra utaló mesterszó — azt akarja kifejezni és érzékeltetni, hogy a szemfenéken már nemcsak deformálódott erek, nem csupán az érhálózat lefutására, kaliberére és struktúrájára szorítkozó elváltozások, hanem a megtámadott és megnehezített keringés s az ideghártya anyagcserezavarainak következményeként *vérzések, oedemák, szürkésfehér exsudatumok* (hyalinos, zsíros elfajulások), vagyis *a retina szövetének* károsodása és degenerációja is láthatók. A retinopathia tehát egyrészt a szemfenék súlyos állapotát jelenti, de főképpen az előidéző betegség előrehaladottságára s fenyegető voltára mutat.

A következőkben a gyakoribb retinopathiákról kívánunk röviden szólni, elsősorban a szemfenéki tünetek emlékezetbe idézésére s tisztázására törekedve.

*

A leggyakoribb retinopathia, amivel a körzeti orvosnak szembe kell nézni: a *rp. hypertonica.* Mint minden retinopathia, ez sem máról holnapra keletkezik, hanem a hypertoniás folyamat hosszú éveken át történő (idejekorán fel nem tartóztatott vagy fel nem tartóztatható) progressziójának vetülete. Köztudott s minden belorvosi és szemészeti elemzésben részletesen ismertetett tény, hogy a *hypertonia kezdeti stádiumaiban* — egyszerűség kedvéért mindig essentialis hypertoniáról beszélve! — *a szemfenéken csak értünetek láthatók,* amelyek azonban, mint a systolés vérnyomásemelkedés tünetei, már ekkor is sajátságosak és jellemzőek. A telt erek rézkarcszerű élességgel ütnek ki a sötétebbé vált szemfenék alaptónusából s emiatt szinte megszaporodottnak imponálnak. Az erek domborulatán szélesebbé válik a normálisan igen vékony, inkább csak sejthető reflexcsík. De a papilla ép, a retina szövete — a maculát is beleértve — intakt! Ez az intaktság nem szenved még az érjelenségek súlyosbodásakor sem, amikor a kezdeti stádiumok praecapilláris görcse hovatovább organikus szűkületté fejlődik. A magas vérnyomás sorvasztja az érfal elasztikus elemeit, elősegíti a sclerotizálódást, következményesen az erek lefutása elveszti kígyózatos hullámvonalát, láthatóan merevebbé válik. A merevebb és feszesebb artériák összenyomják s így kaliberükben megszűkítik az alattuk futó vénákat: *Gunn*-tünet. A folyamat további képét az érhálózat *fokozatos szűkülése,* a szemfenék alaptónusának s némileg a papillának is elhalványodása jellemzi. (*Volhard* vörös hypertoniája kezd elindulni a fehér hypertonia felé.) Az artériák sokszor hajszálvékonyak, reflexcsíkjuk helyenként szürkés-ezüstössé válik; már nemcsak összenyomják az alattuk futó vénákat, hanem valósággal a retina szövetébe süllyesztik, irányukból élesen vagy ívben el is térítik azokat: *Salus*-tünet. Ha netán olykor a véna fut felül, akkor az szinte megbotlik a keresztező merev artériában s hajlatával az üvegtest felé domborodva (néha szögletesen) hidalja át. (Fordított kereszteződés). Gondos tükrözéskor a kis erek, különösebben a venolák mentén, az érfalak fokozódó permeabilitásának jeleként tűhegynyi vérzéses pontocskák s apró, szürkés gócok láthatók. Ezzel véget is ért a hypertonia kezdeti és átmeneti szakasza: a retinopathia a küszöbön áll. A mind szűkebb, merevebb és fragilisabb erek falán keresztül átszivárgás kezdődik: kisebb-nagyobb vérzések támadnak, elsősorban az erek mentén. A perifériás ellenállás és a diastolés nyomás fokozódását, a percvolumen csökkenését követően a szűk érhálózaton át akadályozott vérellátású, tehát rosszabbul táplált (anoxaemiás) re-

tinán elmosódó határú oedemák, vattagomolyszerű („cotton wool") exsudatumok támadnak: *ez a retinopathia hypertonica képe.*

Súlyos esetekben a hypertoniás organopathia, *a retina és vese* azonos pathomechanizmusának jeleként a papillo-maculáris területen, a retina rostrendszerének lefutását követve csillag alakban elrendeződött fehér retinitises gócok jelennek meg (retinitis stellata), s az egész tünetegyüttes a beteg sorsát illetően a legrosszabb kórjóslatot teszi indokolttá. Nem kevésbé súlyos a prognózis, amikor a retinopathiához a látóidegfő gyulladásos oedemája csatlakozik, amit a hypertonia végső stádiuma, ill. a malignus hypertonia jellegzetes szövődményének lehet tekinteni.

Az előbb mondottakból is logikusan következik, hogy a retinopathiák jelentősége messze túlnő a szemészeti vonatkozásokon. A szemfenéki folyamat *csak egy része* — de pontos megfigyelhetősége miatt diagnosztikai, sőt prognosztikai tekintetben is talán legfontosabb része — az egész szervezetet támadó betegségnek. A támadás természetszerűleg a vérellátási zavarokra legérzékenyebb, az ún. vitális szerveket: agyat, szívet, vesét és retinát fenyegeti és érinti. Az imént vázolt szemfenéki processus — klinikai, laboratóriumi és pathológiai tapasztalatok szerint — leginkább a vese hasonlóan súlyos folyamatának a tükre. (Magától értetődően ez nem jelent kizárólagosságot. A hypertonia különböző időben és különböző intenzitással károsíthatja a vitális szerveket.) A régebbi könyvek és a régi tanítások retinitis albuminuricának is nevezték az előbb leírt tünetegyüttest, utalva ezzel a szemfenéki jelenségek renális kapcsolatára, de egyszersmind úgy is értelmezve azokat, mintha primaer vesebaj specifikus következményei volnának. Ma már tudjuk, hogy az essentiális hypertonia okozta agy-, vese-, szív- és ideghártya-elváltozások nincsenek egymással alárendelt viszonyban, mivel *ugyanazon érrendszeri* betegség függvényei.

*

A rp. hypertonicát a *retinopathia arteriosclerotikától* szemtükrileg megkülönböztetni, különösen a kezdetibb stádiumban, nem könnyű feladat, úgyhogy teljesen indokolt az újabban használatos *fundus scleroticus-hypertonicus* diagnózis. Nagy statisztikák tanúsítják, hogy — a hyp. és art. scl. szoros kapcsolatának bizonyítékaképpen — háromszor annyi hypertoniás van az arteriosclerosisban szenvedők, mint a bajtól mentesek között s viszont a scleroticusoknak több mint a fele hypertoniás. Amíg a fokozódó és magas vérnyomás az érfalakra gyakorolt pathogén hatásuk révén elősegítik az atheromatosus elváltozások létrejöttét, akként fordítva a scleroticus érfalak rugalmasságcsökkenése a systolés nyomás növekedéséhez vezet. Ez természetesen nem jelenti, hogy az ér-sclerosisnak ne lennének specifikus szemfenéki tünetei. Az erek hol keskenyebb, hol kiszélesedő reflexcsíkja, a lefutásukban látható darabosság, az érfalak helyenkénti atheromatosus folyamatára utaló kaliberegyenetlenségek: szűkületek-tágulatok („olvasószerű" vagy gyöngyfüzérhez hasonló érszakaszok) jellegzetesen sclerotikus elváltozások. A sclerotikus értüneteket általában csak késő évek múlva követi a retinopathia: érmenti szabálytalan alakú vérzések, főképpen az erek elágazódásainál s a macula környékén jelentkező retinitises (dyshoriás) gócok, amelyek a bántalom előrehaladtával nem ritkán összefolyva, sárgás koszorú alakban övezik a macula területét (retinitis circinata). A hypertoniával ellentétben az oedemák, felhőgomolyszerű exsudátumok ritkán fordulnak elő. A vénák inkább teltebbek és kanyargósabbak. A hypertonia kezdeti stádiumaiban észlelt keresztződési tünetek a megfelelő kezelés hatására esetenként még visszafejlődhetnek (természetesen főképpen fiatalabb egyéneken), de a már sclerotikussá vált erektől produkált keresztződési tünetek, a keresztződésben összeszorult artériás-vénás érfalak histológiai átalakulása s rögzítettsége miatt, irreversibilisek. A sclerotikus retinopathia egy sajátságos csoportját a macula szöveti és következményesen funkcionális károsodása jellemzi. *A sclerotikus maculadegeneratio* vagy „száraz", atrophiás jellegű vagy a macula területében vérzéses udvarral szegélyzett (olykor korong alakú), idővel organizálódó exsudátumtömeg látható. A központi látást mindkét fajta egyaránt nagyfokban csökkenti.

*

Az elmúlt tíz-tizenöt évben aránytalanul megszaporodott a *diabetes retinopathiában* szenvedők száma. Mind többen és többen érik el azt a kort, melyben az endokrin anyagcsere-betegség angiopathiás faktorai hatni kezdenek. A rp. diabetica keletkezésének még sok tisztázatlan pontja van, de tényként lehet elfogadni, hogy a szemfenéki tünetek megjelenése — legalábbis az esetek túlnyomó számában — nem a beteg életkorával, hanem a diabetes tartamával van kapcsolatban (minél régebbi a baj — függetlenül a beteg életkorától — annál valószínűbb a retinopathia megjelenése), továbbá: nem minden, hanem csak bizonyos fajta (pl. az insulinresistens) diabetes szövődik szemfenéki tünetekkel.

Az idősebb korban manifesztálódó rp. diabetika képe sokszor bonyolódik az életkorral arányos (vagy a diab. hormonkomplexum által provokált?!) hypertoniás és arteriosclerotikus jegyekkel, de ennek ellenére a diabetesre jellemző retinopathia fajlagossága nem vitás. Az első tünetek — a diabeteses angiopathia kis erekre irányuló támadásának megfelelően — az erektől aránylag távoleső területeken, a retina mélyebb rétegeiben ülő, hol elszigetelt, hol csoportos, tűhegynyi petechiák (amelyek egy része valójában venoláris mikroaneurysma), s a jellegzetesen sárgás színű, apró, éles határú degenerátiós gócok. Később a vérzések felszínesebbek, nagyobbak, ecset- vagy tócsaszerűek, a sárga retinitises gócok összefolyóbbak s kiterjedtek lesznek, főképpen a hátsó pólusokon elhelyezkedve. *Ez a retinopathia diabetica typusos képe,* amelyben a papilla mentes marad a bántalomtól. Később, súlyosabb és ritkább esetekben, nagy kiterjedésű praeretinális és üvegtestbe törő vérzések keletkeznek, mely utóbbiak a látást nagymértékben és véglegesen megrontó szürkésfehér proliferativ kötegekké szervülhetnek (retinitis proliferans).

Ha elvétve akadnak is retinopathiák, amelyek aránylag egyensúlyban levő diabeteshez szövődnek — a retinopathia diabetica lényegileg a betegség súlyosbodásának fokmérője.

*

A körzeti orvosoktól nem lehet megkívánni azt, hogy megelőző és gyógyító munkájuk során már a szakorvosi tudás körébe tartozó ismeretekkel rendelkezzenek. De mint azoknak, akik a hypertoniával, arteriosclerosissal s diabetessel *elsőként állanak szemben,* tudniuk kell, hogy a retinopathiák e népbetegségek alarmjelzései. Nem utolsósorban az ő tudásuk és lelkiismeretességük is hozzájárulhat, hogy a retinopathiák ritkábbá válhassanak.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda Budapest V., József nádor tér Tel.: 180—850

DAEDALONETTA *végbélkúp gyermekeknek*

ÖSSZETÉTEL:

1 kúp 25 mg β-dimethyl-aminoaethyl-benzhydryl-aether-8-chlortheophyllin, 25 mg chlorbutanolumot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Hányinger, ill. hányás csillapítása, angina, acetonaemia, heveny gastiritis, lázas betegségek, otitis media, grippe esetében, postnarcotikus hányinger csillapítására. Légibetegség, tengeribetegség esetleges előfordulásakor prophylactikusan is.

ADAGOLÁS:

Csecsemőknek és egy éven aluli gyermekeknek naponta 2 × 1kúp, egy éven felüli gyermekeknek naponta 3 × 1 kúp. Prophylactikusan (kinetosis megelőzésére) 1 kúp fél órával az utazás megkezdése előtt. A készítmény érzékeny egyéneknél enyhe álmosságot, bágyadtságot okozhat.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

10 kúp 8,– Ft, 100 kúp 45,70 FT

Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest, X.

QH
1717

Orvostovábbképző Intézet, II. Sebészeti Tanszék
(tanszékvezető: Kun Miklós dr.)

Meckel-diverticulum és peritonitis fibroplastica incapsulans együttes előfordulása

Szilágyi János dr. és Szántó Imre dr.

A Meckel-diverticulum a leggyakoribb hasi fejlődési rendellenesség, 2—4%-ban észlelhető. A peritonitis fibroplastica incapsulans rendkívül ritka. Együttes előfordulásukra vonatkozó adatot az irodalomban nem találtunk, ezért tartjuk érdemesnek esetünk ismertetését.

Esetismertetés

K. I., 58 éves férfibeteget 1970. VI. 30-án sebészeti szakrendelés appendicitis acuta exacerbata diagnosissal utalta osztályunkra. Panaszai felvétele előtt egy nappal kezdődtek. A köldök alatt intermittáló görcsös fájdalmak jelentkeztek, ezt követően hasa megpuffadt, hányingere támadt, majd felvétele napján hányt. Étvágya csökkent. Széklete egy napja volt. Hasonló panaszokkal az elmúlt 15 évben négy alkalommal figyelték sebészeti osztályon.

Status: a beteg kp. fejlett, jól táplált, jó általános állapotú. Nyelve nedves, lepedékes. A spontán fájdalmat a köldök alatt és attól kissé jobbra jelezte, itt közepes fokú nyomásérzékenységet észleltünk. A fájdalomnak megfelelő helyen loccsanás volt kiváltható. A has felett renyhe peristalticát hallottunk. Rectalis vizsgálat negatív. Temp.: 37,1° C, P.: 78/min, RR.: 120/80, hgb.: 15,3 g%, vvs.: 5 120 000, fvs.: 9200. Vizelet: negatív. Mellkas átvilágítás: kóros nem látható. Nativ hasi átvilágítás és felvétel: a rekesz alatt szabad levegő nincs. A colon gáztartalma mérsékelten fokozott. A has közepén és kissé jobbra három niveau figyelhető meg a gázos végbélkacsokban. A niveau-k átvilágítás közben mozognak. Rad. vélemény: a kép ileusnak megfelel (Bozalyi Ildikó dr.).

A rövid megfigyelés során hasi fájdalmai fokozódtak. Acut appendicitis vagy kezdődő mechanicus ileus gyanúja miatt laparotomiát végeztünk:

J. oldali pararectalis behatolás. A hasüregből szalmasárga exsudatum ürült, tágult, folyadékkal és gázzal telt vékonybélkacsok türemkedtek ki. Az exploratio során azt láttuk, hogy az ileocoecalis beszájadzástól 25 cm-re több vékonybélkacs opálszínű hártyával van fürdősapkaszerűen behüvelyezve. A hártya alatt a belek szabadon elmozgathatók, nem tágabbak. A további vizsgálatok során kiderült, hogy a hártya alapjánál egy kb. ujjnyi Meckel-diverticulum van, mely a bél antimesenterialis oldaláról kiindulva a mesenterium felé halad és a belet csaknem teljesen leszorítja. E diverticulum körül a zsákba zárt vékonybélkacsok azzal együtt 180°-ban megcsavarodtak. A detorsio után a hártyát élesen leválasztottuk, majd a diverticulumot alapjánál UKL-60 géppel elvarrtuk, resecáltuk, a gépi varratot csomós öltésekkel buktattuk. Zavartalan műtét utáni szak, pp. sebgyógyulás. Kontroll vizsgálat: panaszmentes, a műtét előtti puffadásos panaszok megszűntek.

Szövettani lelet:

a) mikroscoposan a diverticulum falának szerkezete szabályos vékonybél szöveti képét mutatja. A nyálkahártya stromájában gyulladásos beszűrődés van;

b) a hártyás képlet, mely jól erezett, vékony, kötőszöveti rostokból épül fel és állományában tágult erek futnak (prof. Juhász Jenő dr.).

Megbeszélés

A peritonitis fibroplastica incapsulans ritka kórkép. *Muchet* az irodalomból 62 esetet gyűjtött össze. Aetiológiája ismeretlen. A legtöbb kézikönyv a chronicus peritonitisek csoportjából ki sem emeli. Egyesek tbc-s eredetűnek tartják, mások a gyomorműtétek során lecsorgó savanyú gyomornedv hatására kifejlődő folyamatnak vélik. Felvetődik a fejlődési rendellenesség lehetősége is. Kórszövettanilag 1—10 mm vastag savós hártya, mely a bélrendszer, ill. a hasüregi szervek egészét vagy egy részét borítja. A behüvelyezett szervek jól elmozgathatók, a capsula és a peritoneum között összefüggés nincs. Rostos kötőszövetből épül fel, esetleg gyulladásos jelek is megfigyelhetők. Egyes közleményekben Langhans typusú sejteket is leírtak.

A Meckel-diverticulum a ductus omphaloentericus visszafejlődési zavarának leggyakoribb formája. Mind a peritonitis fibroplastica incapsulans, mind a Meckel-diverticulum jelentőségét a szövődmények adják. Jellemző klinikai tünetük nincs. A betegek acut has kórismével kerülnek rendszerint műtétre. A műtét lényege peritonitis fibroplastica incapsulans esetén a behüvelyező hártya eltávolítása, Meckel-diverticulum esetén annak resectiója. Esetünkben mindkét fejlődési rendellenességgel találkoztunk. A Meckel-diverticulum körül a behüvelyezett vékonybélkacsok megcsavarodtak, mechanicus ileus képe alakult ki, így került műtétre. Feltehető, hogy az előző 15 évben jelentkező tünetekért is e fejlődési rendellenességek és ezeknek esetleg spontán megoldódó szövődményei voltak felelősek.

Összefoglalás. A szerzők Meckel-diverticulum és peritonitis fibroplastica incapsulans együttes előfordulását ismertetik. Betegük appendicitis, illetve ileus gyanúja miatt került műtétre.

IRODALOM: 1. *Cserey-Pechány A.:* Orv. Hetil. 1959, *100*, 1016. — 2. *Hittner I., Hüttl T.:* Orv. Hetil. 1959, *100*, 1013. — 3. *Ján H. és mtsai:* Magy. Seb. 1965, *18*, 121. — 4. *Lázár D.:* Zbl. Chir. 1964, *89*, 899. — 5. *Lovász L.:* Orv. Hetil. 1958, *99*, 423. — 6. *Mocsai L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 1412. — 7. *Patel, M. M.:* Pathologie chirurgicale. Masson. Párizs, 1960. — 8. *Pölöskey Á.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 1016. — 9. *Rozsos I., Szabó B.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 2028. — 10. *Szilágyi J.:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 2513. — 11. *Tamási E.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 1079. — 12. *Udvardi L.:* Belgyógyászati röntgendiagnosztika. Debrecen. Városi Nyomda. 1942. — 13. *Uebermuth, H.:* Zbl. Chir. 1951, *76*, 368. — 14. *Welcker, E. R.:* Zbl. Chir. 1950, *75*, 462.

Fővárosi Tanács Péterfy Sándor utcai Kórháza,
Csecsemő- és Gyermekosztály (főorvos: Korányi György dr.)

Vércsere transfusio ritka szövődménye; újszülöttkori colon perforatio és peritonitis

Korányi György dr. és Krausz Judit dr.

A vércsere indikációja, technikája az elmúlt két évtizedben sokat változott. Lényegesen ritkábbak a vércsere szövődményei és spectacularisan javult a halálozás. Az újabb hazai (9) és külföldi (3, 12) adatok szerint a régebbi 8—15%-os mortalitás már 2—3% között van. Mi az elmúlt 3 évben végzett 159 vércsere kapcsán nem vesztettünk el egyetlen beteget sem, bár betegeink több mint egyharmada koraszülött volt (8). A szövődmények közül a hyperkalaemia, hypocalcaemia, acidosis és fertőzések a korszerű módszerek alkalmazásával alig fordulnak elő. Még leginkább asphyxiás szövődménnyel kell számolni, különösen kis súlyú koraszülöttekben. Munkánkban a vércsere ritka, de nagyon súlyos szövődményéről számolunk be.

1968-ban Angliából két különböző intézetből egyidőben (a Brit. Med. J. ugyanazon számában) 10 újszülöttkori peritonitis és következményes colon perforatio esetét ismertették. Ilyen esetek azelőtt csak elvétve fordultak elő. *Cookery* és *Dubowitz* (4) Sheffieldből 4 esetet közöltek, míg *Orme, Sheila M. Eades* (11) Devonból hatot. A klinikai kép valamennyi esetben nagyon hasonló volt. A betegek mindegyikénél, technikai nehézség nélkül végzett egy vagy több vércsere után néhány nappal hányást, hasi distensio tüneteit, pneumoperitoneumot, egyszóval az újszülöttkori perforátiós peritonitis jellemző tüneteit észlelték. A 10 beteg közül 5-nek a rectumából vér távozott. A közölt 10 betegből 9-et megoperáltak; két újszülött meghalt.

Dénes és mtsai (5) hazai adataiból kitűnt, hogy koraszülöttekben észlelt hat necrotizáló enterocolitises esetükből 3 esetben szerepelt a kórelőzményben vércsere. Ezek közül két beteg meghalt. Az egyik esetben Klebsiella, a másikban E. coli tenyészett ki.

A súlyos állapot, a jelentős mortalitás és a kóreredet tisztázatlansága indokolja, hogy saját megfigyelésünket közöljük.

Esetismertetés

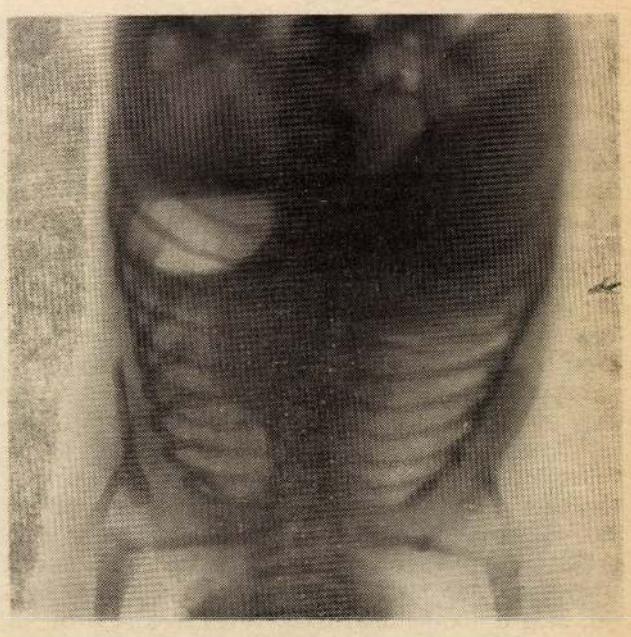
Betegünk, B. E. (ksz.: 103/1970) újszülött 1970. január 25-én került felvételre. A kórelőzményből megtudtuk, hogy a 27 éves primigravida anya egészséges, akinél a szülést túlhordás miatt indították meg.

Az újszülött 4000 g súlyú, egészséges, korán kezdődő sárgasága miatt vércsere elvégzésére küldik osztályunkra. AB0 incompatibilitás miatt 26 órás korban morbus haemolyticus neonatorum tünetei alakultak ki. Serum bilirubin indirect 15,2 mg%. Vércserét végeztünk, az indikációt *Allen* és *Diamond* (1), továbbá *Polacek* (13) ajánlása alapján állítottuk fel. Hgb.: 15,0 g% volt. A vércserét zárt rendszerben, 27 órás korban végeztük, 1200 ml friss, „0" Rh positiv, Witebsky-féle AB csoportanyaggal kezelt citrátos vérrel. A vércsere 3 óra alatt történt. Az újszülött végig jól volt. Szövődményt nem észleltünk. A vércsere végén a serum bilirubin 5 mg% volt.

Vércsere után 5 órával friss vérrel kevert székletet láttunk. A következő 24 órában betegünk még 6 alkalommal ürített friss véres székletet. Ekkor thrombocytaszám 80 000, majd 4 nappal később 52 000 volt, mely további 6 nap után 270 000. A következő napon a csecsemő jól volt, anyatejes székletet ürített, jól szopott, egészen a nyolcadik napig. Ekkor két ízben hányt, nyugtalan és étvágytalan lett. Rectalis vizsgálatkor eltérés nem volt. Másnapra hasi distensio, a jobb hypochondriumban defense alakult ki. Az elvégzett rtg-felvételen a rekesz alatt szabad levegő látható (1. ábra).

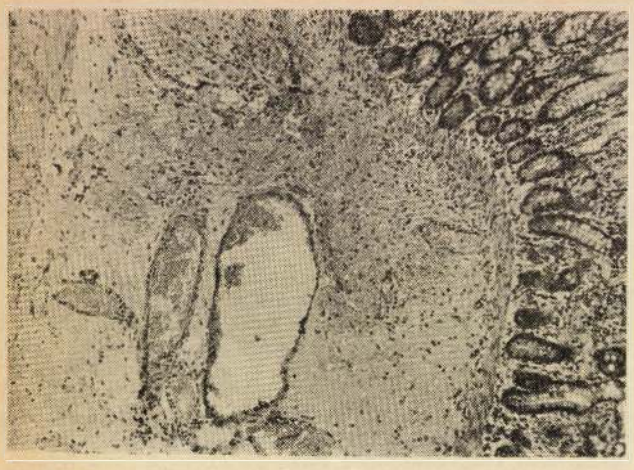
Azonnal explorativ laparotomiát végeztünk. A peritoneum megnyitásakor rendkívül tág, gázzal telt vékonybelek bukkantak elő, a bélfalon több helyen lencsényi, színes gombostűfejnyi necroticus terület látható. A kismedence felől kevés genny ürült. Az ileocoecalis határtól proximalisan kb. 30 cm-re levő bélszakasz a hasfalhoz letapadt. A flexura lienalishoz felhúzott vékonybélkacs tályogüreget fedett. A beleken látható perforatiós nyílást nem találtunk, passage-zavar nem volt. A hasüreget Pyopen oldattal átöblítettük, a tályogüregbe draint vezettünk be, a hasfalat rétegesen zártuk. Műtét után a passage megindult, de betegünk többször hányt. A gyomoratonia fokozódott. Az ötödik postoperativ napon a hasfali seb szétvált, a máj és vékonybelek eventerálódtak. Újabb műtét alkalmával diffus peritonitist láttunk és az ileum 10 cm-es szakaszán bélelhalás miatt kevés béltartalom ürült. Ezt a szakaszt resecáltuk, a beleken end to end anastomosist végeztünk. A felfrissített sebszéleket egyesítve, műanyag hálót rögzítettünk a sebvarratok fölé.

Szövettani vizsgálat. A resecált bélrészlet több területéről készített metszetekben a bélfal, főként a sub-



1. ábra.
A rekesz alatt szabad levegő látható

mucosa nagyfokú oedemája látható, erős értágulattal, stasissal és vérzésekkel. A bél falában mérsékelt subacut lobosodás (2. ábra).



2. ábra.
A resecált bélrészlet szövettani képe

Az első műtét alkalmával a hasüregi gennyből színtenyészetben Klebsiella (aerobakter aerogenes) *tenyészett.* A torokváladékból normál flóra. Kezdetben cephaloridint (30 mg/tskg/die) és carbenicillint (Pyopen, Beecham) (200 mg/tskg/die) adtunk, utóbbit eleinte coli sepsis gyanúja miatt. A továbbiakban szövődménymentesen gyógyult. A műtét után kialakult súlyos hypoproteinaemia (se. összfehérje: 3,5 g%, A/G = 0,5) és anaemia (hgb.: 8,8 g%) vértransfusio hatására gyógyult. Hatheti kórházi kezelés után, emelkedő súlygörbével, 3800 g súllyal, gyógyultan távozott. Jelenleg 5 hónapos, egészséges.

Megbeszélés

Az újszülöttkori peritonitis ritkán előforduló kórkép. Az utóbbi években azonban megszaporodtak a közlések (6). Ugyanezt saját anyagunkban is észlelhettük. Egyikünk (10) beszámolt az osztályunkon észlelt bélperforatio és következményes peritonitis esetek lefolyásáról.

Újszülöttkorban a bélperforatiók gyakrabban peptikus fekély, elvétve appendicitis (5) vagy Meckel-dicerticulum következményei. Előidézheti még sepsis, vascularis elégtelenség és trauma.

1968 végén a már említett angliai közlések azonban új pathogenetikus lehetőségre, a vércserére hívták fel a figyelmet. 1969-ben hyalin membran betegség miatt köldökvénán át történt tartós infusio után is észleltek hasonló kórképet (7). Mi az angliai esetek ismeretében betegünk megfigyelésekor gondoltunk erre a lehetőségre. A rendelkezésre álló irodalom adatai szerint eddig mindössze 13 ilyen eset ismeretes.

A korai tünetek közül legjelentősebb, hogy egy vagy többszöri sikeres *vércsere után néhány órával a rectumból vér ürül.* A rectalis vérzés az ismertetett 10 esetből ötször jelentkezett. Ez a vérzés lehet csak kisfokú, egyszeri, többnyire azonban többszöri vérzést láttak. A vérzés a vércsere után 4—48 óra múlva fordult elő. Esetünkben 5 órával a vércsere után láttuk az elsőt, majd ezután 24 órával, még 6 alkalommal friss, véres széklet ürült. A betegek a vércsere után valamennyi esetben jól voltak, sőt a bélvérzés után is. A 2—6 napon azonban hirtelen súlyos tüneteket lehetett megfigyelni. A betegek étvágytalanok lettek, a has puffadttá vált, hasi distensio, cyanosis, tachycardia volt észlelhető. Rtg-vizsgálattal a hasban szabad levegőt láttak; mindezek a colon perforatio és peritonitis jellemző tünetei. Fenti tünetek gyorsan progrediálnak. Mindez saját esetünkben is így zajlott le. Az eddigi leírásoktól eltérően azonban a tünetek csak a vércsere után 8. napon jelentkeztek.

Valamennyi esetben *nagy súlyú,* egészséges csecsemők betegedtek meg. A mi betegünk 4000 g súlyú volt. Kivétel azonban *Dénes* 3 koraszülött esete (5). A közölt esetekből 2 beteg halt meg. Az életben maradtnál laparotomia történt.

Feltűnő, hogy az esetek zömében többszöri vércsere volt a kórelőzményben. Arról is történt említés, hogy a vércsere nehezen ment, többször kellett a kathétert kicserélni. A bekövetkezett bélperforatio után gyorsan romlik a csecsemők állapota. Megfigyelhetők az újszülöttkori sepsis és shock tünetei. Ezek közül fontosabbak: szörtyölés, hüppögő légzés, nagy sápadtság és hypothermia, végül észlelhetők a perifériás keringési elégtelenség összes tünetei. Több esetben megfigyelték a köldök körüli erythemát és oedemát. Ez a mi esetünkben nem volt.

A rtg-vizsgálat nagyon jellemző: szabad levegő van a hasüregben, többnyire a diaphragma alatt. A has átvilágítása teljesen elegendő. A kontrasztbeöntéses vizsgálat akár jódos vizes oldatokkal is veszélyes lehet, ezért ellenjavallt.

Az irodalmi és saját tapasztalatok alapján a kezelés egyetlen módja a *korai műtét.*

Aetiológia

A vércserék után észlelt colonperforatiók oka még nem tisztázódott, bár az összefüggés alig vitatható az eddig ismertetett esetek alapján. A bizonytalanságot jelzi az a számos elmélet, amit a kisszámú megfigyelés ellenére említenek és vitatnak. A szokatlan kórkép oka lehet külső és belső. A belső okok közül *Coorkery* és *Dubowitz* (4) említi a primaer vascularis elégtelenséget és lymphoid hyperplasiát. A mechanicus okok közül meconium és faeces elzárhatja a béllument. A vércsere alatt a portális rendszerben, így a colonban is hosszú ideig tartó nyomásváltozások jönnek létre. Ez helyi hypoxiát és vasomotorzavart okozhat. *Orme, Sheila, M. Eades* (11) nagyon fontosnak tartják a vércsere alatti vérnyomásváltozásokat és következményes hypoxaemiát. Mindezen okok azonban igen gyakran és csaknem minden vércserénél megvannak, így aligha tehetőek felelőssé a bélperforatiók létrejöttéért.

Az utóbbi években azonban egyre gyakrabban fordulnak elő újszülöttekben olyan necrotizáló enterocolitisek, melyeket Gram negatív kórokozók, elsősorban Klebsiella pneumoniae, pseudomonas aeruginosa, E. coli okoznak.

Hazai szerzők közül erre elsősorban *Dénes, Gergely, Léb* és *Mohácsi* (5) hívták fel a figyelmet. Osztályunkon 1968—1970 közepéig további 3 olyan colonperforatiót észleltünk, ahol Klebsiellát, proteust, pseudomonast és E. colit lehetett kitenyész-

teni. *Coorkery* és *Dubowitz* (4) idézett négy esete közül 3 alkalommal tenyésztek ki Gram negatív kórokozók; két esetben pseudomonas pyocyanea és E. coli, egy esetben E. coli és proteus.

Betegünk hasüregéből nyert gennyből színtenyészetben *Klebsiella* tenyészett ki. Mindez nem lehet véletlen. Úgy gondoljuk, hogy említett tényezők (hypoxia, portalis nyomásváltozás, anatómiai okok) együttes jelenléte esetén a Gram negatív kórokozók könnyebben okoznak enteritis necrotisanst, majd a körülmények ritka és rosszirányú összejátszása esetén bélperforatiót. A rectalis vérzés gyakori előfordulása a vascularis elmélet elsődlegességére utal.

Megelőzés

Az érett csecsemők igen alacsony perinatalis mortalitása ma már csak az ilyen ritka szövődmények felismerésével és megelőzésével lehetséges. Mint láttuk, a vércsere kapcsán észlelt colon perforatiók halálozása magas.

A megelőzésre következő lehetőségek vannak:

1. Vércsere történjék steril körülmények között, lehetőleg zárt rendszerben.

2. Nagyon fontos a kathéter hegyének helyzete. A puha, szövetbarát polyvinylkathéter hegye ne legyen 7—8 cm-nél mélyebben.

3. Ha a vércsere előtt a köldökcsonk gennyes, gyulladt, vagy kathéterrel többszöri próbálkozás történt, prophylacticus antibiotikus kezelés indokolt.

4. Véres széklet a vércsere után nagyon szoros megfigyelést igényel.

5. Peritonitis tünetei esetén korai laparotomia indokolt.

6. Utóbbi két esetben Gram negatív kórokozókra ható antibiotikum adása indokolt.

Összefoglalás. Szerzők vércsere után észlelt bélperforatio különleges esetét ismertetik. Esetük kapcsán az acut vascularis és hypoxiás állapothoz csatlakozó Gram negatív kórokozókkal történt fertőzések pathogenetikus jelentőségére hívják fel a figyelmet.

IRODALOM: 1. *Allen, E., Diamond, L.:* Little, Brown and Company, Boston. 1968, 143. — 2. *Balogh L., Riha É.:* Gyermekgyógyászat. 1964, *14*, 97. — 3. *Boggs, R. R., Westphal, M. C.:* Pediatrics. 1960, *26*, 745. — 4. *Coorkery, J. J., Dubowitz, V.:* Brit. Med. J. 1968, *4*, 345. — 5. *Dénes J., Gergely K., Léb J.* and *Mohácsi A.:* Acta paediat. Acad. Sci. Hung. 1968, *9*, 237. — 6. *Fonkalsrud, E. W., Ellis, D. G.* and *Caltworthy, A. W.:* J. pediat. Surg. 1966, *1*, 227. — 7. *Joseph, N. H., Du Briggs, J. N., Gerald Young:* Pediatrics. 1970, *45*, 287. — 8. *Korányi Gy., Pesti É.:* Gyermekgyógyászat. Megjelenés alatt. — 9. *Kovács Z., Balogh E., Veres I., Streitman K.:* Gyermekgyógyászat. 1969, *20*, 208. — 10. *Molnár D., Nagy Á., Krausz J.:* Orv. Hetil. (megjelenés alatt) — 11. *Orme, R. L. E., Sheila, M. Eades:* Brit. Med. J. 1968, *4*, 349. — 12. *Oski, F. A., Naiman, J. L.:* Hematologic Problems in the Newborn. W. B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1967. — 13. *Polacek, K.:* Acta Paed. Suppl. 1960, *48*, 120. — 14. *Szerkesztőségi közlemény:* Brit. Med. J. 1968, *4*, 340.

* A beteg sebészeti ellátását intézetünk gyermeksebészeti osztálya (vezető: Róbert József dr.) végezte. Az adatokat rendelkezésünkre bocsátásáért ezúton mondunk köszönetet.

MEGJELENT

EGÉSZSÉGÜGYI FELVILÁGOSÍTÁS

1971. 3. szám

Prof. Király Kálmán dr.: Az egészségnevelés oktatásának lehetőségei az orvosegyetemen.
Prof. Végh Antal dr.: Egészségnevelési oktatási feladatok a gyógyszerészképzésben.
Kontra György dr.: Az egészségnevelés és a pedagógusok továbbképzése.
Székely Lajos dr.: Az egészségnevelés fogalma és helye a neveléstudományban.
Kneffel Pál dr.: Az egészségi nevelés hivatástudatunk függvényében. — Epilógus és prológus az egészségnevelés szervezeti változásához.
Vértes László dr.—Fischer János dr.—Szám István dr.: Szívizominfarctus és dohányzás (Biometriai vizsgálat).
K. Reis (Rostock): A nemi nevelés és a család.
Fazekas Árpád dr.: Gyermekszívgondozás és egészségnevelés.
Veress Sándor dr.: A betegbemutatás — mint egészségnevelési módszer.
Góth Endre dr.: A cukorbetegségről.
Vita, véleménycsere, őszinte javaslatok. — Egy kerekasztal-konferencia tapasztalatairól (prof. Tényi Jenő dr.).
Hozzászólások az egészségnevelés hatodik országos értekezletének I. kerekasztal-megbeszélésén. — Nemzetközi tapasztalatok az egészségnevelés orvosegyetemi vonatkozásában (Vörös László dr.). — Orvosképzési tapasztalatok az egészségnevelésre felkészítésről (Zalányi Sámuel dr.).
A harmonikus ember formálása és a pedagógia. — Felszólalás az egészségnevelés hatodik országos értekezletének III. kerekasztal-megbeszélésén (Kálmán György dr.).
Egészségnevelés a mezőgazdaságban. — Az „első mezőgazdasági egészségnevelési nap" Nagykátán (Füsti Molnár Sándor dr.).
A szocialista egészségügy útján — az „egész ember" felé (Gál Imre dr.). — A magyar egészségügy 25 éve.
„Tolle, lege!" — gyűjteményes kötet egy országos értekezletről (— lim—). — Orvostudomány és egészségnevelés.
Felkészítés az egészséges életre (Seregély György dr.). — Tóth Emil dr.: A fiatal lány egészsége.
Élet — ember — tudomány — társadalom (B(. B.) — Szent-Györgyi Albert: Egy biológus gondolatai.
A csecsemőhalandóság kedvező alakulásának nemzetközi adatai (S.-né).
A halandóság csökkenésének határa felé (S.-né).
Diabeteses szűrővizsgálatok és a diéta fontossága (—u —c).
Visszaélés fájdalomcsillapító szerek használatával (—u —c).
Klinikai pszichológia és egészségnevelés (Hajdú Ferenc dr.).
Néptáplálkozás (—u —c).
Májbetegek gondozása (—u —c).
A vastagbél-carcinomák és az urbanizáció összefüggéseiről (—u —c).
Pillanat-felvétel egy populáció egészségi állapotáról (r. e.).
Tömeghírközlő eszközök hatása az értelmi fejlődésre (r. e.).
Hazai szakcikkgyűjtemény az egészségnevelés és határterületei témaköréből — 1970. II. félév (Kerényi Lászlóné).
Hazai események (M. Gy.-né, dr. G. Z.-né).
Színvonalasak az egészségnevelési „spot"-jaink (F. M. S. dr.).

FOGORVOSI SZEMLE

1971. 6. szám

Fábián Tibor dr., Szelényi István dr., Zelles Tivadar dr., Fejérdy Pál dr.: A mennyiségi és minőségi fehérjehiány hatása a kísérleti állatok metszőfogainak kémiai összetételére.
Cseh László dr., Pataky Levente dr.: Adatok a mandibula töréséhez.
Bödő János dr., Keszthelyi Gusztáv dr.: Egyéni fnyzuhanyrózsa készítésének egyszerű módja.
Walter János dr.: A gyökércsatorna-tágítók hatásmódja.
Kerek György dr.: Stomatológiai vizsgálat az ózdi Kohászati Üzemek dolgozóin.
Könyvismertetés.
Tudományos ülések.
Hírek.

parasympatholyticum

GASTRIXON

Tablettánként 2 mg

Ampullánként 0,5 mg (1 ml)
xanthen-9-carbonsavtropinester-N-methylbromidot tartalmaz

JAVALLAT: **ulcus-betegség** (különböző, főként hyperaciditással járó formái és heveny szakai);

gastrointestinális megbetegedések (colitis spastica, hasmenést okozó enterocolitis stb., cholecystopathia), fájdalomcsillapítóként **húgyúti simaizom-spasmusok,** ill. köves rohamok.

Köves rohamok (cholelithiasis, nephrolithiasis) blockolására a Gastrixon csak az esetek kb. 60–70%-ában elegendő önmagában. Hatástalansága esetén egyéb spasmolyticumok, esetleg opiatok adása szükséges.

ELLENJAVALLAT: glaucoma, myasthenia gravis, hypotonia, prostata hypertrophia stb.

ÁTLAGOS NAPI ADAGJA: 3-szor $\frac{1}{2}$–$1\frac{1}{2}$ tabl. (3–9 mg) étkezés után, 2–3-szor 1 ampulla (1–1,5 mg) im.

MELLÉKHATÁS: száj- és torokszárazság, ritkábban mydriasis, mérsékelt tachycardia, palpitatio cordis, accomodatiós zavar, hólyagtenesmus, ill. enyhe vérnyomásesés és kivételesen erythema. Mellékhatások jelentkezése esetén rendszerint elegendő az adag csökkentése, a Gastrixon-kezelés leállítására csak kivételesen lehet szükség.

CSOMAGOLÁS:

20 tabletta à 2 mg 5,70 Ft
200 tabletta à 2 mg 32,– Ft
10 ampulla (1 ml) à 0,5 mg 11,90 Ft
100 ampulla (1 ml) à 0,5 mg 105,– Ft

Társadalombizosítás terhére szabadon rendelhető!

Előállítja:

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Beszámoló a III. Nemzetközi Szociálpsychiatriai Kongresszusról.

A III. Nemzetközi Szociálpsychiatriai Kongresszust 1970. szeptember 21—27. között rendezték meg Zágrábban 35 ország küldötteinek részvételével. Székhelye a város központjában levő Student Centrum volt; de intézetlátogatással egybekötött symposionokat szerveztek Zágráb környéki psychiatriai és rehabilitatiós intézetekben is (Jankomir, Vrapce, Popovace).

A kongresszuson elhangzott referátumok, előadások gyakorlatilag felölelték a szocialpsychiatria minden ágát és kutatási területét. A közel 700 előadást plenáris üléseken és több sectióban tartották meg; egyes témaköröket kerekasztal konferencián tárgyaltak. A kongresszus hivatalos nyelve — a vendéglátó jugoszlávon kívül — angol, német, francia, olasz volt. A plenáris üléseken és egyes sectiókban simultan fordításra is lehetőség nyílt. A nyolctagú magyar küldöttség mindegyike tartott előadást, illetve kerekasztal konferencián vett részt.

Az ünnepélyes megnyitót követően a Nemzetközi Szocialpsychiatriai Társaság vezetősége (*G. Masermann, J. Bierer*, valamint a jelenlegi kongresszus házigazdája: *Vl. Hudolin* stb.) referátumokban summázta a szociálpsychiatria jelenlegi helyzetét, perspektíváit; világszerte azonos és helyenként különböző, actualis problémáit. Két körülményt emeltek ki és lényegében ennek szelleme jellemezte az egész kongresszust:

a) a szociálpsychiatria elsőrendű feladata a prophylaxis, illetve a mentalhygiene;

b) az eredmények feldolgozása, valamint a tudomány és a betegek érdekében történő felhasználása — az ismeretek állandó gazdagodásával kizárólag kutatócsoportok kialakításával és az egyes országok munkacsoportjai közötti kapcsolat kiépítésével valósítható meg.

Az előadások és referátumok számát, sokrétűségét egyaránt befolyásolta az a körülmény, hogy a Nemzetközi Szociálpsychiatriai Kongresszussal egyidőben, annak keretein belül rendezték meg az: „Alkoholismus és narcomania", a „Vallás és Csoport-therapia", valamint a „Részleges hospitalisatio szolgálatai", az „Öngyilkosság" nemzetközi kongresszusait. Ennek megfelelően alakultak a kongresszus fő témakörei. A fő témákat — eminens előadók plenáris ülésen elhangzó referátumai mellett — naponta több sectióban vitatták meg. Ezenkívül számos előadás hangzott el a szociálpsychiatria legkülönbözőbb területeiről. A program illusztris kiegészítését képezték a gondosan válogatott, szép kivitelű filmvetítések.

Fentiekből nyilvánvaló, hogy a gazdag programból részletesebb ismertetés számára — a teljesség igénye nélkül — csupán kiragadni lehet szemelvényszerűen az egyes témaköröket.

A kongresszus egyik fő témája — egyúttal I. Nemzetközi Kongresszus tárgya is volt — az *alkoholismus és narcomania* kérdése. Különböző aspectusból való megközelítésére naponta szenteltek plenaris üléseket, symposionokat, kerekasztal konferenciákat. A bevezető referátum *(Vl. Hudolin)* és a csatlakozó előadások egyöntetűen hangsúlyozták a probléma fokozódó jelentőségét: gyakorisága és szociálpsychiatriai kihatásai alapján. Különös figyelmet fordítottak az alkoholismus terjedésére a kiskorúak és az ifjúság körében — amit nemzetközi statisztikák bizonyítanak.

Különböző országok munkacsoportjai számoltak be az alkoholismus eredetére, epidemiológiájára és személyiségkárosító hatására vonatkozó kutatásaikról. Statisztikailag kimutatták, hogy — a társulási gyakoriság alapján — az alkoholismus a narcomania egyik formája, nem egyszer annak előkészítője. A gyógykezelésben egyre nagyobb hangsúlyt kap a rövidebb-hosszabb intézeti kezelést követő utógondozás, a csoport-therapia, illetve a therapiás közösségek kialakítása. A rehabilitatio alapja kell legyen, hogy a család és a társadalom ne közösítse ki a gyógyult alkoholistát, hanem megfelelő környezeti feltételekhez segítve „rehumanisálja" azt. A kongresszus ideje alatt ülésezett Zágrábban a Gyógyult Alkoholisták Klubjának hagyományos konferenciája. A korábbi gyógyító intézettel szoros kapcsolatot tartó klub tagjainak és az ugyancsak gyógyult betegekből választott vezetőségnek az összejövetele szép demonstrációja volt annak, hogyan lehet alkoholmentesen gyakorolni mindazt (zene, tánc, szórakozás, megbeszélések), ami a társadalomban hagyományosan alkohol fogyasztásához kötődik.

A kongresszus a foglalkoztató therapiák közül kiemelten méltatta a *zenetherapia* jelentőségét. *E. Knight* (Surrey) a zenetherapia új lehetőségeiről számolt be. Hangsúlyozta a therapeuták mind szélesebb képzésének, a zenetherapia egyre több intézetben való alkalmazásának fontosságát. Véleménye szerint nem minden zene hatása jótékony. Pl. a beat a személyiség zavarához, antiszociális magatartásához vezet. Ezzel a gondolattal a hallgatóság többsége nem értett egyet, a kérdés exponálását élénk vita követte. *Stankovic* szerint a zene az alkoholismusban, a neurosis bármely formájában és psychoticus betegeknél is eredményesen felhasználható. Aktiválja a rejtett energiát, fokozza a munkaképességet és mobilisálja az összes meglevő szellemi tartalékot. A zenehallgatást gyakran összeköti kombinált ritmusos jógalégzésekkel. Tapasztalata szerint ennek hatására helyreállt betegeinek lelki harmóniája, megszűntek az agresszív megnyilvánulások és lehetőség nyílt az interperszonális kapcsolatok kiépítésére is.

A kongresszus egészének szemléletét jellemezte az a kerekasztalkonferencia, melyet *Pirella* vezetett, „Therapiás Közösségtől a Közösségi Therapia felé" címmel. A discussio kiemelte a therapiás közösségek fontosságát a psychiatriai osztályok szervezésében; ebben a keretben látszik leginkább felhasználhatónak a modern szociálpsychiatriai munkamódszer. *W. Th. Winkler*, a gütterslohi intézet igazgatója beszámolt a therapiás közösség bevezetésének nehézségeiről. Intézete orvosai, főápolói, adminisztratív munkaerői részéről eleinte kifejezett ellenállást tapasztalt (isolatio, lejáratás, reactióképzés stb.). A therapiás közösség lényege: a demokratikus vezetés, a betegek egyenrangú félként való elfogadása és a foglalkoztatások széles körű megszervezése.

Intézetben fekvő betegeknél éppúgy, mint a kórházon kívüli kezelésben igen fontos szerepet játszik a család. Külön sectio vitatta meg a *család és a szociálpsychiatria kapcsolatát*. A referensek (elsősorban svájciak: *S. Voina, A. Hunzker, R. Müller* stb.) hangsúlyozták, hogy a családot be kell vonni mintegy a beteg kezelésébe már kórházi tartózkodása alatt is. A betegről nyert informatiót a családdal való részletes beszélgetés alapján kell kiegészíteni. Minthogy a család is okozója lehet a psychés megbetegedésnek — nem szabad visszariadni a családtagok psychiatriai, vagy psychológiai vizsgálatától sem. Ezt követheti a családi therapia, ami szorítkozhat egy, de kiterjedhet több hasonló problémával küzdő családra is.

Számos előadás foglalkozott a *gyermek és ifjúság*, általában a *nevelés* psychológiai, psychiátriai és pedagógiai aspectusával. Kutatták az aetiológiai tényezőket, pathogen faktorokat, a megelőzés, valamint a rehabilitatio lehetőségét. E téren elsőrendű jelentőséget tulajdonítanak általában a család és az iskola szerepének, míg a társadalom mint macro-közösség hatását másodrendűnek vélik. Jugoszláv kutatócsoport katamnesztikus felmérés alapján igazolta a retardált,

hátráltatott gyermekek, serdülők fokozott sérülékenységét, neurotizálódási készségét. Ennek alapján fontosnak tartják speciális iskolaprogram kidolgozását, a megfelelő psychés vezetést a kóros személyiségalakulás megelőzésében, elhárításában. Foglalkoztak a fiatalkorúak bűnözésének kérdéseivel is.

Érdeklődésre tartottak számot a *transkulturális kérdéseket* exponáló referátumok, előadások. Az *öngyilkosság problematikája* — mint nemzetközi kongresszus önálló tematikája — első ízben került elemzésre.

A *neurológia, neurochirurgia és traumatológia szociálpsychiátriai vonatkozásaiból* kiemelést érdemelnek azok a tanulmányok, amelyek az egyre gyakoribb közlekedési balesetek, foglalkozási mulasztások okait vizsgálták; s taglalták az alkoholos, illetve gyógyszeres befolyásoltság kérdéseit.

A konferencia több résztvevője nélkülözhetetlennek tartotta a szociális gondozó szerepét a családi therapia előkészítésében és a rehabilitációban. Több szekcióban folyt vita a *paramedikalis személyzet* fontos szerepéről és nélkülözhetetlennek tartották a psychiatriai osztályok munkájában. Aktív részvételükre annál is inkább szükség van, mivel a kongresszus tanulságai szerint a psychiatriát nem lehet ma már egy intézet zárt falai közt művelni. A szélesebb társadalom felé irányuló törekvések szép példáját láttuk *M. Squire* (Illinois) előadásában, aki beszámolt arról, hogy a Forest Hospital mindent megtesz azért, hogy a psychiátriai nevelő munkát minél szélesebb körben ismertté tegye. Így évente egy tanfolyamot rendeznek a környék és a város hivatalnokai, rendőrei, tiszteletesei stb. számára. A helyi újságban minden héten van egy oldaluk, ahol az elmeegészségügy kérdéseivel foglalkoznak. A környék fiataljait többször látják víkenden vendégül a kórházban és szemináriumszerű megbeszéléseket folytatnak velük. Ezek a módszerek is azt szolgálják, hogy az elmebetegség ne legyen többé mítosz és a betegek visszatérése a társadalomba könnyebb és eredményesebb lehessen.

A késő délutánba nyúló szakmai üléseket színvonalas, gondosan összeállított kulturális (pl. orgonahangverseny a zágrábi katedrálisban) és társadalmi program egészítette ki. Említésre méltó az a jó hangulat, kollegiális légkör, mely a kongresszus egészét jellemezte és ami elsősorban a vendéglátó horvát szervezők érdeme. Köszönetet kell mondanunk az Egészségügyi Minisztériumnak, hogy lehetővé tette és támogatta részvételünket ezen a sok tanulsággal járó kongresszuson.

Fráter Rózsa dr.
Füredi János dr.

MEGJELENT

ORVOSTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYEK

1971. 57—59. szám

Eötvös József halálának 100. évfordulójára.
Előszó.
Lesky, Erna: A bécsi klinikai oktatás, van Swieten és a nagyszombati orvosi kar megalapítása (német nyelven).
Zoltán Imre: A budapesti egyetem és a magyar orvostudomány mesterei (angol nyelven).
Zoltán Imre: A szocialista orvosképzés Magyarországon (orosz nyelven).
Schultheisz Emil: Schoretics és a belorvostan tanítása a nagyszombati egyetemen.
Duka Zólyomi Norbert: A nagyszombati orvostudományi kar abszolvenseinek további gyakorlati és tudományos tevékenysége (francia nyelven).
Perényi Frigyes: Gyógyszerészképzés a nagyszombati egyetemen 1770—1777.
Antall József—R. Harkó Viola—Vida Tivadar: Az orvosi kar fejlődése Budán és Pesten, 1777—1806.
Antall József—R. Harkó Viola—Vida Tivadar: Az orvosi kar budai évei a nagyszombati egyetem áthelyezése után, 1777—1784 (német nyelven).
Regöly-Mérei Gyula: A budapesti orvosi kar helye az orvosi szemlélet és gondolkodásmód történelmi fejlődésében.
Regöly-Mérei Gyula: Die Rolle der Medizinischen Fakultät zu Budapest in der Entwicklung der ärztlichen Anschauung und Denkart (német nyelven).
Antall József: A pesti orvosi iskola kialakulása és a centralisták egészségügyi politikája (angol nyelven).
Zalai Károly: A gyógyszerészdoktorképzés fejlődése a budapesti egyetemen (német nyelven).
Šimončič, Josef: Adalékok Nagyszombat egészségügyének történetéhez a feudalizmus korában.
Bokesová-Uherová, Mária: A nagyszombati egyetem orvostudományi karának keletkezése és szervezete (angol nyelven).
Dohnány, Ladislav: Trnka professzor és tudományos életműve (német nyelven).
Hrabovec, Ivan: A növénytan tanítása a nagyszombati egyetem orvosi fakultásán.
Duka Zólyomi Norbert: A nagyszombati orvostudományi kar állásfoglalása közegészségügyi kérdésekben, különös tekintettel a himlőoltásra (francia nyelven).
Fundárek, Radoslav: Gyógyszerészképzés a nagyszombati egyetem orvosi karán (német nyelven).
Székely Sándor: A magyarországi orvosok szakmai tájékozódási forrásai a XIX. század első felében.
Bokesová-Urehová, Mária: Szlovákiai származású orvostanhallgatók a budai és pesti egyetemen 1848-ig.
Sós József: A kísérletes orvostudomány megalapozói a pesti orvostudományi karon (angol nyelven).
Szodoray Lajos: A magyar orvosi fakultások kapcsolatai.
Halmai János: A pesti tudományegyetem néhány kiváló gyógyszerész-tanítványa és -professzora.
Huszár György: A budapesti fogorvosi iskola nemzetközi jelentősége (német nyelven).
Győrffy István: Magyar szemorvosok emlékérmei.
Antall József—R. Harkó Viola: Vehle Ferdinánd kiadatlan orvosi tanulmányi reformtervezete 1848-ból.

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

1971. 3. szám

Bevezető.
Szabó Zoltán dr.: A ma és a holnap orvosa.
Szakmai irányelvek az egészségügyi és szociális ellátás IV. ötéves tervéhez.
Kovácsics János dr.: A munkamegosztás alakulása az egészségvédelem különböző ágazataiban.
Pinczés László dr.: Munkaidő-struktúra elemzése Mozgó Szakorvosi Szolgálat orvosainál.
H. Knabe prof. dr.: Az általános szakorvosi kiképzés és vizsga színvonala és a szakmával kapcsolatos speciális epidemiológiai ismeretek elsajátítása.
Solt Katalin dr.: A kollektívák járványügyi hatása a gyermekkori fertőző betegségekre.
Márton Mihály dr., Fazekas Árpád dr.: Beszámoló a Szabolcs-Szatmár megyei Gyermek Szívgondozó Intézet másfél éves működéséről.
Vanik Vincze dr., Lukács Ida dr.: A nemi betegségek alakulása Nógrád megyében.
Az Egészségügyi Minisztériumból.
Hozzászólás Lukáts Jenő dr. „Az orvosok strukturális viszonyainak kérdése" című tanulmányához (Csonka Imre dr.).
Lukáts Jenő dr. válasza Csonka Imre dr. hozzászólására.
Kádár Tibor dr., Mányi Géza dr., Nagy Sándor dr.: Vezetésszociológiai vizsgálatok kórházigazgatók körében.
Bencze Béla dr.: Beszámoló a göttingeni (1970. október 13—15) Mentőkongresszusról.
Folyóiratismertetés: A Demográfia 1970. évi 4. száma.

TUBERKULÓZIS ÉS TÜDŐBETEGSÉGEK

1971. 6. sz.

Schweiger Ottó: Különböző tengerimalacok lépkivonatának hatása sarcoidosis betegek keringő fehérvérsejtjeivel inoculált tengerimalacok peritonealis exsudatum-sejtjeinek légzésére.
Perényi György, Dénes Lenke, Simon Emil, Nagy András: Fejlődési rendellenességen alapuló bronchopneumopathiák és tuberkulózis.
Székely Edgár, Farkas Edit: Kétoldali hörgőfejlődési rendellenességek.
Fodor Tamás, Vandra Edit, Entz Albert, Vályi Lajos: Gömőkóros betegek környezetében élőkön végzett tuberculosis bakteriológiai vizsgálatok.
Mészáros Lajos: Spirometriás paraméterek aránya különböző légzési betegek pharmacospirometriájában.
Bálint Teréz, Mándi András, Mága Rózsa: Időskori légzőszervi elváltozások vizsgálata.
Fábián Erzsébet, Nagy Mária: Légúti váladékok összehasonlító bakteriológiai vizsgálata.
Lapszemle.
Hírek.

A suicidium

Az öngyilkosság megállapítása. James L. Wilkins (The University of Toronto), American Behavioral Scientist, 1970, *14*, 185—201.

Az öngyilkosság irodalmában régóta tárgyalt probléma a statisztikák megbízhatatlansága. Különböző szerzők részben az öngyilkosok környezetének érdekeltségét említik, mint olyan tényezőt, amely szerepet játszik abban, hogy az öngyilkosságok egy része rejtve marad, részben pedig a vitás esetek nehéz eldönthetőségét. Ha ugyanis nem marad a halott után búcsúlevél, vagy nem derül ki, hogy halála előtt valakinek egyértelmű szuicid közlést tett, ill. a halál neme nem utal egyértelműen önkezűségre, akkor az öngyilkosság nem állapítható meg vitathatatlanul, és gyakran más halálok alatt kerül az eset a halálozási statisztikába.

Viszonylag kevés tanulmány foglalkozott eddig azokkal a szociális folyamatokkal, amelyek az öngyilkossági esetek meghatározásánál közrejátszanak, és így a statisztikai adatokat befolyásolják. A szerző a chicagoi öngyilkosságmegelőző szolgálat archívumából kiemelte mindazokat az eseteket, amelyekben a szolgálathoz segítségért forduló emberek neve azonosítható volt. A különböző hivatalos statisztikák segítségével megállapították, hogy ezek közül időközben hányan haltak meg. 17 halálesetet találtak. A statisztikai adatok szerint ezek közül négy öngyilkos lett, kettő baleset miatt halt meg, kettő esetében a halálokot nem lehetett tisztázni (undetermined), a többi természetes módon halt meg, ezek közül a természetes halált öt esetben vizsgálat állapította meg. A szerző részben a szolgálat adatai, részben a halálesetek körülményeinek alapos utóvizsgálata alapján azt találta, hogy ezek közül nyolc volt ténylegesen öngyilkos (ebben a számban benne volt a négy, hivatalosan is öngyilkosnak minősített eset), négyben a halálok vizsgálat után is bizonytalan maradt, a maradék öt esetben pedig öngyilkosság valószínűsíthető az elfogyasztott nagymennyiségű alkohol, ill. a bevett gyógyszerek tekintetbevételével.

A szerző a halálok megállapításának bonyodalmas hivatalos útjában látja a statisztikák bizonytalanságának forrását. A halálesetekkel először találkozó rendőröket általában csak az érdekli, hogy történt-e gyilkosság. Az öngyilkosság tényét ügyésznek kell kimondani. Az ügyészhez érkező adatok már sugallnak bizonyos következtetéseket, az adatközlő saját nézetét. Gyakran nem történik boncolás, a halálokot csak a tetem külső vizsgálata, és a halál körülményeinek mérlegelése alapján határozzák meg. A halál körülményeit megállapító szervek gyakran típuskategóriákba osztják be (typification). Az esetre adott magyarázat apró eltérései elegendőek lehetnek, hogy az ügyészhez kerülő adatokban az öngyilkosságot valószínűsítsék vagy elvessék. A sokféle információ és adat könnyen szerkeszthető úgy, hogy az öngyilkosság mellett, vagy ellen szóljon nagyobb nyomatékkal. A szerző ilyenre példát is közöl. Az ügyészre különböző társadalmi nyomások nehezednek, ezek is befolyásolják döntését, ezek többsége nem az áldozat környezetéből, hanem az igazságügyi szervek intézményes szerkezetéből, normáiból származik. Az ügyésznek logikus, és valószínű megalapozást kell adni véleményének, ezért az öngyilkosság kimondását bizonytalan esetekben gyakran nem vállalja.

A szerző szerint az öngyilkosság hivatalos minősítési, meghatározási folyamatának további kutatása indokolt, mivel a szociológiai vizsgálatok java része az öngyilkossági statisztikák adataira támaszkodik. A szerző — az idevágó szakirodalom alapján — azt javasolja, hogy nem szabad külön vizsgálni az öngyilkossági tettet és a halálok megállapításának folyamatát, a kettő számos szállal összefügg, egységes szemléleti keretben kutatandó.

Buda Béla dr.

Egyetemi hallgatók öngyilkossága. M. Ross (private practice, Chestnut Hill, Mass.): American Journal of Psychiatry 1970, *126*, 220—225.

Igen sok adat van arról, hogy az amerikai és az angol egyetemeken az öngyilkosság gyakori. Az egyetemi hallgatóság öngyilkossági gyakorisága nagyobb, mint az átlagnépességé. Általában az öngyilkosság a fő, vagy az egyik fő halálok az egyetemista populációban. Vannak olyan adatok is, amelyek szerint gyakoribb az öngyilkossági kísérlet és az öngyilkossági fenyegetés is.

A szerző szerint az öngyilkosság az egész személyiségfejlődés komplex problémája, de az egyetemi hallgató élethelyzete, a kollégium légköre jelentősen hozzájárul. Az egyetemi hallgató új feladatok, emocionális megterhelések közé kerül, amelyeket még súlyosbít, ha szüleitől távol van, kollégiumban él, mivel elveszti a szülői kapcsolatok támaszát. Az egyetemen vetélkedő légkörben él, gyakran nagy elvárások nehezednek rá, nagy felelősséget kell viselnie, pl. tanulmányi eredményétől ösztöndíja függ. Ebben a helyzetben énje, identitása nehezebben képes integrálni viselkedését. Az új emberi kapcsolatok jelentősége megnő, ezeknek frusztrációi kiválthatják az öngyilkosságot.

Bár az egyetemi hallgatók öngyilkosságában a tanulmányi problémáknak szerepük van, öngyilkosság éppúgy előfordul kitűnő hallgatók között, mint a meghiúsulók között. Ez is a személyiség centrális jelentőségére mutat. A megfigyelések szerint a tipikus egyetemi öngyilkos magányos, érzékeny lelkű, értelmes fiatal, akinek esetleg sok ismerőse van, mégis, öngyilkossága után mindenki csodálkozik, hogy mennyire nem ismerték, milyen keveset tudtak róla. Az öngyilkos egyetemisták között soknak gyermekkorában vagy serdülőkorában meghalt egyik szülője, többnyire az apja. Egyes nézetek szerint ebben a korban a szülővesztés gyásza nem dolgozható fel megfelelően, ezért hajlamosít későbbi depresszív állapotokra és öngyilkosságra. Az öngyilkosságot újabb objektvesztés váltja azután ki, amely lehet szimbólikus vagy vélt is. A státus elvesztése vagy az önértékelés valamilyen csökkenése is lehet ilyen objektveszteség.

A megfigyelések szerint az egyetemista öngyilkosokban közös egy három fázisos folyamat: 1. pszichológiai problémák sora gyermekkortól a serdülőkorig, 2. a problémák „eszkalációja" a serdülőkorban, 3. valamilyen jelentős emberi kapcsolat szétbomlásának pszichológiai láncreakciója az öngyilkosságot megelőző hetekben vagy napokban. A felbomló kapcsolat lehet a szülőkkel való kapcsolat is. A depreszszív állapot oka lehet az az érzés, hogy a szülők nem szeretik. Gyakran ez a szülők elleni harag elfojtott emóciótöltetét is magában hordozza .

A szerző leírja azokat a jeleket, amelyekből az egyetemi hallgató veszélyeztetettségére lehet gondolni az öngyilkosság szempontjából. Elsősorban a visszahúzódás, az érdeklődések csökkenése, a depreszszióra jellemző viselkedésjegyek és külsőségek, apáthia, önbizalomcsökkenés, koncentrációs és tanulási nehézségek csoportos vagy együttes jelentkezései ezek. A szerző szerint az öngyilkossági fenyegetést mindig komolyan kell venni. A szerző szerint a diákoknál a hospitalizáció sürgősebb, mint más kategóriánál, a kezelésnek tartalmasabbnak, mélyrehatóbbnak kell lennie, mert a hallgatót a kórházból újra vissza kell engedni a megterhelő környezetbe, ahol gyakorlatilag újra magára marad. A kórházi kezelésnek ezért igyekeznie kell, hogy a hallgató énereje növekedjék. A kezelés gerince az explorativ pszichotherápia, amelyet más kezelési móddal,

elsősorban gyógyszerekkel lehet kombinálni. Ajánlatosak a csoportos foglalkozások is, vagy a csoportpszichotherápia.

Buda Béla dr.

Egészségügyi szervezéstudomány

Földrengés utáni tapasztalatok. Rennie D. (Medical School, Chicago): Lancet, 1970, *II.* 7675. 704—707.

Perut 1970. május végén hatalmas erejű földrengés érte, melynek góca az ország északi tengerparti részén volt, Limától, a fővárostól kb. 370 km távolságban. Ebben az évszakban az egész vidék felhőbe — ködbe borul. A Cordillera Negra 4600 méter mély völgyszakadéki hágóit a földrengés használhatatlanná torlaszolta. Egy akkora területet, amely Belgiumot, Hollandiát és Dánia felét foglalná el, kb. 700 000 lakossal, vágott el a külvilágtól a katasztrófa; a kevés távbeszélő vonal is elszakadt, egy kisvárosi rádióállomás állandóan kétségbeesett segélykéréseket sugárzott.

A szerző hat nappal a földrengés után került Limába, egy ottani professzor hívására. A felszólítás azért érte, mert a szerző korábban három ízben végzett huzamosabb vizsgálatokat a hegylakókon, és így jól ismerte a vidéket. Számos országból és magából Peruból több ezer ember érkezett a fővárosba, köztük 120 argentin orvos, hogy segítséget nyújtson a sérülteknek és helyrehozza a károkat. A katasztrófa nyomán megnyilvánult tömeges megmozdulás vegyesen: szívmelengető, tétlen, lelkes, politikai forrású, emberbaráti, rendszeres és zürzavaros volt. A legkülönbözőbb szakmájú szakértők jelentkeztek közreműködésre. Rémhírek terjedtek el 300 000 áldozatról, bár addig alig néhány került szem elé. Nyilvánvaló volt, hogy sürgősen segítséget kell nyújtani a sérült, fedéltelenné vált és éhező károsultaknak. Csak a segélynyújtás mértéke és módja volt vitatható orvosi, politikai vagy emberbaráti érvekkel, amelyek azonban többnyire téves értesülésekre támaszkodtak.

Sok időveszteséget okozott annak a megvitatása, hogy hol állítsák fel a szükségkórházakat: a földrengést szenvedett völgyszakadékban vagy a fővárosban. Ha a fővárosba kerülnek, hol helyezzék el a betegeket? Ha felgyógyulnak, hova és hogyan térnek vissza? Vagy szétszélednének Lima nyomornegyedeiben? Élelmiszerhiányban szenved a hegyvidék? Milyen felszerelés pótlás kellene a limai kórházakban? Mit szállítsanak legelőször: takarót, sátrakat, gyógyszereket vagy élelmet? Mindezekből bőséges készleteket halmoztak fel a fővárosban, de hogyan történjék az odaszállítás?

Teherszállító helikopterek voltak szükségesek a végrehajtáshoz. Hiányukon kívül a késedelmes megkezdést tovább hátráltatta, hogy a távoli, mély völgyekben nem volt hol leszállni. Végül egy ottani kis helységben sikerült egy le- és felszálló teret hevenyészni. A vakmerő vállalkozás során több helikopter lezuhant, aminek oka a pilóták kimerülése, és járatlansága, a hőség, a hallatlan méretek, áthatolhatatlan porfelhő, hibás térképek, az útjelző kövek — oszlopok elpusztulása volt. A gyenge rádiókapcsolat sem volt folyamatos. A sűrű porfelhő ejtőernyősök leszállását is napokig hátráltatta.

Légi felvételek mutatták, hogy az egyik magas hegyről kb. 4000 méter mélységbe zúdult le a gleccser, kb. 4000 km-es óránkénti sebességgel, elpusztítva két települést és így betemetve 20 000 személyt.

Megoldásként a katasztrófa helyszintén egy Anta nevű városka melletti tisztáson állítottak fel egy csomó sátorból álló tábori kórházat. Tervezését, szervezését és orvosi ellátását perui katonaorvosok végezték, igen eredményesen. A tisztás egyik oldalán egy nagy sátorba kerültek be a páciensek, megvizsgálásuk után a megfelelő sátorba jutottak elsősegély, injekció, érzéstelenítés, gipszelés stb. végett. A tisztás másik végén a betegek várták légi úton történő elszállításukat, sátraikban tábori ágyon vagy a puszta földön, esetleg takarókon fekve. Nadrágos egyenruhába öltözött ápolónők éjjel-nappal sürögve végezték az infúziókat, adták az injekciókat és vizsgálták a gipszkötéseket. Szerző többször látta őket, amint éjjel a sötét sátrakban nesztelenül folytatták állandó körjáratukat.

Megállapították, hogy a földrengés következtében több volt a halott, mint a sérült. Viszont járványok nem léptek fel. Az áldozatok számát eleinte nem tudták, később — pánik elkerülésére — valószínűleg szándékosan nem akarták közölni. Annyi bizonyosnak látszott, hogy a keletkezett károk helyreállítása egy évtizedet is igényelni fog. Bebizonyosodott, hogy a segítés és újjáépítés terhe legelsősorban Perura hárul, mint ahogy az elsősegélynyújtás és a folytatólagos gyógykezelés leghatásosabban a perui orvosoktól várható.

Külföldi segítségre leginkább az USA-ból lehetett volna számítani. A ténylegesen nyújtott jelentős segély messze elmaradt a várhatótól. Ennek oka az egyik amerikai petróleumvállalat korábbi államosítása miatt a két ország közötti feszült diplomáciai viszony volt.

A súlyos természeti csapás elleni küzdelem módját, menetét és ütemét igen sok gáncsoskodó bírálat érte. Kétségtelen, hogy kivált a kezdeti zűrzavarban sokszor fordult elő mulasztás, késedelem, fölös ismétlés, bénító pesszimizmus, tájékozatlanság, tudatlanság.

A szerző ezzel szemben nagy elismeréssel szól a hallatlan nehézségek, a Természet, kivált az Emberi Természet ellenére elért kitűnő eredményekről. Külön kiemeli a látszólag tunya, ügyetlen, ellenséges parasztlakosság bátor és lankadatlan önsegélyező tevékenységét. Nagy dicsérettel említi a pilóták önfeláldozó munkáját, viszont merevnek ítéli számos szakértő állásfoglalását és meddő vitáit. Igen gyengének és végig termeketlennek minősíti a cikk írója a nagy önkéntes társadalmi szervezetek tevékenységét.

Fodor Pál dr.

Egy új koncepció — a családgondozás. Irányzatok és eredmények az anya- és csecsemővédelemben. M. Manciaux: WHO Európai Irodája információs különkiadás. Koppenhága, 1970. (WHO Special Feature COP/20.).

A második világháború után gyors fejlődés észlelhető az anya- és csecsemővédelemben, mely már a fejlődő országokban is megfigyelhető. A szerző részletesen tárgyalja a kérdést elvi szempontból, fejlődésében és a földrajzi különbségek figyelembevételével.

A mai viszonyok között a szolgálatnak mindenütt aktívnak, flexibilisnek és a változó követelményekhez alkalmazkodónak kell lennie. Történetileg áttekintve a fejlődést megállapítja, hogy most a hangsúly az előzőleg különálló anyavédelmi és önálló csecsemővédelmi tevékenység szoros összekapcsolásán van. A családot egységként szemléli ez a felfogás. Az ellátandó háromszögben az anya és a gyermek mellett újabban az apa is fontos szerepet kapott. E felfogásba jól beleilleszkedik a családtervezés is.

A gondozás már a születés előtt kezdődik, majd folytatódik a csecsemő, gyermek és ifjúkorban és átmegy a családalapítás utáni életbe is. Ez az egészségügyi és szociális ellátási módszer munkaigényes és ezt a tényt figyelembe kell venni az egészségügyi ellátás tervezésében és szervezésében is.

Országonként változnak a problémák. A fejlett és fejlődő országok mellett számolni kell egy harmadik kategóriával is. Ezek az elmaradott területek, körzetek egy-egy országon belül. Itt ugyanis speciális feladatok adódnak.

Az egészségügyi szolgálatok eredményességének mérésére *Elington* ajánlására ma már öt tényezőt kell figyelembe venni (az 5 „D", mert angolul mind az öt szó D-vel kezdődik). Ezek a halálozás, betegség, munkaképtelenség, rossz közérzet és kielégületlenség. Részletezi e fogalmak tartalmát és a konkrét tennivalókat ezek megelőzésére és orvoslására. Feladat mind az öt mutató terén a helyzet folyamatos javítása minden országban. Az eredmények méréséhez elengedhetetlen a statisztikai hálózat fejlesz-

tése, erősítése mind a centrumokban, mind pedig a perifériákon. Különös figyelmet kell fordítani az ún. veszélyeztetett kategóriákra.

Ezen ellátási forma fejlesztése végső fokon emeli az egész lakosság egészségi állapotának színvonalát.

Mányi Géza dr.

Az egészségügy irányításának kérdéséhez a járásokban. N. Ja. Kopit. (Moszkva): Szovjetszkoje zdravoohranyenyije, 1970, *29*, 11. 39—42.

A Szovjetunióban az 50-es évek második felében megszüntették a járási tanácsok vb eü. osztályait, s ennek funkcióit a bázisintézmény, a központi járási kórház (igazgató) főorvosára ruházták. Időközben azonban egyre gyakoribbá váltak az ennek az intézkedésnek helyességét kétségbe vonó bíráló megjegyzések, sőt a SZU Legfelsőbb Tanácsának egyik ülésén a küldöttek egy része nyomatékosan követelte a járási eü. osztályok visszaállítását. A szenvedélyes vita megértéséhez tudnunk kell, hogy SZU-ban a járások 50—150 000 lakosúak, a magyarországi megyéknek megfelelő adminisztrációs szint náluk hiányzik, 10—20 járás képez egy 1—3 millió lakosú területet, régiót. A mondottakhoz hozzá kell még tenni, hogy az egészen kis járásokat összevonták. Fokozta az egészségügy irányításának nehézségét a mezőgazdasági területek eü. hálózatának nagyarányú fejlődése.

A vita lángja felcsapott a Szovjetszkoje zdravoohranyenyije hasábjain is: a polémiát *Grigorjev* cikke indította el (Szov. zdrav., 1969, *28*, 3.), s ehhez kapcsolódnak az itt ismertetett hozzászólások *(Kopit, Kiszeljov, Smelj* és *Viter, Taraszenko, Brzseszkij). Grigorjev* részletesen elemzete a problémákat, feltárta az ellentmondásokat ezen a téren, s noha járásában a jelen pillanatban még elégedett azzal a megoldással, hogy (az eü. osztály nélküli) járási főorvos és a központi járási kórház (igazgató) főorvosa egy személy, a jövőben maga is indokoltnak tartja a járási eü. osztály visszaállítását

Kopit (Pirogov Orvostudományi Egyetem Szociálhygiene és Eü. Szervezéstudományi Tanszék, Moszkva) ugyancsak időszerűnek tartja a probléma felvetését és tárgyalását, de óv a sablonoktól és a túlzásoktól. Szerinte a 100 000-nél kevesebb lakosú járásokban továbbra sincs szükség a vb mellett eü. osztály létesítésére, de az ennél nagyobb, több nagyobb eü. intézményt fenntartó járásokban visszaállítva az eü. osztályt valóban szét kell választani a járási főorvos és a központi járási kórház vezető főorvosának funkcióit. Ha a járási székhely városban helyezkedik el, akkor vagy a járási, vagy pedig a városi vb mellett kell egységes eü. osztályt létesíteni, attól függően, hogy a falusi vagy a városi lakosság van-e túlsúlyban. Jónak látszik az a megoldás is, amikor a járás eü. intézményeit, így a központi járási kórházat a városi eü. osztálynak rendelik alá.

A többi hozzászóló közül *Brzseszkij* (Grodno) helytelennek tartja a járási eü. osztályok visszaállítását, szorgalmazza a jelenlegi helyzet törvényesítését, s a jövő útját a jelenlegi irányítási forma tökéletesítésében, néhány fogyatékosságának a kiküszöbölésében látja. Hasonló nézeteket vall *Smelj* és *Viter* (Scsorszi központi járási kórház). Szerintük a járás eü. hálózatának irányítása jelenleg eredményesen valósítható meg a központi járási kórház bázisáról, de ehhez az is szükséges, hogy a járási főorvost ne terheljék túl gazdasági feladatokkal. Fontosnak tartja magas fokú közgazdasági szakismeretekkel rendelkező helyettes munkába állítását. Ugyancsak szükségesnek véli a központi járási kórház módszertani osztálya munkájának a megjavítását is. A jövőben azonban számukra is célszerűnek tűnik a járási eü. osztályok visszaállítása, de semmi esetre sem régi formájukban, hanem jól szervezett, szakemberekkel, központi könyvelőséggel, gépjárművekkel stb. rendelkező hivatalok formájában.

Ezzel szemben *Kiszeljov* (Novoajdar) már türelmetlenebb; saját helyzetükre hivatkozva megállapítja, képtelen egy ember ellátni a központi járási kórház és az egész járás egyre fejlődő eü. hálózatának irányítását, éppen ezért haladéktalanul vissza kell állítani a járási eü. osztályokat. Figyelembe kell venni azt a körülményt, hogy a városi eü. osztályokat sehol sem szüntették meg. Márpedig a falusi egészségügynek megvannak a maga sajátosságai, amiknek érvényesülniük kell az irányításban is. Ugyancsak a saját tapasztalatai alapján hasonló nézeteknek adott hangot *Taraszenko* (Komszomolszk) is. Arra utalva, hogy a járási főorvosnak számos helyettese van, akik maguk is munkájukban nagy területet ölelnek fel, megállapítja: más az, ha valaki munkáját önálló vezetői, és más, ha helyettesi minőségben végzi. A kórház roppant bonyolult intézmény — járásukban 550 ágyas —, s ez megköveteli, hogy egy személy teljes önállósággal csak a kórház ügyeinek szentelje magát. Nincs a SZU-ban, mint mondja, egyetlen olyan város vagy járás, ahol valakinek is az jutott volna az eszébe, hogy megszüntetve a városi és járási művelődési osztályt, annak funkcióit, az egész város vagy járás közművelődésének az irányítását valamelyik nagy iskolára, ill. annak igazgatójára bíznák. Az egészségügy területén is érződik, hogy a periféria tulajdonképpen állandó irányítás nélkül működik, de a központi járási kórházak és az egész járás egészségügyének irányítását kezükbe központosító járási főorvosok konokul ragaszkodnak privilégiumaikhoz, s különféle elméleteket gyártanak a fennálló helyzet megtartására.

Varga János dr.

Vesebetegségek

Az otthoni művese-kezelés. Bailey. G. L. és mtsai: JAMA 1970, *212*, 1850.

A művese kezelésben részesülő betegek száma évről évre nő. A megfelelő orvosi rugalmasság és az anyagiak tették lehetővé a kezeltek számának növekedését, amely az Egyesült Államokban is szigorúan selectált volt. Az otthoni dialysis a szerzők szerint biztonságos, az állam szempontjából gazdaságos, és nemhogy elfogadható, hanem ajánlható kezelési eljárás. A közlemény összefoglalja veseközpontjuk ötéves munkásságát.

A betegeket azok az orvosok választják ki otthoni kezelésre, akik haemodialysissel és transzplantációval foglalkoznak. A kiválasztás feltételei idővel változtak — bővültek — jelenleg chr. vesebetegség és a dialysishez való jó kooperativ készség, a beteg psychés stabilitása csak a feltétel. Ezenkívül az otthon végzett dialysis speciális feltétele a segédkező családtag és a megfelelő orvosi rugalmasság.

Az otthon dialysált betegek három csoportba sorolhatók:

1. Azok, akiken a közeljövőben veseátültetésre kerül sor,
2. azok, akiken nem a közeli jövőben, hanem később végzik a veseátültetést,
3. és azok, akiken valamilyen immunbiológiai vagy technikai ok miatt nem végezhető transzplantáció.

Összesen 55 betegről számolnak be, akik otthoni dialysisben részesültek, 5 ezek közül már a kezelésben gyakorlattal rendelkezett, 50 beteg, akik egy hónaptól 5 éven át kezelték otthon magukat. Összesen 5566 dialysis történt. A betegek életkora 15-től 70 évig terjedt, — 5 idősebb volt, mint 55 év.

E betegek közül 28 beteg otthon kezeli (dialysálja) magát, 5 az otthoni dialysist a vesecentrumban gyakorolja, 12 esetben transzplantációt végeztek, 10 meghalt.

Az otthon és a dialysis-centrum közötti távolság nem befolyásolja az otthoni dialysist. A betegek a mozgással, utazással járó megterhelést jól bírták. Több dialysált beteg üdülni ment s közben kezelte magát. 2 beteg „második" gépe külföldi nyaralóhelyén volt elhelyezve, 1 a yachton tartotta a második gépét, egy a gépkocsi utánfutójában helyezte el, s tett kirándulást az országban.

Twin-coil művesegépet használtak mind az otthoni, mind a veseközpontban végzett dialysisekhez.

A betegek többségének Scribner arterio-venosus shuntje volt, az utóbbi időben (utolsó 6 hónapban) néhány betegükön Brescia által leírt a.-v. fistulát készítettek. A betegek begyakorolták a shunt kezelését. Amennyiben lehetséges volt, a shuntöt az alsó végtagon helyezték el, hogy könnyebb legyen a shunt kezelése.

A beteget és családtagját gondosan felkészítették a dialysis végzésére. A felkészítési idő 10 hétig is eltartott, előfordult nem egy esetben az is, hogy 3 hónapot is igénybe vett a tanulás. A beteg és segítője hetenként 3 alkalommal vettek részt a kezelésen, amelynek időtartama 6 óra volt. A felkészítésben benne volt a gép kezelése, a shunt használata, az alvadásgátlás, a folyadék ellenőrzés, a gyógyszerek alkalmazása és a haematokrit rutinszerű meghatározása.

Miután a beteget otthoni dialysishez kiválasztották, egy személy összegyűjtötte a szociális és anyagi adatokat és lépéseket tett annak érdekében, hogy elegendő pénz álljon rendelkezésre a kezelés begyakorlására, a felszerelés beszerzésére és az otthoni kezelésre. 1 orvos és 1 dialysáló nővér otthon környezettanulmányt végez az esetleges átalakítás, gépek elhelyezése céljából. A begyakoroltatás jelentős részét nővér végzi. Amikor az oktatás végetér, az első otthoni dialysisen az oktató nővér is jelen van. A beteg háziorvosa, a felkészítés korai szakaszában lép kapcsolatba a beteggel. Technikai részletekkel az orvos nem foglalkozik, az ő feladata a sürgős orvosi beavatkozás. A dialysis technikai kivitelezését a központ irányítja. Az otthoni kezelés során a beteg két hónaponként fekszik be a dialysis központba és leszámítva a sürgős eseteket, csak ekkor végeznek laboratóriumi vizsgálatokat. 1967-ig a betegek hetenként két alkalommal 6—6 órán át dialysálták magukat. Havonta egyszer kaptak vért. Két évvel ezelőtt a dialysisek számát hetente háromra emelték, s a kezelés hat óráig tartott, a betegek közérzete jobb lett, ezentúl a betegek szabadon étkezhettek és étrendjük a normál táplálkozást megközelítette. A betegeik 80%-ának a haematokrit értéke 20—48% között váltakozott transzfúzió nélkül.

Számos psychológiai problémát kapcsol ki az, hogy a beteg és a segédkező személy gyakorlattal rendelkezik, hogy a beteg elkezdeni, folytatni tudja saját kezelését.

Jelenleg 30 beteg kezeli magát otthon és további hat gyakorolja a dialysist. Ezek többsége „rehabilitáltnak" tekinthető és jelentős számban ki tudják használni szabadidejüket. A betegek jól érzik magukat otthon, talán még jobban, mint azok, akik visszatérnek kezelésre a központba. Érdekes, hogy a vérátömlesztésre kevésbé van szükség és kevesebb a shunttel kapcsolatos probléma az otthon kezelt csoportban. Lehetséges, hogy ez a sok vérvétellel függhet össze, amely a laboratóriumi vizsgálatokhoz kell.

Bár az otthon kezelt betegek shuntjének élettartama megközelítőleg kétszer annyi (8 hónap) mint a dialysis központban kezelteké, mégis a shunttel kapcsolatos problémák képezik a komplikációk legnagyobb részét. Thrombosis, következményes átáramlás csökkenéssel, amely a shunt hegyénél az endothelium proliferatióját idézi elő, a használhatatlanság leggyakoribb oka. Szintén komoly gondot jelent a gyulladás, melyet staphylococcus fertőzés okoz a leggyakrabban. Az a.-v. fistulák alkalmazásával ezek a problémák csökkentek.

Az orsórepedést kivéve, mely már a kezdéskor kiderül, a készülékkel kapcsolatos hibák ritkák. Az orsó törése gyakoribb, ez vérveszteséggel járt és a beteg idejét is igénybe veszi, mivel új készüléket kell összerakni (megközelítőleg 30 perc). Két esetben az arteriás tubus törésének gyári hiba volt az oka, amelynek következtében levegő került a gépbe. Szerencsére mindkét esetben ezt korán észrevették és nem okozta a beteg halálát. Egy esetben a túl híg mosófolyadék okozott zavart, 2 esetben pedig a segédkező személy elfelejtett néhány anyagot a mosófolyadékba tenni és ez súlyos haemolysishez, ill. idegrendszeri görcsök kialakulásához vezetett. Egyik beteg sem halt meg, ill. nem keletkezett maradandó károsodás. Végeredményben a súlyos komplikációk előfordulása 1% alatt van, kevesebb, mint amennyi a kórházban végzett kezelések kapcsán előfordul.

Csata Sándor dr.

Művi arterio-venosus shunttel szerzett tapasztalatok, emberen végzett ismételt dialysisek során. Peiker W., Skawinski, S., Hanicki, Z. (Second Surgical Department, Medical School, and Interdepartmental Laboratory of Dialysis. Krakkow.): Polski Med. Science and History. 1970, *13*, 26—28.

A chronikus veseelégtelenség végstádiumában szenvedők életének meghosszabbítása a rendszeresen végzett művesekezelések segítségével, ma már széles körben elterjedt eljárás. A dialysisek végzése technikai szempontból zavartalannak tekinthető. A kezeléshez szükséges arteriovenosus shunt készítése és fenntartása azonban gyakran befolyásolja az eljárás hatásosságát. A *Quinton* és mtsai által 1960-ban javasolt teflon-Silastic shunt használata csökkentette a szövődmények lehetőségét, de nem oldotta meg azokat maradéktalanul. A hosszú ideig meglevő shunt ezenkívül psychés zavarokat is kiválthat. Veszélyt jelent a külső shunt továbbá véletlen, vagy suicid szándékkal előidézett vérzés miatt is.

A szerzők 1967 vége óta *Brescia* és mtsai által javasolt sebészileg az alkaron készített direkt arterio-venosus shuntöt használják.

A shunt készítés technikájának ismertetése során hangsúlyozzák, hogy az alkaron az arteria radialis felett, kb. 6 cm hosszú dorsal-felé ívelő metszést ejtenek a célból, hogy az arteria radialist és a közelfekvő venák egyikét kb. 1,5—2 cm hosszúságban könnyen izolálhassák (a kiságakat egyenként lekötik). Az adventitia levonása után 5—7 mm hosszúságú side to side anastomosist készítenek. A varróanyag atraumatikus tűvel ellátott 5/0 Silk. A thromboemboliás szövődmény elkerülése végett az edényeket heparin oldattal mossák át; vagy pedig az ún. „first blood wave maneuver"-t alkalmazzák, az utolsó két varrat meglazítása után eltávolítják a vénás, majd az arteriás lefogásokat, és ezt követően a fonalakat a varratsor végén megcsomózzák.

Amennyiben a shunt jól működik, az alkar vénái distendáltak. A bőrvarrat után a kézfejet és az alkart a bőrvarratok eltávolításáig nyugalomba helyezik. A shunt használhatóvá válásáig peritonealis dialysist végeznek.

A shunt használata: Az alkar leszorítása után a nagy területen észlelt vénás telődés megkönnyíti a vénás punctio elvégzését. A dialyzátorhoz menő vért a peripheriás részről nyerik. Pumpa segítségével 250—300 ml/min. véráramlás is biztosítható. A dialysatorból a vér az alkar proximalis vénájába vezetett tű segítségével folyik vissza. Dialysis után a tűket a vénából eltávolítják s néhány órára nyomókötést helyeznek fel.

A szerzők ezután a Brescia-féle subcután arterio-venosus shunttel történő művesekezelések eredményeiről számolnak be: egy beteg 8, a másik 6 hónapja él a shunttel; különösebb zavart egyikük sem észlelt.

(Ref.: A subcutan arterio-venosus shunt használata világszerte tért hódított. A művesecentrumok nem csak az egyszerűség és olcsóság miatt, hanem a beteg kényelme szempontjából is a subcutan arterio-venosus fistula használatát tartják célszerűnek. Saját tapasztalat alapján is az arterio-venosus fistula használatát javaslom.)

Pintér József dr.

Belső arteriovenosus anastomosis chronicus haemodialysis számára. Lymberopoulos, S., Schiffer, A., Brass H. (Die Medizinische Fakultät der Rheinisch—Westfälischen Technischen Hochschule Aachen): Zeitschrift für Urologie und Nephrologie 1970, *63*, 363—372.

A szerzők a chronicus veseelégtelenségben szenvedő betegeik in-

termittáló haemodialysisénél használt belső arteriovenosus fistuláik készítését és ezekkel elért eredményeiket ismertetik. A klasszikusnak mondható Scribner—Quinton külső shunt sok hibája miatt a belső anastomosisokat helyezik előtérbe.

Brescia—Cimino és mtsai az arteria radiális és a vena cephalica antebrachii között oldal-oldalhoz direkt, belső anastomosist készítettek. Így a vena cephalica punctiója útján könnyen nyertek a dialysishez részben arteriás vért és ezt egy másik kanülön keresztül a proximalis véredényrészbe vezették vissza. Azonban ez a fajta belső shunt és ennek eddig ismert módosításai sok esetben használhatatlanok voltak — az alacsony shuntvolumen, a csak részben arteriás vér, thrombosishajlam stb. miatt.

A szerzők ezeket a hibákat próbálták módszerükkel kiküszöbölni. Új alakú bőrmetszést ejtettek az alkar hajlító oldalán. A vena cephalica és arteria radialis ágait lekötik, ezeket mobilizálják 3—4 cm hosszan. Az arteriát és a venát proximalisan bulldoggal lefogják, s distalis részükön lekötik. Oldal-oldalhoz anastomosist ellenkező irányban (U alakú), vagy parallel azonos irányban (V alakú) készítenek. Vég-oldalhoz anastomosisnál az arteria véget nem kötik le, hanem ferdére vágják. Az alsó végtagon az anastomosist a belboka felett az arteria tibialis anterior v. posterior és a vena saphena magna között hasonlóan U alakú oldal-oldalhoz vagy vég-oldalhoz készítik.

A 19 hónap alatt 46 betegen 57 belső fistulát készítettek, s ezen 1884 dialysist végeztek. 27 beteg — ebből 2 kétoldali nephrectomia után — él jól functionáló arteriovenosus fistulával. Átlagosan az első dialysist a postoperativ 8. napon végzik. A korai thrombosis (9 betegen) főleg a rossz általános állapot miatt létrejött keringési zavarok következménye volt. A késői thrombosis (2 beteg) a punctiók következménye. Subcután haematoma (3 beteg) csak sebkorrekciót tett szükségessé. Aneurysma képződést nem észleltek.

Az általuk készített anastomosisok közül a legjobbak az U alakú oldal-oldalhoz és vég-oldalhoz anastomosisok. A V alakú anastomosisok a meredek szöglettörések miatt nem physiologiásak, s a bennük létrejött vérörvénylés miatt thrombosisok gyakrabban fordulnak elő. A vena cephalica falának izom és elasticus elemei megvastagodnak, sclerotizálódnak — a szerzők véleménye szerint ez a punctiók utáni thrombosist csökkenti. A distalis csonk lekötése a teljes arterializálódást jelenti, s 200 ml/min. shuntvolument biztosít.

Végül felvázolják azokat az eseteket, melyekben még a Scribner shunt elkészítése indikált.

1. Acut veseelégtelenség, ha a peritonealis dialysis nem végezhető, vagy nem kielégítő.
2. Időszakos extracorporalis szervperfusio, vagy besugárzás.
3. Fenyegető exogen és endogen intoxicatio.
4. Chronikus veseelégtelenség, ha az edénytopographia és anatomiai viszonyok belső shunt készítését nem teszik lehetővé.
5. Ha az ismételten készített anastomosis sikertelen.

Eddigi eredményeik a belső U alakú anastomosisokat hasznosnak mutatták.

(Ref.: Saját tapasztalataink és irodalmi adatok alapján a művese kezelésre szoruló betegek hatásosabb kezelésére a közleményben leírt módszert hasznosnak ítéljük. Amennyiben ez a módszer jól beválik, a művese kezelések biztonságosabbak és a betegek számára könnyebben elviselhetők lesznek.)

Szporny Gyula dr.

Chronicus Calcium-carbonat therápia uraemiában. Makoff, D. L. (Cedars-Sinai Med. Res. Inst. Univ. of Calif. Los Angeles): Archives of Int. Medicine. 1969, *123*, 15.

Egészséges emberben a Ca-citrát és Ca-lactát és Ca-carbonat per os adagolás esetén is bizonyos mértékben felszívódik a béltractusból, bár régebben a Ca-carbonátot nem-felszívódó antacid anyagnak tartották. Amennyiben a gyomor választ el sósavat, a Ca-carbonat egy része az alábbi képlet szerint felszívódóvá válik:

$$CaCO_3 + 2HCl = CaCl_2 + H_2O + CO_2$$

A chronikus uraemiás Ca-háztartásbeli zavarnak számos oka van. Nagy jelentősége van ebben a chron. acidosisnak. Amennyiben a betegeknek (21 chron. uraemiás beteget vizsgáltak 12 hónapon át) rendszeresen adtak naponta 3,5—7,0 g Ca-carbonatot, a gastrointestinális panaszok párhuzamos javulása mellett a serum Ca-szint emelkedését, a P-szint csökkenését lehetett kimutatni. Ezzel párhuzamosan a betegek chron. metabolikus acidosisa is jelentősen javult. 1 év elteltével a vesék acidificáló képessége romlott, emiatt a napi Ca-carbonat adagot emelni kellett. Különös jelentősége van a therápiának a tartósan alacsony fehérje tartalmú diétán élő uraemiás betegeken, akiknek acidosisa minden esetben kifejezettebb szokott lenni. Úgy vélik, hogy a Ca-carbonat rendszeres adása az acidosis csökkentése, a gastrointestinális panaszok mérséklése és a Ca-P háztartása javítása céljára egyaránt megfelel.

Berkessy Sándor dr.

Öröklődő nephritis nephroticus syndromával. Felts, J. H. (Dept. Med., Bowman Gray Sch. Med. Wake Forest Univ., Winston-Salem, N. C.): Arch. Int. Med. (Chicago), 1970, *125*, 459—461.

A szerző 15 öröklődő nephritisben szenvedő betegen végzett vizsgálatáról számol be, betegei 6 családból kerültek ki. Ha elfogadjuk a *Schreiner*-féle ismertető jelet a nephroticus syndroma diagnosisához (a proteinuria nagyobb mint 3,5 g/24 óra 1,73 m^2 testfelületre számítva), betegei közül 5 ide sorolható. Az 5 beteg közül 3 egy családból került ki *(E család)*. Mindháromnál hallásromlás is megfigyelhető volt. A családfát diagramm formájában mutatja be. A másik két feltűnő proteinuriát mutató beteg közül az egyik szintén süket volt. Az *A családban* 3 beteg testvért talált. A *B család* 3 generatiójában 4 beteg volt, itt a betegség férfiakban típusosan rosszabb lefolyású. A *C családban* az egyetlen beteg egy nephroticus syndromás 17 éves férfi, akinek az anyja süket volt és veseelégtelenségben halt meg. A *D családban* csak egy beteg fordult elő és úgy találta, hogy a harmadik generatióban két elsőfokú unokatestvér házasodott össze és ezt követően a negyedik generatióban nephritis és süketség gyakran fordult elő. Egy rokoni ágon 12 egyén közül 4 volt süket és 3 vesebeteg, míg egy másik rokoni ágon 6 egyén közül 2 volt vesebeteg, akik közül az egyik süket is volt.

Honti József dr.

Csecsemő és gyermekgyógyászat

Csecsemők hirtelen váratlan halála. Corrigan, G. E., Fisher, R. S. (Depart. of Pathol., Univ. Texas, Med. Branch, Galveston.): Maryland State Med. J., 1969, *18*, 70—72.

Csecsemők hirtelen váratlan halála vagy crib *(gyermekágy, bölcső)* halál, ahogyan gyakran nevezik, felelős a 3 hetes és 12 hónapos kor közötti csecsemők összes haláleseteinek közel feléért. Boncolásnál nem rutin vizsgálati mód a szövetek és szervek cytologiai praeparatumainak vizsgálata. A szerzők hirtelen váratlan halálesetekben *(Sudden Unexpected Death-SUD)* ezt a vizsgálatot végezték el, mivel gyakran bizonytalanok és vitathatók az ilyen szövettani vizsgálatok eredményei. Marylandben 1967-ben 164 SUD eset fordult elő.

Eseteik vizsgálata során cytologiai elváltozásokat csak a conjunctivában, a nyálmirigyekben és a légző szervrendszerben mutattak ki. Röviden tárgyalják ezen elváltozások gyulladásos reakcióval kapcsolatos kérdéseit. További bizonyítékot szolgáltatnak ahhoz a nézethez, hogy az eosinophil sejtek rendellenessége fordul elő azokban a csecsemőkben, akik hirtelen, váratlanul haltak meg. Azt a nézetet hangsúlyozzák, hogy a lethalitásban kis fertőzéseknek van szerepe,

ill. azt a feltevést támogatják, hogy homeostatikus mechanizmus nem morphologiai természetű dysfunctiója játszik szerepet.

Honti József dr.

Hirtelen váratlan halál csecsemőkorban. New Brunswick középső részén előfordult 40 egymást követő eset elemzése. Kerenyi, N. A., Fekete, J. F. (Depart. of Pathol., Dalhousie Univ., Halifax, N. S.): Canad. J. Public Health, 1969, *60*, 357—361.

40 csecsemőt vizsgáltak, akik váratlanul haltak meg. Részletes kórbonctani, valamint bakteriológiai vizsgálatot végeztek. Potenciálisan pathogen baktériumok magas előfordulási aránya erősen támogatja azt az álláspontot, hogy az esetek többségében fulminans infectiónak fontos aetiologiai szerepe lehet. Az a tény, hogy az esetek közel 90%-a az élet első 6 hónapjában fordul elő, azon feltevés mellett szól, hogy az újszülött labilis endocrin egyensúlya szerepet játszhat a csecsemők hirtelen, váratlan halála pathogenesisében. A szerzők hangsúlyozzák ezen állapot előfordulásának nagyon magas arányszámát (az összes haláleset 25%-a ebben a korban) és ez azt a gondolatot veti fel, hogy a crib *(gyermekágy, bölcső)* halált egy különálló betegségnek, önálló entitással rendelkező kórképnek kellene tekinteni.

(Ref.: Magunk a Magyar Igazságügyi Orvosok Társaságának II. Nagygyűlésén, 1970-ben, Pécsen előadásunkban — többek között — összefoglaltuk az aetiologiára vonatkozó ismereteinket.

Az V. Rendőrorvosi Tudományos Ülésen, 1971-ben, Miskolcon Sótonyi Gábor dr., Nagy Dénes dr. és Hegyi István dr. jelentős saját anyag alapján foglalkozott a kérdéssel.

V. ö. továbbá: Halál a bölcsőben. Orv. Hetil., 1971, 112, 1167—1169, Horus.)

Honti József dr.

Hirtelen halál csecsemőkorban. Szerkesztőségi közlemény. The Lancet. 1970, *II*, 1021—1022.

Gyakran előfordul, hogy a csecsemőt ágyában holtan találják *(cot death)*, bár megelőzően teljesen egészséges volt és halálokot gondos vizsgálattal sem tudnak kimutatni. Erről a kérdésről 1963-ban tartották az első nemzetközi konferenciát és múlt évben volt a második kongresszus. A tudományos ülés résztvevői *(Sudden Infant Death Syndrome, Edited by A. D. Bergman, J. B. Beckwith and C. G. Ray. Seattle and London: University of Washington Press. 1970.)* végül is arra a következtetésre jutottak, hogy a *„hirtelen csecsemőhalál syndroma"* (S. I. D. S.) „egy igazi betegség és nem pedig bizonytalan, misztikus, halált okozó kórkép". A szerkesztőségi cikk vitába száll és felteszi a kérdést, hogy a hirtelen halál csecsemőkorban valóban igazi betegség vagy syndroma-e? Nem kétséges, hogy látszólag egészséges csecsemőket találnak ágyban holtan és megfelelő halálokot nem tudnak kimutatni. Ahhoz sem fér kétség, hogy más hasonló esetekben pontos halálokot tudnak megállapítani. Ezen szélsőséges esetek között vannak azok a halálesetek, amelyekben a boncolási lelet alapján véleményt lehet mondani bizonyos esetekben a halál magyarázatára vonatkozóan, míg más esetekben nem adható vélemény. Sok ilyen halálesetet légzőszervi okokra vezetnek vissza, így például heveny bronchitis jön szóba. Következésképpen a diagnosist kizárásos alapon állítják fel és gyakran könnyebb megfejteni azt, hogy nem hirtelen halálról van szó, mint pozitív kritériumokat megállapítani. A diagnosis — a definíció értelmében — retrospektív. Pontszerű vérzések a thymuson, szíven és tüdőkön nagyobb számban fordulnak elő azokban a gyermekekben, akik ismeretlen okból hirtelen haltak meg, mint azokban, akik ismert okok miatt haltak meg. Sok esetben a tracheában kis mennyiségben egy vagy többféle folyadékot is találnak. Vírusfertőzés szerepe homályos, mert ahogyan a vírusizolálási módszerek tökéletesednek, úgy mind több és több vírust mutatnak ki, és azok igazi jelentőségét nagyon nehéz megállapítani. Egyéb lehetséges ok, így tejallergia, mellékpajzsmirigy-rendellenesség, mellékvese-elégtelenség, még nem kellően bizonyított és gége-spazmus, valamint cardialis arrhythmia szerepe sincs még teljesen kidolgozva. Azonkívül — mivel a kórtörténetet retrospektíve veszik fel — nem mindig lehet megállapítani, hogy vajon a csecsemő előzőleg beteg volt-e vagy sem, mivel a megrendült szülők izgatottak és nem mindig lehet elfogadható magyarázatot kapni.

Az első konferencia javaslatait követve epidemiológiai vizsgálatokat végeztek, annak ellenére, hogy megfelelő kontroll csoportok biztosításában nehézségek mutatkoztak. Minden kutató egyetért az életkor kiterjedése vonatkozásában. Ritka az, hogy a gyermek 1 éves kor után hal meg váratlanul és a legtöbb eset 1 és 6 hónapos kor között fordul elő. Fiatalabb életkor bizonytalan, mivel ezen halálesetek közül néhányban ráadásul előfordulhatnak olyan határozatlan halálokok, mint éretlenség és asphyxia. Ezek a gyermekek főként alacsony szociális körülmények között élő családokból kerülnek ki és az Egyesült Államokban a színes bőrűek között sokkal nagyobb számban fordulnak elő, mint a fehér népességben. Egy kanadai tanulmány arról számol be, hogy nem találtak különbséget az anyák tanulmányi eredményében. Éretlen csecsemők hajlamosabbak, mint teljesen kihordott csecsemők és az esetek nagyobb számban fordulnak elő a hideg évszakban. Kanadában a gyakoriság növekedett a földrajzi szélességi fokkal. Sok csecsemő és némelykor az összes (a definícióban használt kritériumoktól függően) alvás alatt halt meg, főként éjfél és reggel 8 óra között. De ezen tényezők közül sok az összes postnatalis halálesetre is vonatkozik. Például Nagy-Londonban 1966-ban *(Chamberlain, R., Hill, G. B. Br. J. prev. soc. Med. 1970, 24, 136.)* az 1 hónapos és 1 éves kor közötti gyermekek általában nagyobb számban haltak meg a város központjában és télen; főként a rosszabb szociális körülmények között élő csoportokban fordultak elő és több fiú halt meg, mint leány. Az ún. *cot* halálesetek szignifikánsan különböztek, mivel 65% halt meg kórházban.

Hirtelen halálesetek gyakorisága csecsemőkben olyan módon változik, hogy 1000 élve született gyermekre jut kb. 1—3 eset, az ide vonatkozó kritériumoktól függően. Ezen halálesetek leírásának valamilyen módja haladást jelentene olyan kifejezésmódhoz képest, mint „véletlen mechanikai fulladás", ami az elhanyagolás és rossz bánásmód hangsúlyozásával jár együtt és többet jelentene a rendszerint légzőszervi vonatkozású bizonytalan diagnosisoknál. Kétséges azonban, hogy helyes-e a halál módját pontatlan, téves halálokokkal helyettesíteni? Még nem világos — hangsúlyozza a szerkesztőségi közlemény —, hogy vajon ezek az esetek egy igazi valóságos betegséget képviselnek-e vagy csupán a gyermekek halálokai vonatkozásában mutatkozó jelenlegi tudásunk korlátjait tükrözik vissza. Az esetek a postnatalis halálesetek 10—40%-át teszik ki, éppen ezért a hirtelen csecsemőhalál prevenciója sokat tenne az élet megmentéséért.

A szerkesztőségi közlemény élénk reflexiót váltott ki *Bergman, A. B., Beckwith, J. B., Ray, C. G.* — a Sudden Infant Death Syndrome. Seattle, 1970 szerzői — részéről *(Lancet, 1971, I, 88—89.)*. Egyet nem értésüket fejezték ki, szerintük a szerkesztőségi közleményt 10 évvel ezelőtt írhatták volna meg ilyen formában. A csecsemők hirtelen halála okairól tárgyaló II. Nemzetközi Konferencia 27 résztvevője között világos volt az egyetértés abban, hogy léteznek olyan határozott klinikai és pathológiai kritériumok, amelyekkel a hirtelen csecsemőhalál syndroma diagnosisát fel lehet állítani. A jellegzetes tüneteket következetesen megtalálták különböző földrajzi területeken, ez vezette a kongresszus résztvevőit arra a megállapításra, hogy nem lehet a S. I. D. S.-t továbbra is bizonytalan, misztikus homályba burkolni, hanem ez egy meghatározható kórkép. Az elmúlt évtizedben sok kiváló munka született ebben a kérdésben. Helytelenítik a szerkesz-

tőségi közlemény negatív közeledési módját a S. I. D. S. problémájához. Hangsúlyozzák, hogy itt az ideje, hogy a felelős tudományos világ elkezdje megismerni azt, amit ma a S. I. D. S.-ról tudunk és ez alapul szolgálhat a további vizsgálatok számára. A negativizmus sohasem ad választ számunkra és csak arra jó, hogy elkedvetlenítsen olyan kutatókat, akik egyébként alkalmasak lennének a kérdés vizsgálatára. Döntő módon fontos, hogy a tudományos közösség elfogadja a S. I. D. S.-t mint igazi problémát és elkezdje bizonyítani vagy cáfolni azokat a tételeket és adatokat, amelyek a konferencián hangzottak el. A II. Nemzetközi Konferencia lényeges vonása az volt, hogy jelentős adatokat szolgáltatott, amelyek alapján a tudományos világ el tudja kezdeni a probléma kísérleti úton történő megközelítését. Az *igazolható* (kiemelés *Bergman és mtsaitól!*) hypothesisek hiánya mind a mai napig gátolta a kérdésben az előrehaladást.

(Ref.: Az irodalomban gyakran érintett témáról jelenlegi ismereteinket foglalja össze a közlemény, ez indokolja a szokásosnál terjedelmesebb ismertetést.)

Honti József dr.

Mikrobiológia és fertőző betegségek

Cholera (pathogenesis, immunologia, védőoltás). Günther, O. (6 Frankfurt a. M., Paul-Ehrlich-Str. 44.): Deutsche med. Wschr. 1970, *95*, 2095—2097.

A cholera vibrio profúz hasmenéssel hirtelen, nagyfokú só-folyadékveszteséget okoz; a keringés összeomlása, vagy uraemia következtében a lethalitás átlag 50%. Időben alkalmazott nagy mennyiségű só-alkáliás infusiókkal és tetracyclin kezeléssel a halálozás 2% alá csökkenthető.

Pathogenesis: lényeges tényezői a cholera toxinok. Három typusuk ismeretes: az egyik hőálló, nem dialysálható — diagnosticus szempontból fontos — sejtfal-endotoxin, a másik kettő a sejt belsejében fordul elő, hőlabilisak, nem dialysálhatók; az utóbbiak egyike az érfal fokozott permeabilitásfactora (intracután adva bőrpírt okoz), a másik — choleragénnek nevezett fehérje — nyúlban hasmenést, ill. lekötött ileumkacsában folyadékfelhalmozódást hoz létre. A toxinok gátolják a bélből a Na- és folyadék-resorptiót; a Na- és folyadékvesztés secundaer acidosishoz, vesekárosodáshoz vezet; a kórfolyamatban (szívizomártalom) más toxinok közreműködése sem zárható ki (a súlyos kórlefolyású esetek aránya — az összes cholerafertőzést számítva — 1%). Fehérje- és vitaminhiány, bélparazitosis, chr. bélfertőzés hajlamosítanak súlyosabb kórlefolyásra; lehet, hogy ebben a fermenthiánynak is szerepe van: ismeretes, hogy a lipase, pankreatin, phosphorylase neutralizálják a cholera toxinokat (a pepsin, trypsin ilyen tulajdonságokkal nem rendelkeznek, feltehetően azért, mert a choleragen toxin fermentresistens complexumba épült be). A fermenthiány elmélet szerint a cholera klinikai képének súlyossága közvetlenül kapcsolatos az enzymaticusan le nem bontott choleratoxinok mennyiségével; a legjobb individualis védekezést a gyomor-bélrendszer intact enzymproductiója jelentené.

Immunológia: az El Tor vibrio a klasszikustól biológiai tulajdonságai révén különíthető el („biotypus"). A sejtfal antigenek typusspecificus polysaccharidáinak megfelelően mindkettőt Ogawa (O-antigen AB) és Inaba (O-antigen AC) serológiai typusba sorolják. A csillóantigenek differentialdiagnosisra nem alkalmasak, mivel azok a nem agglutinálódó (Nag-) és O-antigen ABC-t nem tartalmazó vibriókban is meghatározhatók. Epidemiológiai megfigyelések alapján feltételezik, hogy a járvány során: Nag—Ogawa—Inaba—Rauh formák között serológiai átalakulás lehetséges — az O-antigének nem mereven fixáltak egyes vibrioklónokra —; nem lehetetlen, hogy a Nag-vibriók között is van egy, serológiailag még nem ismert, valódi cholera vibrio, vagy ennek „előfutára" (állatkísérletek erre alapot szolgáltatnak). A serológiai változásokat a primaer fertőző serológiai typussal szembeni specificus antitestek selectiós hatása befolyásolhatja. (A cholera O-antigenek egyébként keresztagglutinációikkal rokonságban vannak a brucella és pseudomonas csoport antigenjeivel). Az immunvédelem fajtája kevésbé ismert, de csaknem biztos, hogy a bél localis immunvédelme (a fertőzés a bél lumenére localisálódik) a choleraimmunitás lényeges tényezője (macrophagok, immunocyták vagy secretoricus IgA-antitestek révén); mindenesetre az immunvédelemnek egyrészt antibacterialisnak kell lenni az A, B, C sejtfal antigenekkel szemben, másrészt antitoxicusnak a pathogenesisben fontos toxintypusok ellen.

Védőoltás: az elölt choleravibriókból készült oltóanyag antibacterialis hatása valószínűen a vibrio sejtfalantigen elleni koproantitesteken alapul; emberben choleragen — toxin — elleni antitest képzést nem indukál. A meglevő vibriocidantitestek a cholera klinikai kórlefolyását nem befolyásolják (a korábbi védőoltások a klinikai betegséget inkább súlyosbítják). A vaccina a vibriók intestinalis szaporodását és az ürítés idejét csökkenti, így előnyösen befolyásolja a cholerajárvány terjedésének veszélyét, cholera toxin elleni antitestek inductiójára azonban nem alkalmas. Valószínűleg jobb kilátásokkal kecsegtet az elölt choleravibriókat és a choleragen antigent egyaránt tartalmazó per os alkalmazható oltóanyag. A choleramegelőzés egyik legjobb tényezője a gondos személyes hygiene.

Járvány esetén a tömeges védőoltás nem nélkülözhető; acut — familiaris — choleraveszélyben napi 1 g Tetracyclin 3—5 napi alkalmazása lényeges segítséget jelenthet.

Fenyvesi Éva dr.

Hepatitis antigén és antitest haemodialysis alatt álló betegekben és a kezelőszemélyzetben. Knight, A. H. és mtsai (Royal Free Hospital, London, N. W. 3.): British Journal of Medicine. 1970, *3*, 603—606.

A hepatitis járvány jól ismert veszély a haemodialysáló osztályon, egyaránt veszélyt jelent a betegekre és a kezelőszemélyzetre. A szerzők osztályán 1965-ben egy és 1968-ban két (egy halálos kimenetelű) hepatitis eset fordult elő. Dialysáló centrumukban 1969 folyamán 100 beteget részesítettek chron. haemodialysisben. 80 beteget „home-dialysis" formájában otthonában, 20-at az intézetben kezeltek. A kezelőszemélyzet 50 tagú.

Blumberg és mtsainak vizsgálataiból ismeretes, hogy az inoculatiós hepatitis inkubatiós periódusának végén és az acut szak első napjaiban a vérben kimutatható a hepatitis antigén (H. A.). Segítségével teljesen tünetmentes anicterikus hepatitis is diagnosztizálható, bár ismeretesek adatok arra vonatkozólag is, hogy H. A.-aemia egészséges, nem hepatitises egyénekben is előfordulhat. Blumberg és mtsai szerint különösen trópusi néptörzseknél fordul elő „örökletes" H. A.-aemia, aminek pontos magyarázatát még nem sikerült adni.

Mivel a H. A. kimutatása szűrővizsgálatok elvégzésére is alkalmasnak bizonyult, a szerzők 1969 májusában a kezelő személyzet körében, majd júliusban a betegek körében kezdtek szűrővizsgálatokat. A májfunkció vizsgálatára serum asparaginsav-transaminaset (AsT) néztek. A vizsgálati periódust megelőzően a betegeket és a kezelőszemélyzetet 6 havonta 750 mg gamma-globulin védelemben részesítették.

1969 októberében jelentkezett osztályukon hepatitis járvány, melynek során 11 megbetegedés történt: 3 a betegek között és 8 a kezelőszemélyzet körében. (Később még két nővér lett H. A. pozitív, de klinikailag tünet és panaszmentesek maradtak.) A személyzet 7 tagja lett icterusos. H. A. pozitivitást 4 megbetegedetten észleltek mindössze, aminek az volt az oka, hogy a betegeken az első hetekben nem történt H. A. vizsgálat. A H. A. pozitívakban az antigenaemia már a klinikai tünetek jelentkezése előtt észlelhető volt és az maradt az első 5 héten át. Klinikailag

negatív két esetükben is prolongált antigenaemiát észleltek. A kezelt (uraemiás) betegek mindegyike H. A. pozitív volt, 2 lett icterusos, az AsT titer a normális felső határáig emelkedett.

Az összes megbetegedett gyógyult és panaszmentes lett. (Egy beteg halt meg — tbc-ben!) A hepatitises megbetegedést a gammaglobulin prevenció nem befolyásolta.

A járvány okának kutatása során bebizonyosodott, hogy annak forrása egyik új betegük volt, akit subcutan arteriovenosus fistulával kezeltek. E manipuláció sokkal nagyobb vérszennyeződéssel jár, mint az extern-shunttel való kezelés. A beteg a hepatitist otthon aquirálta fertőzött injectiós felszereléstől. A járvány manifestációjakor a beteget azonnal elkülönítették, amit követően több eset nem fordult elő.

A vizsgálatok tanulságaként megállapítják, hogy a H. A. szűrés alkalmas arra, hogy idejében, még az inkubatiós periódus végén felismerjük a járványveszélyt, alkalmas arra, hogy a betegek és a személyzet rendszeres szűrésével a fertőzés behurcolását megelőzzük, valamint a persistáló antigenaemiát felismerjük. Alkalmas arra is, hogy a véradók latens hepatitisét kimutassuk. Tapasztalataik arra is rámutattak, hogy az extern arteriovenosus fistulával történő hemodialysis a vérrel való szennyeződés szempontjából kevésbé veszélyes, mint a subcutan Cimino-fistula. A shuntös betegek otthoni önkezelése megoldható, míg fistula esetén a kezelést otthon is rendszerint nővérnek kell végeznie. A fertőzés forrásának localizálása után a járvány terjedése megállítható.

(Ref.: Az ún. „Australia-antigen" mai ismereteink szerint a hepatitis vírusának tűnik. Számos nyitott kérdés mellett a nomenclatura sem egységes. A fenti cikk szerzői a H. A. megjelölést használják, mások az Au-antigén, Au—SH antigen stb. rövidítéseket. Az antigen felfedezője, B. S. Blumberg, az Amer. J. of Med. 1970, 48, 1. számában írott cikkében a kísérletek során kezdetben alkalmazott Au(1)-antigén megjelölést használja.)

Berkessy Sándor dr.

Toxocariasis. A. W. Woodruff, Brit. m. J. 1970, *3*, 663—669.

A *Toxocara canis*-t és ennek közeli rokonát a *T. cati*-t 1782-ben Werner fedezte fel. Az érett féreg hossza 7,5—12,5 cm, amely kutyák és macskák belében élősködik. A féreg petéket ürít, amelyek újabb állatokat és az embert is fertőzhetik. A bélbe jutott petéből kiszabaduló lárva a bél falába fúródva egy érési folyamaton megy át, hasonlóan az *Ascaris lumbricoides* fejlődési menetéhez, amelynek kapcsán a vándorló lárva bekerül a különböző szervekbe; pl. tüdőbe, májba, és az agyba is. A kórokozó emberi parazitizmusára vonatkozó adatok ez ideig eléggé hiányosak. Eddig mindössze 200 közlemény jelent meg, amely a toxocara ember pathogenitásával foglalkozik. A szerző röviden összefoglalja a Toxocariasis jelentőségét és néhány adatot közöl arra vonatkozóan, hogy milyen százalékban fordul elő a kutyák toxocara fertőzöttsége a különböző, főleg trópusi országokban. Maltaban 28%, Nigeriában 37%, Ugandában 12%, Mexico Cityben 93% és Anglia egyes részein 12% a fertőzött állatok előfordulása. Ezen országokban a fertőzött állatok egy tekintélyes népegészségügyi veszélyt jelentenek. A toxocara lárva mérete jóval kisebb, mint a hozzá sok tekintetben hasonló *Ascaris lumbricoides* lárvája, ez azt eredményezi, hogy az előbbi féreg lárvája kisebb erekbe juthat, ahol vérzéseket és granuloma képződést okozhat. A szerző közöl néhány adatot emberi fertőzésekről. Egy 5 éves kisfiú egyik szemét retinoblastoma gyanújával eltávolították. A műtét utáni vizsgálatnál s a szövettani feldolgozásnál kiderült, hogy a retinoblastomának látszó képlet granuloma, amelyben megtalálták a *Toxocara canis* lárváját. A beteg, aki nem volt külföldön, csak otthon fertőződhetett. Az emberi fertőzések klinikai tünetei eléggé változatosak, a lárvák megtelepedési helyétől függően. Különössége a fertőzésnek, hogy a lárva szöveti parazitizmust folytat. Előfordul a szem fertőzöttsége, ami általában csak az egyik szemre lokalizálódik és a maculához közel fekvő granuloma képződést okoz. A lárva eljuthat az agyba is. A szerző leírja, hogy epilepsziás betegek között a toxocara-fertőzöttség háromszor gyakoribb, asztmás betegek között pedig nyolcszor gyakoribb, mint a látszólag egészséges egyének között. A szerző és más szerzők adatai arra is utalnak, hogy a lárva vándorlása kapcsán más fertőző betegségeket is magával vihet az embererbe pl. poliomyelitis, japáni B encephalitis vírusai, sőt toxoplasma-fertőzések átvivőjeként is szerepelhet. A toxocara-fertőzés általános tünetei közé tartozik a láz, vagy májmegnagyobbodás és eosinophilia. A betegség diagnózisa nem könnyű feladat, elsősorban azért, mert sokkal kevesebbet gondolnak rá, mint ahány esetben előfordulhat. Nehézséget jelent a kutatásnál az is, hogy a lárva vándorol a szövetekben. Amikor granulomát képez, az olyan kicsi, hogy nagyobb szervekben nem vehető észre. A szemben, ahol a legkönnyebb megtalálni a granulomát több, mint 100 szövettani metszet átvizsgálása lehet szükséges a lárva biztos kimutatásához. A betegség diagnózisára legjobban bevált serológiai és immunológiai próbák közül a szerző tapasztalata alapján elsősorban az allergiás bőrpróbát és a fluorescens ellenanyag módszert ajánlja. A legegyszerűbbnek és legspecifikusabbnak az allergiás bőrpróba látszik. A betegség kezeléséről a szerző csak a szemészeti esetekben tesz említést, ahol jó eredményeket láttak diethylcarbamazine adagolásával.

Az ember és a háziállatok közötti szoros kontaktus felveti a tekintélyes számú emberi fertőzöttség lehetőségét Angliában és más országokban is. A különböző zöldségfélék fertőzöttsége a talajból kikerült petékkel szintén szóba jöhet a betegség terjesztésében.

Molnár József dr.

A táplálék és a gyógyszerek, mint a Pseudomonas aeruginosa kórházi törzsek lehetséges forrásai. Schooter, R. A. és mtsai (Department of Bacteriology, St. Bartholomew's Hospital, London.): The Lancet, 1969, *I.* 1227—1229.

883 sebészeti és belgyógyászati betegből 171 beteg széklete tartalmazott Pseudomonas aeruginosat, az egy kórteremben fekvő betegek gyakran egyidejűleg ugyanazt a törzset hordozták.

A betegek felvétele után azonnal, majd később hetente küldtek székletmintát tenyésztésre és a Pseudomonas törzseket phag-tipizálták. A kórtermek felszerelésének vizsgálatakor csak szórványosan találtak Pseudomonast és csak 22 esetben találták meg azt a törzset, melyet valamelyik beteg hordozott. A vízcsapokról gyakran tenyészett ki Pseudomonas törzs, 30 leoltásból 14 positiv volt. A normál konyhában végzett 130 leoltásból 23, a diétás konyha 70 leoltásából 16 volt positiv. Különösen a hideg ételek, saláták voltak fertőzöttek. 173 gyógyszeres üvegcsét is megvizsgáltak. A borsosmenta vízből vett 20 minta mind fertőzött volt, ezen kívül egy kaolinos kenőcsöt tartalmazó tégely volt fertőzött. A szennyezett borsosmentából fogyasztó 4 beteg közül egynek a székletében megtalálták ugyanazt a törzset.

Váry László dr.

Kórházi herpes zoster fertőzés varicella exposio után. Berlin, B. S., Campbell, T. (Department of Medicine, Northwestern University Medical School and the Department of Pathology, Passavant Memorial Hospital, Chicago): The Journal of the American Medical Association, 1970, *211*, 1831—1833.

Szerzők revízió alá veszik azt a felfogást, amely szerint a varicella a varicella-zoster vírus által arra fogékony egyéneken kiváltott exogen infectio, amíg a herpes zoster ugyanezen vírus endogen reinfectiója, és mint ilyen nem tekinthető járványos betegségnek. Véleményüket négy esetük ismertetésével támasztják alá: Az 1. beteg herpes zoster

dg.-sal került intézetükbe (gyermekkorában varicellán átesett), a klinikai dg.-t a virologiai vizsgálatok alátámasztják. Felvételét követő 17. napon az őt kezelő osztályos orvoson, akivel naponta volt kontaktusa, varicellás kiütés jelenik meg. A vírus-serologiai vizsgálatok a varicella dg.-át alátámasztják (gyermekkorában varicellán nem esett át). Az orvos a kiütés megjelenése előtti napon kb. egy órát tartózkodott a 3. beteg környezetében, akin öt nap múlva herpes zosterre jellemző eruptio jelenik meg, a klinikai dg.-t a virologiai vizsgálatok ismét megerősítik (a beteg gyermekkorában varicellán átesett). Tíz nap múlva ugyanezen osztályról a 4. betegen jelenik meg herpes zoster eruptio. A 4. beteg és a másik három beteg között közvetlen kontaktus nem volt, mindössze annyi, hogy ezen betegek kezelő orvosa és a 2. számú beteg közös szobában laktak. A 3. és a 4. beteg immunologiai statusához tartozik, hogy az előbbi vesetranszplantatiót követő immunsupressiv therapia alatt állott, az utóbbit pedig endocarditis lenta miatt ápolták az intézetben.

Mindezt egybevéve, és más szerzők hasonló észleléseire is utalva, szerzők felvetik annak a lehetőségét, hogy fogékony vagy csökkent ellenállású szervezetben a herpes zosteres fertőzés exogen infectio eredményeképpen is kialakulhat, tehát a contagiositás veszélye is fennállhat. Az összes járványügyi intézkedésnek, beleértve a praeventiót és fertőtlenítést is, ehhez az észleléshez kell igazodnia.

Bán Éva dr.

Traumatologia

Többszörös sérülések. Schäfer, H., W. Theisinger, H. Wenzl.: Fortsch. Med. 1969, 87, 1314—1316.

12 év alatt 688 olyan sérültjük volt, akiken a sérülések két vagy több testtájékot értek, ezek közül 198 az utóbbi két (1966—1967) évben. A sérülések leggyakrabban az alsó végtagot, majd a mellkas-vállövet és a koponyát érték.

A többszörös törések gyakran járnak vérvolumenveszteséggel, amit gyakran alábecsülnek. Általában a shock kezelése az elsődleges, csupán mellkasi és hasi vérzések esetén szükséges előbb a vérzést csillapítani. Makromolekuláris oldatok már a sérülés helyén alkalmasak az érpálya feltöltésére. Alacsony vérnyomás mellett magas vénás nyomás vérvolumenhiány ellen szól, pneumothorax, szívtamponade esetén észlelhető.

Koponyasérülés gyakori többszörös sérülésben (eseteik $^1/_4$-ében szerepel). A koponya sérülése már a baleset helyén életveszélyes lehet. Hypoxaemiás agykárosodás elkerülésére a légutakat kell felszabadítani, esetleg asszisztált légzés szükséges.

A többszörös sérültek $^1/_6$-ának volt sorozat bordatörése, haemo- vagy pneumothoraxa. Lényegesen ritkább a hasi szervek sérülése. A mellkas és has sérülése gyakran okoz diagnosztikai problémát, különösen súlyos koponyasérülés esetén. Ha az érpálya feltöltése után nem javul a shock, még alacsony vérnyomás mellett is laparotomiát kell végezni.

A törések ellátására csak a shock leküzdése, a koponya-, mellkasi és hasi sérülés ellátása után szabad gondolni. A műtéti vagy konzervativ kezelés kérdésében esetenként kell dönteni. A mozgatásszilárd osteosynthesisnek éppen a többszörös sérülés jelentheti javallatát, hogy a külső rögzítés elkerülhető legyen. *Willenegger* 645 többszörös sérülés 38,5%-ában végzett primaer osteosynthesist. Műtéti ellenjavallatot a shock, egyes kísérő sérülések jelentenek, de a nyílt törés friss eseteiben a szilárd osteosynthesist látja legjobb megoldásnak.

J. Böhler szerint viszont nyílt törésekben csak sebellátást helyes végezni. Az ostesynthesisnek korai szakban nagyobb a kockázata. A szerzők többszörös nyílt törés, vagy shock esetén *J. Böhler* szerint járnak el.

Többszörös törésnek zsírembolia és veseelégtelenség is lehet következménye. A zsírembolia megelőzésére az érpálya feltöltését tartják fontosnak. Ezenkívül Lipostabilt adnak. Tartós shockállapot után 5 esetben jelentkezett veselégtelenség, melyet 2 sérültön tudtak leküzdeni.

Kazár György dr.

Zsírembolia. Szerkesztőségi közlemény. British Medical Journal, 1970, 3, 476—477.

Zsíremboliában a kiserek — főleg az arteriolák és capillarisok — záródnak el. Tüdőbeli és általános formája van, utóbbi mindig előbbivel jár együtt, az előbbi önállóan is előfordul.

A zsír a trauma helyéről származik, már néhány percen belül a tüdőbe jut. Egy része kiválasztódik a vizeletben, más része bekerülhet a köpetbe. A kis erek elzárásának nem lesz okvetlenül káros következménye, az „embolus" folyékony volta és collateralis vérellátás capillaris-szinten extensiv volta miatt. Az ischaemiás anoxiára az agy és szív a legérzékenyebb. A tüdőre való hatás relative csekély. Diagnosztikus jelentőségű kis vérzések megjelenése a bőrben, nyálkahártyában, retinán.

A zsírembolia legjelentősebb hatása: a hypoxia. Ez a felelős a korai agyi jelenségekért, mint a nyugtalanság, szorongás, aluszékonyság és végül is ez a halál oka. Két úton jön létre: *a)* a hiányos gáz-átáramlás miatt az alveolaris-arterialis membránon, mely a súlyosfokú alveolaris oedema következménye, *b)* és a nem oxygenizált vér tüdőbeli „shunt"-ölődése miatt.

Három fő klinikai typusa: a fulmináns, a klasszikus tünetcsoport és az incomplet tünetek. *A fulminánsz typust* ritkán diagnosztizálják élőben, részben mert a tüneteket elfedi magának a traumának a hatása (főleg ha fejtraumáról van szó), vagy az anaesthesia, részben, mert annak lehetőségével nem számolnak. Typikus eset, hogy a trauma után néhány órával az előzőleg eszméleténél levő beteg comás lesz. Ez hemiparesissel, epileptiform rohamokkal társulhat.

A klasszikus syndroma első tünetei 24—48 órával a trauma után jönnek. Hirtelen kezdődik, lázzal, tachycardiával. Ezt az agykárosodás jelei követik, mint zavartság, nyugtalanság, delirium, aluszékonyság és végül coma. Altatás elfedheti a tüneteket, és ilyenkor a megfelelő tünet: az érzéstelenítés (altatás) után az öntudat visszanyerésének hiánya lesz. Előfordulhatnak görcsök, incontinentia, mélyreflex-változások, bénulás. Egyidejűleg jelen lehetnek dyspnoe, cyanosis, köhögés, habos köpet, mely vérrel festenyzett lehet, és nedves zörejek a tüdőben. Petechiák a 2. vagy 3. napon jelennek meg, a mellkas elülső felszínén, a nyakon és vállakon, a szemfeneken és kötőhártya zsákokban. Anaemia és vizelet-incontinentia gyakori.

Az incomplet tünetcsoportban néhány klasszikus jelenség hiányzik. Így agyi tünetek fordulnak elő lázzal, tachycardiával, petechiákkal, de hiányoznak a légzési tünetek. Néhány betegben az agyi tünetek hiányoznak, másokban a zsírembolia egyetlen jele: a petechiák.

A diagnosis nagyfokban attól függ, hogy gondolunk-e a zsírembolia lehetőségére. Megbízhatatlan a zsír keresése a köpetben és vizeletben. Rendszerint megtalálható a gyors esés a haemoglobin-értékben és a thrombocyta-számban; EKG-n jobb szívfél terhelés jelei láthatók. Hasznos az arteriás vér-gáz analysis.

A kezelésben rendkívüli jelentőségű a hypoxia korrigálása, olyan hamar, amilyen hamar csak lehetséges, hogy az irreversibilis agykárosodást elkerüljük. Amennyiben a beteg comás, tracheostomiát kell csinálni és curarisatio után a légzést intermittáló positiv nyomással fenntartani O_2 hozzáadásával. A felgyült habos köpetet folyamatosan le kell szívni. Az agykárosodást a minimálisra kell csökkenteni hypothermia bevezetésével is, mely az agy O_2-felhasználását csökkenti. A keringés és a szövetek perfusiójának javítása elérhető alacsony molekulasúlyú dextran és vasodilatator adásával, amely α-adrenerg blokádot okozva, feloldja az érgörcsöt, csökkenti a perifériás ellenállást, és javítja a szívműködést. Bizonyított, hogy a „clofibrat" csökkenti a trauma utáni lipaemiát

és a zsírembolia előfordulási gyakoriságát.

Az azonnali therapia a korai diagnosis függvénye. Legtöbb bizalom a következő tünetekbe helyezendő: zavartság és nyugtalanság, mely comában folytatódik. Hangsúlyozandó, hogy ébernek kell lenni a zsírembolia lehetősége tekintetében az első 48 órában, ez a legnagyobb segítség a korai diagnosishoz.

Szőnyi Ferenc dr.

Az epiphysis-sérülések röntgendiagnosztikája. L. F. Rogers (University of Texas Medical School, San Antonio, Texas): Radiology. 1970, *96*, 289—299.

A növekedésben levő csöves csont epiphysis-vonalának szöveti rétegei: 1. nyugvó porcsejtek, 2. proliferáló porcsejtek, 3. hypertrophiás sejtek és 4. a provisoricus meszesedés zónája. Ezek közül a legkevésbé ellenálló a hypertrophiás sejtzóna, s ezen keresztül válik szét megfelelő trauma hatására az epiphysis. Salter és Harris nyomán az epiphyseolysisek a röntgenfelvétel alapján öt típusba sorolhatók:

1. típus: az epiphysis egyszerűen oldalra csúszik a szétválás során, a metaphysis és a már csontos epiphysis sérülése nélkül.

2. típus: az 1. típustól annyiban tér el, hogy az epiphysissel együttmarad a metaphysis egyik háromszög alakban letört pereme, és vele együtt dislocalódik.

3. típus: a törésvonal a csont hossztengelye irányában kettéválasztja a csontos és porcos epiphysist, majd derékszögben folytatódik az epiphysis-vonalban. Így az epiphysis egyik része törik le, a metaphysis sértetlen marad.

4. típus: az előzőtől annyiban különbözik, hogy a törésvonal az epiphysisről tovább terjed ferdén a metaphysisre is, vagyis egy darabban törik le a csontos-porcos epiphysis és a metaphysis érintett pereme.

5. típus: a növekedési zóna összenyomódik oldalirányú dislocatio nélkül. Röntgenfelvételen való felismerése nem egyszerű, általában csak az ép oldallal összehasonlítva sikerül.

A felsorolt típusoknak prognosticus jelentősége is van. Az 1—3. típus általában maradandó deformitás és a növekedési anomalia nélkül szokott gyógyulni. A 4. típusban gyakori, hogy a metaphysisről a növekedési zónán át az epiphysisre terjedő callus az érintett területen gátolja a további csontnövekedést, s így deformitashoz vezet. Az 5. típusban legkedvezőtlenebbek a viszonyok: a compressiós trauma a növekedési zóna komoly károsodáshoz vezet, legtöbb esetben következményes növekedési zavarral és deformitással.

A közlemény 108 gyermek 118 epiphysis-sérülését elemzi. Ebből 1. típusú 6%, 2. típusú 75%, 3. típusú 8%, 4. típusú 10% és 5. típusú 1% volt. Szerencsés dolog, hogy épp a kedvezőtlen prognózisú 5. típus fordul elő a legritkábban, s a jobb gyógyhajlamú formák teszik ki az esetek 89%-át.

Példákat bemutatva külön foglalkozik a szerző az egyes anatomiai localisatiókkal: humerus, könyök, csukló, csípő, bokatáj, kéz és láb epiphysis-sérüléseit ismertetve. A kezeléssel kapcsolatban kiemeli, hogy jobb a tökéletes repositiót nem erőltetni, mint ismételt durva manőverekkel károsítani a sérült szövetek megmaradt érellátását.

Mivel a következményes deformitások és növekedési zavarok néha csak hosszú idő után válnak nyilvánvalóvá, legalább két éven át kell ellenőrizni a kis sérülteket ahhoz, hogy a végleges gyógyulást megállapíthassuk.

Laczay András dr.

A tüdőventiláció functionális megítélése többszörös bordatörés után. Kappey, F. (Sebészeti Klinika, Heidelberg): Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 257.

21 konzervatívan kezelt, egyoldali bordatörést szenvedett betegen vizsgálták, hogy a mellkas sérülés milyen befolyást gyakorol a tüdő ventilációs működésére. A főbb ventilatiós mutatóknak a következő változását registrálták: 1. a baleset utáni 3. napon a VC 44%-kal, a TC 63%-kal, MPV 42%-kal csökkent a kívánt értékekhez viszonyítva. 2. Három hónapon belül ezek a paraméterek a kívánt, vagyis számítás útján meghatározott érték szórási területébe tértek vissza és a későbbiek során sem változtak. 3. A többszörös bordatörött betegek kezdeti ventilációs zavara restrictiv jellegűnek mutatkozott és a beléglzést korlátozta. A residualis volumen szignifikáns változása nem volt kimutatható. 4. A kezdeti ventilációs zavarok okát nemcsak a fájdalom gátló hatásával, hanem mechanikus tényezőkkel is magyarázza, amely bordatörés következtében a mellkas egységének megbomlásából származik.

Egyoldali, akár többszörös bordatörések esetén sem kell általában a légzés ventilációs működésének jelentősebb, vagy tartós károsodásával számolni. Fontos azonban az utógondozás és abban az esetben, ha a klinikai, röntgenologiai és spirometriás leletek nincsenek összhangban egymással, akkor ajánlatos a vizsgálatokat vérgázanalyzissel kiegészíteni. Ezzel a baleset esetleges következményei tisztázhatók és objektiválhatók.

Entz Albert dr.

Lábközépcsonttörések. Bernett, P., G. W. Prokscha, M. Stock: Fortschr. Med. 1969, *87*, 1353—1355.

A szerzők anyaguk 228 esetét dolgozták fel. A lábközépcsonttörések 1/3-a munkabaleset, 1/3-a közlekedési baleset (közel azonos a gyalogosok és gépkocsivezetők aránya), közel 1/4-e házi baleset, 1/8-a pedig sportbaleset. A törések csaknem egyenletesen oszlanak meg a különböző korcsoportok között 10—70 év között, de leggyakoribbak 20—30 év között. Az eseteknek közel 2/3-ában csupán egy csont törik, leggyakrabban az V. metatarsus. A törések 11%-a igényelt repositiót. A repositio és retentio biztosítására esetenként extensio vagy drótosteosynthesis vehető igénybe.

A sérültek átlagosan 3 hónap után vették fel a munkát. Az esetek 12%-ában a kezelés eredménye nem volt kielégítő. A szubjektiv és objektiv klinikai kép, valamint a röntgenfelvétel eredménye nem mindig egyezik egymással. Egyes esetekben a kísérő sérülések is szerepet játszanak a panaszokban. Leggyakrabban a lábboltozat deformitása okoz panaszokat. Ilyenkor betét viselése indokolt. A repositio elégtelensége miatt néha késői correctiós műtét válik szükségessé.

Kazár György dr.

Ficamos nyakcsigolyatörések kezelése ventralis fusióval. Schürmann, K., G. Busch.: Chirurg, 1970, *41*, 225—228.

A nyakcsigolyák ficamos töréseinek dorsalis behatolásból végzett repositiója és retentiója nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket. 12—15 év óta azonban előbb a nyaki discus-hernia, majd a luxatiós törések kezelésében is mindinkább tért hódít a külső behatolásból végzett műtét. Így egy ülésben sikerül a gerinccsatorna kitakarítása, a gerincvelő felszabadítása, a luxált csigolya repositiója és csont vagy műanyag beültetésével a csigolya rögzítése. Utóbbi feleslegessé teszi a többhetes extensiót, a külső rögzítést, lerövidíti a betegség tartamát. Egyúttal még harántlaesio esetén is megkönnyíti a rehabilitációt.

Az eljárás előnye, hogy a nyaki gerinc alakja, tartása megmarad, a ficamodott csigolya stabillá válik, a beteg a szükséges rehabilitációhoz mobilizálható. Ha a csigolya teljesen összeroppant, nagyobb csont beültetésével kell a szomszédos csigolyákkal együtt blokkot kiképezni.

Kazár György dr.

Talustörések. Bernett, P.: Fortschr. Med. 1969, *87*, 647—652.

A talus törése viszonylag ritka, a müncheni sebészeti klinika anyagában 15 év alatt 79 esetben észlelték. E törések egyik harmada üzemi baleset, másik harmada sportsérülés következménye. Fiatal férfiakon gyakoribb. A töréstípus és dislocatio változatos. Az esetek

$^2/_5$-ében a talus részleges vagy teljes nekrosisa következik be, különösen gyakori ez a test hátsó dislocatiója és sagittalis törés esetén.

A helyes kórismét az esetek $^1/_5$-ében csak későn állították fel. Ebben szerepet játszik a járulékos csontokkal való összetévesztés. Fontos a korai repositio, esetenként osteosynthesissel.

A talus nekrosisa a corpus collapsusával jár. A nekrosist követő arthrosis jelentős mértékben gátolja a bokafunctiót. A röntgenkép a nekrosist csak késve mutatja. Az átépülés foltos felritkulással-kondenzitással jár, az átépülés folyamán könnyen beroppan a csökkent mésztartalmú csont, ha terhelik.

A talust két ércsoport látja el: az arteria sinus tarsi (az arteria dorsalis pedis-ből) és az arteria canalis tarsi (az arteria tibialis posteriorból). A két ér a canalis tarsiban anastomizál. A talus érellátása az arteria femoralis arteriographiájával ábrázolható, az érkárosodás is kimutatható. Ha az erek nem sérültek, a talus zavartalanul gyógyul. Elhalt talus esetén az arthrodesis is nehézségbe ütközik, az átépülés lassú.

Kazár György dr.

Szülészet és nőgyógyászat

Vírusfertőzéssel kapcsolatos veleszületett és újszülöttkori fejlődési rendellenességek állatkísérletes vizsgálata. Elizan, T. S., Fabiyi, A. (Laboratory of Neurovirology, Department of Neurology, The Mount Sinai School of Medicine, Bethesda, Maryland): American Journal of Obstetrics and Gynecology 1970, *106*, 147—165.

A vírusok teratogen szerepéről már 1941-ben beszámolt *Gregg*, amikor megfigyelte, hogy az újszülöttek 87%-a congenitalis cataractával született, ha az anya a korai terhességben rubeola fertőzésen esett át. Azóta emellett csak a cytomegalovírusról (CMV) mutatták ki, hogy következetesen veleszületett rendellenességeket hoz létre a fejlődő magzatban. Más vírusok esetében (mumps, herpes simplex, morbilli, influenza) nem bizonyított az oki kapcsolat. Ismeretlen a teratogen hatás pathomechanizmusa is, ennek tisztázására szerzők állatkísérleteket végeztek. A közlemény amellett, hogy tárgyalja a különböző vírusokkal kapcsolatos saját megfigyeléseket, gazdag irodalmi áttekintést ad a kérdéssel kapcsolatos kutatások eredményeiről.

A *rubeola* vírus effektusa emberben széleskörűen dokumentált, szívfejlődési rendellenességeket, cataractát, perceptiós süketséget, agyfejlődési rendellenességeket, mentális retardatiót okozhat. Ezek a manifestatiók az organogenesis kritikus periódusában a rapidan proliferáló sejtek destrukciójával magyarázhatók. A rubeola vírus izolálása human magzati anyagból a vírusfertőzés fennállását bizonyítja .

A rubeola vírus izolálása (1962) óta többféle kísérleti állaton idéztek elő fertőzést transplacentáris transmissióval. A megfigyelt elváltozások: szemlencse-, fül-, bőr-, magzatboholy-, csontlaesiók, myocardiumatrophia, retardált magzati növekedés, újszülötthalál. Az exencephalia, spina bifida, nyúlajak, farkastorok esetén nem sikerült a vírus meghatározó szerepét bizonyítani.

A *cytomegalovirus* az emberi placentán képes áthatolni, agyfejlődési rendellenességeket, meningoencephalomyelitist, periventricularis calcificatiót, focalis cerebralis dysfunctiót, mentalis retardatiót, újszülöttkori hepatitist, interstitialis pneumonitist, thrombocytopeniás purpurát, chorioretinitist, opticus atrophiát, süketséget, viscerális és csontvázdeformitásokat okozhat.

A magzat infectiója valószínűleg a viraemiás fázisban történik, a pathogenesis azonban nem tisztázott, mivel a CMV erősen fajspecifikus, kísérleti állaton nem sikerült demonstrálni a placentáris transmissiót. Állatkísérletekben csak a *morbilli, herpes simplex* és a *Coxsackie-B* vírusról sikerült kis számban kimutatni, hogy átjutnak a placentán.

A vírusok nagy része nem jut át az emberi lepényen, de kísérleti állatokban fertőzést okozhat, anélkül, hogy fejlődési anomáliákat létrehozna. Csirkeembriókba történt direkt mumps, influenza, New Castle vírus inoculatio fejlődési rendellenességeket idéz elő, ami a placenta hatásos barrier szerepe mellett szól az ilyen potentiálisan teratogen hatású vírusokkal szemben.

Herpay Gábor dr.

Androgen antagonistával kezelt hirsutismus és acne. Nelson, R. M., Rakoff, A. E. (Dept. of Obstetrics and Gynecology of Jefferson Med. Coll., Philadelphia, Pa., USA): Obstet. Gynec. 1970, *36*, 748—752.

Hirsutismusban és/vagy acneban szenvedő 31 beteget kezeltek 17-α-methyl-βnortestosteronnal. Az acnes betegek közül mindegyik és a hirsutismusban szenvedők 70%-a kedvezően reagált a kezelésre. A kezelésnek szövődménye nem volt. A kezelésre az acnes betegek jobban reagáltak.

Jakobovits Antal dr.

Haemostaticus változás a szülés alkalmával. Bonnar, J., Mc. Nicol, Douglas, A. S. (Radcliffe Infirmary, Oxford és Royal Infirmary, Glasgow.): British Medical Journal 1970, *2*, 200—203.

Normál terhesség a haemostaticus mechanizmus nagyobb változásával társulhat, különösen nagy növekedés jöhet létre, a VII., VIII., IX. factor és a fibrinogén szintben és kifejezett csökkenés a fibrinolyticus aktivitásban. A placenta leválás időszakában az alvadási próbaidők megrövidülése észlelhető és egy határozott emelkedés az V. és VIII. faktorban, valamint csökkenés a plasma fibrinogen tartalmában. A normál szülés után, egy órán belül a csökkent fibrin-fibrinogen szint emelkedik és a fibrinolyticus aktivitás is a normál, nem terhes állapot szintjére emelkedik. A gyermekágy első napjaiban egy secunder növekedés jelenik meg a plasma fibrinogen szintben, a VIII. factor szintje magas marad és a vérlemezkék száma kifejezett emelkedést mutat. Ezek az elváltozások magyarázatául szolgálhatnak a gyermekágyas asszonyok thromboembolicus szövődményre való hajlamának. A szerzők, a vér alvadási és fibrinolyticus rendszerét 15 egészséges szülőnőn, zavartalan, teljes idejű terhesség után tanulmányozták a szülés ideje alatt és 5 napon keresztül a szülés után.

Bodánszky Hedvig dr.

Méhnyálkahártya hyperplasia fiatal asszonyokban. Chamlian, D. L., Taylor, H. B. (Armed Forces Institute of Pathology, Washington, DC 20 305, USA): Obstet. Gynec. 1970, *36*, 659—666.

Hosszú időn át követtek 97 fiatal asszonyt, akiknek endometrium hyperplasiájuk volt. 24 betegben (25%) a méhnyálkahártya hyperplasia Stein—Leventhal-syndromával társult. Mindezekben a fertilitas alacsony volt. Csak 26 beteg (27%) fogamzott és 20 (21%) hordta ki a terhességét. 14 betegben (14%) a folyamat adenocarcinomába progrediált a hyperplasia diagnózisa után 1—14 évvel. 31 betegben a menstruatiós rendellenességek 1—30 évig folytatódtak.

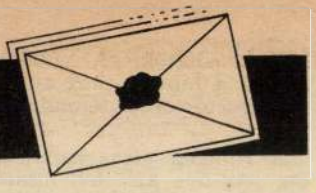
Jakobovits Antal dr.

A cervicalis cytológia és a sequential fogamzásgátlók. Dougherty, C. M. (Dept. of Obstetrics and Gynecology, Louisana State University Medical Center, New Orleans, La., USA): Obstet. Gynec. 1970, *36*, 741—744.

1938 fogamzásgátló tablettát szedő asszonyon folyamatosan végeztek cervicalis cytológiai vizsgálatokat, 92 menstruatiós cycluson keresztül. Atypiát és pozitív kenetet a vártnál kétszer gyakrabban találtak, kezeletlen asszonyokat véve alapul. Egyetlen asszonyban sem találtak adenocarcinomát, vagy stroma sarcomát.

Jakobovits Antal dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A kórházi beteglátogatásról és iatrogen ártalmairól.

T. Szerkesztőség! Több, mint két évtizede olvasom rendszeresen az Orvosi Hetilapot. A „Levelek a Szerkesztőhöz" rovatban már nagyon sok probléma került felvetésre. Olykor-olykor érdemes lenne visszapillantani a Szerkesztőségnek, hogy az e rovatban felvetett és megoldásra váró kérdések közül, melyekben milyen haladást értünk el (pl. SZTK vényírás stb.) vagy értünk-e el bármit is.

Ez a kis szkepticizmus azért van, mert most ismét egy olyan kérdést szeretnék vitára bocsátani, amely a fekvőbeteg osztályokon nagyon sok gondot okoz és megoldása nem kerül anyagi áldozatba, sőt feltétlenül csak hasznot jelentene a betegellátásban.

A kórházi beteglátogatásról van szó.

A kórházakban a beteglátogatást egészségügyi miniszteri rendelet engedélyezi és szabályozza. Nem kívánom a rendeletet ismertetni, ezt mindannyian ismerjük. Aki nem ismeri, az az Egészségügyi Közlönyben utánanézhet.

Az elmúlt években mind gyakrabban esett és esik szó az iatrogen ártalmakról. Azon törjük a fejünket, hogy ezeket hogyan lehetne megelőzni, hogyan lehetne kiiktatni mindennapi munkánkból. Ez év január elsejétől ezekre az ártalmakra nézve a fekvőbeteg intézetekben kötelező a bejelentés. (Egyelőre ott, ahol hygienikus orvos működik.) Évről évre többet költünk a megelőzésre is, de az iatrogen betegségek gyógyítására is. Ugyanakkor a miniszteri rendelet alapján hetenként háromszor engedélyezzük a beteglátogatást.

A beteglátogatásnak hazánkban nincsenek meg a kulturált lehetőségei (ruhatár a felső ruha részére, fehér köpeny, saru a lábbelire).

A betegek hozzátartozóinak nagy része sem áll még olyan magas egészségügyi műveltségi fokon, hogy megértse, egy beteghez egyszerre csak két látogató mehet be. De ezt egyszerűen nem is lehet irányítani. Példaként szabad legyen leírnom a ceglédi kórház új részlegének, amely 476 ágyas, 1971. március 14-i látogatási napját. A 476 beteghez (feltételezve, hogy egy üres ágy sem volt) több, mint 1100 látogató jött. A vidéki, de a helybeli látogatók egy része is magával hozza a gyermekeket is.

A látogatás egy óra alatt zajlott le. A hozzátartozók, miután nincs a kórtermekben annyi szék, ahány látogató betódul, leülnek a beteg ágyára is. Előzőleg zsúfolt vonatokon vagy buszokon tolonganak és utána utcai ruhában beülnek a két nappal ezelőtt szült gyerekágyas ágyába. Látogatás után ugyanabban az ágyban fekszik a friss sebbel kezelt gyerekágyas, vagy műtött beteg.

Mi pedig azon törjük a fejünket, hogy hogyan lehet az iatrogen ártalmakat elkerülni!

Joggal vethetik fel a kollégák és az illetékesek, hogy miért engedjük mindezt.

Vajon tudunk-e minden kórterembe egy-egy őrt állítani? Vajon hajlandó-e a nővér vagy az orvos kitenni magát az esetleges durvaságoknak és szidalmaknak?

A fentiekben csak azokról az ártalmakról beszéltem, amelyeket a kulturálatlan beteglátogatás során behurcolt fertőzések jelentenek.

Nem ismeretlenek előttünk azok az ártalmak sem, amelyeket maga a látogatás psyches ténye jelent. Gondoljunk itt a beteglátogatás utáni felzaklatott idegállapotára stb.

Én gyermekosztályon dolgozom. A látogatók csak látogató folyosóról ablakon keresztül érintkezhetnek a gyermekkel. Egy-egy látogatás után azonban hosszú órákba telik, mire az osztály nyugalma és csendje helyreáll.

Mindezek elkerülhetők lennének, ha a fekvőbeteg intézetekben a látogatást miniszteri rendelet megtiltaná, ill. korlátozná.

Most jöhetnek természetesen az ellenérvek is.

A jelenlegi látogatási rendszer mellett is vannak még soron kívüli látogatások is. Ez részben orvosi engedély, részben egy kis anyagi juttatás ellenében történik. Ez azt bizonyítaná, hogy még a heti háromszori látogatás sem elegendő?

A súlyos beteg hozzátartozóit vajon milyen alapon és jogon fosztjuk meg attól, hogy láthassa nap mint nap édesapját, édesanyját, vagy gyermekét?

Ez az eset olyan kivétel, amikor az orvos saját belátása szerint az emberségesség messzemenő figyelembevételével dönt! Ezek az esetek szerencsére nem tartoznak a leggyakoribbak közé.

Bárhogyan is van, egyet mindenképpen tudok. A kórházi látogatás a jelenlegi formájában elavult, kulturálatlan és veszélyes a kórház hygiénéjére és a betegekre.

A megfelelő megoldás keresése indított arra, hogy vitára szólítsam fel az Orvosi Hetilap hasábjain keresztül kedves kollégáimat.

Hidvégi Zoltán dr.

Erjedéses és rothadásos dyspepsia, nyári hasmenés kezelésére, bacilláris és amoebás dysenteria, enterocolitis therápia adjuválására

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

ENTEROSEPTOL

Felnőtteknek naponta 3-szor 1—2 tabletta, gyermeknek, a kortól függően kevesebb

20 tabletta 16,50 Ft

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

OH 1740



KÖNYVISMERTETÉS

H. L. P. Resnik (ed.): Suicidal Behaviors. Diagnosis and Management. By 48 Authors. 1968, Little, Brown and Co. Boston, 536 oldal. Ára: 12 US dollár.

Az utóbbi 10 évben az öngyilkosság kérdéseiről több értékes gyűjteményes munka jelent meg, amely e komplex problémakörnek minden oldalával foglalkozik. Elsősorban a Los Angeles-i Suicide Prevention Center által kiadott négy kötetet kell értékesnek tekinteni. Resnik eme kiadványa azonban túltesz elődein, és 38 fejezetben, 48 világhírű szuicidium-szakértő munkája alapján az öngyilkossággal kapcsolatos ismeretek legteljesebb és legmodernebb összefoglalását adja.

Előszavában Resnik leírja, hogy sebészként kezdett érdeklődni az öngyilkosság iránt, öngyilkossági kísérletet elkövetők sebészeti és baleseti belgyógyászati ellátása közben. A probléma érdekében pszichiáter lett, pszichoanalitikus kiképzést szerzett. E gyűjteményes kötet tervével több kiadót megkeresett, míg végre az ismert bostoni cég elképzeléseinek valóraváltásához segítette.

A kötet szerkezete, egyes részeinek tematikája és a tanulmányok tartalma bő ismertetést érdemelne, azonban annyi sok kérdésről van benne szó — az öngyilkosság filozófiai, fogalmi, jogi, transzkulturális, klinikai, therápiás és egyéb arculatától kezdve különböző országok öngyilkosság megelőzési szervezeteinek leírásáig —, hogy érdemi ismertetés szétfeszítené egy recenzió kereteit. Ehelyett azt a számos új vagy újszerű adatot és megállapítást érdemes kiemelni, amely a szuicidium eddigi irodalmának hátteréből feltűnő. Természetesen a jelentőségtulajdonítás és kiemelés egy ilyen gazdag ismeretárból, mint amit ez a könyv képvisel, a recenzens szemléletét és ismeretnívóját elválaszthatatlanul magában hordja.

Shneidman, a Los Angeles-i központ vezetője leszögezi, hogy az öngyilkossági szándék elsődleges pszichológiai célja nem a halál maga, hanem élményfolyamatok, pszichés állapotok, személyiségműködés megszüntetése, befejezése vagy megszakítása. Ezzel kapcsolatban az emberekben különböző orientációk, motivációs formák élnek. A határozott, tiszta öngyilkossági szándéktól a tudattalan autodestruktiv tendenciákig sokféle motivációs lehetőség van, ezek között mindenféle átmenet megtalálható (ezt a koncepciót fejezi ki egyébként a könyv címe is, ugyanis Resnik véleménye is az, hogy nem egyféle öngyilkosság van, hanem az öngyilkos magatartás módok sokfélesége). Shneidman négy nagy csoportot különít el, mindegyikben alcsoportokkal, mindegyik öngyilkosságformában más a tudatos egzisztencia megszüntetésével kapcsolatos alapvető orientáció. A szándékos csoport mellett feltételez szubintencionált, tudattalan (unintentioned) és „kontra-intencionált" csoportot is. A két első csoportban 4, a harmadikban öt, a negyedikben két alcsoport van. Mindegyik alcsoport egy öngyilkossági cselekvéstípusnak felel meg. Shneidman osztályozása igen jó klinikai, pszichodinamikus szempontokat ad, nagy értéke, hogy megtalálja a természetes és szerves kapcsolatokat olyan magatartásmódok között, amelyeket a pszichiátriai gondolkodásmód már régen a szuicidium vagy az autodestrukció formakörébe sorolt, csak értelmezni nem tudott (legfeljebb „larvált" öngyilkosságként, vagy mint Menninger tette, a halálösztön elméleti konstrukciója segítségével).

M. E. Wolfgang 5 év valamennyi gyilkosság-esetét megvizsgálta a rendőrség támogatásával Philadelphiában, megállapította, hogy az 588 eset közül 150-ben (26%) az áldozat váltotta ki, pszichológiai értelemben szinte kikényszerítette a gyilkosságot. Wolfgang szerint ez az öngyilkosság egy sajátos, alsó szocioökonómiás rétegekre jellemző módja. Az alsó rétegek tagjai — akik között az öngyilkosság a statisztikai adatok szerint ritkább —, gyakran nem rendelkeznek azzal a személyiségszerkezettel, amely az öngyilkosságot megengedné, olyankor sem, amikor öngyilkossági motivációjuk van (többnyire nem vagy nem teljesen tudatosan). Wolfgang Henry és Short elméletét veszi alapul, és ennek egy érdekes pszichológiai magyarázatot ad. Szerinte az alsó rétegekben a gyermeket fizikailag büntetik, a büntetés során agressziója személyiségén kívül, a büntető személyre vetül. Ebből ered, hogy később is általában kifelé vetíti agresszív feszültségeit. A felsőbb rétegek tagjait pszichológiai büntetésekkel nevelik, ilyenkor az agressziv feszültség általában nem talál külső tárgyat, mert az összefüggések a gyermek számára nem áttekinthetők. A gyilkosság provokációja egy sajátos lehetőség arra, hogy veszekedés, fizikai konfliktus közben ölesse meg magát a diszharmónikus személyiség.

G. A. De Vos tanulmánya meglepően koncepciózus transzkulturális (cross-cultural) áttekintést ad az öngyilkosságról. Vos kifejti, hogy az öngyilkosság szociológiailag csak egy meghatározott fokig érthető vagy közelíthető meg, ezért a szociológiai szemléletű összehasonlító-kulturális kutatást pszichodinamikus, szociálpszichológiai szempontokkal kell kiegészíteni. Ilyen szempontok alapján sok adatot ismertet egyszerűbb és egzotikus kultúrák öngyilkosságairól, amelyekben az elsődleges mozgatók az öngyilkosságra különbözők lehetnek, és ebből eredően az öngyilkosságok gyakorisági megoszlásai erősen különböznek. A Durkheim-féle három öngyilkosságtípust általában megtalálta, de ehhez negyedikként hozzáteszi és leírja az „akut interperszonális reakció" kategóriáját. Vos különösen a japán öngyilkossági motivációkról ad igen árnyalt, és újszerű képet. Vos több idegen kultúrában TAT képek és pszichiátriai interjúk alapján szerzett adatokat.

Az öngyilkossági szándék kommunikációja tényként, viszonylag rövid fejezetben kerül ismertetésre, Murphy és Robins írta le ezt a fejezetet, akik az ötvenes évek közepén az első ilyen természetű vizsgálatot végezték. Az ő adataik — amelyek ennek a fejezetnek is tartalmát adják — valamivel alacsonyabb kommunikativ előrejelzési gyakoriságot adnak meg, mint a későbbi vizsgálatok. Murphy és Robinst szerint a szándék közlésének vagy jelzésének motivációja más és más lehet, esetleg nem csak a segítségkérés vágya, hanem az öngyilkossági preokkupáció olyan foka, amely szinte automatikusan is kifejeződésre tör a személyiségben.

Yessler fejezete egyike azoknak a ritka tanulmányoknak, amelyek a hadseregben történő öngyilkosságokkal foglalkoznak. Az amerikai hadsereg adatai azt mutatják, hogy az öngyilkosság aránya egyre csökkenőben van, a század tízes éveiben a polgári lakossághoz képest még enormisan magas volt (56,5 per százezer), ez 1958-ra lecsökkent. A tisztek öngyilkossági gyakorisága az utóbbi évtizedekben jelentősen nagyobb, csaknem kétszerese a behívottakénak. Kb. az esetek 25—30%-ában mutatható ki egyértelműleg az öngyilkossági szándék kommunikációja (nota bene: e kérdésben a százalék mindig a vizsgálati módszer függvénye, és különösen a kommunikáció fogalmának felfogásáé!), érdekes, hogy ez az arány egyforma a meghalt és életben maradt öngyilkosoknál. Figyelemre méltó az a pszichiatriai technika, ahogyan az öngyilkossággal habituálisan fenyegető eseteket megoldják.

Tanulságosak az öngyilkosok pszichotherápiájáról szóló fejezetek is. Ezekből kitűnik, hogy a szerzők az ambivalenciát és a regressziót veszik célba leginkább a rövid, intenzív pszichotherápiás megközelítésekben. Több helyen intenzív csoportpszichotherápiát végeznek öngyilkosveszélyesekkel. Külön fejezet — igaz, elég rövid, és a többihez képest szegényes —, foglalkozik az öngyilkosságra készülők családtherápiájával. A szerzők kieme-

lik, hogy az öngyilkosok közül milyen soknak halt meg apja vagy anyja gyermekkorában. Álláspontjuk szerint szükséges, hogy az öngyilkosságveszélyes ember környezetéből eltávolítsuk, ill. eltávolíttassuk az eszközöket, elsősorban a fegyvereket és a gyógyszereket, mert az eszközöknek van szuggesztiv hatásuk. Több szerző szerint nem szabad félni megkérdezni a betegtől az öngyilkosságra vonatkozó gondolatait, terveit. E probléma körül vita van az irodalomban, egyesek szerint a rákérdezés az öngyilkosság felé tereli a beteget. Igen valószínű, hogy e kötet szerzői azért hívei az öngyilkossági szándék egyenes explorációjának, mert olyan szervezetekben dolgoznak, ahol az öngyilkosságveszélyes esetet azonnal therápiás erőtérbe tudják helyezni. Európában ez ritkán lehetséges.

Egy fejezet érdekes vizsgálatot közöl, több mint 200 pszichotherapeutát kérdeztek meg betegeik öngyilkosságra adott reakcióiról, öngyilkosságról való véleményeikről. Egyetlen therapeuta sem tartotta az öngyilkosságot elfogadhatónak, jogosnak, mindegyik beszámolt arról, hogy betegének öngyilkossága esetén eleve érzelmi feszültséget érezne, amely esetenként a gyászig megy.

Nagyon tanulságosak a különböző öngyilkosságmegelőző szervezetekről szóló leírások. Sok amerikai városban önkéntes, laikus szervezetek végeznek ilyen munkát. Néhol minden nyilvános telefon tárcsáján olvasható a szolgálat száma. Angliában papok végzik a megelőzés munkáját. Ringel leírásából megismerhetjük a bécsi „Lebensmüdenfürsorge" szolgálat működését, alapos és gondos pszichológiai munkáját. Ringel jogos büszkeséggel mutatja ki, hogy szolgálatának működése, 1953 óta Bécsben fokozatosan csökken az öngyilkosság gyakorisága, ez a csökkenés 1967-re 25%-ot ért el (1953:622 = 35 százezrelék; 1967:389 = 24 százezrelék.) Egyelőre az az adat az egyetlen az öngyilkosság irodalmában, amely ennyire jó eredményt mutat. Természetesen Ringel nyitva tartja a lehetőséget, hogy ez a csökkenés nem csak az öngyilkosságmegelőzési szolgálat érdeme.

A kötet jól mutatja, hogy milyen nagyarányú kutatás és milyen számottevő haladás történik az öngyilkosság kérdésében. Resnik nagy érdeme, hogy ilyen sok szerzőt ennyire jól tudott integrálni, összehangolni az öngyilkosságprobléma egész panorámájának bemutatására.

Buda Béla dr.

Rauber-Kopsch: Az ember anatómiája; tankönyv és atlasz. 20. kiadás, Georg Thieme, Stuttgart. I. kötet: Mozgásszervek; írta prof. Gian *Töndury*. Zürich (Rauber—Kopsch: Lehrbuch und Atlas der Anatomie des Menschen, I. Bd. Bewegungsapparat).

Rauber—Kopsch egybedolgozott anatómiai tankönyve és atlasza évtizedek óta fogalom a nemzetközi anatómiai tan- és kézikönyvi irodalomban. Ezúttal 20. kiadása teljesen új formában jelenik meg prof. Wolfgang *Bargmann* (Kiel), prof. Helmut *Leonhardt* (Kiel) és prof. Gian *Töndury* (Zürich) átdolgozásában. A megjelent I. kötet a mozgásszerveket (csont-, ízületi és izomrendszert) tárgyalja, nagyobb testrészek szerint integrált formában; 569 oldalon (beleértve az igen részletes, de mégis gyors tájékozódást biztosító tárgymutatót) 675, részben színes ábrával. A tankönyv szövegrészei gyakorlatilag teljesen újak. Teljesen elhagyták a régebbi kiadások rövid szövettani ismertetéseit, amelyek a 20—30-as évek igényeinek megfeleltek, de ma már természetesen messzemenően korszerűtlenek lettek volna. A mikroszkópiából kizárólag a makromikroszkópos nagyságrendek határaira vonatkozó elég jelentékeny ismeretanyag került be és olyan mikroszkópi vonatkozások, amelyek az organoid szerkezet megértése és főleg annak fejlődése szempontjából fontosak. Ez az anyag igen részletesen és főleg kiváló módon illusztrálva kerül tárgyalásra, de ennek ellenére sem sikerült a szerzőnek teljesen elkerülni a szövettani leírás nélküli anatómia ama ellentmondásosságát, hogy sok olyan szerkezeti viszonyról kell szólnia, amely valódi magyarázatát csak a szövettani ismertetésben lelheti.

Az új kiadás szövege szerencsésen megőrizte az eredeti mű pozitív vonását, hogy a régebbi kiadásokban tipográfiailag is kiemelt főszöveg igen tömör és pregnáns anatómiai leírást adott. Töndury professzor a leíró részek tömörségét és világosságát még fokozta és minden nélkülözhető leíró elemet radikálisan elejtett. A hangsúlyt teljesen áthelyezi a gyakorló orvos, de nem kismértékben a szakorvos (ebben a kötetben elsősorban a radiológus, orthopéd, sebész) számára fontos funkcionális viszonyok tárgyalására. E tekintetben ez a kötet mind szövegben, mind ábraanyagában kiemelkedő mű és melegen ajánlható az orvos és szakorvos gyors és korszerű anatómiai tájékoztatását biztosító rövid kézikönyvként. A csontváz számos részéről készített kiváló röntgenképek, az azokat magyarázó sémák és nem utolsósorban az élő ember testfelületén különböző test- és taghelyzetekben, valamint mozgásokkor mutatkozó, anatómiai tényezők (izmok, inak, csont- és ízületi részek) által okozott, kiemelkedéseket és gödröket illusztráló fényképek a kötet orvosgyakorlati hasznát biztosítják. A Rauber—Kopsch-atlasz kiváló régi anatómiai ábráit igen szerencsésen egészíti ki a statikai és egyéb funkciós viszonyokat magyarázó demonstrativ és szépen kivitelezett sémák egész sora. Hasznos és nagy gyakorlati fontosságú kiegészítése az illusztrációs anyagnak a félig sémás átmetszeti ábrázolások jelentékeny száma. A szöveg túlnyomó részét a gyakorlati vonatkozású funkciós viszonyok részletes, de ugyanakkor mégis tömören és világosan fogalmazott leírása teszi ki. Mintegy 300 irodalmi idézet lehetővé teszi, hogy az érdeklődő felkeresse főleg a funkciós viszonyokra vonatkozó részletesebb eredeti információt. Kiemelkedő új vonása és értéke a műnek az intrauterin és még inkább a csecsemő- és gyermekkori fejlődési viszonyok gondos ábrázolása, minek gyakorlati értékére nem kell külön rámutatnunk.

Az anatómia funkcionális szemlélete, legalábbis ennyire konzekvens felfogásban, aránylag új és ezért nem meglepő, ha nagyon eltérő lehet a véleményünk arról, hogy a struktúra és funkció kapcsolatában mit tartunk fontosnak. Töndury professzor funkcionális szemléletét elsősorban, sőt szinte kizárólag orvosgyakorlati szempontok határozzák meg. Ez a mű közvetlen gyakorlati használhatóságát növeli a konkrét anatómiai részleteknek mind a diagnosztikában, mind az orvosi beavatkozás szempontjából való jelentőségének kiemelése révén. Árnyoldala ennek a funkcionális szemléletnek a jelenségek biofizikai és fiziológiai alapjainak kevesebb hangsúllyal való kezelése. Az egyébként igen részletes általános izomtani fejezetből pl. hiányzik a tollazott és párhuzamos rostú izmok funkciós jelentőségének magyarázata, az antagonisztikus, mozgást előrehajtó, rögzítő stb. izomműködések magyarázata nem elég mély és korszerű. A részletes fejezetekben a légzőizmok működésének leírása nem veszi kellőképpen figyelembe a modern neurofiziológia eredményeit. Így a bíráló érzése szerint ez a leírás nem stimulálja eléggé az olvasót a fizikai és egzakt fiziológiai értelemben helyes mérlegelésre és szemléletre. Ennek következményeképpen minden kiválósága és főleg gyakorlati használhatósága ellenére ez a mű nem halad az orvosi alaptárgyak (biofizika, biokémia, fiziológia) mélyebb integrálódása irányában, hanem majdnem inkább a szeparálódás tendenciáját képviseli. Ez részben szükségszerű következménye a szövettan és makroszkópos anatómia elválasztásának. Az alaptárgyak szintézise felé ugyanis csak a szerkezeti viszonyoknak a submikroszkópiától a makroszkópiáig való egységes tárgyalása vezethet. Ha feltétlen hívei vagyunk is az alaptárgyaknak a fentebbiek értelmében való minél teljesebb integrációjának, lehetetlen el nem ismernünk Töndury professzor korszerű orvosgyakorlati hangsúlyozású funkciós szemlélete kiváló értékét. Az egész műről az első kötet természetesen nem ad-

hat teljes képet, de ha a további kötetek szerzői ugyanilyen szellemben és szinten ismertetik az anatómia további fejezeteit, a gyakorló orvos és szakorvos aligha találhat a nemzetközi szakirodalomban hasznosabb kézikönyvet gyors és alapvető anatómiai tájékozódásra.

A mű nyomása és az ábrák minősége kiemelkedő.

Szentágothai János dr.

Szabó Jenő: Ambulans szájsebészet. Medicina, Budapest, 1970. 312 old., 252 számozott ábra. Ára kötve 62,— Ft.

A szájsebészet a stomatologiának igen különböző szinten művelt és művelhető ága. Egyik része — az angolszász szakirodalomban szokásos nevén *major oral surgery* — az általános sebészet, stomatologia és plasztikai sebészet ama határterülete, melyet optimális eredménnyel csak a mindhárom területen kellően járatos s eme specialitásban folyamatosan dolgozó szakember művelhet. Másik, terjedelmét, igénybevételét illetően lényegesen nagyobb része az angolszászok *minor oral surgery*-je; a gyakorló stomatologus/fogorvos mindennapos működési körébe esik, ha művelésének feltételei munkakörülményei mellett adottak. *Szabó Jenő* könyve azt a másodikként említett szakterületet tárgyalja; címéül szerencsésen olyan műszót választott, amely az angolszászok diminutiv megjelölését elkerüli, s egyben pontosan definiálja a tárgykört. Olyan könyvet írt erről az igen fontos tárgykörről, amelyre a magyar stomatologiának ma csakugyan szüksége van. A stomatologia jelenleg az ambulansan lebonyolítható szakorvosi ellátásnak időben és munkaerőben bő harmadát, közel felét köti le, felszerelési és anyagigényében pedig az összes többi ambulansan végezhető szakorvosi tevékenység igényeit messze felülmúlja. Megállapításra szorult, hogy a szájsebészetnek mely területe művelhető — optimális körülmények biztosítása esetén is, amelyek *Szabó Jenő*nek rendelkezésére állnak, de szakorvosi rendelőintézeteink és különösképpen kihelyezett fogszakorvosi rendeléseink túlnyomó többségében ma még részben vagy egészben hiányzanak — szakorvosi rendelőintézet speciális rendelésének keretei között. Több évtizedes, kellő kritikával észlelt személyes tapasztalat alapján erre nézve ad útmutatást *Szabó Jenő* kitűnően megírt könyve. Azokat a stomatologiai kórképeket tárgyalja, amelyek sebészi kezelése szakrendelésen elvégezhető, pathogenesisüket és klinikai megjelenésüket illetően tömören, majd lépésről lépésre pontosan leírja az esetleg végzendő sebészi beavatkozást, a követendő sebészi és orvosi gyógyeljárást. Így az I. fejezetben a fogeltávolítással kapcsolatos szövődményeket tárgyalja, a II. -ban a fogeredetű gennyes csonthártyagyulladást, a III.-ban az állcsontok osteomyelitisét, a IV.-ben a fertőzött pulpájú fogak sebészi gyógyításának lehetőségeit, az V.-ben a fejlődési rendellenességeket, a VI.-ban az állcsontok tömlőit, a VII.-ben a szájüregben és állcsontokon mutatkozó jóindulatú daganatokat, a VIII.-ban a nyálmirigyek sebészi betegségeit, a IX.-ben a Highmore-üreg sipolyait, a X.-ben az ambulans szájsebészet fogpótlástani vonatkozásait, a XI.-ben pedig az utókezelés és a keresőképtelenség megállapításának alapelveit. Az anyag és az egyes fejezetek beosztása áttekinthető; a fejezetek terjedelme gyakorlati jelentőségükkel arányos. Így pl. alig 6 oldal szól a nyálmirigyek sebészi betegségeiről, 10 az arcüreg sipolyairól és zárásukról, viszont 57 oldal az extractiós és postextractiós szövődményekről. A szöveget 252 számozott ábra egészíti ki, de valójában ennél sokkal több az illusztráció, mert egyazon folyamat, műtét különböző fázisait ugyanazon ábraszámon, betűjelekkel elkülönítetten mutatja. Csupán 3 ábrán mutatja röntgenogrammok (jól sikerült) reprodukcióját, a többi kevéssé sémás, jó áttekintést nyújtó, a részletekbe nem vesző rajz — didaktikai szempontból igen helyesen!

Örömmel vettem tudomásul, hogy az egyes tárgyalt kórállapotok latin nevét is közli a szerző. Hogy ez mennyire indokolt, csak az tudja igazán, aki egyetemi hallgatókat vizsgáztat, s akinek a kezébe kerülnek a betegek orvos, fogorvos által írt, diktált beutaló lapjai. A latin nevek során két sajnálatos hibát fedeztem fel:: A „beékelődés" latinul *impactio* (és nem impactatio); az impingo, -ere, -pegi, -pactus igéből, ill. annak participium perfectumából képzett főnév, semmi köze sincs a paktum, paktál közhasznúvá vált szavakhoz. Ugyanígy helytelen a simplex, duplex, triplex stb. multiplex példájára a „complex" háromnemű használata; valójában ui. a complector ige háromnemű — complexus, -a, -um — participium perfectuma, a nemben a főnévhez kell illeszteni (hogy az angolszász irodalomban nem így használják, számunkra nem mérvadó; németben is a főnévvel egyeztetett, de a nyelvbe beépült jelző).

Előnyös lett volna, ha a logikusan felépített és használt terminologiát a medikusoktatásban, a fogorvoskari oktatásban megszokott terminologiával részleteiben egyeztette volna a szerző. A fiatal orvost, fogorvost egyaránt megzavarhatja, hogy más terminus technicus alatt találja meg a könyvben, amit egyik vagy másik címszó alatt tanult. A szerző álláspontja ugyan logikus, de a stomatologiai szakirodalomban és tankönyvekben használatostól tér el a dolor post extractionem, „dry socket", alveolitis stb. tárgyalásakor. Eme kisebb hiányosságok könnyen kiküszöbölhetők lesznek új kiadás elkészítésekor az Egészségügyi Világszervezet ICD-DA regiszterének figyelembevételével. A terminologiát illetően még kifogásolható a szerző elsődlegesen német szakmai műveltségének tükröződése a felső és alsó állcsont (Ober- und Unterkiefer, recte: állcsont és állkapocs) kifejezésekben; ugyanígy helytelen az alsó állcsont vízszintes és felhágó száráról beszélni, az állkapocsnak teste és szára (corpus et ramus mandibulae) van.

A könyvben előadottakkal szemben alig-alig emelhető kifogás. Véleményem egyetlen vonatkozásban tér el lényegesen: szerintem fájdalmas kórállapot szellemi foglalkozását ugyanúgy s ugyanaddig akadályoz munkájában, mint fizikai munkát végzőt, sőt sokszor — ha nem is mindig indokoltan — jobban és hosszabb ideig. *Szabó Jenő* eltérő álláspontjában talán az tükröződik, hogy a szellemi dolgozót könnyebb rávenni, hogy dolgozzék kisebb vagy nagyobb kellemetlenségek ellenére is. Igaz örömmel olvastam s nagyon megszívlelendőnek tartom a szerző egyértelmű állásfoglalását a különböző dentalis eredetű folyamatok gyógyszeres kezelésének, különképpen antibioticumok javallatának kérdésében; véleményünk közel 100%-ig azonos.

Szabó Jenő könyve igen értékes gyarapodása szakirodalmunknak. A szájsebészetben is tevékenykedő fogorvos számára nélkülözhetetlen útmutató, amely csakugyan minden helyzetben hasznos és követésre érdemes tanácsot ad. Minthogy azonban minden fogorvos elkerülhetetlenül oly kényszerhelyzetbe jut, hogy szájsebészeti jellegű beavatkozást kell végeznie, hogy szájsebészeti, ambulanter is kezelhető beteggel kell foglalkoznia, *Szabó Jenő* Ambulans szájsebészetének minden fogorvosi szakrendelésen könnyen hozzáférhetően ott kell állnia. Kitűnő könyv: tudást közvetít, könnyen érthetően, jól, korszerű szinten. Az igen jó kiállítású könyv olcsó ára lehetővé teszi, hogy minden fogorvos és fogorvoslással mellékesen foglalkozó orvos is megszerezze a saját könyvtárába is — nem könyvtári díszként, hanem tanulmányozásra váró könyvként.

Adler Péter dr.

SANOTENSIN

ANTIHYPERTENSIVUM

Középsúlyos és súlyos hypertonia-betegségnél – malignus lefolyású kórképeknél is –, hyperthyreosisnál
tablettánként 10, ill. 52 mg guanethidin sulf.

Kezdőadagja: napi 10 mg, mely 7–14 nap múltán, 1–2 hetes időközönként 10–10 mg-mal emelhető arra a mennyiségre, amely a kívánt vérnyomásszintet biztosítja (általában napi 50–75 mg).

Hospitalizált betegnél az adag rövidebb időközönkénti emelése is megengedhető.

Kizárólag intézeti kezelés esetén kezdőadagja napi 25 mg, amelyet naponta 12,5 mg, ill. 25 mg-mal emelünk a vérnyomás kívánt mértékének eléréséig, ill. amíg a mellékhatások nem jelentkeznek. Más vérnyomáscsökkentő szerekkel, elsősorban thiazid-származékokkal (Chlorurit, Hypothiazid) kombinálva a Sanotensin adagja – a szükséghez képest – csökkenthető.

Hyperthyreosis esetén – adjuvánsként – 25–50 mg-os napi adagok a peripheriás sympathicus túlsúlyra visszavezethető tüneteket jól csökkentik.

A készítmény különösen a reggeli felkeléskor okoz álló testhelyzetben jelentős **vérnyomáscsökkenést,** amely ájuláshoz is vezethet. A gyakori **diarrhoeát** az atropin jól szünteti.

Az esetleges **bradycardia** rendszerint nem okoz különösebb kellemetlenséget. A néha mutatkozó **ejaculatiós impotentia** mindig reversibilis.

Az adagolás lehetőleg intézetben állítandó be! A Sanotensin további alkalmazása idejére biztosítani kell az orvosi ellenőrzést.

NEM ADHATÓ: chromaffinoma okozta hypertonia, a gyomor- és bélrendszer betegsége esetén, valamint műtét előtt álló betegnek.

40 × 10 mg	17,80 Ft	20 × 25 mg	20,10 Ft
200 × 10 mg	82,80 Ft	200 × 25 mg	181,50 Ft

Társadalombiztosítás terhére szakorvosi rendelésen **szabadon,** egyéb esetben **szakorvosi javaslat** alapján rendelhető.

Előállítja:

Egyt ***Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest***

HÍREK

Nemzetközi Ammónia Konferencia Parádfürdő, 1972. május 11—14.

Az „Internationale Studiengruppe zur Erforschung des Ammoniakstoffwechsels und seiner Grenzgebiete" 1972. május 11. és 14. között Magyarországon tartja harmadik nemzetközi konferenciáját. A konferencia Parádfürdőn, mint a Magyar Gastroenterológus Társaság 1972. évi nagygyűlésének „satellit-symposium"-a kerül megrendezésre. A konferencia hivatalos nyelve angol és német. Az előadások könyv alakban fognak megjelenni. Fő témák:

1. Az ammónia-anyagcsere zavara májbetegségekben (témavezető: Kisfaludy Sándor dr., Bp.);

2. Az ammónia-anyagcsere extrahepatikus betegségekben — cardiológia, neurológia, anaesthesiológia, gyermekgyógyászat, pulmonológia — (témavezető: Szám István dr., Bp.);

3. Az ammónia-anyagcsere gyógyszeres befolyásolása (témavezető: *Prof. Dieter Müting dr.*, Bad Kissingen).

A fő témákkal összefüggő 10 perces referátumok 1971. szeptember 30-ig jelenthetők be.

Bővebb felvilágosítás, előadások bejelentése, jelentkezési lapok igénylése magyarországi érdeklődők részére: *Szám István dr.* János Kórház, Bp., XI., Diósárok u. 1.

Az Orvostovábbképző Intézet közli, hogy az 1972. évben az alábbiakban felsorolt orvostovábbképző tanfolyamokat és konferenciákat rendezi:

I. *Munka melletti* (előadásos, konferenciás) *továbbképzés*

1. Falusi körzeti orvosok számára havi 1 előadás — konferencia — a GYOK-sorozat alapján és részben a helyi aktuális problémáknak megfelelően.

2. Vidéki városi körzeti orvosok számára havi 1 előadás — konferencia — a GYOK-sorozat alapján és részben a helyi aktuális problémáknak megfelelően.

3. Fővárosi körzeti orvosok számára havi 1 előadás — konferencia — elsősorban a belgyógyászat tárgyköréből.

4. „Aktuális cardiológiai kérdések" tárgyú előadássorozat, Szombathelyen, 4 alkalommal, az OTKI III. sz. Belgyógyászati Tanszék és a Vas megyei Tanács Markusovszky Kórháza rendezésében.

(Később meghatározandó időpontban.)

5. „EKG syndromák" tárgyú továbbképző előadássorozat az OTKI III. sz. Belgyógyászati Tanszék rendezésében, 5 alkalommal, 3—3 óra (szombati napokon, II. félév).

(Később meghatározandó időpontban.)

6. „Belgyógyászati therapia" tárgyú előadássorozat Egerben, az OTKI IV. sz. Belgyógyászati Tanszék rendezésében, 8 alkalommal, V., VI. hónapokban.

(Később meghatározandó időpontban.)

7. „EKG alapismeretek" tárgyú előadássorozat, a gyakorló orvosok számára, az OTKI EKG osztály rendezésében Budapesten, 10 alkalommal, 3—3 óra (szombati napokon).

(Később meghatározandó időpontban.)

8. „Sebészeti beavatkozások diabeteses anyagcserezavar esetén" tárgyú előadássorozat, főorvosok és szakorvosok részére a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika rendezésében, 3 alkalommal, 2—2 óra. I. 7., 14., 21. (pénteki napokon 10.00—12.00-ig).

9. „Műtéti beavatkozások thrombohaemorrhagiás következményei" tárgyú előadássorozat, szakorvosok részére, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika rendezésében, 3 alkalommal, 2—2 óra. III. 3., 10., 17. (pénteki napokon 10.00—12.00-ig).

10. „Újabb diagnosztikai és therapiás eljárások a terhesgondozásban és a konzervatív nőgyógyászatban" tárgyú előadássorozat főként rendelőintézeti szakorvosok részére, az OTKI Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék rendezésében, 4 alkalommal, 3—3 óra (pénteki napokon 14.00—17.00-ig).

(Később meghatározandó időpontban.)

11. „Gyógypedagógiai feladatok az audiológiai munkában" tárgyú előadássorozat az audiológiai állomásokon dolgozó gyógypedagógusok részére az OTKI Fül-Orr-Gégészeti Tanszék rendelkezésében, 5 alkalommal, 3—3 óra (I. félév).

(Később meghatározandó időpontban.)

12. „Az immunológia fül-orr-gégészeti vonatkozásai" tárgyú előadássorozat Miskolcon, a Szentpéteri kapui Kórház és az OTKI Fül-Orr-Gégészeti Tanszék rendezésében, 1 alkalommal, időtartam 3 nap (II. félév).

(Később meghatározandó időpontban.)

13. Kliniko-radiológiai konferencia, az OTKI Röntgenológiai Tanszék rendezésében, 10 alkalommal (minden hónap 3. szerdáján 14.00—15.30-ig). I. 19., II. 16., III. 15., IV. 19., V. 17., VI. 21., IX. 20., X. 18., XI. 15., XII. 20.

14. Az 1971 januárjában megkezdett „Hygienikus orvosképző" konferenciás jellegű tanfolyam folytatása (III—IV. szemeszter).

15. „A víz- és szennyvízvizsgálatok aktuális kérdései" tárgyú konferencia, elsősorban a KÖJÁL-ok településhygiénés laboratóriumaiban dolgozó vegyészek részére, az OTKI Közegészségtani és Járványtani Tanszék rendezésében (I. félév). Időtartam 3 nap.

(Később meghatározandó időpontban.)

16. „Víz-mikrobiológiai vizsgálatok és azok eredményének felhasználása a településegészségügyi munkában" tárgyú konferencia, víz-mikrobiológiával foglalkozó KÖJÁL-szakemberek részére, az OTKI Közegészségtani és Járványtani Tanszék rendezésében (II. félév). Időtartam: 3 nap.

(Később meghatározandó időpontban.)

17. „A gyermek- és ifjúságegészségügy aktuális kérdései" tárgyú előadássorozat, iskolahygienikusok és ÁKJF-ek részére, az OTKI Közegészségtani és Járványtani Tanszék rendezésében. Időtartam: 3 nap. V. 29., 30., 31. (8.00—14.00-ig).

18. Az 1971 januárjában megkezdett „Üzemorvosi konferenciás jellegű tanfolyam" folytatása (III—IV. szemeszter).

19. „Zaj okozta halláskárosodás prevenciója az üzemekben" tárgyú előadássorozat, üzemorvosok részére, az OTKI Munkegészségtani Tanszék rendezésében, 6 alkalommal, 2 hetenként, 3—3 óra.

(Később meghatározandó időpontban.)

20. „Dietetikai és betegélelmezési továbbképző" tárgyú előadássorozat, kórházi orvosok részére, két megyében, az OTKI Élelmezésegészségtani Tanszék és az Országos Dietetikai Intézet rendezésében. Időtartam: 3 nap.

(Később kijelölendő helyen és időpontban.)

21. „Szociológiai vizsgáló módszerek az egészségügyben" (methodikai előadássorozat) az OTKI Egészségügyi Szervezési Tanszék rendezésében, 6 alkalommal, 3—3 óra.

(IX. hótól csütörtöki napokon.) (14.00—17.00-ig.)

(Később meghatározandó időpontban.)

22. Felsőoktatási módszertan elmélete és gyakorlata" tárgyú előadássorozat, az OTKI Egészségügyi Szervezési Tanszék rendezésében, 6 alkalommal 3—3 óra. IV. 20., 27., V. 4., 11., 18., 25. (csütörtöki napokon 10.00—13.00-ig).

23. „Társadalom-orvostan" (egészségügyi szervezés) tárgyú, 2 éves konferenciás tanfolyam, melyhez egy 2 hetes bevezető és egy 2 hetes befejező (bentlakásos) tanfolyam kapcsolódik, az OTKI Egészségügyi Szervezési Tanszék rendezésében. (Lásd: Egészségügyi Szervezés 15/c.)

A bevezető tanfolyam időpontja: I. 10—22. Konferenciák: havonta 1 alkalommal. (Később meghatározandó időpontban.)

24. „Pulmonológiai megbetegedések" tárgyú konferencia Miskolcon, tüdőgyógyászok, üzemorvosok, belgyógyászok és körzeti orvosok részére, a Miskolci Megyei TBC Kórház rendezésében, 6 alkalommal. III. 11., 25., IV. 8., 22., V. 6., 20. (szombati napokon).

25. „Immunológia a bőrgyógyászatban" tárgyú előadássorozat a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Bőrklinika és az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet rendezésében, 6 alkalommal, 3—3 óra. I. 10., II. 14., III. 13., IV. 10., V. 8., VI. 12., IX. 11., X. 9., XI. 13., XII. 11. (hétfői napokon 14.00—17.00-ig).

26. „Szövetpótlás-szövetátültetés-szövetkonzervek és klinikuma" tárgyú előadássorozat, e téma iránt érdeklődők részére, az OTKI Traumatológiai Tanszék rendezésében, 5 alkalommal, 2—2 óra. III. 18., 25., IV. 8, 15., 22. (szombati napokon 10.00—12.00-ig).

27. „Az orvostudomány újabb eredményei az orvosszakértői gyakorlatban" tárgyú előadássorozat, az orvosszakértői bizottságokban működő orvosok részére, az Országos Orvosszakértői Intézet rendezésében, 8 alkalommal, 3—3 óra. II. 11., III. 10., IV. 14., V. 12., IX. 8., X. 13., XI. 10., XII. 8.

TANFOLYAMOK

Január

I. 3—29. Általános sebészet.

I. 3—29. „A gyakorló fogorvos szájsebészete. Röntgen."

I. 3—II. 12. „Belgyógyászati diagnosztika és therapia."

I. 3—III. 31. Általános traumatológia.

I. 10—22. „Társadalom-orvostan" (egésszégügyi szervezés)

I. 10—29. Kozmetológia.

I. 10—II. 5. Csecsemő- és gyermekgyógyászat (szakorvosjelöltek részére).

I. 10—II. 5. „A szülészet-nőgyógyászat aktuális kérdései" (szakorvosjelöltek részére).

I. 10—III. 31. „Közegészségtani-járványtani alapismeretek."

I. 17—29. Transfusiós felelős tf. az OVSZ Központban.

I. 24—29. „Szükségkórház-rendszer tervezése-szervezése."

I. 31—II. 12. „Audiológia és audiometriai ismeretek különös tekintettel a zajártalomra."

I. 31—II. 12. „A légzésfunctio vizsgálati módszerei."

I. 31—II. 19. „Korszerű osteosynthesis indicatiói, módszerei és veszélyei."

I. 31—II. 26. „Általános radiológiai ismeretek" (szakorvosjelöltek részére).

I. 31—II. 26. „Konzerváló fogászat, korszerű gyökértömés, betétkészítés, gyorsfúrás. Szájbetegségek."

Február

II. 7—12. „Reanimáció és intenzív therapia az újszülöttkorban". Budapesten.

II. 7—26. „Klinikai haematológia."

II. 14—26. „Prophylaxis és a korai tünetek az urológia határterületein." Pécsett.

II. 14—26. Gyermek-haematológia.

II. 14—26. „A peripheriás idegrendszer és az izomzat megbetegedései."

II. 14—26. Transfusiós felelős tf. Pécsett.

II. 14—III. 4. „Klinikai toxicologia."

II. 14—V. 6. Alapfokú anaesthesiológiai tf. Budapesten.

II. 28—III. 11. „Cardiovascularis betegségek gyógyszeres therapiája."

II. 28—III. 18. Rheumatologia és fiziotherapia (alapképző).

II. 28—III. 25. „A tüdőgyógyászat alapfogalmai."

II. 28—III. 25. „Lemezes fogpótlás. „Parodontológia."

Március

III. 6—18. „Neonatológia, koraszülöttség. A prophylaxis, diagnosztika és therapia kérdései."

III. 6—18. „Iskolai gyógytestnevelés orvosi ellenőrzése."

III. 6—III. 18. Oxyológia.

III. 6— 18. Transfusiós felelős tf. Szombathelyen.

III. 6—18. „Praecarcinosisok és korai daganatok szövettani diagnosztikája."

III. 6—25. „Chronicus nem fertőző betegségek epidemiológiája és gondozása."

III. 6—25. „A klinikai biokémiai diagnosztika elméleti alapjai."

III. 6—25. „Neurotraumatológia és maxillo-facialis sérülések ellátása."

III. 13—18. „Reanimáció és intenzív therapia az újszülöttkorban" Budapesten.

III. 13—25. „Az intrauterin diagnosztika kérdései."

III. 13—25. „Vele született és szerzett szívhibák diagnosztikája és a műtéti indicatio."

III. 13—25. „Orthopaediai diagnosztikus és therapiás problémák a gyermekkorban."

III. 13—25. Transfusiós felelős tf. az OVSZ Központban.

III. 13—25. „Az igazságügyi orvosszakértői gyakorlat aktuális kérdései."

III. 13—IV. 1. „Korszerű toxicoradiológiai ellátási problémák a béke- és háborús belgyógyászati gyakorlatban."

III. 20—25. „Reanimáció és intenzív therapia az újszülöttkorban" Pécsett, Szegeden és Debrecenben.

III. 27—IV. 1. Pedagógiai módszertan.

III. 27—IV. 1. Transfusiós alapismeretek. OTKI Vérellátó Osztály.

Április

IV. 5—30. Általános traumatológia.

IV. 10—15. „Reanimáció és intenzív therapia az újszülöttkorban" Budapesten.

IV. 10—22. „Röntgenosztályok szervezése, vezetése, különös tekintettel a röntgendokumentáció (leletek és felvételek) számítógépes feldolgozásának lehetőségeire. A radiológia újabb eredményei."

IV. 10—22. „Kórszövettani diagnosztika" (I. rész).

IV. 10—22. „A kórházhygiene és a járványtan néhány újabb problémája."

IV. 10—V. 6. „Rögzített fogpótlás. Parodontológia."

IV. 10—V. 6. „Szervezési és gondozási tf. (bőrgyógyászok részére).

IV. 17—29. Sportorvosi tf.

IV. 17—29. „Nagyagyi tünetcsoportok és azok kórismézése."

IV. 17—29. „Gyermek urológia és nephrológia" Miskolcon.

IV. 17—29. „A sebészet haladása."

IV. 24—29. „A tüdőbetegségek elleni küzdelem kérdései."

IV. 24—29. Tranfusiós alapismeretek. Főv. István Kórh.-i Alközpont.

IV. 24—V. 6. „Daganatok belgyógyászati diagnosztikája és therapiája."

Május

V. 2—13. „A csecsemő- és gyermekbetegségek diagnosztikájának és therapiájának haladása."

V. 2—VI. 24. „Isotop diagnosztika és therapia."

V. 8—13. „Hátországi egészségügyi feladatok."

V. 8—13. Transfusiós alapismeretek. Főv. Péterfy S. u.-i Alközpont.

V. 8—20. „Acut belgyógyászati kórképek."

V. 8—20. „Audiológiai alapismeretek" Miskolcon.

V. 8—20. „Traumatológiai röntgendiagnosztika."

V. 8—20. „Tüdőbetegek belgyógyászati problémái" Debrecenben.

V. 8—VI. 17. Kisegítő anaesthesiológiai tf. (fogorvosok részére).

V. 15—20. „Reanimáció és intenzív therapia az újszülöttkorban" Budapesten.

V. 15—27. „Munkahygienikus toxicologia."

V. 15—VI. 3. „Parasitológiai laboratóriumi diagnosztika."

V. 15—VI. 10. Belügyi alapellátást végző orvosok továbbképző tanfolyama.

V. 22—VI. 3. „Glaucoma. Válogatott fejezetek a szemészetben."

V. 22—VI. 3. „Az urológia haladása."

V. 29—VI. 10. „Endocrinológiai problémák a szülészet-nőgyógyászatban."

V. 29—VI. 17. „Gyermekfogászat."

Június

VI. 5—17. „Gyermekcardiológia" Budapesten és Sopronban.

VI. 5—17. Megyei stomatológus főorvosok továbbképző tanfolyama.

VI. 5—17. Transfusiós felelős tf. Szegeden.

Szeptember

IX. 4—9. Transfusiós alapismeretek. Főv. István Kórh.-i Alközpont.

IX. 4—16. „Sebészeti elvek és kompromisszumok tömegsérülések ellátásában."

IX. 4—23. „Egészséges csecsemők és kisgyermekek fejlődésének megfigyelése és irányítása."

IX. 4—23. Mellkas-traumatológia.

IX. 4—30. „A gyakorló fogorvos szájsebészete. Röntgen."

IX. 4—X. 14. Kisegítő anaesthesiológiai tf. (fogorvosok részére).

IX. 4—XII. 16. Általános traumatológia.

IX. 11—16. „Reanimáció és intenzív therapia az újszülöttkorban" Pécsett, Szegeden és Debrecenben.

IX. 11—23. „Endoscopos" tf.

IX. 11—23. „A hulladékkezelés és talajhygiene helyzete, időszerű kérdései."

IX. 11—23. Transfusiós felelős tf. az OVSZ Központban.

IX. 11—X. 7. Belügyi alapellátást végző orvosok továbbképző tanfolyama.

IX. 18—30. „Élelmiszerbacteriológiai felmérő vizsgálatok módszerei és értékelése."

IX. 18—30. „Kórszövettani diagnosztika" (II. rész).

IX. 18—30. „Heveny katasztrófák csecsemő- és gyermekkorban."

IX. 18—X. 7. „Nőgyógyászati tumorok korai diagnosztikája."

IX. 18—X. 7. „Az elmebetegségek gyógyszeres és fizikális gyógymódjai."

IX. 18—XII. 9. Alapfokú anaesthesiológiai tf. Pécsett.

IX. 25—X. 7. „Munkaköri alkalmasság orvosi elbírálása. Rehabilitatio."

IX. 25—XI. 4. „Intenzív betegellátás elmélete és gyakorlata."

IX. 25—XII. 16. Alapfokú anaesthesiológiai tf. Budapesten (szakorvosjelöltek részére).

Október

X. 2—14. „A gyomor-nyombél pathológiájának aktuális kérdései."

X. 2—14. „Prophylaxis és a korai tünetek az urológia határterületein" Budapesten.

X. 2—14. „A perinatalis időszak veszélyei és azok korszerű elhárítása" Szegeden.

X. 2—14. „A phoniatria és logopaedia elméleti és gyakorlati problémái."

X. 2—14. „A járványügy és a járványügyi mikrobiológia aktuális kérdései."

X. 2—14. „A légzésfunctio vizsgálati módszerei."

X. 2—21. „Klinikai immunológia alapjai."

X. 2—21. „A tüdőbetegségek differentialdiagnosisa és gondozása."

X. 2—28. „Lemezes fogpótlás. Parodontológia."

X. 9—14. „Reanimáció és intenzív therapia az újszülöttkorban" Budapesten.

X. 9—14. „Szükségkórház-rendszer tervezése-szervezése."

X. 9—21. Transfusiós felelős tf. Szombathelyen.

X. 16—21. Alapfokú tf. orvoskönyvtárkezelők részére.

X. 16—28. „A műanyagok toxicológiai és az élelmiszerek biológiai értékének új vizsgáló módszerei."

X. 16—XI. 4. „Szociális paediatria" Miskolcon.

X. 16—XI. 4. „A nukleáris medicina klinikai alkalmazása és ultrafeszültségű sugártherapia."

X. 16—XII. 9. Üzemorvosi tf.

X. 23—XI. 4. „A peripheriás erek sebészete."

X. 23—XI. 4. „Válogatott fejezetek a haematológiából."

X. 23—XI. 4. „A prophylaxis kérdései a szülészet-nőgyógyászatban."

X. 30—XI. 4. Transfusiós alapismeretek. OTKI Vérellátó Osztály.

X. 30—XI. 18. „Tüdőbetegségek diagnosztikája, valamint belgyógyászati és sebészeti therapiája."

November

XI. 13—25. „A belgyógyászati diagnosztika haladása."

XI. 13—25. „A heveny fertőző betegségek korszerű diagnosztikája és therapiája."

XI. 13—25. Transfusiós felelős tf. Debrecenben.

XI. 13—25. „Perinatalis diagnosztika."

XI. 13—25. „Daganatok cytológiai diagnosztikája."

XI. 13—XII. 2. „Rosszindulatú daganatok röntgendiagnosztikája, radiotherapiája, a komplex daganatgyógyítás."

XI. 13—XII. 2. Rheumatológia és fiziotherapia (továbbképző).

XI. 13—XII. 2. „Vezetéselmélet és gyakorlat."

XI. 13—XII. 2. „A laboratóriumi haematológiai diagnosztika elméleti alapjai."

XI. 13—XII. 2. Kézsebészet.

XI. 13—XII. 9. „Fogpótlástani tf."

XI. 20—25. „Közegészségügyi-járványügyi feladatok a rendkívüli helyzetekben."

XI. 20—25. „Reanimáció és intenzív therapia az újszülöttkorban" Budapesten.

XI. 20—XII. 2. „A dermato-venerológia aktuális kérdései."

XI. 20—XII. 2. „Általános szemészeti ismeretek."

XI. 27—XII. 2. „Ergonómia és munkapsychológia."

XI. 27—XII. 2. Transfusiós alapismeretek. Főv. Péterfy S. u.-i Alközpont.

XI. 27—XII. 9. „Újabb diagnosztikai, valamint belgyógyászati és sebészeti therapiás eljárások a tüdőgyógyászatban."

XI. 27—XII. 9. „Human genetikai ismeretek."

XI. 27—XII. 9. „Nehéz diagnosisok a klinikum és pathológia tükrében."

December

XII. 4—16. „Haladás a szívbetegségek prophylaxisában, therapiájában és a szívbetegek rehabilitatiójában."

Az orvos- és gyógyszerész-továbbképzés 1972. évi részletes programját az évente megjelenő kiadvány ismerteti, melyet minden orvos részére eljuttatunk az illetékes felettes hatóságokhoz.

Felhívjuk valamennyi orvos figyelmét, amennyiben ezen kiadványt július—augusztus hónap folyamán nem kapja kézhez, érdeklődjék a felügyeleti egészségügyi osztálynál.

Orvostovábbképző Intézet oktatási osztály

MEGHÍVÓ

A Pomázi Munkatherapiás Intézet képzőművészeti kiállítást

rendez a Kiskovácsi osztály előkészítésében

1971. július 20-tól augusztus 31-ig

a Budapest Szálloda galériáján

Bp. II. Szilágyi Erzsébet fasor 47.

Megnyitó: 1971. július 20-án 17 órakor.

A kiállítást megnyitja: Gálfi Béla dr., a Pomázi Munkatherapiás Intézet igazgató főorvosa.

Nyitvatartási idő: naponta 10—22 óráig.

Helyreigazítás: lapunk május 23-án megjelent 21. számának 1246. oldalán, a Referáló rovat „Allergológia" részében *„Az antihistaminicumok helye a modern allergiakezelésben"* című folyóiratreferátumba sajnálatos hiba került. Így az első bekezdésben az antigen-antitest találkozáskor felszabaduló mediatorok között ACTH szerepel, ami hibás, mert az acetylcholin. Ugyanez a hiba megismétlődik az utolsó bekezdésben is, ahol az acetylcholint ACT-nek rövidítették. A 12. sorban „Ezek már a specifikus anyagok" helyett a helyes szöveg: *„Ezek már aspecifikus anyagok"*.

A referátum második fejezetében leírt therapiás lehetőségek fontossági sorrendje az eredeti cikk, ill. szerzőjének álláspontját tükrözi vissza, de nem azonos az általánosan elfogadott nézetekkel.

(Szerk.)

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(307/a)

A Kékestetői Állami Gyógyintézet igazgató-főorvosa (Kékestető) pályázatot hirdet:

2 fő E 107—108 kulcsszámú **belgyógyász segédorvosi, alorvosi állásra,**

1 fő E 106 kulcsszámú **gyermekgyógyász szakorvosi állásra.**

Fizetés a szolgálati időnek megfelelően.

A gyógyintézet térítés ellenében előszoba, fürdőszobás, erkélyes szolgálati szobát, továbbá élelmezést biztosít.

Pályázatok az intézet igazgató-főorvosához nyújtandók be.

Nyárasdy György dr
igazgató-főorvos

(312/a

A Békés megyei Tanács V. B. Gyulai Járási Hivatala Egészségügyi Osztályának vezetője (Gyula, Petőfi tér 2.) pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **dobozi körzeti orvosi állásra.** Illetmény kulcsszám szerint.

Az állás azonnal elfoglalható, négy szobás összkomfortos lakás biztosítva van.

Sinka János dr
járási főorvos

(313

A Debreceni Megyei Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya pályázatot hirdet a Városi Ideggondozóban egy **gondozóintézeti szakorvosi** E 126 ksz állásra. Illetmény kulcsszámnak megfelelően, plusz 30% veszélyességi pótlék.

Szabó Pál dr
int. vez. főorvos

(314

A Szécsényi Járási Hivatal Egészségügyi Osztályának vezetője pályázatot hirdet, az áthelyezés folytán üressé vált Nógrádmegyer **II. körzeti orvosi állásra.**

Illetmény kulcsszám szerint, 500 Ft ügyeleti díj, 350 Ft útiátalány. Az álláshoz 3 szobás összkomfortos, központi fűtéses lakás tartozik.

Görög János dr
egy. osztályvezető
járási főorvos

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató
Telefon: 116—660

MNB egyszámlaszám: 69.915.272—46
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
(KHI. Budapest V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy postautalványon,
a kézbesítőknél, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Szerkesztőség: Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765
Előfizetési díj egy évre 216,— Ft, negyedévre 54,— Ft, egyes szám ára 4,50 Ft

71.2603 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
FORRAI JENŐ DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

112. ÉVFOLYAM

*

30. SZÁM

*

1971. JÚLIUS 25.

TARTALOMJEGYZÉK

Solt Katalin dr. és Erdős László dr.:
A pertussis elleni védőoltások hatékonyságának elemzése, elsősorban a csecsemőkori megbetegedések vonatkozásában 1751

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Lajos L. dr., Balogh S. Cs. dr., Vereczkey G. dr., Szabó I. dr., Szabó T. dr. és Gabulya J.:
I. A placentotropin (PCTH) és Actinomycin D (D.) hatása az inkubált trophoblastra 1754

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Péter Károly dr. és Schwartz János dr.:
Secundaer tüneti antitesthiány syndromák ... 1757

Daróczy Pál dr.:
Gümőkóros megbetegedések a debreceni Bőrklinika 1964—69. évi beteganyagában 1763

A GONDOZÁS KÉRDÉSEI

Veszprémi Ervin dr., Sallai Zsolt dr. és Berkessy Sándor dr.:
A nephrectomizált betegek sorsáról utóvizsgálati adatok alapján 1766

RITKA KÓRKÉPEK

Dömötör László dr., Lantos Erzsébet dr. és Jámbor Gyula dr.:
Sajátos kliniko-pathológiai tünetegyüttes acinussejtes pankreas-carcinomában 1769

KAZUISZTIKA

Boga Marianna dr., Jákó János dr. és Egedy Sándor dr.:
Immunhaemolytikus anaemia positiv LE sejt jelenséggel 1775

ORVOSI TECHNIKA

Szabó Kornél dr.:
Egyszerű, a beteg által szabályozható, intermittáló túlnyomásos lélegeztetésre alkalmas készülék 1778

HORUS
Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

J. Škoda jelentősége a percussio és auscultatio elterjedésében 1781
Schöpf-Merei Ágoston orvosi folyóirata 1783
Az egészségügyi helyzet a török hódoltság alatt 1785
A MTA hírei 1787
Elhalálozások 1787
Kongresszus 1788
A világ minden tájáról 1788

Folyóiratreferátumok 1791
Levelek a szerkesztőhöz 1804
Könyvismertetés 1805
Hírek 1808
Az Eü. Minisztérium járványügyi tájékoztatója 1809
Pályázati hirdetmények 1810
Megjelent 1810

KÖNYVTÁRA

DAEDALON

tabletta, végbélkúp

ÖSSZETÉTEL:

1 tabl. 50 mg β-dimethyl-aminoaethyl-benzhydryl-aether-8-chlortheophyllin.-ot;
1 kúp (1,4 g) 100 mg β-dimethyl-aminoaethyl-benzhydryl-aether-8-chlortheophyllin, 100 mg chlorbutanolumot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Légibetegség, és egyéb okokból fennálló (terhesség, uraemia, sugárbetegség, inhalatiós narcosis, labyrinthitis stb.) nausea és hányás. Menière-syndroma.

ADAGOLÁS:

1–2 tabletta vagy 1–2 kúp 4–6 óránként, a beteg állapotától függően. Prophylactikus kinetosis megelőzésére egy órával az utazás megkezdése előtt 1–2 tabletta vagy 1 kúp.

MEGJEGYZÉS:

Tabl. + kúp társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.
Négy tabl. orvosi vény nélkül is kiszolgáltatható.

CSOMAGOLÁS:

10 tabl.	4,60 Ft
100 tabl.	17,80 Ft
10 kúp	9,60 Ft
100 kúp	69,20 Ft

Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest, X.

Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest
(főigazgató: Bakács Tibor dr.)

A pertussis elleni védőoltások hatékonyságának elemzése, elsősorban a csecsemőkori megbetegedések vonatkozásában

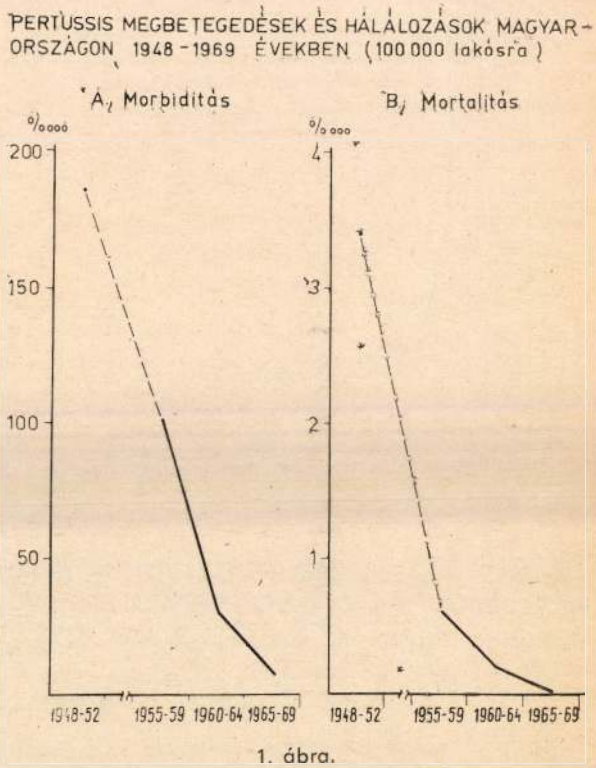
Solt Katalin dr. és Erdős László dr.

Magyarországon, más országokat megelőzve, 1953-ban vált kötelezővé a pertussis elleni védőoltás, diper-te oltások formájában. Hatását jól demonstrálja a járványgörbe lefutása, melyen az 5 évenként jelentkező ciklusok miatt 5 éves átlagokat tüntettük fel (1. ábra).

A di-per-te oltások bevezetése előtti utolsó 5 évben, 1948—52-ben a morbiditás átlaga 186,7 százezrelék volt, a jelenleg elemzésre kerülő 1965—69 évek periódusában pedig 6,6 százezrelék. A mortalitás az oltások előtt 3,2 százezrelék, 1965—69-ben 0,01 százezrelék volt. Az 1965—69 évek morbiditása tehát 3,5%-a, mortalitása pedig 0,3%-a volt az oltások előtti utolsó 5 évnek. Szám szerint 1948—52-ben 1497, 1965—69-ben 5 gyermek halt meg pertussisban.

A pertussis elleni védőoltások hatékonyságának vizsgálatát epidemiológiai és szerológiai módszerekkel végeztük. A levont következtetések alapján több alkalommal történt tudományosan megalapozott változtatás az oltási naptárban. Ezek zöme a legfogékonyabb kontingensnek, a csecsemőknek a megvédését célozta.

1956—59. években a csecsemőknek 83,0—91,1 százaléka kapta meg a kétoltásos di-per-te alapimmunizálást (1), vagyis a korosztályonként a gyermekeknek csaknem 10—20%-a védtelen maradt. A fővárosban rosszabb volt a helyzet, mert 1956—57-ben az alapimmunizálást csak 55—71%-ban végezték el. Így itt az oltatlanok aránya kb. 35—45% volt. Érthető, hogy a morbiditás csökkenését a vártnál mérsékeltebbnek találtuk. Az egy éven aluliak morbiditásának lassabb csökkenésében szerepet játszott az is, hogy az évente 2 alkalommal végzett kampányoltások idején a csecsemők átlago-



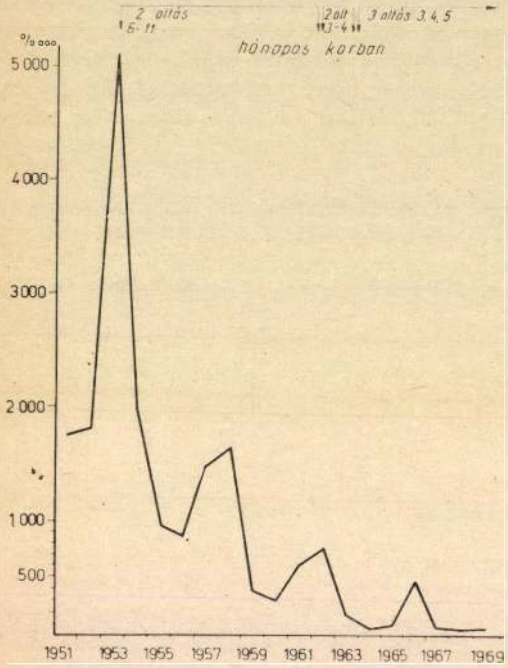
1. ábra.

A pertussisos csecsemők kor szerinti megoszlása 1951—1969 években, az oltási naptár változásainak megfelelően

Év	1 éven aluli betegek			Alapimmunizálás
	száma	közülük		
		0—5 hónapos	6—11 hónapos	
		%-os aránya		
1951—52	6 764	40,4	59,6	nem történt
1953—59	22 930	38,0	62,0	2 oltás 6—11 hónapos korban
1960—61	1 282	37,2	62,8	2 oltás 6—11 hónapos korban, de a lakosság 34—53%-át kitevő területen 3 és 4 hónapos korban
1962—63	1 273	53,0	47,0	2 oltás, 3 és 4 hónapos korban
1964—69	984	73,6	26,4	3 oltás, 3, 4 és 5 hónapos korban

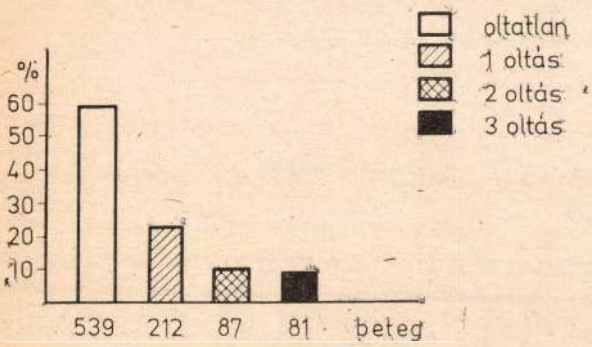
san 9—10 hónapos korukban kapták meg az alapimmunizálást, mely után 3—4 hónap múlva fejlődött ki a maximális védettség. Az így oltottak tehát gyakorlatilag az egyéves korukon belül védtelenek maradtak (2).

AZ 1 ÉVEN ALULIAK PERTUSSIS MORBIDITÁSA MAGYARORSZÁGON 1951-1969 ÉVEKBEN (100 000 lakósra)



2. ábra.

AZ 1965-1969 ÉVEKBEN PERTUSSISBAN MEGBETEGEDETT 919 CSECSEMŐ SZÁZALÉKOS MEGOSZLÁSA DI-PER-TE OLTÁSAIK SZÁMA SZERINT

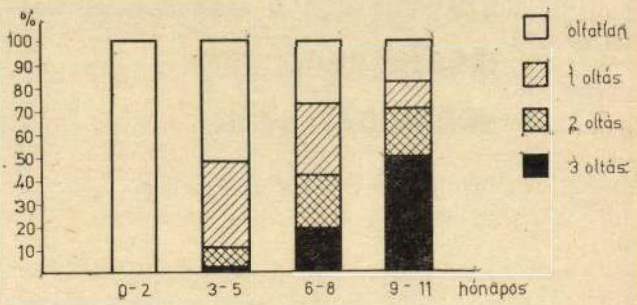


3. ábra.

A 3 hónapos korra előrehozott alapimmunizálás, az ún. „folyamatos oltási rendszer" bevezetése a csecsemőknek a pertussissal szembeni fokozottabb megvédését, és egyben oltásaik maradéktalanabb elvégzését célozták (3, 4, 5, 6, 7).

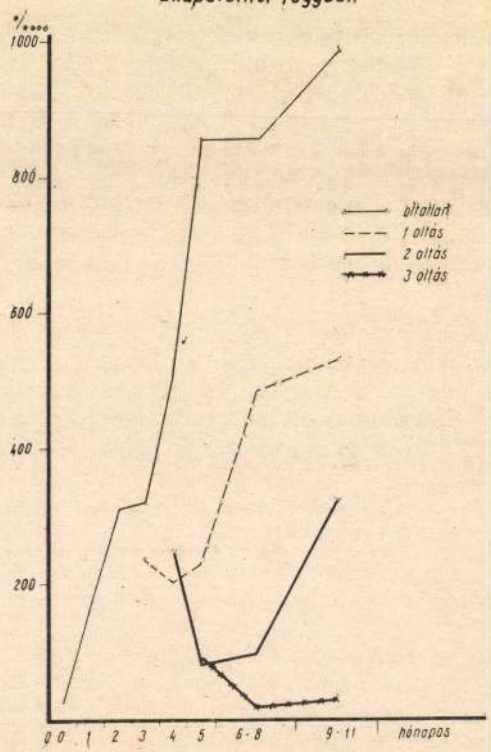
Már a folyamatos oltási rendszerre való áttérés éveiben, 1960—61-ben is jelentősen javult az oltási fegyelem. 1962. január 1-től kezdve a 3 éven aluliak di-per-te és himlő oltásait már az egész országban a folyamatos oltási módszerrel végezzük. 1963 óta a di-per-te oltásokat országosan 98,0—99,0 százalékos arányban teljesítik (1).

AZ 1965-1969 ÉVEKBEN PERTUSSISBAN MEGBETEGEDETT CSECSEMŐK MEGOSZLÁSA ÉLETKORUK ÉS DI-PER-TE OLTÁSAIK SZÁMA SZERINT



4. ábra.

Az 1965-69 években pertussisban megbetegedett csecsemők korspecifikus morbiditása oltási állapotuktól függően



5. ábra.

A pertussis elleni oltások bevezetése előtt a csecsemő betegeknek kb. 60%-a 6 hónaposnál idősebb volt, ezen nem változtattak a kampányoltások sem (1. táblázat).

A folyamatos oltások első eredményének tekinthettük, hogy 1962—63-ban a 6—11 hónaposak aránya 50% alá süllyedt (8). Még további javulást eredményezett a 3 oltásos alapimmunizálás bevezetése (1963. X. 1.). Hatásaként 1964—69-ben a

csecsemő betegeknek már csak 26,4%-a volt fél éven felüli. A folyamatos oltások bevezetésekor kitűzött célok jelentős része, a csecsemők jobb védelme és az oltások pontosabb végrehajtása tehát megvalósult.

A pertussis járványügyi helyzetét vizsgálva azonban azt látjuk, hogy a csecsemők korspecifikus morbiditása — bár fokozatosan csökkent — még most is a legmagasabb. A pertussis megbetegedések évről évre a csecsemőkorosztályok felé tolódnak el. Ezért azokban, akik a kérdéssel nem foglalkoznak behatóbban, kétségek merülhetnek fel oltási naptárunk helyességét illetően.

A csecsemők korspecifikus morbiditása az 1951—1969. évek közötti járványgörbén, a ciklusos ingadozások ellenére is kifejezett csökkenést mutat (2. ábra). Az oltások bevezetését közvetlenül megelőző időszakból csak az 1951—52. évek korspecifikus morbiditása áll rendelkezésünkre. Ezt 100%-nak véve, a morbiditás 1955—59-re annak 84,5%-ára, 1960—64-re 20,8%-ára és 1965—69-re 7,1 %-ára csökkent.

A csecsemők aránya a pertussisos betegek között a 60-as évek elején (1961—64) 16% volt, azután fokozatosan emelkedett és 1967—69-ben már 43,7%-ot tett ki, bár a megbetegedett csecsemők száma, mint a járványgörbe is mutatta, csökkent.

A csecsemők arányának az összes megbetegedésben való növekedése egyenes következménye annak, hogy az idősebb betegek száma a 3 oltásos alapimmunizálással nyújtott masszívabb és tartósabb védettség következtében jelentősebben csökkent.

A csecsemőmegbetegedések okának tisztázása érdekében részletesen elemeztük a megbetegedett csecsemők oltási állapotát. 1965—69. években 919 csecsemő betegedett meg pertussisban (3. ábra). A megbetegedett csecsemőknek 58,7%-a oltatlan volt, 23,0%-a egy, 9,5%-a két oltást kapott, és csupán 8,8%-a részesült teljes alapimmunizálásban.

A betegeket életkoruk szerint vizsgálva azt találtuk, hogy 30,3%-uk 3 hónaposnál fiatalabb volt, tehát oltásban még nem részesülhetett, 44,7%-uk abból a trimenonból került ki, amelyben az alapimmunizálást kell végezni, 25,0%-uk pedig idősebb, akiknek a rendelet szerint már meg kellett volna kapniuk az alapimmunizálás mindhárom oltását.

Az oltottsági állapot szerint vizsgálva azonban a betegek egyes korcsoportjait, a következő képet nyertük (4. ábra): a 3—5 hónapos betegeknek 51,7 százaléka még egyetlen oltást sem kapott, és 37,3 százalékuk pedig csak egy oltásban részesült.

A 6—8 hónaposoknak elméletileg már meg kellett volna kapniuk a teljes alapimmunizálást, de ez a betegeknek csak közel 20%-ánál (18,7%) történt meg. Egynegyed részük (27,3%) viszont még teljesen oltatlan volt.

A 9—11 hónapos betegeknek is csak a fele (50,5%) kapta meg a teljes alapimmunizálást, közel egyötöd részüknél (17,6%) még el sem kezdték a di-per-te oltásokat.

A di-per-te oltás védőhatásának elemzése céljából összehasonlítottuk az oltott és oltatlan csecsemők korspecifikus morbiditásait is.

Elemzésünkben a di-per-te oltások teljesítésének megállapításához a KÖJÁL-ok évi jelentéseinek az átoltások ütemét feltüntető táblázataiból indultunk ki. Kereken 100 000 csecsemő di-per-te oltásainak adatai alapján számítottuk ki korhónaponkénti bontásban az oltatlan, egyszer, kétszer és háromszor oltott csecsemők számát.

Az oltatlan csecsemők morbiditása (5. ábra) az életkorhónapok emelkedésével párhuzamosan igen meredeken emelkedett. Az oltottak morbiditása lényegesen alacsonyabb volt az oltatlanokénál. Már egy oltás hatására is a morbiditás kb. a felére csökkent. Két oltás után kb. 3—5 hónapig tartó átmeneti védettség alakult ki, mely alatt a morbiditás az oltatlanokéhoz viszonyítva kb. egytizedére csökkent. A fél évesnél idősebb csecsemők morbiditása ismét magasabb, ezt a 2 oltás az oltatlanokéhoz képest csak egyharmadára csökkentette.

A 3 oltásos alapimmunizálás befejezése után a fél évesnél idősebb csecsemők morbiditása 30—40-szer alacsonyabb az oltatlanokénál.

A korspecifikus morbiditás elemzése egyértelműen azt mutatja, hogy a csecsemők megbetegedéseinek a zöme elhárítható lett volna, ha idejében megkapják a di-per-te alapimmunizálást.

A csecsemők di-per-te oltásainak mielőbbi zavartalan végzése érdekében javasoljuk:

1. hogy a di-per-te és Sabin oltások közötti intervallumot 4 hét helyett, a 10 éven át jól bevált gyakorlatnak megfelelően, 2 hétben állapítsa meg az Egészségügyi Minisztérium;

2. javasoljuk, hogy a Sabin oltások különböző típusai közötti intervallum alatt, a di-per-te oltásokra kijelölt időben hetenként több alkalommal szervezzenek di-per-te oltásokat;

3. a poliomyelitis elleni oltások befejezése után 2 héttel, ha szükséges, kampányoltások formájában néhány nap alatt, de mindenesetre a pertussis szezonális emelkedése, május-június előtt pótolják az összes elmaradt di-per-te oltást.

Összefoglalás. Az 1953-ban bevezetett pertussis elleni kötelező védőoltások hatására a morbiditás 1965—69-ben csupán 3,5%-át, a mortalitás 0,03%-át tette ki az oltások bevezetése előtti utolsó 5 év átlagának.

Az oltások bevezetése előtt, sőt a 6—11 hónapos korban végzett 2 oltásos alapimmunizálás idején is, a pertussisos csecsemők 60%-a fél évesnél idősebb volt. Ezt a 3 hónapos korra előrehozott háromoltásos alapimmunizálás 26%-ra csökkentette.

Az 1965—69. években megbetegedett csecsemők 57,8%-a egy oltást sem kapott és csupán 8,8 százaléka részesült teljes alapimmunizálásban. A háromoltásos alapimmunizálásban részesült fél évesnél idősebb csecsemők morbiditása 30—40-szer alacsonyabb, mint az azonos korú oltatlanoké.

IRODALOM: 1. Népegészségügy. 1957—1969. augusztusi számai. 2. *Petrilla, A., Barsy Gy.:* Orv. Hetil. 1957, *98*, 917. — 3. *Erdős L.:* Népegészségügy. 1960, *41*, 30. — 4. *Erdős L.:* Orv. Hetil. 1961, *102*, 1590. — 5. *Jánossy G.:* Népegészségügy. 1960, *41*, 36. — 6. *Madár J.:* Népegészségügy. 1960, *41*, 41. — 7. *Solt K., Barsy Gy.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 1313. — 8. *Solt K.:* Népegészségügy. 1966, *47*, 270.

Pécsi Orvostudományi Egyetem Női Klinikája

I. A placentotropin (PCTH) és Actinomycin D (D.) hatása az inkubált trophoblastra

(Szintézis és gátlás)

Lajos L. dr., Balogh S. Cs. dr., Vereczkey G. dr., Szabó I. dr., Szabó T. dr. és Gabulya J.

A terhesség folyamán és trophoblast tumorok eseteiben az adenohypophysisből, korábbi vizsgálataink szerint, olyan proteohormon extrahálható (1, 2, 3, 4), amely in vitro kísérletekben, legalis interruptióból származó trophoblastot, intenzív HCG-termelésre stimulálja. Laboratóriumunkban terhesek vizeletéből előállított placentotropin (PCTH) — in vivo is — a HCG-termelés gyors, pár órán belül significans fokozódását eredményezi. Az endocrinológiában eddig nem volt ismeretes egyetlen olyan hormon sem, amely a trophoblast HCG bioszintézisét befolyásolja. A PCTH endocrin hatása, a gestatio alatt újonnan kialakuló, proteo- és steroid hormonokat termelő szervhez, a placentához, ill. a trophoblastból származó tumorokhoz kötött. Utóbbiakban concentratiója tízszeresen-hússzorosan haladhatja meg a terhességi értéket. Míg a gestatio folyamán 1000 ml serum vagy vizelet 50—150 T. E. placentotropint tartalmaz, addig choriocarcinomában 1000—3000 T. E.-t, sőt ennél nagyobb hormonkiválasztást is észleltünk. A PCTH existentiájának igazolásával az irodalomban első bizonyítékát adtuk a mellsőlebeny és a trophoblast endocrin correlatiójának. Már a terhesség legkoraibb szakában szintetizálja a mellsőlebeny, ezért a biológiai és immunológiai próbák pozitivitása előtt már 5—6 nappal, tehát a menstruáció 1—2 napos késése esetén is diagnosztizálható a terhesség. A szülés után termelése rohamosan csökken, négy-öt héttel később az adenohypophysis már nem tartalmazza. Ebben az időben kezd, a hypothalamicus FSH és LH „realising faktorok" stimulatív hatására, az adenohypophysis gonadotropinjainak secretiója normalizálódni.

A PCTH laboratóriumunkban kidolgozott specifikus biológiai próbája röviden a következő: koraterhesség legalis interruptiójakor eltávolított trophoblastot perceken belül lerostozzuk és 1—1 g szövetet 20 ml Ringer-oldatban vagy ugyanolyan mennyiségű nem terhes nő serumában 7,3 pH-ra beállítva 1 órán keresztül 37° C-on inkubáljuk. Utána a mediumban homogenizáljuk. Az oldat HCG concentratióját 40—70 g-os kecskebékákon (Rana Esculenta) titráljuk *Behrens—Kärber* szerint (5), *Csaba és mtsai* módosításával (6). Az eredeti metodikát a szerzők (5) biológiai hatóanyagok 50%-os hatáserősségének mérésére dolgozták ki. Geometriai hígítási sort készítve olyan módosított eljárást alkalmaztunk (6), amely viszonylag kevés kísérleti állat felhasználásával aránylag pontosan lehetővé teszi az oldat, vizelet vagy serum HCG-tartalmának meghatározását még akkor is, ha a hatóanyag concentratiója ismeretlen. A geometriai sor minden hígítására Widal szerint 4—4 békát használunk. Pozitívnak tekintjük a reactiót, ha látóterenként legalább 10 spermium van. Amennyiben ennél kevesebb, pl. 1, 2, 3 stb. a spermiumok száma, akkor 0,1; 0,2; 0,3 stb.-nek jelöljük a pozitivitás intenzitását. A *Behrens Kärber*-formulával számítjuk ki azt a folyadékmennyiséget, amelyre a békák 50%-a pozitívan reagál. A képlet a következő:

$$D_{50} = D_{max.} - \frac{\Sigma(z) \cdot d}{m}$$ ahol

D_{50} = a vizsgált oldat mennyisége, melyben a békák 50%-a pozitív reactiót ad.

D_{max} = a legnagyobb hígítás, ahol minden állat még pozitívan reagál.

z = az egymást követő dózisban pozitívan reagáló állatok számának fele.

d = az egymást követő dózisok közti különbség (num. log. 0,3).

m = ugyanazon adaggal kezelt állatok száma.

Minthogy geometriai arányban növekvő dózisokat vizsgálunk, a formula kiszámítása log. dózissal történik.

A *Behrens—Kärber* módosított módszerével kecskebékákon végzett HCG titrálás megbízhatóságát mutatja az 1500 IE Pregnyl ampullával (Organon) végzett ismételt vizsgálat, amikor a HCG-nek 93—95%-át nyertük vissza. Kísérleteinket áprilistól novemberig végeztük, mert téli hónapokban a fagypont körüli hőmérséklet mellett, e békatípus reactióérzékenysége csaknem felére csökkenhet. A békák átlagos érzékenysége 5 IE volt.

Actinomycin-D µg	1 gr trophoblast HCG tartalma + a PCTH mennyiség							IE HCG
	562	794	794	398	335	562	473	
	0	0	0	1,0	4,0	8,0	15,0	TE PCTH
0	—	—	—	100 $P<10^{-5}$	100	100	137	
5	—16	—23	—16	68 $P<10^{-4}$	100	100	137	
10	—16	—27	—16	68	100	100	137	%
20	—40	—40	—40	41 $P<5\cdot10^{-2}$	100	100	137	
60	—40	—40	—40	41	68	100	137	

Amennyiben terhes serumának különböző volumenében óhajtjuk a PCTH semiquantitatív viszonyait tisztázni, úgy az egyes csövekbe bevitt serum mennyiségét (pl. 3, 5, 10, 15 ml) kiegészítjük a Ringer-oldattal oly mértékben, hogy az inkubálás mindig 20 ml folyadékban történjék. A serum HCG tartalmát külön meghatározzuk és ezt a titrálás után nyert értékből levonjuk. Az így megállapított HCG concentratiót végül összevetjük, az első csőben 20 ml Ringer-oldatban inkubált 1 g trophoblastéval, az ún. alapértékkel. A kettő közti különbség megbízható parametere annak, vajon tartalmaz-e a Ringer-oldathoz adott serum, esetleg vizelet különböző mennyisége, avagy a vizsgálandó saját praeparatum bizonyos hányada olyan mennyiségű PCTH-t, amely magas significantiájú HCG szintézist indukál ($P < 10^{-3}$).

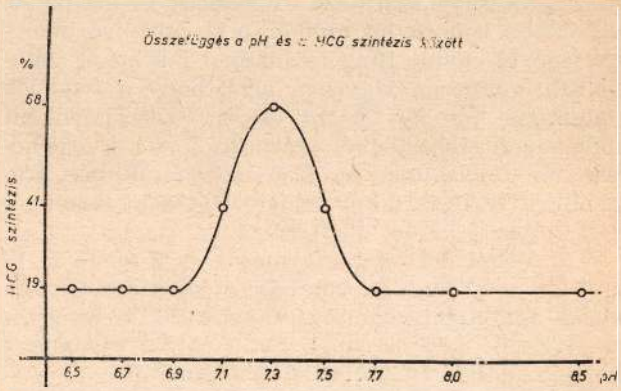
2. táblázat

ENDOXAN mg	1 gr trophoblast HCG tartalma	1 gr trophoblast (HCG tartalma 794 IE) + 2 TE PCTH	
		HCG szintézis	
	IE	IE	%
0,0	668	1334	68
5	668	1334	68
10	668	1334	68
20	668	1334	68
60	668	1334	68
125	668	1334	68

Vizsgálatainkból kitűnt, akár nem terhes egyén serumában, akár Ringer-oldatban párhuzamosan történik az inkubálás, a titrált HCG-concentratio azonos értéket ad. A HCG ugyanis kizárólag PCTH-t tartalmazó közegben szintetizálódik. Laboratóriumunkban előállított „biológiailag tiszta", tehát HCGT-t és más hormont nem tartalmazó, PCTH ampulla concentratióját is e módszerrel határozzuk meg. Amennyiben a különbség a kontroll és a vizsgált HCG mennyisége között 41%, a significantia $P < 5 \times 10^{-2}$, 47%-nál $P < 10^{-2}$, 56%-nál $P < 10^{-3}$. Ha pedig 68%-kal nagyobb az eltérés, $P < 10^{-4}$ (3). Semiquantitatív meghatározás céljára 1 T. E. (trophoblast egység)-nek tekintjük azt a legkisebb mennyiségű PCTH-t, amely in vitro, a trophoblast HCG-t és más hormont nem tartalmazó, PCTH placentotropin értékmérése tehát, a trophoblastban indukált HCG szintézisén alapszik. Maga a biológiai folyamat az interruptiót követő egy órán belül lezajlik.

A PCTH stimulatív hatása a trophoblastra, azonban az inkubáló medium meghatározott pH-értékéhez kötött, ez pedig a szervezetben uralkodó fiziológiás 7,3 pH. E megállapítás igazolására 1—1 g trophoblastot, 2 T. E. PCTH-t tartalmazó Ringer-oldatban 37° C-on különböző pH mellett inkubáltunk *(1. ábra)*. A görbe világosan demonstrálja a HCG szintézis optimumát pH 7,3 mellett. Minél inkább térünk el a savanyú, ill. lúgos miliő irányába, annál inkább csökken az in vitro termelés intenzitása.

Amennyire ismeretesek a lepényi steroidok, az oestrogenek és a progesteron bioszintézisének egyes fázisai magában a lepényben és a foeto-placentáris egységen belül, annyira hiányoznak hasonló adatok az irodalomban, a human terhesség legkoraibb periódusától a szülésig folyamatosan termelődő HCG-vel kapcsolatban. Kizárólag feltételezések alapján, definitív bizonyítékok nélkül, úgy vélik, hogy a HCG a lepény autonom endocrin aktivitásának produktuma.



1. ábra.
Összefüggés a pH és a HCG szintézis intenzitása között

Anyag és módszer

A PCTH choriongonadotropin szintézist stimuláló hatásmechanismusának megközelítésére olyan antimetabolitokat használtunk, melyek biokémiai támadási pontjához az irodalom aránylag megbízható adatokat szolgáltat és amelyeket a normál trophoblastból származó malignus tumorok therapiájában eredményesen alkalmazunk (7, 8, 9). Konkréten, arra akartunk választ kapni, vajon az actinomycin D (D.) és a folsavgátló methotrexat (MTX) befolyásolja-e in vitro a trophoblast PCTH-val indukált HCG szintézisét. De vizsgáltuk ugyanilyen vonatkozásban az endoxan (cyclophosphamid) esetleges effektusát is, annak tudatában, hogy a choriocarcinomák gyógyításában elhanyagolható szerepet játszik. Kísérleteinkben a három cytostaticum olyan mennyiségével is végeztünk trophoblast inkubációt, amely a therapiás hatás eléréséhez szükséges concentratiót jelentősen meghaladta. Tettük ezt azért, hogy a PCTH biológiai aktivitásának intenzitását legalább megközelítően lemérhessük.

I. *Actinomycin D (D.)*

1. Mindenekelőtt azt óhajtottuk tisztázni, ha a D. különböző mennyiségét — 5, 10, 20 és 60 μg-ot — az utóbbi a felnőtt beteg napi dózisának kb. 10%-a



2. ábra.
1 g trophoblast HCG concentratiójának alakulása actinomycin D-t és actinomycin D.-t + PCTH-t tartalmazó közegben (grafikus ábrázolás $S = P < 10^{-4}$)

— gyári choriongonadotropin készítménnyel (Pregnyl, Organon) együtt Ringerben oldva fecskendezünk hím békába, a titrált hormonérték a kontrollhoz viszonyítva okoz-e eltérést?

2. Továbbiakban 8—10 hetes terhesség legalis megszakításából származó trophoblast 1—1 g-ját, az előzőkben ismertetett módon, a D. növekvő mennyiségével együtt Ringer-oldatban 1 órán át inkubáltuk, gondosan vigyázva arra, hogy a folyadék volumene mindig 20 ml legyen. Kísérletenként ugyanazon terhességből származó 5 × 1 g trophoblasttal dolgoztunk. Az első csőben inkubált trophoblast HCG tartalma, amely D.-t nem tartalmazott, képezte az ún. alapértéket.

3. Végül a D.-n kívül még 1, 4, 8 és 15 T. E. PCTH-t is adtunk az inkubáló mediumhoz (1. táblázat). Eldönteni kívántuk, vajon a PCTH bizonyos mennyisége képes-e a D. gátló hatása ellenére a trophoblastban HCG-termelést indukálni?

II. *Endoxan (cyclophosphamid)*

A mitosist gátló cyclophoshamiddal is végeztünk hasonló jellegű vizsgálatokat.

Eredmények

Laboratóriumunkban identifikált hypophysaer eredetű és a terhes vizeletből extrahált, a HCG-szintézisben specifikus szerepet betöltő PCTH hatásának biokémiai vonatkozásait elemeztük indirekt úton a D. és Endoxan (cyclophosphamid) felhasználásával.

1. *Actinomycin D (D.):* gyári praeparatum (Pregnyl, Organon) oldószerében 20 és 60 μg D. sem változtatta meg a titrálható HCG mennyiségét significans mértékben, a kontrollhoz képest (—16%). Viszont háromszor megismételt vizsgálatunk szerint 5 és 10 μg D. az eredeti hormonconcentratiót érintetlenül hagyta.

2. Ha azonban 1—1 g trophoblastot 20, ill. 60 μg D.-t tartalmazó Ringer-oldatban inkubáltunk, akkor 40%-kal volt alacsonyabb a visszanyerhető hormon concentratiója, míg kisebb mennyiségnél lényeges eltérést nem észleltünk (1. táblázat). E meglepő jelenséget magyarázni nem tudtuk, mert a negatív HCG-érték a szintézis gátlásával nem magyarázható, ugyanis a Ringerben inkubált trophoblast HCG-termelésre egyedül PCTH-val stimulálható. A felmerült problémával egyik későbbi dolgozatunkban foglalkozunk részletesen.

3. Ha pedig a trophoblast inkubálásakor a D. növekvő mennyisége mellett még PCTH-t is adtunk a mediumhoz, akkor a folyamat reverzibilitását tapasztaltuk (1. táblázat).

Eredményeinkből ugyanis nemcsak az tűnik ki, hogy már 1 T. E. PCTH az alkalmazott D. nagy adagja ellenére, a kontroll negatív értékeit pozitív irányban befolyásolta, de az is, hogy 5 és 10 μg D. nem volt képes a magas significantiájú HCG-szintézis meggátlására. A 4 T. E. PCTH biológiai aktivitása azonban még 60 μg D. jelenlétében is érvényesült. A 8 és 15 T. E. PCTH pedig ugyanolyan mértékű HCG-termelést indukált a trophoblastban, mint a D.-től mentes közegben. Eredményeinket diagrammon is szemléltetjük (2. ábra).

II. *Endoxan (cyclophosphamid)*

Mint a 2. táblázat mutatja, az Endoxan aránylag igen magas adagja (125 mg) sem gyakorolt befolyást a PCTH-tól mentes, illetőleg ennek 2 T. E.-ét tartalmazó rendszerre. A trophormon HCG-t stimuláló hatása ugyanis zavartalanul érvényesült a trophoblastban (2. táblázat).

Megbeszélés

Mint vizsgálatainkból kiderült, a PCTH csekély mennyisége (1 T. E.) az in vitro stimulált trophoblastban HCG-termelést indukál, melyet a D. nagyobb dózisa gátolni képes. Ez a negatív effektus azonban a PCTH quantitatív viszonyainak függvénye, azaz concentratiójának fokozásával a HCG-szintézis gátlása tökéletesen kivédhető (8. T. E.). In vitro vizsgálatainkból a trophormon és az antimetabolit között fennálló kompetitiv antagonizmusra kell következtetnünk.

Felvetődik ezekután a kérdés, milyen biokémiai rendszeren keresztül fejti ki a PCTH HCG-t szintetizáló hatását a trophoblastban. Egybehangzó megállapítás szerint az actinomycin D. a messenger és ribosomalis RNS, továbbá a fehérje szintézisét blokkolja (10, 11). Mivel nagy mennyiségű 60 μg D. sem volt képes meggátolni a 8 T. E. PCTH-nak a trophoblastra gyakorolt intenzív HCG-termelését, ezért indirekt bizonyítékaink alapján, jogosnak tűnik e hypophysaer eredetű trophormon affinitását hangsúlyozni a ribonucleinsav- és fehérjeszintézisre, és a mechanismuson keresztül a HCG-termelésre.

Összefoglalás. 1. Intézetükben identifikált és a terhesek vizeletéből „biológiailag tiszta" formában előállított hypophysaer eredetű trophormon, a placentotropin (PCTH) in vitro és in vivo a trophoblastban HCG-szintézist indukál.

2. Az Actinomycin D. HCG-szintézist gátló hatását a PCTH kompenzálja.

3. In vitro modellkísérleteik a trophormon és az antimetabolit között kompetitiv antagonizmus létezését igazolják.

4. Indirekt adataik alapján úgy vélik, hogy a mellsőlebenyben a gestatio legkoraibb időszakában és a chorialis tumorokban egyaránt termelődő PCTH, a trophoblast, RNS és protein szintézisének stimulálásával szabályozza a HCG-termelést.

5. Az Endoxan nagy dózisa sem gyakorolt a rendszerre hasonló jellegű befolyást.

IRODALOM: 1. *Lajos L., Csaba I., Domány S., Székely J.* és *Breila I.:* Gynaecologia. 1959, *147*, 152. — 2. *Lajos L., Csaba I., Domány S., Székely J.* és *Breila I.:* Arch. Gynäk. 1958, *190*, 653. — 3. *Lajos L., Csaba I., Domány S., Székely J.* és *Breila I.:* Gynaecologia. 1963, *156*, 234. — 4. *Lajos L.:* Symposium on Reproduction. Congress of the Hung. Soc. Endocr. Metab. 1967. Pécs, Akadémiai Kiadó. — 5. *Finney, D. J.:* Statistical method in biological assay. Griffin, London, 1952. — 6. *Csaba I., Lajos L.* és *Domány S.:* Kísérl. Orvostud. 1958, *10*, 195. — 7. *Li, M. C., Hertz, R., Spencer, D. B.:* Proc. Soc. exp. Biol. 1956, *93*, 361. — 8. *Hertz, R., Bergenstal, D. M., Lipsett, M. B., Price, E. B., Hilbish, T. F.:* Ann. N. Y. Acad. Sci. 1959, *80*, 262. — 9. *Hertz, R.:* Geburtsh. Frauenheilk. 1968, *28*, 809. — 10. *Scott, R. B.:* Brit. Med. J. 1970, *4*, 259. — 11. *Catt, K. J.:* Lancet. 1970, *I*/7650, 763.

Pécs Városi Tanács Kórháza, Belgyógyászati Osztály, Pécsbánya (főorvos: Schwartz János dr.)

Secundaer tüneti antitesthiány-syndromák

Péter Károly dr.* és Schwartz János dr.

Az antitesthiány syndroma (AHS) első primaer — idiopathiás, congenitalis agammaglobulinaemia — esetét *Bruton* (11) közölte 1952-ben. 1959-ben *Löffler* (26) számolt be újabb, gyermekeken észlelt megfigyeléseiről. *Barandun és mtsai* (6) 1959-ben megjelent, synthesisre törő munkájuk óta jól definiált kórképpé vált. Pathológiai, klinikai és therapiás aspectusait *Beisenhöttner* és *Backmann* (10) ismertették 1966-ban.

Hazánkban *Backhausz és mtsai* (2, 3, 4) több közleményében foglalkoztak az AHS-val. Plasmocytomához társuló secundaer AHS eseteket *Patakfalvi és mtsai* (31) közöltek 1968-ban.

Az AHS-ban a constans infectiós készségen kívül a klinikai kép legtöbbször nem mutat egyéb karakterisztikus tünetet. Gyakran csökkennek a vérben a lymphocyták. A kórképet a normális γ-globulinok és ezzel az immunglobulinok (Ig) hiánya *(agammaglobulinaemia)* vagy nagyfokú csökkenése jellemzi. Ezzel egyidejűleg azonban a szervezet elveszti azt a képességét, hogy antigen stimulusra humoralis antitestek adaequat képzésével reagáljon (AHS) (9, 20).

Az AHS aetiológiája szerteágazó, mégis a következő főcsoportok különíthetők el: 1. idiopathiás, isolált AHS; 2. symptomás vagy kísérő AHS; 3. kora-csecsemőkori, transitoricus AHS (9).

A klinikai manifestatiók alapján *Barandun* (5, 6) 3 syndromát különít el, amelyek egyedül vagy kombináltan is előfordulhatnak: az oto-sino-bronchialis, a gastrointestinalis és a septikaemiás syndromák (13, 19, 44).

Az idiopathiás, isolált AHS lehet veleszületett és szerzett. A veleszületett forma recessive, nemhezkötötten öröklődő betegség, kizárólag fiúgyermekekben lép fel. A szerzett AHS eddig leírt eseteit is főként gyermekekben és fiatal felnőttekben észlelték (9).

A kora-csecsemőkori, transitoricus AHS normálisan physiológiás, átmeneti állapot és akkor lép fel, ha az anyából származó Ig-k a gyermek serumából eltűnnek. Addig áll fenn, amíg a csecsemőben az Ig-képződés eléri a normális értékét.

A *kísérő, symptomás vagy secundaer AHS* avagy hypogammaglobulinaemiával járhat, olykor azonban normális, sőt emelkedett γ-globulin értékeket is mutathat a papírelektrophoresisben. Döntő ezekben a tulajdonképpeni Ig-k (IgG, IgA és IgM) hiánya vagy csökkenése, ami csak immunelektrophoresissel igazolható. A symptomás formát különösen a plasmolymphoreticularis szövet megbetegedéseiben (plasmocytoma, M. Waldenström, lymphadenosis), M. Hodgkinban, chr. myelosisban, ritkábban M. Cushingban, anaemia perniciosában, amyloidosisban, nephrosisban, exsudativ enteropathiában (a két utóbbiban a fokozott kiválasztódás miatt), exfoliativ dermatitisben és egésztest besugárzás után találjuk (9, 45).

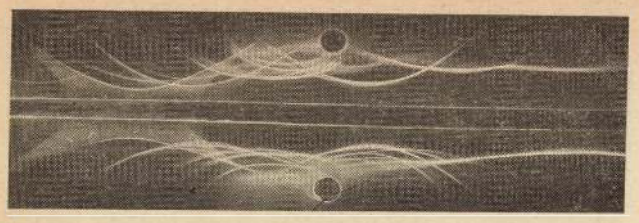
Belgyógyászati osztályunkon észlelt AHS-s betegeink közül háromnak a klinikai adatait ismertetjük. A serumokból agargel-elektrophoresist (AG-elpho.) és *Scheidegger* módszerével immunelektrophoresist (immunelpho.) végeztünk, valamint semiquantitativ meghatározást serumhígításokkal. Az antibacterialis ellenanyagok titrálása passiv haemagglutinatióval, Takátsy mikromódszerével történt (41).

1. eset: S. J.-né, 76 éves. 1947-ben typhus abdominalisa volt. 1960—70-ig 12 alkalommal volt tüdő-

A környezeti antigenekkel vizsgált antitest-titerek *1. táblázat*

A beteg neve, kora, vércsoportja		S. J.-né 76 é. „A"	Sz. I.-né 67 é.
Anamnesis		pneumonia 14X fok. We.	csonttörés, pneumonia, fok. We.
Immunelfo		IgM	IgG
Vizsgált ellenanyagok	normál átlagtiterek		
Staphylococcus alpha-antitoxin	0,93 IE	1,2 IE	1,2 IE
S.typhi O agglutinin	14,0	32	∅
S.typhi Vi agglutinin	6	32	∅
Sh. Flexneri 1 agglutinin	25	16	∅
Sh. Flexneri 2 agglutinin	8	8	∅
Sh. Flexneri 3 agglutinin	38	16	∅
Sh. Sonnei agglutinin	7	∅	∅
E. coli 0 26 agglutinin	16	16	∅
E. coli 0 55 agglutinin	8	∅	∅
E. coli 0 86 agglutinin	7	4	∅
E. coli 0 111 agglutinin	8	8	∅

* Jelenlegi munkahely: Orsz. Orvosszakértői Intézet, Pécs.

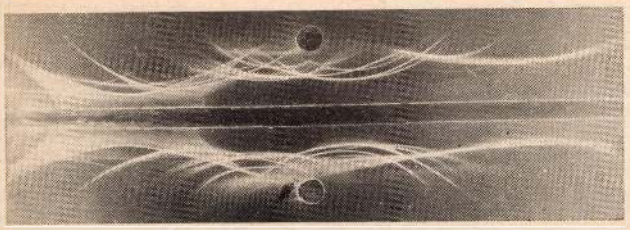


1. kép.
S. J.-né serumának immunelektrophoreticus képe (IgM paraproteinaemia)

gyulladása, melyek elhúzódóan, recidivákkal zajlottak. Felvételre jelenleg is ismétlődő pneumonia miatt került. Vvt.-süllyedése észlelésünk alatt, a tüdőgyulladás gyógyulása után is 160 mm/ó értéken maradt. Súlyosan anaemiás volt. Az LE-sejt phaenomen ismételten negatív. Se. összfeh.: 6,5 g%. Papírelpho: 50% γ-globulin szaporulat. SIA próba: pos. Sandkühler-próba: neg. Bence—Jones-protein (főzési próba): neg. Kryoglobulin: neg. AG-elpho: γ-mobilis széles alapú M gradiens. Immunelpho: IgM paraprotein, IgG és IgA nyomokban (1. ábra). Csontvelőkenet: mérsékelten csökkent erythropoesis, megtartott leukopoesis, felszaporodott kis lymphoid reticulumsejtek. Koponya, gerinc, borda rtg-felv.: az os parietalen és a Th. VIII. csigolya testében lencsényi kerek felritkulás látható. Antitest-titerek csökkentek (l. 1. tábl.) Therapia: a pneumonia gyógyulásáig antibioticum és antipyreticum, majd 80 mg/die Prednisolon (Vegacillin és Panangin adjuvatióval) és 100 mg/die Endoxan kezelésre remissióba került. Jelenleg 10 mg/die fenntartó Prednisolon adaggal cytostaticum nélkül panaszmentes, vvt.-je 3,0 M.

Dg.: IgM-paraproteinaemia. Secundaer AHS.

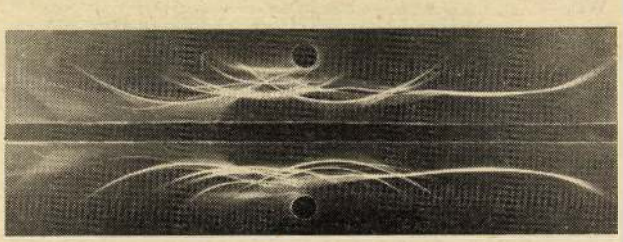
2. eset. Sz. I.-né, 67 éves. 1969 decemberében spontán combnyak fractura miatt a dorogi kórház sebészeti osztályán kezelték, majd nagyfokú anaemiája és kiterjedt oedemái miatt a belgyógyászati osztályra helyezték. Ott a vizeletében talált Bence—Jones-protein és a papírelektrophoresis, valamint a Th.—L.-gerinc felvételeken talált metastasisok alapján plasmocytomát kórisméztek. Osztályunkra nagyfokú anaemia, dyspnoe, anasarca, fokozott vvt.-süllyedés, leukocytosis, láz tüneteivel került moribund állapotban felvételre: We.: 52 mm/ó. Vvt.: 2,8 M, fvs.: 23 000. Se. összfeh.: 7,5 g%. Papírelpho: 35% γ-globulin. Vizelet Bence—Jones-protein (főzési próba): pos., SIA próba: pos., Sandkühler-próba: pos., kryoglobulin: pos. AG-elpho: γ-mobilis kettős M-gradiens. Immunelpho: IgG paraprotein, Bence—Jones-protein, IgA nagyfokban, IgM csökkent (2. ábra). Antitestjei hiányoztak (l. 1. tábl.). Csontvelőkenet: plasmocytoma typusos képe. Zömében plasmasejtekkel. Th.—L.-gerinc rtg-felv.: a Th. XII. csigolya teste megkeskenyedett, zárólapjai erősen benyomottak, mellső conturja elmosódott, structurája szabálytalan, benne több kerek, áttűnő terület látható. A L. III. csigolya teste előre ék alakban megkeskenyedett, mellső conturja kirágott, testében és az ívben a structura rendezetlen. A Th. IX. és XI. csigolyák testében hasonló, diszkrétebb elváltozások figyelhetők meg. A beteg egyhetes észlelésünk után exitált. Sectiós lelet: a bordákban és a csigolyákban multiplex metastasisok. Szövettani vizsgálat technikai okokból nem történhetett.



2. kép.
Sz. I.-né serumának immunelektrophoretogrammja (IgG paraprotein)

Dg.: IgG-plasmocytoma. Secundaer AHS.

3. eset. K. I.-né, 78 éves. 1969. decemberében j. o.-i, belégzésre és köhögésre jelentkező mellkasi szúró fájdalom miatt került felvételre. E panaszait hónapokkal korábban történt elesésekor elszenvedett bordatörésre vezette vissza. Láza nem volt. Célzott bordafelvételen törést nem találtunk. We.: 135 mm/ó. Vvs.: 3,2 M. Családi okok miatt saját kérésére hazabocsátottuk. A fokozott We. és a súlyosbodó anaemia tisztázása céljából 1970. január 8-ra rendeltük vissza. Ekkor We.: 155 mm/ó, vvt.: 1,8 M, hgb.: 5 g%, fvs.: 3200. Próbareggeli: histamin refractaer achlorhydria. Se. összfeh.: 7,1 g%. Papírelpho: 57% γ-globulin. SIA próba: pos. Sandkühler-próba: neg., kryoglobulin: neg., Bence—Jones-protein: neg. Koponya rtg-felv. több, éles határú, kerek, lencsényi, kisujjbegynyi felritkulás látható. AG-elpho: β-mobilis M-componens. Immunelpho: IgA-paraprotein, IgG és IgM csökkent (3. ábra). Csontvelőt ismételt punctiókkal sem nyertünk. 30 mg/die Prednisolon (Vegacillin és Panangin adjuvatióval), 100 mg/die Endoxan medicatióra, valamint sorozatos transzfúziókkal remissióba került. Jelenleg 10 mg/die Prednisolonnal cytostaticum nélkül panaszmentes, hízott, We: 20 mm/óra, vvt.: 3,6 M, fvs.: 7600.



3. kép.
K. I.-né serumának immunelektrophoretogrammja (IgA paraprotein)

Megbeszélés

Az első esetben az ismétlődő infectiók hívták fel a figyelmünket az antitesthiány lehetőségére; a másodikban az alapbetegség tette kézenfekvővé; a harmadikban pedig tulajdonképpen tüneteket nem okozván, mellékleletként vált nyilvánvalóvá.

Az AHS aetiopathogenesisére már a bevezetőben utaltunk.

I. A transitoricus hypogammaglobulinaemiában a csecsemő megkésett Ig-képzése tehető felelőssé, amelynek okaként az anyai isoimmunisálódást vitatják.

II. Az idiopathiás formák közt elkülönítik a 1. congenitalis agammaglobulinaemia nemhezkötött, recessive öröklődő (Bruton-typus) és az autosomalis recessive öröklődő formát. 2. A szerzett idiopathiás formákban elsősorban geneticus károsodásokra kell gondolni. Erre utal a familiaris halmozódás, és az a megfigyelés, hogy ezekben a családokban egyéb immunológiai megbetegedések is halmozottan fordulnak elő. Itt kell megemlíteni a *dysgammaglobulinaemiákat* (12, 39, 43) is, melyeknek ma 6 formáját különítik el (40). Különösen gyakori az IgA és IgG hiánya az IgM emelkedésével. Ezenkívül megfigyelték az IgA és IgM csökkenését, ill. hiányát és végül az IgA isolált hiányát (pl.: ataxia-teleangiektasia, azaz Louis—Bar-syndromában többek között selektiv IgA-hiány van; 37, 38). Csak mint érdekességet említjük meg, hogy Wiskott—Aldrich-syndromában viszont selectiv IgA szaporu-

latot találtak. Az atypusos formáknak ebbe a csoportjába tartozik a *Backhausz és mtsai* (4) ismertette paragammaglobulinaemia is.

III. A symptomás vagy kísérő AHS aetiopathogenesise az alapbetegségekkel kapcsolatos (33, 34, 35).

IV. Újabban ide sorolják a veleszületett thymus-aplasiát, ill. -hypoplasiát a lymphaticus szervek alymphocytosisával, periferiás lymphopeniával, ill. aplasmocytosissal és az IgG, IgA és IgM egyidejű hiányával *(Verlot és mtsai,* 42).

Tekintettel a klinikai tünetek szegényességére, az AHS dg.-a és diff.-dg.-a tulajdonképpen labor.-dg. és diff.-dg. Nem karakterisztikus változások: a We. (alig fokozódik vagy norm.; kivéve az infectiót), a fvs.-szám (norm. vagy mérsékelten csökkent). Hypochrom anaemia előfordul. A se. összfeh. norm. vagy csökkent. A labilitási próbák nem változnak. A dg.-an jelentős változásokat az actualis antitesttiter meghatározásával, az antigenstimulus utáni antitestkimutatással, szövettani vizsgálattal, papírelektrophoresissel, de főként immunelektrophoresissel kapjuk. Sőt ma már elengedhetetlen, ahol mód van rá, a quantitativ Ig-meghatározás radialis immundiffusióval (27) vagy elektroimmundiffusióval (25). Számos betegben hiányoznak a vércsoportspecificus isohaemagglutininek is.

Klinikailag hasznosíthatók a következő tapasztalatok: az AHS-ban csak a bacterialis infectiók gyakoriak, a vírusmegbetegedések ritkák. Nincs fogékonyság tbc-re sem. A bacterialis infectiók polytop jellegűek (recidiváló infectiók egy szerv területén nem AHS-ra gyanúsak). Agranulocytosis, diabetes mellitus, egyes raktározási betegségek, mucoviscidosis eseteiben észlelt fokozott infectiókészséget nem antitesthiány okozza. Az AHS klinikailag alig kifejezett formáiban „dysgammaglobulinaemiára" kell gondolni, azaz 1 vagy 2 Ig. csökkenésére a 3. Ig. megszaporodásával. Az infectiók halmozódása plasmocytomában, leukaemiákban, exsudativ enteropathiában és nephrosisban secundaer AHS-ra utal (9).

A megbetegedés prognosisa az individualis adottságoktól és az infectiós szövődmények súlyosságától függően igen változó.

A therapia az infectiók lefolyásában tüneti intézkedésekre korlátozódik. Substituáló gamma-globulin adása antibioticumokkal kombinálva marad az egyedüli prophylaxis. Azonban ezek is sok mellékhatást okozhatnak.

Befejezésül áttekintjük az utóbbi évek antitestkutatását. Az antitestképződés kinetikájáról ismert, hogy az antitestek az „immuncompetens" sejtekben (reticulohistiocytaer és lymphocytaer) termelődnek. A cellularis szinten végbemenő reactiók azonban vitatottak (m-RNS viszi-e át az információt az antigénről a lymphocytákra vagy az antigen kerül-e velük közvetlen kontaktusba?). Az antigenről még tisztázatlan módon „informálódott" lymphocyták osztódóképes blastsejtekké változnak, ezek leánysejtjei pedig ribosomadús nagy lymphocytákká, amelyekben a fehérjesynthesis törvényei szerint zajlik le az antitestképződés. Ez két fázisban következik be, az elsőben a két polypeptidláncot (H és L) külön-külön synthetizálja és csak másodlagosan állítja össze (14, 16, 18, 28, 29, 30, 32).

A kis lymphocyták részt vesznek az antitestképzésben, és a morphológiai továbbfejlődés kiindulópontjai. Ezenkívül, mivel már „informáltak" — az antitestet nem készítő hányaduk hosszú életű (1 éven túli) — az immunológiai emlékezőképesség hordozói („memory cells"). Ezek felelősek azért, hogy újabb antigen stimulus esetén gyorsabb és fokozott antitestképződés következzék be (1, 7, 15, 21). A két alapvetően különböző immunrendszer — a lymphoplasmocellularis, mely a humoralis antitesteket synthetizálja és a kizárólag cellularis rendszer, amely kis lymphocyták activálásával antitestek képzése nélkül reagál — felelős minden immunológiai jelenségért (36).

Máig sem tisztázott azonban, hogy az antigen inducálta antitestképződés miért vezet egyik esetben immunitáshoz, a másikban pedig allergiás reactiókat (tehát sensibilizálást) vált ki.

Összefoglalás. A szerzők beteganyagukban észlelt, immunelektrophoresissel igazolt secundaer antitesthiány syndroma 3 esetét ismertetik. Ennek kapcsán áttekintik az AHS-k aetiopathogenesisét, diagnostikai, differentiáldiagnostikai aspectusait, klinikai manifestátióit, valamint therapiás lehetőségeit. Röviden összefoglalják az antitest (= immunglobulin) kutatás utóbbi években elért eredményeit.

Hálás köszönetünket fejezzük ki Ottó Szabolcs dr.-nak az immunelektrophoretikus vizsgálatokért és Romhányi Mária dr.-nak az antitest-titer meghatározásáért.

IRODALOM: 1. *Albright, J. F. és mtsai:* J. Cell. Physiol. 1966, *67,* Suppl. 1, 185. — 2. *Backhausz R.:* Orv. Hetil. 1963, *104,* 1585. — 3. *Backhausz R., Lajos J., Merétey K.:* IVth International Congress of Infections Diseases, München, 1966. — 4. *Backhausz R., Koltay M., Bátory G.* és *Tóth G.:* Fol. haemat. 1966, *86,* 298. — 5. *Barandun, S.:* Bibl. haemat. Fasc. 17. S. Karger AG, Basel, 1964. — 6. *Barandun, S., Cottier, H., Hässig, A.* és *Riva, G.:* Das Antikörpermangelsyndrom. Benno Schwabe and Co., Basel—Stuttgart, 1959. — 7. *Bartfeld, H. és mtsai:* Lancet. 1964, *II,* 767. — 8. *Beeson* and *McDermott—Cecil-Loeb:* Textbook of Medicine *(Janeway, Ch. A.)* W. B. Saunders Co., Philadelphia and London. 1967. II. 1229—1233. — 9. *Begemann, H.* és *Harwerth, H.-G.:* Praktische Hämatologie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1969. — 10. *Beisenhöttner, N.-M.* és *Backmann, R.:* Med. Klinik. 1966, *61,* 161. — 11. *Bruton, O. C.:* Paediatrics. 1952, *9,* 722. — 12. *Chaptal, J., Bonnet, J. H., Robinet, M.* és *Rieu, D.:* Arch. franç. pédiatr. 1966, *23,* 553. — 13. *Crabbé, P. A.* és *Heremans, J. S.:* Amer. J. Med. 1967, *42,* 319. — 14. *van Furth, R. és mtsai:* Immunology. 1966, *11,* 1. — 15. *Gowans, J. L. és mtsai:* J. Exper. Med. 1966, *124,* 1017. — 16. *Hall, J. G. és mtsai:* J. Exper. Med. 1967, *125,* 91. — 17. *Harris, J. R.* és *Schick, B.:* J. Sinai Hosp. N. Y. 1954, *21,* 148. — 18. *Harris, T. N. és mtsai:* J. Exper. Med. 1966, *123,* 161. — 19. *Hermans, P. E., Huizenga, K. A., Hoffmann, H. N., Brown, A. L. jr.* és *Markowitz, H.:* Amer. J. Med. 1966, *40,* 78. — 20. *Hitzig, W. H.:* Dtsch. med. Wschr. 1965, *90,* 1721. — 21. *Hitzig, W. H.:* Acta haemat. 1966, *36,* 50. — 22. *Koltay M.:* Orv. Hetil. 1958, *99,* 869. — 23. *Koltay M., Backhausz R.:* Magy. Belorv. Arch. 1959, *12,* 42. — 24. *Koltay M.:* Orvosképzés. 1965, *40,* 318. — 25. *Laurell, C. Orfanos* és *Meiers, H. G.:* Dermatologica. 1968, *136,* 65. — 26. *Löffler, W.:* Wien. med. Wschr. 1959, *109,* 771. — 27. *Mancini, G., Carbonara, A. O.* és *Heremans, J. F.:* Immunochemistry. 1965, *2,* 235. — 28. *Miller, J. F. A. P. és mtsai:* Physiol. Rev. 1967, *47,* 437. — 29. *Mills, J. A.:* J. Immunol. 1966, *97,* 239. — 30. *Moore, R. és mtsai:*

Exp. Molec. Path. 1965, *4*, 370. — 31. *Patakfalvi A., Backhausz R. és Lajos J.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 188. — 32. *Pinchuck, P. és mtsai:* Science. 1968, *160*, 194. — 33. *Rau, R., Mueller-Eckhardt, Chr., Huth, K. és Löffler, H.:* Med. Welt. 1968, *19*, (n. F.) 801. — 34. *Riva, G.:* Makroglobulinaemia Waldenström. Benno Schwabe and Co., Basel—Stuttgart, 1958. — 35. *Scheiffart, F. és Götz, H.:* Acta haemat. 1959, *22*, 182. — 36. *Schneider, C. C.:* Med. Welt. 1969, *20*, (N. F.) 1230. — 37. *South, M. A., Cooper, M. D., Wollheim, F. A. és Good, A. R.:* Amer. J. Med. 1968, *44*, 178. — 38. *Spiess, A. és Stehr, K.:* Dtsch. med. Wschr. 1969, *94*, 282. — 39. *Stiehm, E. R. és Fudenberg, H. H.:* Amer. J. Med. 1966, *40*, 805. — 40. *Stoelinga, G. B. A.:* Mschr. Kindergenessk. 1967, *35*, 152. — 41. *Takátsy Gy.:* Acta Mikrobiol. Hung. 1955, *3*, 191. — 42. *Verlot, H.:* Arch. franç. pédiatr. 1966, *23*, 1113. — 43. *Williams, R. T.:* Clin. Exper. Immun. 1966, *1*, 223. — 44. *Zimmermann, S. és Lieschke, H.-J.:* Ber. Sekt. Inn. Med. 1966, *4*, 72. — 45. *Zimmermann, S., Lieschke, H.-J. és Raue, W.:* Zschr. f. ges. Inn. Med. 1970, *25*, 97.

„A szegénység közvetlen oka a nagy vagyon" *La Brugére*

HALOPERIDOL

injekció, tabletta és csepp

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 5 mg 4-(p-chlorphenyl)-1-(3'-p-fluorbenzoyl-propyl)-piperidin-4-ol-t,

1 tabletta 1,5 mg 4-(p-chlorphenyl)-1-(3'-p-fluorbenzoyl-propyl)-piperidin-4-ol-t,

az oldat (10 ml) üvegenként 20 mg (10 csepp = 1 mg) 4-(p-chlorphenyl)-1-(3'-p-fluorbenzoyl-propyl)-piperidin-4-ol-t tartalmaz.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, mely motoros és psychés agitatióval jár, mánia, paranoidhallucinatoros kórképek, agitált depressió, erethikus oligophrenia és epileptiformis psychosisok, delirium tremens. Csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. Hysteria.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az oralis adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan. Az átlagos oralis napi adag 2–4 mg. Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5–10 mg között váltakozhat, egyenlő részekre elosztva. Gyermekek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózis negyede, 6–15 éves korig a felnőtt dózis fele. Krónikus hányásban általában 2 × 10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig történő kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia, vagy egyéb parkinsonszerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel kupírozhatók.

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS terhére idegszakrendelések, ideggondozók szabadon rendelhetik. Körzeti, üzemi stb. orvosok csak idegszakrendelés (ideggondozó, fekvőbeteg-gyógyintézeti elme-idegosztály) javaslatára rendelhetik.

FORGALOMBA KERÜL:

5 × 1 ml-es ampulla	14,70 Ft
50 × 1 ml-es ampulla	123,90 Ft
50 tabletta	13,70 Ft
250 tabletta	58,30 Ft
1 × 10 ml-es üveg solutio	17,20 Ft

GYÁRTJA: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

QH
1760

Debreceni Orvostudományi Egyetem,
Bőr- és Nemikórtani Klinika (igazgató: Szodoray Lajos dr.)

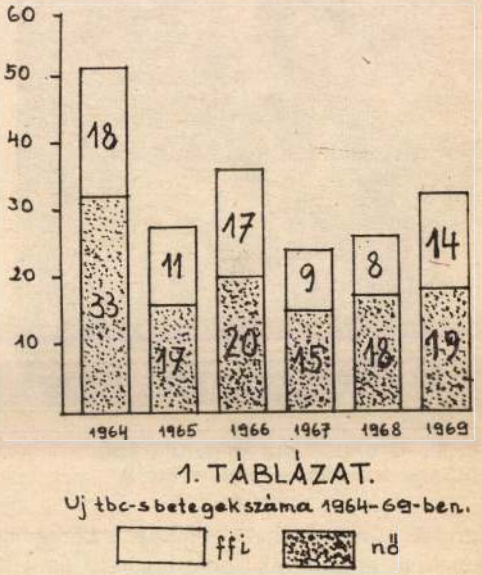
Gümőkóros megbetegedések a debreceni Bőrklinika 1964—69. évi beteganyagában

Daróczy Pál dr.

A bőr gümőkóros megbetegedéseinek száma az utóbbi évtizedben intézetünk beteganyagában is jelentősen csökkent. Erre hazai szerzők (9, 24) és külföldi adatok (16) is utalnak. A gümőkóros megbetegedések számának csökkenését elsősorban a kiterjedt és gondos szűrővizsgálatok, a korai diagnózis és a korai eredményes kezelés megindítása tették lehetővé (5, 6, 7, 8, 19, 30, 31). A kedvező számadatok azonban nem jelentik azt, hogy a tbc-s bőrbetegségeket sikerült teljesen felszámolni. Az elmúlt hat év statisztikai adatai azt mutatják, hogy intézetünkben a friss esetek számának csökkenése nem egyenletes és 1964—69 között közel azonos számú új beteget kezeltünk *(1. táblázat).*

Feltűnő, hogy a nők aránya minden évben meghaladja a férfiakét. Ezen megfigyelésünk ellentétben áll *Ehring* (6, 7) statisztikai adataival, aki a két nemben közel azonos számarányban talált gümőkóros eredetű bőrbetegségeket.

Az egyes bőrgümős kórformák gyakoriságát és a betegek átlagos életkorát intézetünk 1964—69. évi beteganyagában a *2. táblázatban* mutatjuk be. Feltűnő, hogy a régebbi statisztikákkal szemben az utóbbi években a nyirokcsomók specifikus folyamatai állnak előtérben, míg a tbc luposa cutis a második helyre szorult. Hasonló adatokat közölnek más szerzők is (29, 32). Lupusos betegeink általában kisebb kiterjedésű, kezdeti elváltozásokkal kerültek intézetünkbe, bár napjainkban már ritkaságszámba menő, 25 éve fennálló, eddig még kezeletlen esetet is felderítettünk Debrecen város területén *(1. ábra;* a beteg 1969 decemberében jelentkezett először klinikánkon gyógykezelés céljából). A tbc luposa cutis súlyos formáit (tbc ulcerosa, miliaris, mutilans stb.) nem észleltük, ilyen esetek ma már a nemzetközi irodalomban is ritkán fordulnak elő (21).

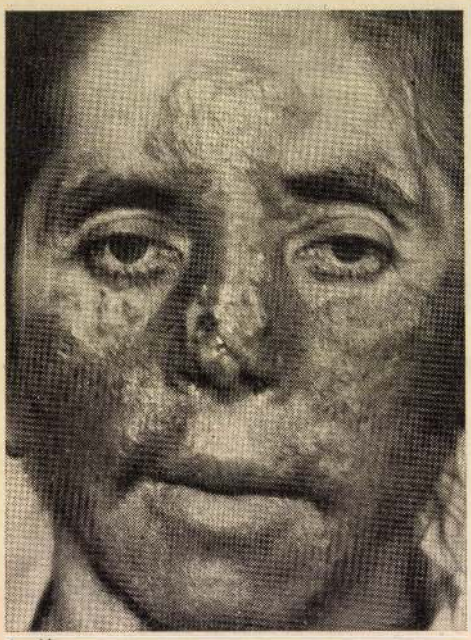


1. TÁBLÁZAT.
Új tbc-s betegek száma 1964-69-ben.
ffi nő

1964—69. években kezelt bőrgümős eseteink dg. szerinti megoszlása és átlagos életkora (években) *2. táblázat*

Diagnosis	1964		1965		1966		1967		1968		1969	
	esetek száma	átlagos életkor	esetek száma	átlagos életkor	esetek száma	átlagos életkor	esetek száma	átlagos életkor	esetek száma	átlagos életkor	esetek száma	átlagos életkor
Tbc. luposa cutis	5	35,5	6	38	4	30,5	7	35	6	40	6	40
Lymphoma colli tbc.	29	25,5	12	24,5	10	31,5	11	33,5	11	33,5	12	26
Tbc. verrucosa	1	47	2	46	2	39	4	41	1	35,5	—	
Tbc. papulonecrotica.....	5	33	—		1	31	2	35	—		2	32
Lupus mil. diss. faciei	3	40	1	74	1	40	—		—		—	
Tbc. lichenoides	—		1	28	2	31	—		—		—	
Tbc. indurativa Bazin.....	2	47	2	46,5	—		—		—		—	
Tbc. pulm. + vasculitis ...	1	37	—		2	34	1	31	—		—	
Tbc. pulm. + toxicoderma	4	39	1	27	5	43	—		5	41,5	7	45
Peritonitis tb. + vasculitis ...	—		—		1	31	1	23	—		—	
Tbc. pulm. + egyéb bőrbet.	1	43	3	47	8	44,5	2	42	2	47	6	44

A nyaki nyirokcsomók specifikus gyulladása az utóbbi hat év beteganyagában a legnagyobb számban fordult elő a tbc-s eredetű bőrbetegségek között. A nyirokcsomók a tuberculosis primer vagy postprimer szakaszában betegedhetnek meg. Kórokként haematogen szórás, endogen lymphoglandularis exacerbatio, reinfectio, superinfectio és a nyirokutakba való terjedés szerepelhet. A betegek rendszerint már a korai szakban észlelik betegségüket, de néha hosszabb idő eltelik, míg a megfelelő diagnózis után oki kezelést kap a beteg. Egyes esetekben nem gondolnak tbc-s kórokra és a beteg akkor kerül intézetünkbe, miután az előzetes nem specifikus kezelés eredménytelennek bizonyult.



1. ábra.
P. K., 43 éves. Lupus vulgaris (1969)
(25 éve fennálló, kezeletlen eset!)

Ritka kórforma a tbc verrucosa cutis, mely elsősorban aktív pulmonális folyamatokkal kapcsolatban, közvetlen átvitel útján keletkezik.

A tuberculoallergiás állapotok, ellentétben más adatokkal (16), viszonylag kis számban fordulnak elő, therápiásan azonban ezek a legnehezebben befolyásolható kórképek. Ezek közé tartozik néhány vasculitises esetünk, melyek tüdő-tbc-vel, ill. lezajlott peritonitis tuberculosával kapcsolatban alakultak ki. Ezen kórképek közül a tbc papulonecrotica, tbc lichenoides, valamint a Bazin-betegség előfordulása említhető meg. A lupus miliaris disseminata jelenlegi ismereteink szerint nem tbc-s eredetű, ezért tulajdonképpen nem tartozik e kórképek közé; 1967 óta egyetlen esetet sem észleltünk.

Bőr-tbc-s betegeken, valamint más szervi tuberkulosisban szenvedőkön viszonylag gyakran előforduló toxicodermás jelenségek nem a kórfolyamattal, hanem a belső kezeléssel álltak összefüggésben. A bőrtünetek ilyen betegeken csupán mint mellékjelenségek foghatók fel. Az újabb gátlószerek nagy száma lehetővé teszi a toxikus tünetekért felelős gyógyszer kihagyását és más, hatékony szerrel pótlását. A toxikus bőrjelenségek urticaria, erythema, erythematopapulosus exanthema, egy esetben Lyell-syndroma formájában jelentkezett.

Esetenként előfordult, hogy egyéb bőrbetegség miatt osztályunkra került betegeknél a kivizsgálás során aktív tüdőfolyamatot fedeztünk fel; ezen esetekben a gümókór és a bőrbetegség között oki összefüggés természetesen nem volt. Egy pemphigusos betegünknél, aki évek óta fenntartó steroid kezelésben részesül és rendszeresen antituberculoticumokat szed, heveny miliaris tüdőszórás lépett fel. Köpetéből human típusú Koch-bacillust tenyésztettek ki. A tüdőfolyamat a fenntartó corticosteroid kezelés megtartása mellett alkalmazott masszív, kombinált gátlószeres kezelés hatására tünetmentesedett. A szórás kezdetétől számított két és fél hónap múlva elvégzett ellenőrző köpettenyésztés negatív volt.

Gümős cutan primer komplexus nem fordult az utóbbi hat évben elő beteganyagunkban, BCG lupust egy esetben észleltünk.

A bőrgümősödések diagnosztikájában a klinikai kép mellett elsősorban a szövettani vizsgálatnak van döntő jelentősége. Kis kiterjedésű lupus esetekben az elváltozás kimetszése (amennyiben a lokalizáció megengedi) lényegében megoldja a kezelést, de a biztosító gátlószerekre ez esetben is szükség van. Bakteriológiai tenyésztést minden esetben végzünk, kivéve azon nyaki nyirokcsomó-tbc-s eseteket, ahol műtéti beavatkozást a sebész nem lát indokoltnak. Ilyen esetekben a beteg kivizsgálása után elvégezzük a megfelelő specifikus kezelést. A kimetszett anyagokból nem minden esetben sikerült kórokozót kitenyészteni. Egyes szerzők kiemelik (1, 2, 3) az atípusos mykobaktériumok növekvő jelentőségét a gümős folyamatok (22), különösen a specifikus nyaki nyirokcsomó-elváltozások keletkezésében (20). Viszonylag kis számú eseteink, valamint a kevés pozitív lelet birtokában ezzel kapcsolatban semmiféle következtetést nem lehet levonni. A tuberculoallergiás kórképek esetében gümőbacillust egyáltalán nem tudtunk kimutatni.

A gümős bőrbetegségek kezelését illetően előtérben áll a kombinált therapia. A kezelést minden esetben intézetben kezdjük meg, általában Streptomycin + INH kombinációval. Tapasztalataink szerint egyéves kezelés után is gyakran ellenőrző vizsgálatra kell betegeinket rendelni, mert a recidiva lehetősége minden esetben fennáll, kivéve azon lupusos betegeket, akiknek elváltozását sikerült sebészi úton eltávolítani.

Közleményünkkel elsősorban az volt a célunk, hogy felhívjuk a figyelmet arra, hogy a gümős eredetű bőrbetegségekkel még ma is számolnunk kell. A betegek kiemelése, korai gyógykezelése nemcsak therapiás, de epidemiológiai jelentőségű is.

Összefoglalás. Szerző ismerteti a debreceni Bőrklinika tbc-s beteganyagát az 1964—69. években. Rámutat, hogy az esetek számának csökkenése mellett napjainkban még mindig számolni kell tbc-s eredetű bőrjelenségekkel. További szűrővizsgálatokkal ki kell emelni a ma már ritkán látható

régi kezeletlen eseteket és állandó ellenőrzéssel meg kell előzni a recidivákat.

IRODALOM: 1. *Christiansen, J. V.:* Lupus vulgaris caused by mykobacterium avium. In: Jadassohn W., Schirren C. G. (Hrsg.) XIII. Internat. Congr. of Derm. München, 1967. Berlin—Heidelberg—New York, 1968. — 2. *Constantinescu, O., Nicolau, R.* és *Albu, A.:* Derm. Vener. (Buc.) 1967, *12,* 35. — 3. *Cott, R. E., Carter, D. M.* és *Sall, T.:* Arch. Derm. 1967, *95,* 259. — 4. *Czanik, P.* és *Seri I.:* A gümőbaktérium gyógyszerresistentiája. 1961. Medicina, Bp. — 5. *Ehring, F.* és *Heite, H. J.:* Tuberk.-Arzt. 1960, *14,* 487. — 6. *Ehring, F.:* Die gegenwärtige Epidemiologie und Bakteriologie der Hauttuberkulose in der Bundesrepublik Deutschland. In: Jadassohn W., Schirren C. G. (Hrsg.) XIII. Internat. Congr. of Derm. München, 1967. Berlin—Heidelberg—New York, 1968. — 7. *Ehring, F.* és *Lüke H.:* Hautarzt. 1969, *20,* 215. — 8. *Freerksen, E.:* Therapiewoche. 1966, *16,* 16. és Dtsch. Ärzteblatt. 1967, *43,* 2273. — 9. *Korossy S.:* Bőrgy. Vener. Szle. 1959, *35,* 45. — 10. *Makajeva, O.:* Probl. Tuberc. (Moszkva) 1954, *4,* 35. — 11. *Mándi L., Berencsy Gy.* és *Vecsey Z.:* A 32. tbc nagygyűlés kiadványa, 1959. — 12. *Meissner, G.:* Adv. Tuberc. Res. 1959, *7,* 52. Karger, Basel—New York. — 13. *Meyer-Rohn, J.* és *Schulz, K. H.:* Arch. f. Derm. u. Syph. 1954, *197,* 160. — 14. *Orfanos, C.* és *Zingsheim, M.:* Dtsch. med. Wschr. 1970, *95,* 871. — 15. *Redeker, F.:* Epidemiologie und Statistik der Tuberkulose. In: Hein J., Kleinschmidt H. és Uehlinger E. (Hrsg.) Hdb. der Tuberkulose. Bd. I. Stuttgart, 1958. — 16. *Runyon, E. H.:* Tuberk. Forsch. 1965, *14,* 235. — 17. *Schermer, D. R., Simpson, C. G., Haserick, J. R.* és *van Ordstand, H. S.:* Arch. Derm. 1969, *99,* 64. — 18. *Schröder, K. H.:* Prax. Pneumol. 1969, *22,* 413. — 19. *Simon M.:* Bőrgy. Vener. Szle. 1959, *35,* 44. — 20. *Simon M.* és *Berencsey Gy.:* Bőrgy. Vener. Szle. 1964, *40,* 99. — 21. *Veltmann, G., Mittmann, O.* és *Voss, G.:* Zschr. Haut. u. Geschl.-krh. 1968, *43,* 445. — 22. *Vogt, D.:* Epidemiologie der Tuberkulose. In: Opitz H. és Schid F. (Hrsg.) Hdb. der Kinderheilkunde Bd. V. Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1963. — 23. *Wagner, G.:* Med. Welt. (Stuttg.) 1966. *17,* 630. — 24. *Wagner, G.:* Zschr. Haut. u. Geschl.-krh. 1959, *27,* 161.

TRISEDYL injectio, tabletta, solutio

ÖSSZETÉTEL: ● 1 ampulla (1 ml) 2,5 mg
1 tabletta 0,5 mg
a solutio (10 ml) milliliterenként 1 mg 4,— fluoro-4-/4 butyrophenon hydrochloric.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: ● Motoros és psychés agitatióval járó kórképek, paranoid hallucinatoros kórképek, epileptiform psychosisok, delirium tremens, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: ● A pyramispálya és az extrapiramidalis pályarendszer organicus betegségei.

ADAGOLÁS: ● A parenteralis alkalmazás abban az esetben indokolt, ha az oralis adagolás keresztülvihetetlen. Adagja: ½—1 ampulla i. m. Oralisan: 0,5 mg-os kezdő adag után az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével a napi adagot felnőtteknek 1,5—2 mg-ig lehet emelni. Gyermekeknek 5 éves korig a felnőtt adag ¼-e, 5—15 éves korig a fele adagolható.

MELLÉKHATÁSOK: ● Parkinsonismus, izomgörcs, izom-hypertoni a léphet fel. Ezek a tünetek az adag csökkentése, vagy a kúra átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinson-szerekkel megszüntethetők.

MEGJEGYZÉS: ● A Trisedyl potenciálja a központi idegrendszerre ható szerek hatását, ezért alkalmazása barbituratok, ópiátkészítményekkel egyidőben nagy körültekintést igényel. Trisedyl-kezelés kizárólag orvosi ellenőrzés mellett történhet.

FORGALOMBA KERÜL: ● 5×1 ml-es ampullákban
50×1 ml-es ampullákban
50 db tabletta
250 db tabletta
1 üveg solutio (10 ml)

FORGALOMBA HOZZA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST X.

Miskolci Szentpéteri kapui Kórház,
Urológiai és Nephrológiai Osztály (főorvos: Pintér József dr.)

A nephrectomizált betegek sorsáról utóvizsgálati adatok alapján

Veszprémi Ervin dr., Sallai Zsolt dr.
és Berkessy Sándor dr.

Az utóbbi időben világszerte nagy gondot fordítanak a vesebetegek rendszeres ellenőrzésére, gondozására. Hazánkban is több helyen van urológiai-nephrológiai beteggondozás. Miskolcon jelenleg napi két órában foglalkozunk a beszűkült veseműködésű egyének ellenőrzésével. A rendelésen feltűnően sok az egyvesés beteg, ezért elhatároztuk, hogy azokat, akiket osztályunkon nephrectomizáltunk, ellenőrző vizsgálatra visszarendeljük, a vizsgálati eredményeket értékeljük és a nyert adatok alapján adunk utasításokat a további életmódra.

Régebben ilyen irányú értékelés nem történt, külföldi szerzők is csak elvétve foglalkoztak az egyvesések utóvizsgálatával.

A hazai irodalomban *Fürst és mts.* (6) a köves nephrectomizáltak sorsával, *Marton és mts.* (8) a nephrectomiák okaival, valamint a maradékvese

Osztályunk anyaga:
1962. febr.-tól 1967. márc-ig (5 év alatt) 114 nephrectomiát végeztünk.

A neprectomia oka	Férfi	Nő	Összesen
Chron. lobos folyamat*	15	22	7
kő	8	14	22
tumor	12	6	18
ac. pyelonephritis	4	3	7
tbc.	6	10	16
fejlődési rendellenesség	2	3	5
trauma	5	—	5
hypoplasia	1	1	2
ureter megbetegedés	—	1	1
ureter sérülés nőgyógy. műtét közben	—	1	1

(* a lobos folyamat mellett köves megbetegedés nem állott fenn.)

Az operáltak kor szerinti megoszlása

	Férfi	Nő	Összesen
10 éves korig	1	1	2
10—20 év között	10	9	19
21—40 év között	5	11	16
41—50 év között	10	11	21
50 év felett	26	30	56
			114

köves és gümős megbetegedésével. *Bálint* és *Kiss* (4) a gümős nephrectomia utáni egyvesések specifikus megbetegedésével foglalkoztak.

Az egyik oldali vese eltávolítása után az egyént, amennyiben másik veséje ép, egészségesnek kell tekinteni, bár a megbetegedés, a vesefunkció romlásának fokozottabb lehetősége fennáll. Az egyik vese elvesztésekor a szervezet homeostasisát a maradék vese csak rezervfunkciója teljes bevetésével tudja egyensúlyban tartani. *Rockstroh* kísérleti munkában bizonyította az egészséges vese térfogatnövekedését egyoldali nephrectomia után (14) és hangsúlyozza más szerzőkkel együtt, hogy hypertrophiára csak az egészséges vese képes. *Payer* szerint (10) a vesék vérátáramlása az egyik vese elvesztése után (nephrectomia) megváltozik, az „absolut átáramlás" (testsúlykg/min) helyett a maradékvese függvénye lesz („relatív átáramlás": g/min). A maradék vesében tehát fokozódik az átáramlás, ennek ellenére a hiányzó vese funkcióját nem képes maradéktalanul átvenni. A maradékvese funkcionális és organikus károsodása esetén még inkább kérdéses, hogy a funkció-rezerv teljes felhasználása elegendő lesz-e akut megterhelések leküzdésére?

Különbözik a szerzők véleménye abban a kérdésben, hogy nephrectomia után milyen időtartam szükséges ahhoz, hogy a maradékvesében a kompenzatorikus hypertrophia kialakuljon, vagy hogy mennyi idő alatt képes az elvesztett vese funkcióját átvenni? *Moll és mts.* (9) szerint ehhez négy nap, *Scheithauer* (16) szerint pedig 2—4 hét szükséges. Mindenesetre ez az időtartam változó lehet aszerint, hogy egészséges, kompenzációra képes veséről van-e szó, vagy nem. *Tredt és mtsai*nak (8) a nephrectomia postoperativ szakában végzett PAH clearance vizsgálatai jól érzékeltetik azt a különbséget, amennyiben az ép maradékvese PAH clearance-t 552 ml/min-nak, a hypertoniás ép vesét: 382, a defect maradékvesét: 318, a hypertoniás, defect maradékvesét 212 ml/min-nak találták.

Adatainkból kiviláglik, hogy több veseeltávolításra az 50 éves kor felett volt szükség. E ténynek azért van jelentősége, mert *Scheithauer* (16) szerint az egészséges maradékvese 50 év felett kompenzatorikus hypertrophiára már csak kevéssé képes és az idősebb szervezet veséjének tubularis exkreciós képessége is csökkent. (A 40 éves egyveséjűek 15 perces PSP-je 29,2%, az 50 éveseké 21%-os.) Mivel a beteg további sorsa miatt nem közömbös az egyik vese eltávolítása, a praeoperatív diagnosztika során a beteg életkorát is komolyan mérlegelni kell, és ha lehet, szervmegtartó műtéti megoldásra kell törekedni. Ha a nephrectomia el-

kerülhetetlen volt, úgy az utógondozást kell fokozottabb figyelemmel végezni.

Ellenőrző vizsgálataink szempontjai

A beteg műtét utáni panaszainak értékelését, általános fizikális vizsgálatot, vérnyomásellenőrzést, laboratóriumi vizsgálatokat (WE, vérkép, vizelet, serum kreatinin, ionogramm, alkali rezerv, serum összfehérje, Elfo.) és esetenként radiorenographiás, iv. urographiás vizsgálatot végeztünk.

Műtét utáni túlélés. Daganat miatt operáltak aránya

A nephrectomizált 114 betegünk közül 11 meghalt az ellenőrzés idejéig (hat húgyszervi daganat következményeiben, egy nőgyógyászati daganatos megbetegedésben, kettő chronicus pyelonephritis, egy szívinfarctus és egy acut hasi katasztrófát követő peritonitis miatt). Ellenőrző vizsgálaton 75 betegünk jelent meg, kiknek túlélési ideje az alábbiak szerint alakult:

	Férfi	Nő	Összesen
7 éve él	2 (1)	7	9 (1)
6 éve él	1 (1)	5 (1)	6 (2)
5 éve él	10 (3)	7	17 (3)
4 éve él	6 (2)	7 (2)	13 (4)
éve él	8 (1)	10	18 (1)
2 éve él	6 (1)	6	12(1)
	33 (9)	42 (3)	75 (12)

(Zárójelben a vesedaganat miatt operáltak számát tüntettük fel.)

Mint kitűnik, a 12 vesetumor miatt operált és túlélő beteg közül öt éven túl 6 betegünk, négy éven túl 4, három és két éven túl 1—1 betegünk van életben a műtétet követően.

Kőképződés, gümős folyamat

A maradék vesében egy betegnél gümős, két betegnél köves megbetegedést találtunk. A nephrectomiát ezeknél a betegeknél ugyanezen ok miatt kellett végeznünk.

Vérnyomás

A nephrectomia idejében 114 beteg között 69-nek a vérnyomása normális volt. 150/90 Hgmm feletti hypertoniát 45 betegnél észleltünk. Az ellenőrzés során az eredetileg hypertoniásak között 6 betegnek a tensióját találtuk normálisnak, 8 beteg vérnyomása tovább emelkedett. Ez utóbbiak maradékveséjében már a nephrectomia idejében chronicus pyelonephritist lehetett kimutatni rtg-vizsgálattal és a vizeletlelet alapján. Míg a műtét idejében a betegek 61%-ának nem volt emelkedett a vérnyomása, és csak 39%-nak volt hypertoniája, addig a megjelent túlélőknél ez az arány 50—50% lett. A tensió műtét utáni csökkenését azoknál a betegeknél észleltük, akiknél a nephrectomia hydronephrosis, és nem köves pyelonephritis miatt volt szükséges, míg a tensio emelkedése a tumor és trauma miatt operáltak csoportjában volt kimutatható.

Vesefunkció

A műtét időpontjában a vesefunkció beszűkülését (41—72 ml/min endogén kreatinin clearance, emelkedett serum kreatinin, hígítás, concentrálás zavara) 12 esetben észleltük. Az ellenőrzés során további 6 betegben találtuk a vesefunkció romlását chronikus pyelonephritis és specifikus folyamat kíséretében. A 75 nephrectomizált betegben a műtét idejében 16%-ban észlelt funkcióbeszűkülés (12 eset), az ellenőrzéskor 24%-ra emelkedett (18 eset).

Míg a műtét idejében 38 betegünk volt albuminuriás, addig az ellenőrzéskor csak 15 beteg vizeletében volt fehérje. Ebből 7 beteg a műtét idejében nem ürített fehérjét, 2 betegnél pedig az albuminuria fokozódott. A pyuriás betegek száma is csökkent, bár az ellenőrzéskor pyuriás 6 beteg közül 2-nél a műtét idejében pyuria nem volt.

Kóros pyelographiás és radiorenographiás lelete 32 betegnek volt; ezek közül 11-ben a vizeletleletben kóros eltérést nem találtunk.

Serum K-érték. A 75 beteg serum K-értéke az alábbi volt:

3 esetben	4,0 maeq/l alatt
51 esetben	4,1—5,0 maeq/l között
16 esetben	5,1—5,5 maeq/l között
5 esetben	5,6—6,0 maeq/l között

Magasabb serum K-értéket azokban a betegekben találtunk, akiket tumor vagy köves megbetegedés miatt operáltunk meg. (A serum K-értékeket ismételten, több alkalommal azonosnak találtuk.)

Serum összfehérje érték

Ötven betegben 6,5—8,0 g% között, 25 betegben 8,0 g% felett volt. (Egy betegben ismételten 10,5 g%, másikban 9,2 g%-os értéket kaptunk.)

E betegeknél chronikus pyelonephritist lehetett igazolni.

Egyéb műtét utáni eltérések

Hasfali diastázist a műtéti hegben 1 alkalommal találtunk, aminek műtéti korrekcióját elvégeztük. Négy beteg a műtéti hegben érzett fájdalmat, ezek neuralgiáknak bizonyultak. A műtéttel azonosoldali deréktáji fájdalmai 11 betegnek voltak.

Vizeletlelet (az ellenőrzött 75 betegben)

	Pyuria	Haematuria	Pyuria + haematuria	Albuminuria
opus előtt	25	5	10	38
opus után	6*	1	—	15**

* 2 beteg a műtét idején nem volt pyuriás.

** 7 beteg a műtét idején fehérjét nem ürített, 2 betegben pedig az albuminuria fokozódott.)

A fájdalmak hátterében 8 alkalommal orthopaediai, 3 alkalommal nőgyógyászati megbetegedés állott.

Megbeszélés

A vesefejlődési rendellenességek miatt végzett nephrectomiák számának csökkentése érdekében a jó urológus, gyermekgyógyász együttműködése szükséges. Nagyon fontos a rendellenes érlefutások, pyelo-ureteralis határ szűkületek, pyelectasiák, hydroureterek, vesicoureteralis refluxok stb. korai felismerése, mert ekkor még correctiós műtéttel a kórlefolyás megváltoztatható és így a nephrectomia elkerülhető.

Feladatot jelent továbbá a kőprophylaxis megoldása, bár beteganyagunkban aránylag kicsiny a maradékvese köves megbetegedéseinek száma. Ennek ellenére számolnunk kell vele.

Statisztikai értékelésünk szerint a tumoros betegeink túlélése kedvezőnek mondható. A korai műtét és az irradiáció eredménye ez.

Adataink azt mutatják, hogy a nephrectomia idején a maradékvese 84 esetben ép volt (114-ből), elváltozást mutatott 30 (84:30 arány). A műtét után ez az arány tovább romlott (41:34 a megjelent 75-ből). Ez azt jelenti, hogy a maradékvese funkcióromlása a fenti arányhoz viszonyítva egyrészt az alapbetegség, másrészt a fokozott terhelés következtében gyakoribb. A kompenzatorikus hypertrophia mellett különböző, előzőleg nem észlelt kóros jelenségek mutathatók ki: albuminuria, hypertonia, elektrolitzavar, vesefunkció-beszűkülés stb.

Az ép és károsodott maradékveséjűek között lényeges különbség van, s így a gondozásban is másként kell foglalkozni velük. Tapasztalataink alátámasztják *Tredt és mtsai* (18) azon véleményét, hogy az egészséges maradékvese esetében rendszeres, félévenkénti ellenőrző vizsgálat szükséges csupán, míg a már károsodottak — azotaemiás, uraemiás jelek nélkül is — úgynevezett „nephrológiai" betegeknek tekintendők. Ezek fokozott, esetleg 3—4 hetenkénti ellenőrzést igényelnek. Különösen figyelmet kell szentelni a hypertoniás, az intercurrens lobos megbetegedésben szenvedő betegekre pyuria, vagy valamely urológiai természetű panasz jelentkezése esetén. Ezeknél tehát nemcsak az ellenőrző vizsgálatok elvégzése, hanem pontos élet- és étrendi utasítások (11, 13), gyógyszeres kezelés bevezetése is szükséges. Figyelemmel kell lennünk a folyadék-, elektrolytegyensúlyra, a húgyszervek gyors és tartós desinficiálására, a cardialis állapot (szív, vérnyomás stb.) rendezésre. Ezeknél akár hónapokig elhúzódó antibioticus, chemotherapeuticus kezelés (15), esetenként pedig intézeti felvétel szükséges.

Fel kell vetnünk a szövődményes egyvesések rehabilitációjának problémáját is, melynek megoldásához jól működő nephrológiai gondozás (urológus—nephrológus közreműködésével) és az üzemorvosi hálózattal kiépített szoros kapcsolat szükséges. E betegek munkába állításához megfelelő munkaalkalmak felkutatása, *Tredt* (18) szerint nephrológiai betegek számára megfelelő munkakörök megteremtése lenne célszerű.

Korunk egészségügyi ellátásában egyre nagyobb jelentősége van a megelőzésnek és a rehabilitációnak. Az urológiai-nephrológiai gondozás mindkét célt szolgálja. Az ellenőrző vizsgálatok és a szükséges gyógykezelések alkalmazásával a vese funkcióját egyensúlyban tudjuk tartani. Ennek következtében betegeinknek nemcsak panaszmentességet és hosszabb életet, hanem gyakran munkaképességet is tudunk biztosítani.

Összefoglalás. A szerzők 5 év alatt nephrectomizált betegeiket rendszeresen ellenőrzik. Az ellenőrzötteknél a legutolsó nephrectomia óta is már több mint 2 év telt el. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy az egy vesével rendelkezők rendszeres ellenőrzése és életrendjének szabályozása elengedhetetlenül szükséges a vese jó állapotának megőrzése érdekében.

Adataik alapján azt találták, hogy a nephrectomizáltjaik maradékveséje a műtét után csaknem 50%-ban — a fokozott terhelés és egyéb, részben még fel nem ismert tényező hatására — károsodott. Hangsúlyozzák az urológiai-nephrológiai gondozás fontosságát.

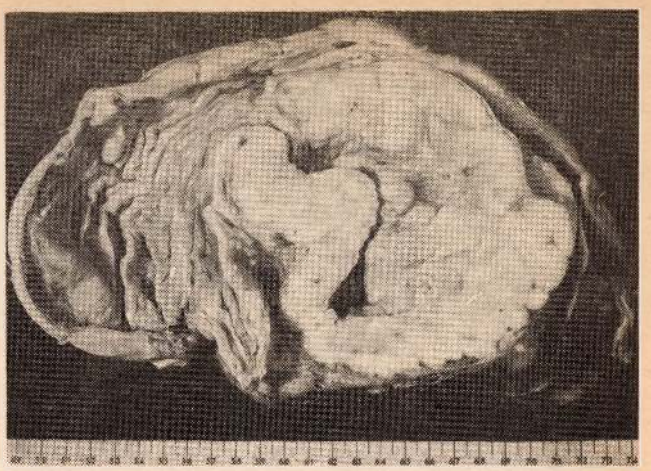
IRODALOM: 1. *Babics A.:* Urológia. Medicina, 1968. — 2. *Balogh F.:* Urológia. Medicina. 1968. — 3. *Bálint J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 25. — 4. *Bálint J., Laczkó L., Csernus J.:* Tuberk. és Tüdőbetegs. 1966, *19*, 1. — 5. *Dutz, H.:* Nierendiagnostik. VEB Gustav Fischer Verlag, 1967. — 6. *Fürst F. és mtsai:* Magy. Seb. 1968, *21*, 2. — 7. *Heidland, A., Klütsch, K.:* Suzuk, F.: Klin. Wschr. 1965, *43*, 14. — 8. *Marton K., Köves S.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 40. — 9. *Moll, H. Ch., Mantz, B.:* Münch. Med. Wschr. 1964, *106*, 708. — 10. *Payer, J.:* Urol. Int. 1967, *22*, 250. — 11. *Pintér J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 45. — 12. *Redwood, D.:* Brit. J. Urol. 1967, *39*, 153. — 13. *Rényi-Vámos F., Rigó J.:* Vesebetegségről vesebetegeknek. Medicina, 1969. — 14. *Rockstroh, H.:* Das Lebensschicksal der Einnierigen. VEB Verlag Volk und Gesundheit, 1967. — 15. *Sarre, H. J.:* Münch. Med. Wschr. 1969, *111*, 27. — 16. *Scheithauer, K. H.:* Münch. Med. Wschr. 1967, *109*, 1032. — 17. *Silverblatt, S. P.:* JAMA. 1967, *202*, 501. — 18. *Tredt, H. J.:* Zschr. Urol. Nephrol. 1968, *61*, 3. — 19. *Zádor L.:* Acta Chir. Acad. Sci. Hung. 1966, *7*, 1.

Fővárosi István Kórház, Kórbonctani Osztály
(főorvos: Radnai Béla dr.)
és I. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Bugár-Mészáros Károly dr.),
Semmelweis Orvostudományi Egyetem, III. Sebészeti Klinika
(igazgató: Stefanics János dr.)

Sajátos kliniko-pathológiai tünetegyüttes acinussejtes pankreascarcinomában

Dömötör László dr., Lantos Erzsébet dr.
és Jámbor Gyula dr.

A pankreascarcinomák nagy többsége a mirigy kivezetőcső rendszerének hámjából származik és csak kisebb része ered a mirigyhámból. Utóbbiak — metastatisáló exokrin adenoma (13, 14) vagy acinussejtes carcinoma (1, 2, 3, 5, 6, 10) néven ismert tumorok — más pankreascarcinomáktól kórbonctanilag a hasnyálmirigy structuráját utánzó, sajátos, magasan differentiált szerkezetükben különböznek. A gyermekfejnyi nagyságot is elérő daganat a pankreas fejéből (3, 5, 6, 10, 14) vagy farkából, ritkán testéből (8, 9) ered, olykor kötőszövetes tokkal határolt, többnyire azonban beszűrődéssel növekszik. Elsősorban a pankreast infiltrálja, áttéteket a májban (3, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14), ritkán más szervekben képez. Szövettanilag e tumorra az acinusokba, pseudorosettákba, apró, tömött fészkekbe rendeződő, pyramis alakú, cylindricus, polygonalis, ritkán fusiformis sejtek jellemzők, amelyek plasmájában zymogen szemcsék (10) és magas lipase activitás (8) mutatható ki. A kifejezett atypia ellenére a sejtek közt osztódó alakok csak ritkán vannak; más pankreascarcinomákhoz viszonyítva a szöveti kép benignus. A rossz prognosis — a betegek általában az első tünet jelentkezésétől számított 1 éven belül meghalnak — a tumor különleges biológiai tulajdonságának, a daganatsejtek lipase-secretiójának és ebből eredő szövetkárosodásnak következménye. Alábbiakban lipase-activ, acinussejtes pankreascarcinoma esetünket ismertetjük.

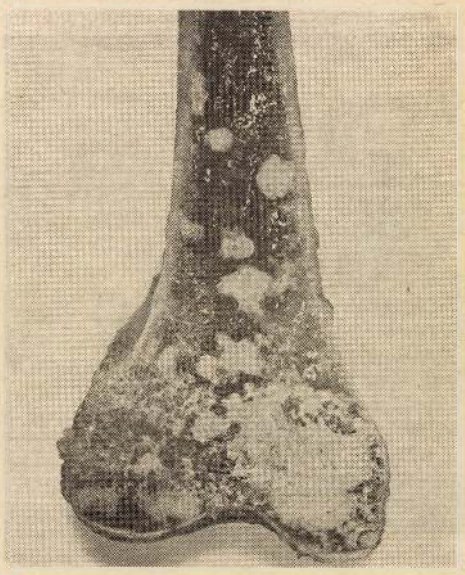


1. ábra.
A pankreasból kiinduló emberfejnyi daganat a duodenum felső haránt szárát előre, a gyomor corpusát és pylоricus részét balra tolja és kitölti a kisgörbület és a májkapu közti teret

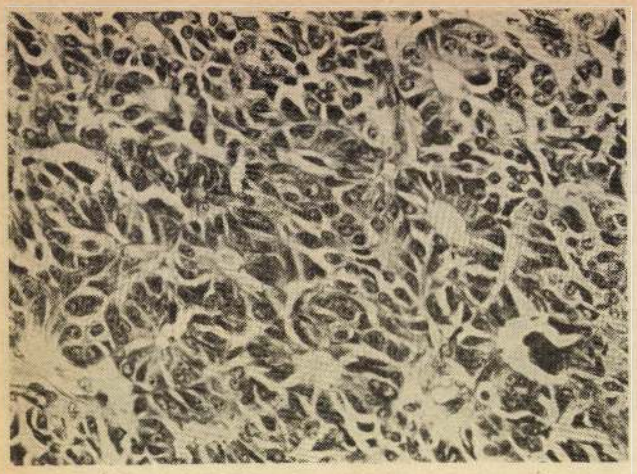
G. P., 58 éves férfibeteget a Budapesti Orvostudományi Egyetem Bőrgyógyászati Klinikájáról vette át az István Kórház I. Belgyógyászati Osztálya. A Bőrklinikán 1968. október 11-től december 11-ig és 1969. január 2-től június 5-ig ápolták. Klinikai diagnosisa: „Panniculitis? Panarteritis? Hasi tumor (pancreas?)" volt.

Anamnesiséből említésre méltó, hogy 1961-ben strumectomián, 1964-ben és 1965-ben végbélsipoly miatt műtéten esett át. Jelen betegsége 1968 júliusában kezdődött. Jobb lábszárán majd mind a négy végtagján mogyorónyi—szilványi, fájdalmas, vörös csomók keletkeztek. Ízületei egymást követően — először a bal térdízület, később a jobb térd, a bal váll és a kis ízületek — megduzzadtak, fájdalmassá váltak. Fél év alatt kb. 25—30 kg-ot fogyott, étvágytalanná, erőtlenné vált.

Felvételi statusából: közepesen fejlett, sovány férfibeteg. Bőre feltűnően sápadt, nyálkahártyái halványak. Nyirokcsomók nem tapinthatók. Garatképletek kóros eltérés nélkül. Mindkét tüdő felett érdes légzés hallható. Rekeszek kitérnek. A szív balra másfél harántujjal nagyobb; rhythmusos, tiszta szívhangok. P.: 80/min. RR.: 150/90. A has puha, betapintható, nyomásérzékenységet nem jelez. Az epigastriumban, a középvonaltól kissé balra kb. férfiökölnyi, feszes resistentia. Mindkét alkaron és lábszáron számtalan babnyi—szilványi, helyenként összefolyó, tömött, subcután csomó,



2. ábra.
A femur distalis epiphysise; zsírnekrosisok a csontvelőben



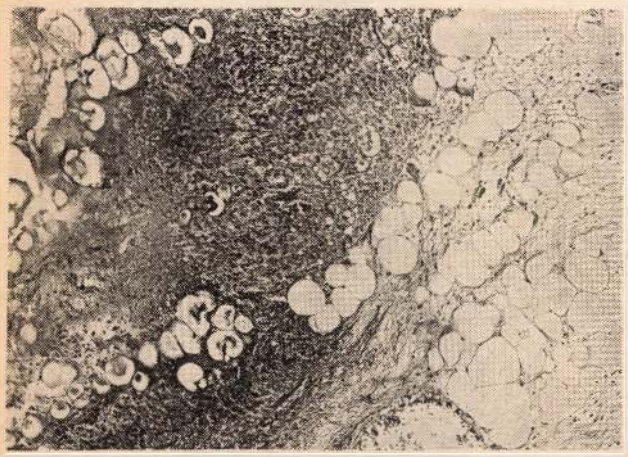
3. ábra.
A tumor szöveti képe. Exokrin mirigy szerkezetét utánzó részlet, amelyben a cylindricus daganatsejtek acinusokba rendeződnek (200 ×)

amelyek felett a bőr piros és meleg; a térd körül a csomók fluctuálnak. Mindkét térdízület, a bal vállízület és néhány kisízület duzzadt, fájdalmas, mozgásuk korlátozott.

Vizsgálati leleteiből: vércukor 105 mg%. Májfunctiós próbák: aranysol negatív, thymol 1,2, serum bilirubin 0,26 mg%. Diastase: se. 32 E, vizelet 64 E (Wohlgemuth); controll: se. 400 E, vizelet 533 E (Somogyi). RN.: 21 mg%. Vvs.-süllyedés: 70/80 mm/óra, 130/140 mm/óra. Wa.: neg. Immun elfo.: negatív. LE-sejt negatív. Quantitatív vérkép: vvs.: 3 000 000, fvs.: 7600. Qualitatív vérkép: se. 70, St. 1, Ju. 1, Eo. 3, Ly. 22, Mo. 3. Vizelet fs.: 1016, albumin halványan opalisál, üledékben 3—5 fvs. A térdízületi punctatum bacteriológiailag ismételten negatív. EKG: sinus rhythmus, kp. tengelyállás, QRS normális, T_{1-3} positiv. Rtg: mellkas-átvilágítás és felvétel: renyhébb kitérésű rekeszek, sinusok szabadok. A felső mezőben, főleg jobb oldalon fokozott peribronchialis rajzolat. A szív balra 1. h.-ujjal nagyobb, a szívöböl megtartott. Elongált aorta.

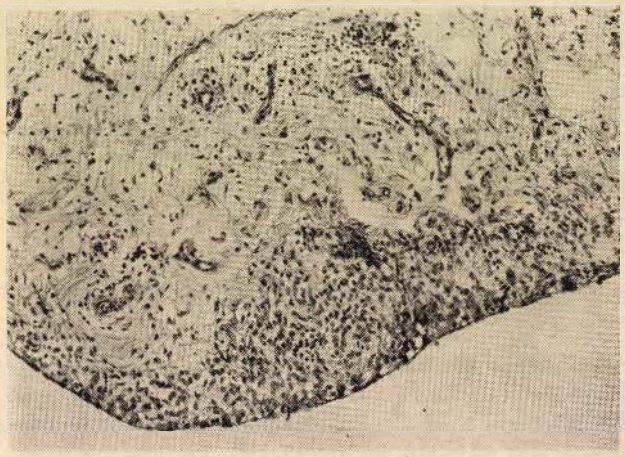
Az epigastriumban tapintható resistentia, a cachexia és a gyorsult vvs.-süllyedés miatt hasi tumor, elsősorban pankreastumor gyanúja merült fel.

A röntgenvizsgálat szerint a gyomrot a kisgörbületi oldal és a hátsó fal felől csecsemőfejnyi, homogen, éles szélű terimenagyobbodás comprimálja és dislocálja. A colon transversum aboralis harmada lefelé dislocált. Pankreastumor feltételezése miatt sebészeti consilium. Consiliariusi vélemény: a bal hypochondriumban csecsemőfejnyi, tömött, immobil resistentia, amely átveszi az aorta lüktetését. A has egyébként puha, jól áttapintható. A végtagokon a kórlapban leírt elváltozások. A hasüregi elváltozás legvalószínűbben pankreas-cauda tumornak, esetleg tumoros cystának tartható, mert pankreatitisre utaló tünet az anamnesisben nincs. Nem zárható ki retroperitonealis, esetleg veseeredetű tumor vagy cysta sem. Ez irányban való vizsgálatot, majd a lelettől és a beteg állapotától függően laparotomia exploratívát javasolok (Stefanics János dr.).



4. ábra.
Panniculitis a csepleszben. Jobbra lobos, balra nekroticus zsírszövet (80 ×)

Pyelographiás vizsgálattal kóros eltérést nem találtunk. Osztályunkon a steroidokat fokozatosan elhagytuk, anticoagulans therapiát kezdtünk, ezenkívül antiphlogisticumokat, antibioticumokat kapott. Az ápolás ideje alatt az arthritis regressióját, majd progressióját és a bőrelváltozások javulását észleltük. Általános állapota inkább romlott, fokozatosan gyengült, fogyott, lázas állapota antibioticumokra nem reagált.



5. ábra.
Súlyos lobos beszűrődés, granulatio és fibrosis a térdízület tokjából (80 ×)

Sebészeti consilium alapján a beteget 53 napi ápolás után, 1969. VII. 28-án a III. sz. Sebészeti Klinikára helyeztük át exploratív laparotomia céljából, „Tu. seu cysta pankreatis. Vasculitis nodularis. Panniculitis" diagnosisokkal.

Ekkor időnkénti böfögésen, étvágyromláson, obstipatión kívül egyéb panasza nem volt. Kisízületein levő elváltozások, az ujjak duzzadása, hajlítási nehézsége változatlanul fennállt.

Laboratóriumi leleteiből feltűnő a progressiv anaemisálódás (vvs.: 2 860 000, hgb.: 9,2 g%, htk.: 27,5%), a We.-érték emelkedése (140 mm/óra), a hypoproteinaemia (se. összfehérje 5,42 g%). Tekintettel az anaemiára és a hypoproteinaemiára, a műtét előtt 1920 ml teljes vért és 600 ml plasmát kapott. VIII. 7-én műtét: Laparotomia explorativa. Cysto-gastrostomia (op. Stefanics János dr.).

Műtéti leírás: felső median laparotomia. A gyomrot a caudál és bal felé csecsemőfejnyi, a pankreas testéből és caudájából kiinduló cystosus képlet tolja el. Az epehólyag követ nem tartalmaz, könnyen exprimálható. A cystosus képlet falán és a mesenteriumban néhány helyen zsírelhalásos foltok észlelhetők. A hasüreg egyéb szervei épnek látszanak. Gastrostomiás nyíláson keresztül, a gyomor hátsó falán át megpungáljuk a cystát, amelyből kb. 200 ml szalmasárga folyadékot nyerünk. Ezután a gyomor hátsó fala és a cysta közt 2 ujjbegynyi szélességű cystogastrostomiát végzünk. A cysta ürege rekeszes, fala rostos, histológiai vizsgálatra szövettörmeléket küldtünk. A gastrotomiát két rétegben zártuk. Subhepaticus gumidrain, réteges sebzárás, bőrvarrat.

A 7. postoperatív napon masszív haematemesis és melaena lépett fel, amely konzervatív kezelésre — transfusio, haemostaticumok — megszűnt. A postoperatív időszakot még hasi disruptio tette szövődötté. Ízületi elváltozásai a műtét után kisfokú regressiót mutattak. Műtéti sebe per secundam gyógyult és IX. 27-én — carcinomás szövettani lelet birtokában, tüneti therapiát javasolva — bocsátottuk haza.

1969. XI. 3-án, szociális indicatio alapján vettük fel ismét a III. Sebészeti Klinikára a nagyon sovány és exsiccált beteget. Távozása óta fokozatosan gyengült, mozgásképtelenné vált. Alsó végtagjai oedemássá váltak. Bentfekvése alatt tüneti therapiát, roborálást, folyadékpótlást végeztünk. Az exitus 1969. XI. 25-én következett be.

A kórboncolás és a kórszövettani vizsgálat fontosabb adatai a következők: a közepesen táplált férfi boncolásakor a pankreas testéből és farkából kiinduló, emberfejnyi daganatot találtunk, amely craniálisan a májkapuig terjedt és kitöltötte a subhepaticus regiót, a duodenum felső harántés leszálló szakaszát előre, a gyomrot balra, a colon transversumot pedig lefelé dislocálta (1. ábra). A rostos tokkal határolt tumor a környező szerveket nem infiltrálta, felszíne dudoros, állománya tömött, törékeny és közepében ökölnyi üreget találtunk, amely a műtétnél létesített sipolynyíláson át a gyomorral közlekedett. A tumorba ágyazott vena portae-t és a vena mesenterica törzsét daganatszövet obliterálta. A máj jobb lebenyében, a facies abdominalis alatt cseresznyemagnyi, a lobos quadratusban diónyi daganatáttét volt. A tumor körül, a mesenteriumban, a subepicardialis zsírszövetben, a bal térdízület körül a subcutisban, a subepicardialis zsírszövetben, továbbá a bal combcsontban és sípcsontban, a csontvelőben borsónyi, zöldmandulányi zsírnekrosisokat találtunk (2. ábra). Az elhalások a csontvelőben a legnagyobbak subcorticalisan és az epiphysisben voltak; számuk a csont tengelye és a diaphysis felé csökkent és kisebbedtek. A bal tibia külső condylusán, babnyi területen a corticalis elpusztult és felette a lágyrészek közt zöldmandulányi, sűrű, sárgás folyadékkal kitöltött üreget találtunk. Említésre méltó az elváltozások közül a szívizomzat és a vesék súlyos, parenchymás degeneratiója és a kifejezett szűkületet okozó coronariasclerosis.

Szövettani vizsgálat, a műtétnél kimetszett daganatrészlet és a boncolásnál talált tumor szerkezete azonos volt. A pyramis alakú, cylindricus és polygonalis daganatsejtek acinusokba, rosettákba, kis tömött fészkekbe, ritkán tubulusokba rendeződtek és a biopsiás anyagban megfigyelhetők voltak fusiformis sejtekből álló kompakt fészkek is (3. ábra). A kifejezetten atypusos sejtek közt osztódó alakokat csak elvétve lehetett megfigyelni és helyenként a daganatsejtek plasmájában szemcsézettség mutatkozott. A szegényes neostroma úgyszólván csak capillárisokból állt. A daganatsejtek sajátos alakja és elrendeződése, valamint hálózatos, kötőszövetes nyalábok által létrehozott pseudolobularis structura exokrin mirigyek szerkezetére emlékeztetett.

A csontvelőben zsírnekrosist, a retroperitoneumban, mesenteriumban, subepicardialis zsírszövetben és paraarticularisan lipogranulatiót találtunk. A nekroticus és lobos elváltozások mellett a zsírszövetben mindenütt a lipocyták plasmájában nagy mennyiségű pigmentrögöt, kevés histiocytát és enyhe fibrosist lehetett megfigyelni (4. ábra). A vázizomzatban súlyos focalis degeneratiót, valamint az endo- és perimysiumban idült lobot, a térdízület tokjában arthritis szöveti jeleit (5. ábra), ugyanitt és a periarticularis kötőszövetben súlyos kisér-elváltozásokat találtunk.

A kórbonctani diagnosis: acinussejtes pankreascarcinoma, disseminált zsírnekrosisokkal és lipogranulatióval, arthritissel.

Megbeszélés

Acinussejtes pankreascarcinoma, subcután adiponekrosis és arthritis együttes előfordulását először *Berner* észlelte 1908-ban. Ezt követően több hasonló esetet közöltek, amelyek sorából *Hegler* és *Wohlwill* (1930) észlelése a kórkép másik két sajátosságának, a vér-eosinophiliának és a csontvelőnekrosisoknak felismerése révén emelkedik ki. Az acinussejtes pankreascarcinomára jellemző hármas klinikai tünetegyüttes — panniculitis, arthritis, eosinophilia — felismerését *Schmidt*nek tulajdonítják (1957).

E sajátos syndroma meglehetősen ritka; a számunkra hozzáférhető irodalomban mindössze 15 esetet találtunk, amelyek alapján a kórkép klinikumáról és kórbonctanáról hozzávetőleges ismereteink vannak. Az idős férfiak betegsége; az eddig közölt esetek közt mindössze 2 nő volt (6, 14) és a betegek életkora 49 és 83 év között váltakozott.

A *panniculitis* gyakran első tünete a pankreascarcinomának (4, 6, 8, 14). Elsősorban a végtagokon fordul elő, leggyakrabban a lábszáron (1, 4, 6, 7, 8, 13, 14), ritkábban a felső végtagon (1, 6, 10, 11, 13, 14); centripetalisan terjed (7), a csípőn és a vállon át a törzsre; generalisálódhat (3, 14), az arcot azonban nem érinti. A változó nagyságú, kezdetben tömött, lividvörös csomók ellágyulhatnak (1, 4), helyükön pseudocysta képződhet, amely spontán megnyílhat és belőle olajhoz hasonló folyadék (4, 14), kocsonyás anyag (7, 8, 11) és zsírcsomók ürülhetnek (4). Az ellágyult és megnyílt csomók másodlagosan fertőződhetnek és általában hegesedéssel gyógyulnak. A bőrelváltozásokat gyakran kísérő láz (4, 6, 13) vagy subfebrilitás (9) Weber—Christián-betegség gyanúját keltheti (6, 9, 13). A panniculitisre morphológiailag a zsírnekrosis és lipogranulatio jellemző, amely a subcutison kívül előfordulhat a csepleszben (3), a mesenteriumban (3, 9, 10), a retroperitoneumban (13), a subepicardialis (3, 11) és subpleuralis (11) zsírszövetben, az ízületek körül (3), a synoviában (14) és a funiculus spermaticusban (11). Sajátos és csaknem pathognomicus elváltozás a csontvelő zsírnekrosisa, amely elsősorban a csöves csontokban fordul elő, többnyire gócos (1, 8, 9, 11, 13), ritkán diffus (7); az ízületi porc és a corticalis destructióját okozhatja.

Esetünkben a panniculitis csak a végtagokra lokalisálódott és a halált megelőzően gyógyult, ezzel szemben a csontvelőben enyhe lobbal kísért súlyos és kiterjedt nekrosis volt. A különböző regiókból származó zsírszövetben diffus károsodás szöveti jeleit — a zsírsejtekben nagy mennyiségű lipofuscin, kevés zsírphagocyta és fibroblast, enyhe fibrosis — találtuk, ami generalisált, systemás zsírszövet betegségre enged következtetni.

Az acinussejtes pankreascarcinoma *másik jellegzetes tünete, az arthritis*, felléphet a panniculitissel egyidőben (7), megelőzheti (3, 10, 11, 13) vagy követheti (4, 8, 14) a bőrelváltozásokat. Elsősorban a kéz és a láb kisízületei (4, 7, 10), a nagyízületek közül a térd- (3, 10, 11), a könyök- (3, 8, 10, 11), a váll- (9) és a csípőízületek (11, 13) betegednek meg. A rheumatoid arthritist utánzó polyarthritises esetek csaknem teljes mozgásképtelenséget okoznak (14). Mint esetünk is mutatja, az ízületi panaszok nem mindig haladnak párhuzamosan a panniculitissel; a súlyos, mozgáskorlátozottságot okozó polyarthritis betegünknél mindvégig fennállt, szem-

ben a bőrelváltozásokkal, amelyek gyógyultak. Saját esetünk és az irodalmi adatok alapján úgy véljük, hogy az arthritis létrejöttében több, különböző tényező játszhat szerepet; így a zsírnecrosis és lipogranulatio a corticalis és az ízületi porc pusztulása következtében az ízületi tokra terjedhet, hasonlóan a panniculitis is. Másodlagos bacterialis fertőzés és allergiás-hyperergiás reactio szerepe is szóba jön.

Az eddig közölt esetek mindegyikében találtak mérsékelt *eosinophiliát*. Betegünknél ismételt kórházi és klinikai ápolás során sem fordult elő véreosinophilia és eosinophil hyperplasiát a csontvelőben sem találtunk.

Végezetül említést érdemelnek azok a ritka és kevésbé ismert elváltozások, amelyek nagy valószínűséggel az előbbiekhez hasonlóan, ez ideig tisztázatlan úton szintén a tumorral állnak összefüggésben. Így említhetjük a *szívpanaszokat és cardialis tüneteket* (4, 7), amelyek morphológiai substratuma *Wuketich* és *Pavlik* esetében interstitialis myocarditis és eosinophilsejtes infiltratio, esetünkben pedig súlyos, degeneratív izomrost-elváltozás (myocardosis) volt. Ugyancsak kevésbé ismertek a *májban* (14) *és a tüdőben* (11, 12) előforduló nekrosisok, valamint a kisérelváltozások (7, 10), amelyek további, részletesebb morphológiai vizsgálatot érdemelnek.

Az acinussejtes pankreascarcinomához társuló szövetkárosodások *pathomechanismusát* illetően egyetértés van a tekintetben, hogy a zsírnekrosis és lipogranulatio a tumorsejtekben termelődő lipase digestiv hatásának következménye, csupán a hatásmód megítélésében vannak véleménykülönbségek. *Hegler* és *Whohlwill*, valamint *Schmidt* a nekrosisokban daganatsejteket mutattak ki és feltételezték, hogy a zsírnekrosist a tumorsejtekben termelődő és a környezetbe diffundáló lipase okozza. Az esetek többségében azonban daganatsejt az elhalásokban nem található és így jogosultnak látszik annak feltételezése, hogy a lipase a véráram vagy a nyirokáram útján jut a primaer tumorból a szövetekbe. Ezt bizonyítja az emelkedett vér-lipaseszint is (8, 9). Ez ideig tisztázatlan, hogy más enzymek, elsősorban a trypsin, a szövetkárosodások létrejöttében milyen jelentőségűek.

Összefoglalás. Szerzők a pankreas testéből eredő acinussejtes carcinoma (metastatisáló adenoma) esetét ismertetik. A tumorhoz panniculitis, polyarthritis, disseminált zsírnekrosis és granulatio, myositis és kisérelváltozások társultak. Tárgyalják az acinussejtes pankreascarcinoma kliniko-pathológiáját és az extrapankreaticus elváltozások pathomechanismusát.

IRODALOM: 1. *Alcantara, E. N.:* Canad. Med. Ass. J. 1962, *87*, 970. — 2. *Auger, C.:* Arch. Path. 1947, *43*, 400. — 3. *Belsky, H.* and *Cornell, N. W.:* Ann. Surg. 1955, *141*, 556. — 4. *Berner, O.:* Virchow's Arch. 1908, *193*, 510. — 5. *Comfort, M. W., Butt, H. R., Baggenstoss, A. H., Osterberg, A. E.* and *Priestley, J. T.:* Ann. Int. Med. 1943, *19*, 808. — 6. *Graciansky de P., Paraf, A., Rautureau, J.* et *Texier, J.:* Bull. Soc. Med. Hôp. Paris. 1965, *116*, 261. — 7. *Hegler, C.* und *Wohlwill, Fr.:* Virchow's Arch. 1930, *274*, 784. — 8. *Jackson, S. H., Savidge, R. S., Stein, L.* and *Varley, H.:* Lancet. 1952, *263*, 962. — 9. *Lievre, J. A., May, V., Bénichou, J. P., Marcasis, J.* et *Lievre, J. A.:* Bull. Soc. Med. Hôp. Paris. 1964, *115*, 755. — 10. *McMahon, H. E., Brown, P. A.* and *Shon, E. M.:* Gastroenterology. 1965, *49*, 555. — 11. *Titone, M.:* Virchow's Arch. 1936, *297*, 416. — 12. *Pathy, M. S.:* Rheumatism. 1959, *15*, 73. — 13. *Schmid, M.:* Z. klin. Med. 1957, *154*, 439. — 14. *Wuketich, St.* und *Pavlik, F.:* Arch. klin. exp. Derm. 1963, *216*, 412.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen, vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTÁP" Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest, XIV. ker., Lumumba u. 209.
Telefon: 630–985.

Orvostovábbképző Intézet, IV. Belgyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Mosonyi László dr.)
és I. Belgyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Pálos Á. László dr.)

Immunhaemolytikus anaemia positiv LE sejt jelenséggel

Boga Marianna dr., Jákó János dr.
és Egedy Sándor dr.

Az autoimmun betegség conceptiója, ebben a SLE és syndromaköre pathogenesisének megítélése nagy fejlődésen ment át. *Petrányi* szerint experimentálisan az látszik a legmegalapozottabb álláspontnak, hogy a folyamat lényege valamely speciális immundefectus talaján kiváltó tényezőkkel megindított autoimmun reactio (10). A jellegzetes elváltozások a bőrön, nyirokcsomókban, ízületekben, vesékben, serosafelszíneken, szívben, tüdőben, emésztőcsatornában találhatók SLE-ben (7). Ezek különböző formákban társulhatnak egymáshoz. A klinikai tünetek között vannak nagyon gyakoriak (polyarthritis, pleuritis, leukopenia, anaemia, albuminuria, bőrjelenségek, neurosis) kevésbé gyakoriak (nephritis-nephrosis, thyreoiditis, pericarditis, polymyositis) és ritkák (varicositas nélkül ulcus crurist okozó helyi angiitis) (9). A SLE syndroma részjelenségeként immunhaematológiai kórképek is szerepelhetnek, ezek közül az autoimmun haemolytikus anaemia igen jellegzetes (11). Gyakorisága 3—10% (8), sőt akár 25%-ot is elérhet (7). SLE-ben az LE sejtjelenség positivitásán túl (13) még egyéb antitestszerű serumfactorok fordulhatnak elő (9), így Wa.-antitest, rheumatoid factor, antinuclearis factor, szervellenes antitestek és vörösvérsejt elleni antitestek (Coombs positivitás). *Nouspikel* azonban (8) azon a véleményen van, hogy a SLE monosystemás formáiban esetleg kimutatható LE sejtjelenség ál-positivitás, éppen úgy mint egyes haemopathiákban (leukaemia, anaemia perniciosa, haemolytikus anaemia). Az autoimmun haemolytikus anaemia és a SLE egységes pathogenesisét megerősítheti, hogy e betegségekben, elsősorban a malignus lymphomák jelentős százalékában lehet antinuclearis antitestet és positiv LE sejtjelenséget kimutatni (12).

Tan és *Chaplin* (13) 26 Coombs positiv haemolytikus anaemiában szenvedő beteget vizsgáltak, és a betegek 39%-ában találtak positiv LE sejtjelenséget. Megjegyzik, hogy a titer 1:20 hígításnál nem volt magasabb, míg SLE-ben 1:512 vagy magasabb érték szokott előfordulni. Eseteikben — legalábbis a vizsgálat idején — kizárható volt „kollagén", illetve lymphoid vagy reticularis eredetű proliferativ betegség. *Tan* és *Chaplin* ezek alapján felvetik azt a kérdést, vajon két szeparált autoimmun folyamat (SLE és autoimmun haemolytikus anaemia) zajlik-e egymás mellett?

Az Orvostovábbképző Intézetben három olyan beteg megfigyelésére nyílt alkalmunk, akiknek kórlefolyása, véleményünk szerint, a két betegség pathogenetikai összefüggésére utalhat. Három positiv LE sejtjelenséggel járó autoimmun haemolytikus anaemiában szenvedő betegünk esetében a közös vonás az volt, hogy a nagyfokú, nehezen befolyásolható haemolysisen kívül az LE sejtjelenség positiv volt, ezen túl azonban sem egyéb szervi, sem jellegzetes bőrtünetet nem észleltünk. Egy esetünkben a kórképhez ismétlődő arteriás thrombosisok is társultak az alsó végtagokon, és ez a körülmény a kezelést is lényegesen befolyásolta.

Az esetek ismertetése

1. B. J., 61 éves férfibeteg

Megelőző anamnesiséből említést érdemel, hogy gyermekkorában vérszegénynek tartották, emiatt vascseppeket szedett. Tekintettel arra, hogy gáz- és vízvezetékszerelő volt, ólomcsövekkel, rézzel és sósavval, valamint műanyagokkal és benzinnel dolgozott. Arcszíne mindig sápadt volt, de nem érezte magát betegnek. Évente végzett munkaalkalmassági vizsgálata alkalmával kórosat nem találtak. 1967 júliusában kb. 6 órát tartózkodott derékig meztelenül a tűző napon, és ekkor a hátán másodfokú égési sérüléseket szenvedett. Bőrgyógyászaton kezelték, majd a nagyfokú fáradékonyság, étvágytalanság miatt végzett vizsgálatok derítették ki anaemiáját, mely haemolytikus typusúnak bizonyult. Intézetünk I. Belosztályán történt felvételekor kifejezett sápadtságon és enyhén subicterusos sclerákon kívül más eltérés nem volt található. A máj elérhető volt, lép vagy nyirokcsomók nem voltak tapinthatóak.

Vizsgálati leletei: vizelet fs.: 1020. Fokozott ubg. reactión kívül egyéb eltérés nincs. Wa. neg. Süllyedés: 102 mm/óra. Vvs.: felvételekor 1,8 M, hgb.: 5,5 g%. Fvs.: 10 000. Thrombocyta: 110 000. Reticulocyta: 200‰. Se. bi.: 2,3 mg% ind. Összfehérje: 8,1 g%, albumin: 4,4 g%, globulin: 3,7 g%. Se. vas: 160 γ%. Az immunelectrophoresis α_1 glycoprotein szaporulatot mutatott.

A sternumból nyert csontvelő közepesen sejtdús. Benne erősen fokozott, toxikus, balra tolt myelopoesis, erősen fokozott erythropoesis. Direct Coombs-reactio erősen positiv, az indirect negatív. Az LE sejt vizsgálat is positiv eredményt adott. Egyéb laboratóriumi leletei nem voltak kórosak.

A beteg felvételekor lázas volt. Napi 45 mg Prednisolon kezelésben részesült, és óvatosan transfusiókat kapott. Tekintettel arra, hogy anaemiája a leírt kezelés mellett nem rendeződött, sőt a serum bilirubin érték tovább emelkedett, Imuran kezelést kezdtünk el. Napi 150 mg hatására a 6 g% körüli érték 12 g%-ra emelkedett. Ezután azonban a thrombocytaszám csökkenése miatt az Imuran kezelést félbeszakítottuk, és a beteget Prednisolon + Delagil therapiára állítottuk be. A corticosteroid negatív immunológiai hatásának veszélye miatt INH-t is adtunk. Panaszmentesen távozott. Kb. két éve fenntartó adag Prednisolont kap, továbbra is panasz- és tünetmentes. Bőrjelenség, egyéb szervi eltérés nem észlelhető.

Epicrisis: betegünkön positiv LE sejtjelenséggel járó autoimmun typusú haemolytikus anaemiát állapítottunk meg, mely megítélésünk szerint már felvétele

előtt is fennállott. Az intenzív napsugárzás azonban a haemolytikus tünetek súlyosbodásához vezetett, ami alkalmat adott betegségének pontosabb diagnosisára.

2. K. V., 21 éves nőbeteg.

Tizenöt éves korában kórházban feküdt kyphoscoliosisa miatt. Ekkor süllyedése 106 mm/óra volt, melynek okát nem tisztázták. Tizenkilenc éves koráig panaszmentes volt, és ellenőrző vizsgálatot nem végeztek. Felvétele előtt 3 hónappal lett gyenge, fáradékony és étvágytalan, emiatt 6 kg-ot fogyott. Felvételekor bőre és nyálkahártyái igen halványak, sclerája subicterusos. Szív, tüdő fizikális eltérés nélkül. Máj, lép nem tapintható.

Vizsgálati leletei: vizelet ubg. fokozott, egyéb negatív. Süllyedés 46 mm/ó. Vvs.: 2,3 M, hgb.: 9,6 g%. Fvs.: 3300. Thrombocyta: 236 000. Reticulocyta: 52‰. Se. bi.: 1,1 mg ind. SGOT: 104 E, SGPT: 105 E. Se. vas: 174 γ%. Összfehérje: 7,6 g%, albumin: 4,0 g%, globulin: 3,6 g%. Immunelectrophoresis: α_1 glycoprotein-szaporulat, és mérsékelt IgM szaporulat látható. A sternalis csontvelő rendkívül sejtdús, fokozott erythropoesissel, balra tolt myelopoesissel. Direct Coombs-reactio, LE sejtjelenség ismételten positiv. Latex gyengén positiv. Réslámpás vizsgálattal a conjunctivalis erekben kifejezett sludge jelenség.

A beteg láztalan. Kezelését kis adagú Prednisolon adásával, napi 25 mg-mal kezdjük el. Ennek eredménytelensége után Delagil adására tértünk át, majd ezt Cortrophin kezeléssel váltottuk fel, mely ugyancsak eredménytelennek mutatkozott. Végül napi 50 mg Prednisolon adására állapota javult, hgb. értéke 10—11 g% körül állandósult. Teljes remissio állapotában hazabocsátottuk, és változatlanul napi 50 mg Prednisolon szedését írtuk elő. Egy év múlva acut hemolysis tüneteivel vettük fel ismét. A kialakult láz, hányás miatt a beteg az addig rendszeresen szedett Prednisolon vételét abbahagyta. Száz milligramm Prednisolon iv., majd per os adására haemolytikus crisise rendeződött. E bentfekvése alatt elvégeztük a vörösvérsejt ^{51}Cr-mal jelzett élettartamvizsgálatát, mely 12 napnak, nagyfokban rövidültnek bizonyult. A lép felett észlelt beütések száma mindössze kétszerese volt a máj felett kapott értéknek. Splenectomiát nem tartottunk indokoltnak.

Ezután Imuran kezelést kezdtünk el napi 100 mg-os dosissal, kombinálva 30—35 mg Prednisolonnal. Kéthónapi stagnálás után az Imuran adagját napi 200 mg-ra, a Prednisolonét 45 mg-ra emeltük. További két és fél hónap után a hgb. érték lassan 12,6 g%-ig emelkedett, a reticulocytaszám normalizálódott. Ezután az Imuran napi adagját 50 mg-ra csökkentettük, majd egy hónap múlva teljesen elhagytuk. Összesen tehát mintegy fél évig, és mintegy 20 000 mg összadagú Imurant szedett, mely után fenntartó kezelésképpen haemolysise 20—25 mg/die Prednisolonnal egyensúlyban volt tartható. Mintegy 10 hónapos Prednisolon kezelés után azonban a hgb. érték ismét csökkent — ekkor az Imuran kezelést újra elkezdtük, és fél év alatt —, miközben 3 hónapi szünetet is tartott — ismét 11 500 mg Imurant kapott. E kezelés befejezése után a hgb. érték 12—13 g% körül állandósult, a Prednisolon adagja fokozatosan másodnaponta 5 mg-ra volt csökkenthető, majd végül el is hagyhattuk. LE sejtjelensége, Coombs-reactiója negatívvá vált, és a haemolysisre utaló laboratóriumi jelek megszűntek. Észlelésének két és fél éve alatt sem bőrjelenség, sem egyéb szervi eltérésre utaló laboratóriumi tünet nem alakult ki.*

Epicrisis: a beteg autoimmun haemolysise feltehetőleg már évek óta fennállott. Erre utal az első felvétele előtt 4 évvel észlelt, nagymértékben fokozott vörösvérsejtsüllyedés. A kompenzált haemolysis ekkor még anaemia tüneteit nem hozta létre. Ismeretlen okból kialakult crisis hívta fel a figyelmet betegségének a lényegére s átvizsgálása során enyhe Latex positivitást és positiv LE sejtjelenséget észleltünk. Kezelése és további megfigyelése időszakában „kollagén" vagy lympho-, illetve reticuloproliferativ betegségre utaló adatot nem észleltünk. Egy alkalommal megismétlődött súlyos haemolytikus crisise, melyet sikerült rendezni, s a beteg remissióba került mintegy kétéves kombinált Imuran és Prednisolon kezelés után.

3. Sz. I., 22 éves nőbeteg.

1966-ban bal oldali arteria poplitea elzáródás miatt arteria eltávolítást és sympathectomiát végeztek. Az eltávolított arteriarész szövettani vizsgálata „nem specificus vasculitis" volt. Első felvétele előtt két hónappal magas láz, hepato-splenomegalia, cytopenia, hasi fájdalom keletkezett.

Felvétele idején a leromlott állapotban levő fiatal nő bőre és nyálkahártyái halványak. A nyakon és a hónaljakban több kisebb-nagyobb nyirokcsomó tapintható. A bal rekesz renyhén tér ki. Légzése érdes-sejtes. Szíve nem nagyobb, szívműködése tachycardiás, rhythmusos. Szív felett halk systoles zörej hallható. Máj 3—4 ujjnyi, lép 3 ujjnyi, igen tömött. A has bal oldalán sympathectomia, a bal combon arteriectomia hege.

Vizsgálati leletei: vizelet negatív. Süllyedés: 32 mm/ó. Haematocrit: 30%. Vvs.: 3,1 M, hgb.: 11,9 g%, se. vas: 121 γ%, reticulocyta: 30‰. A direct Coombs-reactio ismételten positiv, indirect negatív. Autoagglutinatio nem észlelhető. Se. bi.: 0,5 mg% ind. Fvs.: 5000. Thrombocyta: 80 000. Sternum punctióval sejtdús csontvelő nyerhető, a myelopoesis toxikus, balra tolt, az erythropoesis nagymértékben fokozott. A reticulumsejtek megszaporodtak. Májfunctio: thymol: 6,8 E+, As: ++, BSP: negatív. SGOT: 18 E, SGPT: 24 E. Összfehérje: 8,4 g%, albumin: 3,5 g%, globulin: 4,9 g%. Kryoglobulin, kryofibrinogen negatív. Sia-reactio negatív. Immunelectrophoresises vizsgálata monoclonalis (!) IgG-szaporulatot mutatott. Meinecke-reactio: +++, Kolmer-reactio: +++, VDRL reactio: +++. Mantoux próba 1:100 000 hígításban negatív. LE sejtjelenség ismételten positiv, egyéb laboratóriumi lelete eltérést nem mutatott.

Felvétele után két héttel lázas lett. Antibiotikus kezelés hatástalan volt, de Prednisolon adására leláztalanodott. Napi 30 mg-os dosist kapott. Nagyfokú léptáji fájdalmai és kiújuló lázai miatt lépinfarctust feltételezve, és autoimmun haemolysisét is számbavéve splenectomiára szántuk el magunkat. A kivett lép súlya 560 g volt, a felszínén több lezajlott infarctus nyoma volt látható. A szövettani vizsgálat csak congestio jeleit mutatta, a SLE-re jellegzetes szövettani jelek hiányoztak. Ugyancsak pusztán reactiv reticulosis jeleit mutatta a még lépműtét előtt eltávolított hónalji nyirokcsomó.

A műtét után a jobb arteria tibialis hirtelen elzáródására utaló jelek mutatkoztak, erélyes értágítás után azonban tünetei megszűntek. Az operáció után napi 25 mg Prednisolont kapott. Tizenhét napon át láztalan volt, majd septikus lázai kezdődtek. A haemoculturából coagulase positiv staphylococcus aureus tenyészett ki. Oxacillin kezelés után háromheti lázas állapota megszűnt.

A későbbiekben Prednisolonadagját lassan csökkentettük, majd ACTH adására tértünk rá. Távozása előtt hgb.: 11,6 g%, fvs.: 6400, thrombocyta: 350 000. LE sejtjelenség gyengén positiv. Otthonra 5 naponként 40 E ACTH adását és vitaminokat javasoltunk.

1969 júniusban, műtéte után mintegy háromnegyed évvel először a jobb, majd a bal lábon nehezen gyógyuló paronychiák jelentkeztek. Ezekről később kiderült, hogy az alsó végtagok kisereiben keletkező thrombosisok következtében létrejövő necrosisok okozták. E tünetek miatt jobb oldalon is sympathectomiát hajtottak végre. Az elhalás azonban a későbbiekben olyan nagymértékben fokozódott, hogy mindkét lábszár műtéti eltávolítása vált szükségessé. Az amputatio a combok középső harmadában történt. A műtét után mindkét, de főleg a jobb oldali csonkban mélyvénás thrombosis keletkezett, melyet Heparin infusiókkal, borogatással sikerült lassan befolyásolni. Közben jobb oldali pneumonia (?) vagy tüdőinfarctus (!) és cystopyelitis zajlott le. Haemolysise a splenectomia óta lényegében egyensúlyban van. Az ereken a szövettani vizsgálat

* *Megjegyzés a korrektúránál.* Egyévi gyógyszermentes egyensúlyi állapot után a beteg teherbeesett; jelenleg grav. mens. VI. norm.

„nem specifikus", „productiv" endarteritist és thrombosist állapított meg.

Epicrisis: e harmadik betegünk az előző kettőtől abban tér el, hogy az LE sejt positivitás és az autoimmun haemolytikus anaemia tünetei mellett még egyéb kóros elváltozások is jelentkeztek, így a haemolysis tüneteinek felfedezése előtt két évvel arteria poplitea occlusio. Hasonló tünetei alakultak ki a haemolysis befolyásolására végzett splenectomia után is. Feltehető, hogy jól nem definiálható „kollagén" betegségcsoportba tartozó kórképe már a megelőző időszakban kezdődött. Különleges a betegségéhez csatlakozó „monoclonalis gammopathia" is.

Megbeszélés

Az autoimmun haemolytikus anaemia, a positiv LE sejtjelenség, és a SLE kapcsolatáról *Tan* és *Chaplin* (13) azt gondolják, hogy a typusos SLE-ben és az autoimmun haemolytikus anaemiában kimutatható nuclearis antigén egyező volta dönthetné csak el az azonos pathogenesist. Mindenesetre — a másik oldalról — a fiatal és felnőttkori rheumatoid arthritisben és SLE-ben meglevő antinuclearis factor specificitásában, vagy immunglobulin természetében különbséget nem lehetett kimutatni (3).

Saját eseteinkben csak a klinikai tünetek alakulásából, illetőleg a therapia hatásosságából van módunk következtetések levonására. Mint a két folyamat közös pathogenesisére utaló jellegzetességeket kiemelhetjük, hogy a

1. Coombs positiv, szerzett haemolytikus anaemia együtt járt LE sejt positivitással.

2. Mindhárom esetben kifejezetten megszaporodott a serum globulintartalma. Bizonytalan azonban a feltételezett összefüggés atekintetben, hogy az immunglobulin szaporulat jellegzetes-e „kollagenosisra" vagy inkább csak a haemolytikus anaemia kísérőjelensége. Egyik esetünkben monoclonalis immunglobulin szaporulat volt látható, mely nemcsak malignus proliferativ betegségek, hanem infectiók, haemolytikus anaemia (14) vagy rheumatoid arthritis kísérő jelensége (1) is lehet.

3. Egyik esetünkben az alsó végtagok artériáiban, később a mélyvénákban thrombotikus szövődmények keletkeztek, mely szövődmény azonban előfordulhat autoimmun haemolytikus anaemiában, különösen splenectomia után (2). Alsóvégtaggangraena is csatlakozhat SLE-hez (6). „Monosystemás" kollagén betegségre utaló más klinikai vagy laboratóriumi tünetet nem észleltünk. Hangsúlyozzuk a csak congestióval jellemzett lépszövettani eredményt. Onion-skin laesio nem volt kimutatható.

4. Ugyancsak nem döntő a pathogenesis megítélésében a therapiás effectus. A haemolysis tünetei egy esetben tartós steroid kezelés, egy esetben steroid és immunosuppressiv therapia, a harmadik esetben splenectomia után rendeződtek.

Eseteink elemzése alapján tehát a felsorolt irodalmi adatokhoz hasonlóan nem tudunk határozottan állást foglalni annak eldöntésében, vajon az autoimmun haemolytikus anaemia valamely „monosystemás" SLE részjelensége vagy autoimmun haemolytikus anaemiához csatlakozóan „ál-positiv" LE sejtjelenséget észleltünk-e. A kérdés eldöntése különben csak elméleti jelentőségű. A gyakorlat szempontjából a beteg systematikus, következetes átvizsgálása, és reactióihoz alkalmazkodó kezelése a legfontosabb. Ez utóbbinak a tényezői mindkét kórkép elsődlegessége esetén is azonosak. A gondos therapia hatására nemcsak az autoimmun haemolytikus anaemia tünetei javulhatnak, hanem az esetleg évek múlva jelentkező szervi tünetek kialakulását is megelőzhetjük, és a fenntartó kezelés lehetőséget nyújt a betegség hosszan tartó remissiójára. Éppen ezért szükséges autoimmun haemolytikus anaemia észlelése során az antinuclearis factor kimutatására törekednünk, s mind a positiv, mind a negativ eseteket éveken át figyelemmel kísérnünk, hogy e rendkívül változatos és tünetgazdag betegségcsoport újabb jelenségeit megállapíthassuk és ebből a szükséges következtetéseket levonhassuk.

Összefoglalás. Három autoimmun haemolytikus beteg esetét ismertetik. Egy esetben Prednisolon, egy esetben Prednisolon és Imuran kezelés, a harmadik esetben splenectomia hatott kedvezően a haemolysis tüneteire. Mindhárom esetben az LE sejtjelenség is positiv volt. Más, kollagén betegségre vagy malignus lymphomára utaló tünetet nem észleltek. Felhívják a figyelmet a hasonló esetek hosszas megfigyelésének a fontosságára.

IRODALOM: 1. *Abadi, I., Korngold, L., Freiberg, R.:* Arthritis and Rheumatism. 1968, *11*, 90. — 2. *Algood, J. W., Chaplin, H. jr.:* Amer. J. Med. 1967, *43*, 254. — 3. *Barnett, E. V., Leddy, J. P., Condemi, J. J., Vaughan, J. H.:* Ann. N. Y. Acad. Sci. 1965, *124*, 896. — 4. *Bence Gy.:* A Korányi Sándor Társaság tudományos ülései. 1965. Akadémiai Kiadó. A LE sejtjelenség. 57. — 5. *Dameshek, W.:* Ann. Intern. Med. 1958, *48*, 707. — 6. *Keat, E. C. B., Shore, J. H.:* Brit. Med. J. 1958, *1*, 25. — 7. *Mackay, I. R., Burnet, F. M.:* Autoimmune diseases. Charles C. Thomas. Springfield. 1963. — 8. *Nouspikel, Ph.:* Praxis. 1968, *57*, 818. — 9. *Petrányi Gy.:* A Korányi Sándor Társaság tudományos ülései. 1965. Akadémiai Kiadó. — 10. *Petrányi Gy.:* Az autoimmun betegségek. Az orvostudomány actuális problémái. 1. 1968, Medicina, 73. — 11. *Pisciotta, A. V., Giliberti, J. J., Greenwalt, J. J., Engstrom, W. W.:* Amer. J. Clin. Path. 1951, *21*, 1139. — 12. *Seligman, M., Cannat, A., Hamard, M.:* Ann. N. Y. Acad. Sci. 1965, *124*, 816. — 13. *Tan, E. M., Chaplin, H. jr.:* Vox Sanguinis. 1968, *15*, 161. — 14. *Young, V. H.:* Proc. Roy. Soc. Med. 1969, *62*, 778.

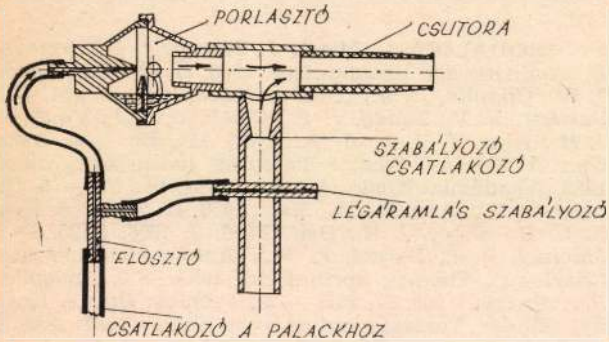
Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálata

Egyszerű, a beteg által szabályozható, intermittáló túlnyomásos lélegeztetésre alkalmas készülék

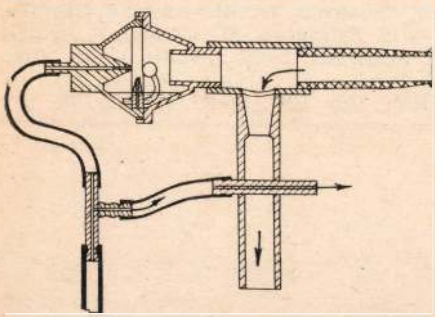
Szabó Kornél dr.

Obstruktív ventilatiós zavar esetén (emphysema, asthma bronchiale) az intermittáló túlnyomásos lélegeztetés jól bevált therapiás eljárás. A módszer elterjedését nagyban gátolja az, hogy a szokásos nyomásszabályozású respirátorok (Bennett, Bird) rendkívül költséges, valutaigényes műszerek és ezért hazánkban csak életveszélyes állapotok ellátásánál jöhetnek szóba. Az enyhébb obstruktív ventilatiós zavarban szenvedő betegek kezelésénél is kívánatos az intermittáló túlnyomásos lélegeztetés. A közleményemben ismertetendő készülék tiszta tudatú, kezüket akaratlagosan szabadon mozgató betegek kezelésére alkalmas új respirátor.

A belégzés fázisa a)

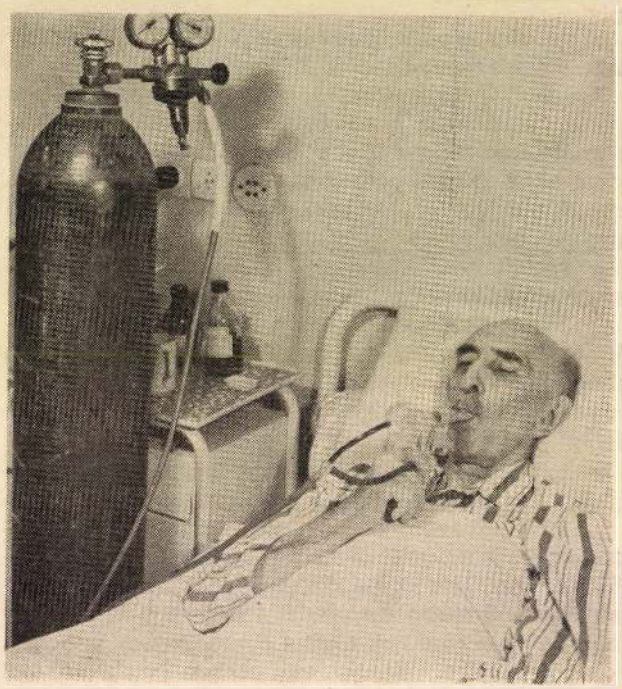


A kilégzés fázisa b)



1. ábra.
A respirátor elvi rajza

A készülék bármilyen sűrített levegő vagy oxigén tartályról reduktor közbeiktatásával, ill. megfelelő kompresszorról működtethető. Működéséhez 0,4—1,5 atm. túlnyomás szükséges. A sűrített levegő (oxigén) az 1. ábra szerinti csatlakozón keresztül T alakú elosztóba jut, majd a kilégzés vagy a belégzés fázisától függően folytatja útját. Belégzéskor a beteg hüvelykujjával leszorítja a légáramlást szabályozó külső nyílást, ezáltal a porlasztó felé tereli a túlnyomással érkező levegőt. A porlasztófejben egy kapillárisból és gömb alakú szórófejből álló rendszer a légáramot párásítja. A ködképződés során 1—5 μ nagyságú szemcsékből álló homogén köd képződik (a szemcsék 83%-a 5 μ-nál, 96 százaléka 5,2 μ-nál kisebb) és ezt a légáram a belégzési fázisban a csutorán keresztül a beteg szájüregébe sodorja. A belégzéskor leadott nyomás 10—15 vízcm-es pozitív túlnyomást jelent (1/a. ábra).



2. ábra.
A készülék a betegágynál

A kilégzés során a beteg hüvelykujját felemeli és ezáltal a légáram az áramlásszabályozó nyíláson keresztül távozik a rendszerből. A porlasztófejben és a csutorában nyomásesés következik be és a beteg a csutorán és az üreges tartórészen keresztül a légköri levegőbe kilégzik (1/b. ábra). (A 2. ábrán a készülék oxigénpalackhoz kötve, használat közben látható.)

A porlasztófejbe bármilyen oldott állapotban levő gyógyszer (bronchodilatator, antibiotikum) helyezhető és ez az igen kis szemcsenagyság miatt a légutakba mélyen lejut. Az enyhe túlnyomás meg-

valósítja a nyomásszabályozású respirátorok alveolaris szellőzést javító hatását. A készülék elektromos vagy más energiafeleséget nem igényel, kezelése rendkívül egyszerű. A készülék műanyagból készült, prototípusa egyedi darab, de műanyagfröccsentéssel sorozatban állítható elő. A szétszedhető műanyag darabok használat után langyos vízben tisztíthatók és 1‰-es Neomagnol oldatban dezinficiálhatók. Ez a dezinficiálási eljárás kielégítő biztonsággal zárja ki a légúti infectiók átvitelét vagy iatrogén keletkezését. A porlasztófejbe maximálisan 8 ml oldat tehető és ez 30 perc porlasztást biztosít. A képződött köd homogén, finomszemcséjű. A készülék olcsó, nagy tömegben előállítható.

Összefoglalás. A szerző obstrukciós légzészavar kezelésére alkalmas egyszerű készüléket szerkesztett, mellyel asszisztált lélegeztetés biztosítható tiszta tudatú betegeknél. A készülék egyszeri gyógyszer feltöltéssel 30 percen át 10—15 vízcm-es túlnyomással 1—5 μ szemcsenagyságú aerosol inhalálását biztosítja. A készülék kezelése, dezinficiálása egyszerű, működése biztonságos.

Köszönetnyilvánítás

A szerző ezúton is köszönetét fejezi ki Kárpáti Judit mérnöknek és Dobrea Károly műszerésznek (Orsz. Munkegészségügyi Intézet) az aerosol szemcsék spektrumának meghatározásáért, ill. a respirátor prototípusának elkészítéséért.

BALTIX CSEPPEK

1 üveg (10 ml) 0,5 g clofedanolt tartalmaz.

Köhögéscsillapító hatása a codeinéhez hasonló, alkalmazása azonban nem vezet hozzászokáshoz és mentes a codein-származékok ismert mellékhatásaitól.

A felnőtt és gyermekszervezet egyaránt jól tűri, obstipatiót nem okoz.

Javallatairól, adagolásáról, rendelhetőségéről a „Tájékoztató" c. kézikönyv nyújt felvilágosítást.

1 üveg (10 ml) 8,40 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

SEPTOSYL

szemkenőcs összetételének megváltoztatása

A Septosyl szemkenőcs összetétele megváltozott: az új összetételű kenőcsben nincs naphazolin.
A naphazolin mentes Septosyl kenőcs nem szemcsésedik és egyenletesen oszlik el a szemrésben.

Összetétel:
1 tubus (5 g) 0,5 g sulfamethylpyrim.-ot tartalmaz vazelin típusú kenőcsben.

Javallatok:
Különböző baktériumok okozta heveny és idült kötőhártya gyulladás, szaruhártya-beszűrődés és fekély, blepharitis acuta, — angularis, — chronica, — ulcerosa, blepharoconjunctivitis, dacryocystitis, fertőzött szemhéj-ekzema, másodlagosan fertőzött trachoma.

Adagolás:
Naponta 2—3-szor borsónyi kenőcsöt az alsó szemhéj mögé helyezünk, és a szemet becsukva, enyhe dörzsöléssel szétkenjük. Ha a szemhéjra akarjuk alkalmazni a kenőcsöt, a szemhéj szélére helyezzük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:
5 g tubus 5,30 Ft

Egyt **Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest**

MEDICOR
BUDAPEST

Sebészorvosok
figyelmébe!

A Medicor atraumatikus sebészeti varrótű olyan egyszer használatos eszköz
- amelynél a fonallal való egyesítés gyárilag történik,
- a tű és a fonal gyakorlatilag azonos keresztmetszetű,
- rendkívül finom heggyel készíthető,
- könnyen nyitható, megbízhatóan steril csomagolású,
- azonnal felhasználható.

A Medicor Művek atraumatikus sebészeti varrótűje az alkalmazott varróanyagokkal együtt megfelel a modern sebészet követelményeinek.

*

Gyártja a Medicor Művek,
Budapest



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi Könyvtár igazgatója

15. szám

J. Škoda jelentősége a percussio és auscultatio elterjedésében

Škoda nevét az elmúlt években sokat emlegették magyar orvosi körökben *Semmelweis* tanainak elismertetésével kapcsolatban. E cikk elsősorban *Škoda* jelentőségét a percussióval és auscultatióval kapcsolatosan kívánja ismertetni.

Jozef Škoda 1805. XII. 10-én született Pilsenben. Igen szerény anyagi körülmények között nevelkedett. Egyik bátyja orvos volt és neki köszönhető, hogy végül eljutott Bécsbe és orvosi tanulmányokat folytathatott. Érdekes kuriozitásként jegyzik fel életrajzírói, hogy a belgyógyászati szigorlaton elbukott. Promotiója után 1831-ben, talán anyagi okokból, talán segítőkészségből koleraorvosi állást vállalt szülőföldje, Pilsen környékén. 1832-ben visszatért Bécsbe, de csak egy év múlva sikerült elnyernie egy fizetés nélküli segédorvosi állást az Allgemeines Krankenhaus egyik belgyógyászati osztályán. Nagy lelkesedéssel tanulmányozta a francia orvosok fizikális vizsgáló módszereit. Ment is ellene panasz a kórházigazgatósághoz: nem hagyja pihenni a betegeket, hanem kopogtatással zaklatja őket.

1836-ban jelenik meg első komolyabb munkája „Über die Percussion" címmel a „Medizinische Jahrbücher des oesterreichischen Kaiserstaates" c. évkönyvben. Ekkor még csak szerény és szegény másodorvos, aki azzal háborítja fel főnökeit, hogy újszerű munkával mer a nyilvánosság elé lépni. A „megtorlás" nem késett sokáig. A kórházi szabályzat szerint a másodorvosnak nagyobb beavatkozás esetén ki kellett kérnie főnöke hozzájárulását. *Škoda* ezt egyszer elmulasztotta: elvégeztetett egy sürgős tracheotomiát, ezért fegyelmileg áthelyezték az elmebetegosztályra három hónapra. Ekkor már népszerűek voltak a percussiós és auscultatiós tanfolyamai és így nagy elégtétel volt számára, hogy az egyik belgyógyász főorvos megengedte, hogy osztályán továbbra is tarthasson kurzusokat. Az elmebetegosztályról két dolgozattal jelentkezett: „A szívlökésről és a szívmozgások által kiváltott hangokról" és „A percussio alkalmazása az altesti szervek vizsgálatában". Háromhónapi „számkivetés" után visszakerült *Ratter* belosztályára. Ekkor a híre már Ausztria határain túlra terjedt és tudásvágyó fiatal orvosok sereglettek Bécsbe *Škoda* tanainak és vizsgáló eljárásainak megismerésére.

1839-ben a kórházban nem hosszabbították meg határidős állását. Három állást pályázott meg, végül is Bécs egyik külvárosában kapott hatósági orvosi állást, amely a szegény betegek kezelését is jelentette. Ugyanakkor, amikor a hatóságok ilyen alacsonyan taksálták *Škoda* képességeit, jelenik meg ma is aktuális és olvasmányos műve: „Abhandlung über Percussion und Auscultation". Az első kiadás még 271 oldal, a hatodik kiadás 1864-ben már 300 oldal terjedelemben jelent meg, bár alapvetően nem különbözött az elsőtől.

Korányi Frigyes Škoda halálakor tartott emlékbeszédében kiemelte, hogy *Škoda* pályáján tulajdonképpen nincsenek emelkedések, már a harmincas években eljut alkotása csúcsfokára, ahonnan azután nem szárnyal tovább.

Mint tudjuk, a percussio Bécs számára tulajdonképpen nem volt újdonság, hiszen itt jelent meg 1761-ben *Auenbrugger* korszakalkotó műve. A könyv 1770-ben megjelent ugyan második kiadásban is, de a bécsiek nemigen alkalmazták a módszert. Így pl. *de Haen*, aki pedig igyekezett a klinikáját korszerűsíteni, hiszen ő vezette be a hőmérőzést, a kopogtatást nem méltatta figyelemre. *Stoll* kopogtatott ugyan, de gyakran nem jutott eredményre és így lassan leszokott róla. Egyébként is nyelvdiagnoszta volt, aki minden más vizsgáló eljárást lekicsinyelt.

Vessünk egy pillantást a fizikális betegvizsgálat francia úttörőire. Mint említettük, *Maximilian Stoll* alkalmazta a kopogtatást néhány évig és megállapította, hogy a „methodus Auenbruggeri" a pneumoniák, empyemák és mai szóhasználattal a mellkasi folyadékgyülemek felismerésére igen jól alkalmazható. *Corvisart Stoll* munkái révén ismerte meg a percussiót. Nem elégedett meg *Auenbrugger* könyvének átültetésével, hanem hozzáfűzte saját észleléseit és így az eredeti *Auenbrugger*-mű, amely 95 oldal volt, 440 oldal terjedelemben jelent meg franciául. *Corvisart* műve 1808-ban jelent meg és óriási sikert aratott, mert akkor már ismert volt *Morgagni* kórbonctan könyve és a mellkasi szervek betegségeivel kapcsolatos kórbonctani elváltozások bizonyították *Auenbrugger* vizsgáló módszerének értékét.

Corvisart iskolája azonban úgy vélte, hogy a percussión túl is lehet haladni. *Bayle*, a kiváló tbc-kutató odatette a fülét a beteg mellére és megszületett az auscultation immédiate (a közvetlen hallgatózás), majd 1816-ban *Laennec* elkezdte a mell hallgatását az általa konstruált hallgatóval, vagyis bevonult a vizsgáló módszerek közé az auscultation médiate (a közvetett hallgatózás). Világhíres munkája 1819-ben jelent meg. A sztetoszkóp elnevezés szintén *Laennec*től származik. A hallgatózás gyorsan elterjedt Franciaországban, főleg azután, hogy *Laennec* a boncasztalon is igazolta diagnózisai helyességét.

Kevéssé ismert nevek az úttörők sorából: *F. I. Mayor* genfi sebész, aki 1818-ban auscultatióval döntötte el, hogy él-e a magzat. A csonttörések helyén jelentkező crepitatiót első ízben *J. Lisfrank* írta le. A közvetlen és közvetett hallgatózás formáinak elterjedése adta az impulzust *P. A. Piorry*nak, hogy az *Auenbrugger* által közvetlenül az ujjal való ütögetést finomítsa, javítsa. Ő első ízben alkalmazta az elefántcsont-plessimetert. Az elefántcsont pótlására számos javaslat született, végül is egészen napjainkig az ujjat használjuk a plessimeter helyett. A felfedező egy fiatal amerikai orvos: *Skerret.*

A francia klinikusok kiterjedten alkalmazták a percussiót és auscultatiót, de túl sokat vártak az eljárástól. *Škoda* tulajdonképpen azzal fejlesztette tovább ezeket az eljárásokat, hogy rámutatott arra: mind a percussio, mind az auscultatio csak kóros fizikai elváltozásokat mutat, de a diagnózishoz még kórbonctani ismeretek is szükségesek. *Laennec* a kóros folyamatokat jelző fizikai jeleket igyekezett túlfinomult hasonlatokkal identifikálni, míg *Škoda* megelégedett azzal, hogy a fizikai okokat igyekezett megtalálni. Ennek ellenére megállapítható, hogy *Laennec* a tüdő különböző folyamatait jól jellemezte, míg a szívauscultatio modern feldolgozása *Škoda* érdeme. *Laennec* annyira a tüdő megbetegedéseire koncentrálta figyelmét, hogy pl. pericarditisben nem észlelte a dörzszörejeket. *Bouillaud* viszont három fajta hangot is megkülönböztet anélkül, hogy összefüggésbe hozta volna a megfelelő anatómiai képpel, sőt még szívhang és zörej között sem tett különbséget. *Škoda* különböztette meg elsőként a normális szívhangokat a kóros zörejektől.

1840-ben egy nagy befolyású orvos, *Ludwig von Türckheim*, aki több Habsburg főherceg kezelő orvosa volt, harcolta ki, hogy *Škoda* osztályt kapjon s azt fizetés nélkül vezethesse. *Škoda* kinevezésében közrejátszott a rendőrség is. Ugyanis a rendőrség jelentéseiben gyakran szerepelt, hogy igen sok külföldi orvos fordul meg Bécsben, és kiderült, hogy ezek *Škodá*hoz jöttek tanulni. Ehhez az osztályhoz tartoztak a kiütéssel járó betegek is és így került *Hebra Škoda* mellé és vált a bőrgyógyászat egyik világhírességévé. Mint ismeretes, *Semmelweis* is *Škoda* osztályán kívánt dolgozni, de a státust más kapta meg.

1846-ban *Škoda* megpályázta a prágai belgyógyászati katedrát, később a bécsit, azonban itt sem jelölték és csak *Rokitansky* hathatós beavatkozására, illetve *Türckheim* végrendeletének hatására nevezték ki végül is a belgyógyászat professzorának. Igen sokszor megborzolta konzervatív professzortársai idegeit. Elsősorban engedélyt kért arra, hogy előadásait németül tartsa. Erre a suttogó propaganda azt felelte: „nem tud latinul". *Korányi* szerint az előadásaira sereglettek az angolok, svédek, németalföldiek, franciák, amerikaiak, egyszer-másszor barna bőrű afrikaiak is. *Škoda* hatása alá került *Schuh*, a sebész is, aki ugyancsak alkalmazta a percussiót az exsudatumok, stb. kórismézésében, sőt a percussiós lelet alapján ő végezte az első pericardiumpunkciót 1841-ben.

Škodát így írja le *Korányi:* ott állt a kistermetű, szinte jelentéktelen alak, kezében a hallócsővel választékosság nélküli öltözékben, szőrtelen, sima, nyugodt, de mélyen gondolkodó, bölcset elárulo, kerek arcával. Nem volt színes szavú szónok, de az értelemhez szólott és differenciáldiagnosztikai okfejtése megtámadhatatlan logikát sugárzott. *Korányi* különös erényéül tudja be, hogy az előadásain olyan beteget is bemutatott, akinek nem tudta felállítani a diagnózisát és kimondta, hogy „wir sind nicht in der Lage".

A fizikális vizsgáló eljárások nagyjainak műveit *Škoda* jól ismerte. Ezzel kapcsolatban talán kicsit túlbecsüli a saját munkásságát, amikor azt állítja, hogy megállapításaihoz a saját vizsgálatai alapján akkor is eljutott volna, ha a régebbi szerzők műveit nem ismerte volna.

Első átütő sikerét akkor aratta, amikor egy francia diplomatának megállapította a hasi aneurysmáját, amikor májbajjal kezelték. A megjósolt halálos ruptura és annak kórbonctani igazolása alapította meg hírnevét és később is számos frappáns diagnózissal igazolta a beléje vetett bizalom jogosságát. Oraculumnak tartották a belgyógyászat terén, joggal. Hírnevének megfelelő kiterjedt magánpraxisa volt, császári és királyi házak tagjai is konzultálták.

Köszvényes bántalmai már elég korán elkezdődtek. Több kitüntetést kapott és 1871-ben, visszavonulásakor, a Ferenc József rend parancsnoki tisztjét nyerte el. Több külföldi akadémia is megválasztotta tiszteletbeli tagjául: München, Szent-Pétervár, Varsó, Párizs, Stockholm. Visszavonulásakor a bécsi egyetem nagy ünnepséget rendezett és azokon a pesti egyetem is képviseltette magát (*Korányi Frigyes* is tagja volt a küldöttségnek). Ezután magánpraxisa sorvadni kezdett, amiben elsősorban mogorva modora játszott szerepet. (*Tompa Mihály* is felkereste és nem a legjobb véleménnyel távozott; főleg a ráfordított idő rövidségét és a honorárium nagyságát kifogásolta.) 1881-ben halt meg. Temetése Bécs nagy eseménye volt. Kívánsága szerint hamvait kortársa és barátja, *Rokitansky* mellé helyezték el a hernalsi temetőben.

Magyar orvosok is korán foglalkoztak a percussióval. *Katona Mihály* Bécsben még *Škoda* művének megjelenése előtt adta ki művét: „Beitrag zur Erkenntnis der Brustkrankheiten mittels des Stetoscops und des Plessimeters und mehrer physikalischer Kennzeichen. Nach neusten Quellen bearbeitet". A kopogtatásról és hallgatózásról az első magyar nyelvű munka szerzője *Schoepf Merei Ágoston.* Az 1842-ben megjelent mű címe: „A mellbetegségek biztosabb megismerése és gyógyítása a hangtömesz, a kopogtatás és boncvizsgálatok használatával".

Az egyetemi oktatásban *Sauer* vezette be, akinek doktori disszertációja 1842-ben szintén *Škoda* tanai nyomán készült. *Gaál Gusztáv*nak, aki a szabadságharc leverése után *Veli* bég néven török szolgálatba lépett, szintén jelent meg Bécsben két munkája a fizikai vizsgáló eljárásokról.

Škoda terápiás nihilizmusa dogmaként elfogadott orvostörténeti nézet, holott inkább arról lehetett szó, hogy *Škoda*, a cseh racionalista, nem volt hajlandó elfogadni pl. a *Broussais*-iskola egysíkú vampirizmusát. Tehát nem volt hajlandó válogatás

nélkül eret vágni vagy piócákat rakni a jobb sorsra érdemes betegre.

Honnan eredt ez a nihilizmusról szóló vélemény?

1845-ben az egyik tanítványa, *Dietl* (később Krakkóban lett professzor, de lengyel hazafias érzelmei miatt 1865-ben váratlanul nyugállományba helyezték), kikelt a sarlatán gyógyszerelés ellen. Ez indította el a vádat, hogy *Škoda* nihilista a terápiában. *Škoda* később a tanszékfoglaló beszédében kitért erre a kérdésre és hangoztatta, hogy a gyógyszerek hatását a betegen kell lemérni és minden terápiás tervet individuálisan kell felállítani. A Pravaz fecskendőt és a klorálhidrátot ő vezette be, valamint a szalicilkezelést is. A digitalissal kapcsolatban az elve: nagy adagok kis ideig. Tisztában volt avval, hogy egyes betegségek törvényszerű lefolyását korának gyógyszereivel aligha lehet befolyásolni és sok esetben inkább ártalmas mint hasznos az 50 ingredientiát is tartalmazó komplikált összetételű gyógyszer. *M. Heitler, Škoda* tanítványa emlékbeszédében kijelentette, hogy végigtekintve a *Škoda* idejében alkalmazott gyógyszereken, megálapítható, hogy azok nagyrésze már *Plinius* Historia naturalisában is szerepelt.

Retrospektíve azonban talán annyi haszna volt az orvostudománynak *Škoda* szkeptikus, de bizonyára nem nihilisztikus beállítottságából, hogy az ő klinikáján még nem jelentkezett a napjaink egyre súlyosbodó problémája: „a terápia patológiája".

1871-ben a tanszékről való visszalépésekor hangoztatta, hogy a fizikai vizsgálatok már szilárd alapot nyújtanak a diagnosztikában és most a kémia, valamint a mikroszkóp van soron, hogy további képet kapjunk a szervezetben lezajló kóros folyamatokról. A bécsi belgyógyászati iskola megalapozója tíz év múlva, 1881. június 13-án hunyt el.

Kenéz János dr.

Schöpf-Merei Ágoston orvosi folyóirata

Schöpf-Merei Ágoston igen jelentős orvosi folyóirata alapítását hazánkban csupán két lap előzte meg: *Sándorfi József* Orvosi és Gazdasági Tudósítások-a, valamint *Bugát Pál* és *Toldy (Schédel) Ferenc* Orvosi Tár-a.

A korszak előírásai szerint *Schöpf-Merei* először a budai Helytartótanácshoz fordult lapja engedélyezése végett. Kérvényében a következőképpen indokolta folyóiratának szükségességét: *„Kívánatos volna ügyfeleinkre, az egész magyar orvosi és természettudós közönségre nézve egy időszaki, havonként megjelent irat, mely az e tárgyakban vágó legjelesebb munkákat, felfedezéseket, javításokat, eszméket, szóval az egész nagy tárgy haladását törekvő ügyfeleinkkel folyvást megismertetné".*

Schöp-Merei folyóiratának tulajdonképpeni megindítása előtt már 1842-ben egy próbafüzetet adott ki, amelynek címe Magyar Orvosi és Természettudományi Évkönyvek volt. A kiadvány az irodalomban ezen a címen vált ismertté, noha a további számok Magyar Orvos-Sebészi s Természettudományi Évkönyvek címmel jelentek meg, természetesen a címlapon *Schöpf-Merei Ágoston* volt feltüntetve szerkesztőként összes címeivel egyetemben, amelyeknek felsorolása talán nem lesz érdektelen: *„több orvosok s természettudósok munkálkodásával kiadja és szerkeszti Schoepf Auguszt, Orvos és sebész doctor, szemészmester, a m. k. egyetemnél az orvos sebészi történetek rdk. professzora, és az orvosi kar tagja; a pesti gyermekkórház főorvosa s igazgatója; a magyar academia, a budapesti k. orvosi egyesület, a cs. k. bécsi orvosi társaság, a berlini Hufelandi orvosi egyesület l. tagja, a t. verebélyi s sz. györgyi érseki székek bírája, s gyakorló orvos Pesten".* A leírtakból minden magyarázat nélkül kiderül a szerkesztő páratlanul sokoldalú tevékenysége is. Az első szám jelzi magáról, hogy havi folyóirat lesz és az „M. K. Egyetem betűivel" nyomták. Sokakat esetleg megtéveszthet a címben előforduló „évkönyv" jelzés, de ekkor már Európában tucatjával jelentek meg folyóiratok ilyen címmel, noha a gyakorlatban negyedévenként vagy havonként kiadott lapok voltak.

Feltehetően viszonylag kedvezően fogadhatták a próbaszámot és ez buzdíthatta a szerkesztőt további tevékenységre.

Magát a folyóiratot az a feltételezés hozta létre, hogy a magyar orvosi társadalom már képes eltartani két orvosi lapot. *Schöpf* a párhuzamos lap érdemeit és jelentőségét elismerve indította meg a sajátját. Különösen sokra becsülte az Orvosi Tárnak a magyar orvosi nyelv kialakítása területén végzett úttörő munkáját. Lapja bevezetőjében erről így ír: *„Hogy ezek mellett egy új orvosi lapot kiadni bátorkodom, ezt nagyrészt azon meggyőződésemnek tulajdonítsák, miszerint az orgánumok czélszerű szaporítása az egész organizmusban nagyobb munkásságot gerjeszt; több bolt, több vevő. És részünkről erősen azon leendünk ugyan, hogy öregebb testvérünk mellett fönnállhassunk, de egyszersmind, hogy fönnállásunkat, ha sikerül, egy nemes czél utáni nemes törekvés — testvérmunkálkodás jellemezze".*

Az „E lapok tartalma s iránya" című bevezető azt jelzi, hogy a folyóirat eredeti közlemények mellett, elsősorban referálási célokat kívánt szolgálni, azaz külföldi orvosi folyóiratok fontosabb cikkeinek magyar nyelvű kivonatolását tartotta legfontosabb feladatának. Egyben ígéretet tesz a hazai és külföldi orvosi szakkönyvek ismertetésére is.

Itt kell rámutatni, hogy noha az Orvosi Tár referált először rendszeresen magyar nyelven külföldi orvosi folyóiratokat, azonban a Magyar Orvos-Sebészi és Természettudományi Évkönyvek sokkal jelentősebb terjedelmet kívánt erre a célra szentelni és az idegen folyóiratok sokkal szélesebb körét kívánta ismertetni, ez már kitűnik a próbafüzetből is.

Megemlíthetjük még, hogy a próbafüzet végén a szerkesztő így ír, előzetesen felmérni kívánva az előfizetők körülbelüli számát: *„Ne nehezteljenek hozzám irányzott levélben nyilatkozni kívánnak-e az így alkotott folyóiratot magok járatni? Ezen füzet iránt pedig, ha ezt megtartani óhajtják, méltóztassanak a posta útján levélben annak árát hozzám*

utasítani vagy pedig 3 hét alatt a füzetet visszaküldeni".

Az egy évi szünet után megjelenő 1844. 1. szám bevezetője szerint a próbafüzetet igen kedvezően fogadták: *„E lapok 1842-ben megjelent füzetét oly kegyesen fogadták, hogy arra irodalmi vállalkozó bármelyike büszke lehetne"* — írja a szerkesztő talán némi túlzással.

A lapnak 216 előfizetője volt, ami szaklap esetében nem minősíthető nagyon kevésnek ebben az időben Magyarországon. Példaként említhetjük, hogy az első magyar ipari folyóirat, a „Hetilapok" 1838-ban csupán 80 előfizetőt volt képes összegyűjteni, noha látszólag lényegesen több egyént érdeklő tartalommal jelent meg.

Legfőbb munkatársaiként a szerkesztő *Illés, Kovács, Novák, Metzner* „doktor urakat" nevezte meg, akik elsősorban a külföldi folyóiratok referálásában vettek részt.

A lap másik érdekes kezdeményezése az volt, hogy a magyar határokon túl működő munkatársai, azaz levelezői útján rendszeres beszámolókat közölt az idegen országok orvosi eseményeiről, többek között Berlinből, Pétervárról, Velencéből. A megyei közegészségügyről is küldtek hazai levelezők érdekes tudósításokat a lapnak.

Talán érdemes kitérni arra, hogy a könyvismertetésről milyen, némileg a maitól eltérő nézeteket vallottak a szerkesztők: *„Ime folyóiratunk egy legcsiklandósabb osztálya, s nagy mértékben fontos melly könyveket ismertetni? s mikép azokat leghívebben megismertetni? — miképen sértéseket kellemetlen polémiát elkerülni. Hogy német lapokban nem annyira ismertetések mint bírálatok, vagy recenziók játszanak nagy szerepet — tudva van: crisisben a németnek szinte passziója telik. De hogy a most divatos bírálkodás közt igen kevés bír e két jellemmel: 1.ször, hogy a bíráló főnebb álljon a szerzőnél tapasztalati körre s tehetségre nézve. 2.szor, hogy a bíráló személyes véleménye ne játsza a fő szerepet, vagy szeszélyességes indulat ne fertőzze az egészet, ez is ismert dolog. Minthogy pedig az első pontra nézve a nehézség ritkán elhárítható, annál erősebben fogunk a második föntartásán igyekezni. Lelkiismeret, igazság! — ez az, mi itt mindenben a fődolog".*

Még egy érdekes közlemény jelent meg hasonló tárgyban a lap hasábjain *Jankovich dr.* nádor-udvari orvos tollából a névtelenül vagy álnéven megjelent bírálatok és orvosi cikkek ellen: *„A magyar orvosi irodalom még csak gyermekkorát éli, miért is gondos ápolást igényel; a helyett azonban fájdalom egy rákfenét veszünk rajta észre, mely azt részletes megsemmisítésre vagy tökéletes elnyomorítással fenyegeti. Ezen rákfene abban áll, hogy olyan sok bírálók, referensek levelezők magokat a névtelenség és álnevűség álorcája alá rejtik, s ezen rejtek helyeikből minden irodalmi tüneményeket, minden fönnálló intézményeket a legilletlenebbül megbecstelenítik, nem a mesterség vagy tudomány iránti szeretet, hanem pártgyűlölség, keresetirigység és önzésből mi által a legjobbik és legtehetségesebbiknek is elmegy a kedve valamihez fogni" „...kifejlődésében létező irodalmunkban vessük a névtelenséget és álnevűséget el".*

A szerkesztő a levél után az alábbi jegyzetet közölte: *„E lapok szerkesztősége ímez felszólítást teljes mértékben méltányolja... Azonban reméljük, hogy elfogulatlan s mérsékelt igényű olvasó e lapokról sohasem fogja mondhatni, hogy azok névbeli vagy névtelen gonosz hazugságoknak vagy akármiféle dísztelenségnek szántszándékkal (t. i. kivéve a lehető csalódást) szabad tért nyújtanak".*

A folyóirat a külföldi tájékozódás mellett a következő három tárgykörrel kívánt foglalkozni:

„1. Fontosb forró betegségek természetes folyamata gyógyszernélküli gyógyulás módját.

2. Szinte úgy: a legöldeklőbb népnyavalyák Magyarországban, helyirattal együtt; okai s mikép legyőzendők?

3. Pályakérdés: a magyar orvosi közrendészet hiányai s mikénti javíthatása".

E témákra pályázatban is felhívták az orvosok figyelmét. Ezeken kívül szélesebb körű természettudományi cikkeket is kívántak közzétenni.

A rokontudományokkal foglalkozó cikkek megjelentetését a következő formában indokolták: *„Szükség elvégre, hogy a segédtudományi sarokténynek használata által mindinkább közelítsünk már azon polczhoz, a honnét a megrendíttetett s zendült emberélet jelenései s szereink hatásai tisztában s biztosban legyenek fölfoghatók. Fogunk ezért szinte a természettudomány, sőt minden segédtudomány köréből az orvosi tapasztalatot s gyakorlatot s tökéletesítő tényeket röviden közleni".*

Maguknak a folyóiratszámoknak a beosztása a fennmaradt 13 szám alapján a következő volt:

Tájékozás és irány. Például e rovatban az első cikk címe: „Az orvostan jelen állása általában".

Kivonatok orvosi lapokból és munkákból. A kivonatok az alábbi szakcsoportosításban jelentek meg: Boncz- és élettan; Gyógyszer- és méregtan; Kór-, gyógytan és orvosi kóroda; a Sebészet és szemészet; a Nő- és gyermekgyógytan; Kórbonctan.

Eredeti értekezések és közlések. A közölt tanulmányok jelentős részét maga *Schöpf-Merei* írta többnyire gyermekorvosi témakörben, például: „Böngészet a tárgyilagos gyermekkórjeltan mezején", de több cikket publikált ebben a témakörben *Karácsony János dr.*, a pesti gyermekkórház segédorvosa. *Balassa* professzor előadásai nyomán közölt írásokat a későbbi neves orvos, *Kovács Sebestyén Endre dr.*, ekkor „m.k. egyetemi segéd", és mások írták.

A Tárca és az Intézetek, társulatok elnevezésű rovat egyaránt foglalkozott az orvos egyesületek, kórházak, a pesti egyetem problémáival és más vegyes hírekkel.

Külön rovat volt a „Levelezések" részére. Irodalom, könyvismertetések, majd rendszerint a „Napi események és vegyes közlések" következett. A rovat egyaránt tartalmazott honi, erdélyi és külföldi híreket.

E rovatból értesülünk *Schöp-Merei* orvostörténeti vonatkozásáról, ha negatív formában is, saját tollából, némiképp az Orvosi Tárral polemizálva: „Tisztelt olvasóink az Orvosi tár 19-ik számából már értesültek, hogy alulírt az orvossebészi történettan rk. tanárságáról, kérelme következtében Ő Fölségétől fölmentetett, s a gyermekgyógygyakorlat

tanításával a p. gyermekkórházban, kegyelmesen fölruháztatott... meghajtom fejemet, s nem színezve, hanem való érzettel ismerem el: hogy történettanítói működésem az Orv. Tár által joggal óhajtott magyar orvos-sebészi történetek constructiójára s a híres magyar orvosok életrajzára nézve nem teve eleget. És nem mentem magamat, sem az ily tudományos munkát nálunk még nehezítő körülményekkel, sem egyéb nagyra nőtt gyakorlati foglalatosságaimmal, s több évek óta már növekedő hallgatóság előtt űzött gyermekkórodászi vizsgálódásaim s előadásaimmal, hanem csak őszintén kimondom: hogy ama jogszerű igények megtestesítésére több okoknál fogva én képes nem valék. Ezen érzet az orvosi-tár feddő, de illedelmes szavai által, oly erővel hatott át lelkemen, miszerint, ha soha szándékom nem vala a nevezett tanszékről leszállni — az igazság s kötelesség hatányos öntudata arra bírna most, hogy a teendőség ímez gazdag telkét másnak engedném által, ki nálamnál nagyobb idő s képességgel járulván hozzá, majd sikeresen rakandja le rajta a magyar orvosi történetek talpköveit. És ezt őszinte szívből óhajtom!

Schoepf."

Adatok vannak arról, hogy *Schöpf-Merei* a „Magyar Orvos-Sebészi s Természettudományi Évkönyvek"-et gyermekgyógyászati szaklappá kívánta átalakítani. Ez a tendencia az utolsó számokban már észre is vehető.

Az 1844. év utolsó füzetében — egyben ez az utolsó ismert szám is — a szerkesztő mintegy számvetést készít lapjáról a hibákat is megemlítve — és egyben rámutatva azok forrásaira:

„Azon voltunk, hogy korszerű s velős tartalmú kivonatok mellett, lapjaink értékét jeles eredeti munkálatok által emeljük, a tisztelt közremunkálók fáradsága nem maradott hálánk hijjával. De sajnos! nem nagy számmal léteznek még nálunk olyan férfiak, kiket tudományosságuk s kedvező állásuk efféle munkálkodásra képesekké tesz; azok közül pedig, kik minden tekintetben képesek, van elég olyan, ki hivatása fáradozásai mellett, nem bír annyi szabad idővel, hogy mindenkor, midőn maga is kívánná, jó kedv- és szabad kedéllyel — az irodalom imez oltárára áldozhatna."

Igen szépen fejezi ki azt, hogy miért tartja különösen szükségesnek a magyar nyelv használatát az orvosi szakmában: *„Ki át nem látja azt, mily nyomorult állással birand ezután mindinkább azon orvos — hazánk legtöbb és legfőbb részében — ki magyar betegjével idegen nyelven szólni kénytelen, s e miatt mint idegen áll a beteg előtt — azt teljes joggal az elfogultak közé lehet sorozni".*

Számvető írásából az is kiderül, hogy folyóiratának a kiadását a következő évre is tervezte.

Az utolsó ismert számban *Illés László dr.* „pesti gyakorló orvostól s a budapesti k. orvos-egyesület tagja és titoknokától" jelent meg közlemény a következő címmel: „Elmélkedések a budai császárfürdő gyógyhatása körül". Érdemes idézni néhány, a korabeli hazai orvosi idegenforgalomra vonatkozó adatot tartalmazó mondatot a Császárfürdő látogatottságáról: „A látogatók legnagyobb része belföldi vala; de feltűntek nem csekély számú idegenek is, részint a császári fővárosból Bécsből, részint a szomszédos Szervia, Oláhföld, Erdély s Galicziából érkezettek. Az idegenek száma, kik a fürdőépület szobáiban tartának laktanyát, 250-t túlhaladt, de ezen csekélynek tetsző számot tízszerezé azoknak serege, kik a fürdők körületében, közelebb távolabb eső magányházakban béreltek lakást, a minthogy biztosan felvehetni, miként legalább is 30 ház létezik, fürdővendégeknek szobákkal ajánlkozó". Az adatok az 1844. évi fürdőszezonra vonatkoztak.

Feltehető, hogy a lapnak megjelent 1845-ben is néhány száma, azonban ezek eddig még nem kerültek elő.

A viszonylag rövid életű „Magyar Orvos-Sebészi s Természettudományi Évkönyvek" megjelenésének az vetett véget, hogy 1846-ban felmerült az az elgondolás, hogy az orvosegyesület költségével egy újabb folyóiratot indítanak. Ekkor *Schöpf-Merei* saját lapjának kiadását megszüntette.

Végezetül pedig megállapíthatjuk, hogy *Schöpf-Merei Ágoston* sokoldalú elfoglaltsága ellenére mint lapszerkesztő is igen jelentős tevékenységet tudott kifejteni.

Batári Gyula

Az egészségügyi helyzet a török hódoltság alatt

A török feudalizmus más jellegű és alacsonyabb színvonalú volt, mint az európai, és a hadsereg pusztításai, a török közigazgatási rendszer korrupciója lesüllyesztették az elfoglalt területek általános színvonalát. Azonban a török birodalomról alkotott kép nem minden vonatkozásban egyértelmű. Ez a megállapítás elsősorban az arab—török tudományra és ezen belül az orvostudományra érvényes. Az iszlám szelleme és törvényei alapjaiban befolyásolták az orvostudományt, hiszen a Korán minden igazhitűnek kötelességévé tette a betegek ápolását és gyámolítását. A másik alapvető — főleg egészségvédő — törvény az ima előtti kötelező mosdás és a rendszeres fürdés volt.

Nem térhetünk ki az arab orvostudomány általános jellemzésére és eredményeinek ismertetésére, de a török orvostudomány azonos volt az arabbal. Az orvostudomány nyelve az arab, és a török birodalom orvosai között ezért nehezen lehet megkülönböztetni a nemzetiségeket. Az biztos, hogy az iszlám vallású orvosok a mindennapi életben anyanyelvükön érintkeztek betegeikkel, és nagyfokú humanitás jellemezte a betegeikkel való kapcsolatukat. A törökök számos kórházat alapítottak, így a brussziait, az adrinapolit, a scutarit és az isztambulit kell először említenünk.

Az arab—török orvostudomány fejlődését kedvezően befolyásolta Konstantinápoly, majd az európai területek elfoglalása, ami a nyugati keresztény orvostudománnyal való érintkezést tette lehetővé. A magyarországi területeken módosul az előbb vázolt kép, mivel majdnem teljesen elpusztított területeket vettek birtokukba a törökök. Az elnéptelenedett területeken senki sem építette újjá a romba dőlt szerzetesi ispotályokat és az itt működő or-

vosok, valamint gyógyítással foglalkozók elmenekültek a törökök elől. Különben is állandó bizonytalanság uralkodott a hódoltsági részen, a gyakori katonai betörések rengeteg áldozatot szedtek nemcsak a katonaság, hanem a lakosság köréből is. Az elesetteket senki sem temette el, illetve a szemben álló hadseregek csak a saját halottaikat földelték el. Így Magyarország alföldi és déli részein különösen rossz egészségügyi állapotok uralkodtak. Az elvadult táj a növekvő vadvizek miatt a malária fészkévé vált, a temetetlen hullák és a romos települések pedig különféle járványokat terjesztettek. Bármilyen járvány ütötte fel a fejét, szinte lehetetlen volt a terjedését megakadályozni. Különösen rettegett „magyar" betegségként említik a kiütéses hagymázt a kor morbus hungaricusát. Ma már szinte hihetetlennek tűnik, hogy e betegség 1542-ben közel 30 000 német katona halálát okozta a Budát ostromló hadsereg táborában. Nemhiába nevezték a korabeli feljegyzések Magyarországot a német katonák temetőjének. A magyar végvári vitézek és az állandóan itt tartózkodó török katonák szervezete bizonyos mértékig alkalmazkodott a viszonyokhoz. *Coberius Tóbiás* soproni orvos az elsők között mutatott rá a kiütéses tífusz terjedésének okaira, a piszokra és a tetvesedésre.

Járványosan terjedt a szifilisz is, amit a katonaság és a hadsereget kísérő nagyszámú prostituált terjesztett. A korból fennmaradt iratok szerint a nagyobb hadjáratok idején hihetetlen felszökött a szifiliszesek száma.

A legtöbb betegség ellen csak fokozottabb tisztasággal lehetett volna védekezni, de hazánkban csak a vagyonos réteg körében lehet higiéniáról és egészségvédelemről beszélni. A hódoltsági részen különösen nagy szennyről számolnak be a korabeli tudósítások, bár azt is megemlítik, hogy a törökök naponta mosakodtak és látogatták fürdőiket.

A magyar lakosság közegészségügyi helyzete romlott, betegségeikkel a kuruzslókhoz fordultak, vagy maguk próbáltak segíteni magukon. A 17. század elejéről egyetlen feljegyzésünk sincs arról, hogy a hódoltsági területen működtek-e még magyar orvosok. Igaz, Erdély és a királyi Magyarország sem bővelkedett orvosokkal, hiszen ekkor csak külföldön lehetett medicinát tanulni. Az orvoshiány miatt számos főnemes idegen származású, főleg olasz és lengyel orvost hívott udvarába. A török területen rosszabb helyzettel találkozunk, noha a török közigazgatási központokban működtek török orvosok.

Ellenben az állandó harcok miatt megnövekedett a borbély-sebészek jelentősége és munkája. Érthető, hogy a szemben álló csapatok kölcsönösen üldözték a másik fél borbély-sebészeit. *Huszein* váradi pasa körülvéteti katonáival Debrecent, hogy megsarcolja, ugyanakkor egynéhány borbély-sebésznek kötélből hurkot vettetett a nyakába, sőt némelyiket fel is húzatta a sorompó fájára úgy, hogy majdnem kiadták lelküket. A kínzásnak és ijesztgetésnek azt adta okául a pasa, hogy a borbélyok a sebesült „felföldi vitézeket", akik a város melletti erdőszélen lesből megtámadták a pasa katonáit, gyógyították, sebeiket bekötötték (Művelődéstörténeti Értekezések, 1806. 24. sz.). A nagyobb erődítményekben, városokban és a harcoló csapatok mellett mindig tartózkodtak ilyen borbélymesterek, akiket a békésebb időben egymásnak is ajánlottak. A 17. századból maradt fenn az a feljegyzés is, amely szerint Pest város elöljárósága *Pállfy Miklós* pártfogásába ajánlotta *Borbély György* sebészt, akinek a törökök is adománybirtokot juttattak szolgálataiért, mivel *„az ő mestersége szerint való dolgokban jó és híres mesterember volt"*. Az előbb idézett sorokhoz még azt is hozzáfűzték, hogy a törökök szolgálatában számos magyar rab kiváltását elősegítette.

A török uralom alá került magyar városok állapotát és tisztaságát ellentétesen mutatják be az egykori utazók. *Busbequius* 12 évvel Buda elfoglalása után, 1553-ban rendkívül piszkosnak és elhanyagoltnak mondja Budát és Pestet, de ezt erősíti meg 1576-ban *Schweiger Salamon* is. Nem változott a helyzet a 17. század elején sem: *Bocatius* kassai polgármester 1605-ben követségben járt Budán és leírása szerint nem látott egyebet, mint szerteszét heverő dögöket, valamint piszkos, düledező romokat. Velük szemben — igaz, 1663-ban — *Evlia Cselebi* csodálattal írt Budáról és általában a magyarországi városokról. Rendezettségükről, tisztaságukról és különös szépségükről beszél. Külön foglalkozik a budai várral és itt említi meg, hogy minden eső után tisztára seprik az utcákat és mindig gondosan ügyelnek a tisztaságra.

*Evlia Cselebi*nek és *Edward Brown*nak köszönhetjük a hódoltsági terület fürdőinek leírását is. A fürdő a török városkép elmaradhatatlan tartozékát jelentette, amelynek egyben — a rómaiakhoz hasonlóan — a társadalmi érintkezés helyét is adta. Így a fürdők, a dzsámik és a türbék mellett az arab—török építészet legszebb alkotásai közé tartoznak. A vízellátás szempontjából kétféle fürdőtípust különböztethetünk meg: a gőz (haman) és a hévízi (ilidzse, kaplidzse) fürdőket. Budán és a természetes gyógyvizekkel rendelkező helyeken csak hévízi fürdőket építettek, míg máshol gőzzel üzemeltették a fürdőket. Ez utóbbi fürdőtípust kevésbé ismerték a keresztény világban és ebben kell keresnünk a török uralom után a török gőzfürdők pusztulásának okát. Ezzel szemben a hévízi fürdők továbbra is eredeti rendeltetésüknek megfelelően működtek és a mai legszebb fürdőink közül több török eredetű. A sors furcsa fintora az, hogy éppen a sok szenvedést és pusztulást hozó törökök honosították meg hazánkban a fürdőkultúrát. A törökkori útleírások legtöbbje sokat ír e fürdőkultúráról és mindegyik megegyezik abban, hogy a török fürdők példás tisztaságnak örvendtek. *Wratislaw* báró részletesen leírta a fürdők rendjét és egyben közölte a tisztaság ellen vétők büntetésének mértékét is. Az iszlám területeken a fürdő szent hely és a vallás törvényei ellen vétőknek tekintik a piszkolókat.

Orvostörténeti szempontokból *Evlia Cselebi* útleírása más vonatkozásban is fontos: név szerint említette a budai orvosokat. *„Az orvosok közül* (Budán) *Dsáfer Cselebi, Muszli aga, Ali Zámán igen híresek. Ebben az országban igen sok ütközet van, ezért legtöbbnyire a sebészetben jártasak. Menni Zámán, Sázli Cselebi, Szipahi Madsar Jován híre-*

sebbek. Madsar Ján valóságos Abu Szinán, mindennap orvosi könyveket olvasgat..." *Madsar Ján* a neve szerint feltehetően magyar volt, de ez a 17. század második felében nem ritka, hiszen a betelepedett törökök és a magyarok között aránylag már nagy az asszimilálódás.

Evlia Cselebi másik fontos adata a hódoltsági részen létesített kórházakról szól. „... *Az Orta dzsámi azelőtt kórház volt, utóbb a janicsár kaszárnya közelében építettek egy kórházat. Az idegen származású betegeket ott helyezték el és ápolták.*" Érdekes, hogy *Edward Brown* nem említette a *Cselebi* által közölt kórházat, pedig ő orvos volt. Feltehető, a törökök máshol is létesítettek ideiglenes kórházakat, ahol a sebesültjeiket gyógyították. Ez csupán feltételezés, mivel írásos feljegyzés nem maradt fenn ilyen intézmények létezéséről.

Az adatok hiányában csak vázlatos kép állítható össze a hódoltsági terület egészségügyéről és a szórványos orvostörténeti vonatkozású feljegyzésekből sokszor csupán következtetéseket lehet levonni. Az viszont mindegyikből kitűnik, hogy e terület közegészségügye katasztrofális volt. A három részre szakadt Magyarország minden szempontból legalacsonyabb színvonalát képző területe éppen a török uralom alatt álló volt. Így e terület elnéptelenedése nemcsak a háborúkkal, hanem a rossz egészségügyi körülményekkel is magyarázható.

Kapronczay Károly

A MTA hírei

A MTA elnöksége a kiküldött bizottság javaslata alapján az 1971. évi Akadémiai Aranyérmet *Ernst Jenő* akadémikusnak, a Pécsi Orvostudományi Egyetem Biofizikai Kutató Intézete igazgatójának, a MTA Biofizikai Tanszéki Kutatócsoport vezetőjének adományozta kiemelkedő tudományos és oktató munkássága, valamint a hazai biofizikai kutatás megszervezése, általában a tudományszervezés területén kifejtett tevékenysége elismeréséül.

* * *

A MTA elnöksége az 1971. évi Akadémiai Díjakat a kiküldött bizottság javaslata alapján a következőknek ítélte oda.

I. FOKOZAT:

Farkas Elek, az orvostudományok kandidátusa, az Országos Közegészségügyi Intézet osztályvezetője, aki tevékenységével jelentős mértékben segítette elő a hazai víruskutatás fejlődését, az e területen dolgozó szakemberek kiképzését. Az influenzavírussal kapcsolatos munkája nemzetközi elismerésben részesült. A munkatársaival kidolgozott influenzavakcina jelentős mértékben elősegítette e vírusbetegség leküzdésére irányuló törekvéseket.

II. FOKOZAT:

Takács Lajos, az orvostudományok doktora, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Belklinika Kísérleti Laboratóriumának vezetője a szervek nutritiv vérkeringésének és a perctérfogat eloszlásának patkányokon történő vizsgálata során, az utóbbi három évben elért jelentős eredményeiért. A patkányokon végzett véreztetéses redistributio kapcsán észlelte, hogy a terhes méh keringése a véreztetéses redistributióban nem vesz részt; elsőként foglalkozott a szervek vérellátása szempontjából döntő, nutritiv collateralisok dinamikájával. Kimutatta, hogy a collateralisokat endogén és exogén mechanizmusok egyaránt befolyásolhatják.

Vető Ferenc, a biológiai tudományok kandidátusa, a Pécsi Orvostudományi Egyetem Biofizikai Intézetének tudományos munkatársa, aki eredményes, nemzetközileg elismert tudományos munkát végez a transzportfolyamatok egzakt alapjainak tisztázása területén, főként a víztranszport vonatkozásában. Munkája az irreverzibilis folyamatok termodinamikáját felhasználva, a transzportban szereplő kereszteffektusok között, az eddig figyelmen kívül hagyott hőmérséklet-gradiensek jelentőségét igazolta modellkísérletekben és biológiai objektumokon.

* * *

A Tudományos Minősítő Bizottság *Szász Györgyöt* „A lymphás szervek in vivo stimulálása és cytológiai következményei" című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává, és

Vándor Ferencet „A szájüreg, garat és felsőlégúti daganatok diagnosztikus és terápiás kérdései" című disszertáció alapján az orvostudományok doktorává nyilvánította.

A Tudományos Minősítő Bizottság *Arky Istvánt* „In vitro besugárzás hatása a vér egyes alkotóelemeire" című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Faragó Annát „Az argininbioszintézis alloszterikus enzime Chlamydomonas reinhardti-ban" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Forgács Pált „A calorikus nystagmus rögzítése photonystagmographiás eljárással" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Fráter Rózsát „Koraszülöttek fejlődésének prognosticai megítélése az agyi bioelectromos tevékenység és neuropsychiatriai tünetek együttes értékelése alapján az orvostudományok kandidátusává;

Kusztos Dénest „A rheographia szerepe a perifériás vérkeringési zavarok diagnosztikájában és a therapiás hatások megítélésében" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Ligetiné Reviczky Alicét „Pajzsmirigyhormonok kivonásánál és papírkromatográfiálásánál felmerülő problémák vizsgálata" című disszertációja alapján a kémiai tudományok kandidátusává;

Márk Istvánt „Adatok a nephrotoxicus savó által okozott szöveti károsodások pathológiájához" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Medgyesi Györgyöt „A G-immunglobulinok proteolitikus fragmentálásának néhány kérdése" című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Ságodi Róbertet „A cavernás tüdőgümőkór gyógyszeres kezelési eredményeit befolyásoló tényezők vizsgálati módszere" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Staub Máriát „A fenilalanin bioszintézis első alloszterikus enzime E. coliban" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Vadász Erzsébetet „Adatok az acne vulgaris endocrinológiai vonatkozásaihoz és therapiájához" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává és

Zalai Károlyt „A gyógyszerügyi szervezés alapjainak és feladatainak vizsgálata" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává nyilvánította.

Elhalálozások

Albert Géza dr. (szül. 1897) a budapesti IV. ker. Rendelőintézet laboratóriumi szakorvosa január 13-án;

Apró Erzsébet dr. (szül. 1929) a ceglédi Rendelőintézet belgyógyász szakorvosa február 22-én;

Balogh László dr. (szül. 1912) a Fővárosi Gyermekfogászati Központ szakfőorvosa március 17-én;

Gyenes Lajos dr. (szül. 1915) a budapesti Állami Építőipari Vállalat üzemorvosa április 7-én;

Hampó Erna dr. (szül. 1925) iskolaorvos Budapesten február 2-án;

Iványi Borbála dr. (szül. 1905) a budapesti IX. ker. Rendelőintézet EKG szakfőorvosa február 23-án;

Ipacs László dr. (szül. 1944) a miskolci Üzemegészségügyi Szolgálat üzemorvosa március 8-án;

H. Kiss Mária dr. (szül. 1926) körzeti gyermekorvos Tatán február 8-án;

Kollárszky Miklós dr. (szül. 1896) nyugdíjas KÖJÁL-igazgató Gönyűn április 13-án;

Kontor József dr. (szül. 1899) nyugdíjas körzeti orvos Lövőn január 10-én;

Kőhegyi László dr. (szül. 1900) nyugdíjas rendelőintézeti főorvos Budapesten január 21-én;

Kövesdy Károly dr. (szül. 1904) üzemi körzeti orvos Nemesnádudvaron március 27-én;

Lehoczky Mária dr. (szül. 1928) üzemorvos Halimbán április 2-án;

Margitay Becht Dénes dr. (szül. 1907) csecsemőotthoni főorvos Budapesten május 2-án;

ifj. Miklós István dr. (szül. 1931) a szegedi Rendelőintézet fogász szakfőorvosa március 30-án;

Nagy Elemér dr. (szül. 1906) nyugdíjas körzeti orvos Devecserben február 18-án;

Orthmayr Alajos dr. (szül. 1917) az Országos Ideg- és Elmegyógyintézet osztályvezető főorvosa február 19-én;

Pauncz Miklós dr. (szül. 1901) a budapesti IV. ker. Bőr- és Nemibeteg Gondozó Intézet szakorvosa március 7-én;

Pádár Ilona dr. (szül. 1908) a debreceni Megyei Bőr- és Nemibeteg Gondozó Intézet vezető főorvosa március 28-án;

Pálfy Andor dr. (szül. 1904) a Csepel Autógyár üzemorvosa Ráckevén március 6-án;

Pálffy Gabriella dr. (szül. 1894) a farkasgyepüi TBC Gyógyintézet alorvosa január 6-án;

Péterfi Sándor dr. (szül. 1896) nyugdíjas orvos, a Fővárosi Kun u.-i kórház utókezelő osztályának volt főorvosa április 8-án;

Sai Halász András dr. (szül. 1919) az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet rendelőintézeti főorvosa január 29-én;

Somorjai Lajos dr. (szül. 1907) körzeti orvos Gelsén április 3-án;

Szántó Magdolna dr. (szül. 1913) nyugdíjas orvos, a budapesti IV. ker. Rendelőintézet volt laboratóriumi szakfőorvosa január 4-én;

Szücsy Ferenc dr. (szül. 1901) nyugdíjas orvos, a tatabányai Megyei TBC Gondozó Intézet szakfőorvosa február 19-én és

Zsákay Gyula dr. (szül. 1908) nyugdíjas körzeti orvos Mosonmagyaróvárott május 1-én elhunyt.

Kongresszusok

Szeptember 8—11. között rendezik meg Bernben a VI. Európai Klinikai Gerontológiai Kongresszust. A főtémák: autoimmun betegségek az öregkorban; gyógyszeres terápia az öregkorban; az állóképesség és az állóképesség fokozásának lehetősége az öregkorban; elektronikus adatfeldolgozás a geriátria területén (komputer használata); szabad előadások.

Részletesebb felvilágosítással szolgál: prof. B. Steinmann, C. L. Loryhaus, Inselspital, 3008 Berne, Svájc.

A világ minden tájáról

Drágul az orvosképzés. Mint mindenütt, az USA-ban is jelentősen megdrágult az orvosképzés az utolsó tíz évben. Néhány adat az NSZK-ban megjelenő Praxis Kurierből. 1958/59-ben az orvosképző intézmények 319 millió dollárt költöttek képzésre, oktatásra és kutatásra és ebből az állami támogatás 95 millió (30%) volt. 1968/69-re a költségek 300%-kal növekedtek és e terhek 52%-át viselte az állam. Takarékossági intézkedés eredményeképpen a John Hopkins Egyetem orvosi kara elbocsátott hat oktatót, 12 megüresedett állást pedig nem töltött be. St. Louisban korlátozták az orvosi karra felvettek számát. A George Washington Egyetemen (Washington) arra gondolnak, hogy az oktatást néhány évig szüneteltetik. Mindez olyan körülmények között, amikor mintegy 50 000-rel kevesebb orvos van az országban a kelleténél.

* * *

A „Skandiatransplant" kiterjeszti munkáját. Több mint két éve működik a „Skandiatransplant", a skandináv országok szervátültetési szervezete. Eddig — és a közeljövőben is még — gyakorlatilag veseátültetéssel foglalkoznak. Hat városban működik intézmény a szervezet keretében: Aarhusban és Koppenhágában (Dánia), Oslóban (Norvégia), Göteborgban, Uppsalában és Stockholmban (Svédország). Nemrégiben Finnországban is csatlakozott egy intézmény a szervezethez, amely most kapcsolatokat épít ki a Leidenben (Hollandia) működő Eurotransplanttal. Ezekben az intézményekben pontos dokumentációt vezetnek a veseátültetésre várók adatairól, valamint a donorokról. A várakozási jegyzékükön több száz vesebeteg van. Megfelelő donor vese esetében telex vagy telefonkapcsolatba lépnek egymással az intézmények, megállapítják, hogy a várakozók közül melyik a legsürgősebb eset — és egyben a legreményteljesebb és annak „ítélik" a transzplantálandó vesét. A szállítás repülővel vagy helikopterrel történik.

* * *

Törvény a légiforgalom okozta zajártalom ellen. Az NSZK-ban hozott törvény megtiltja, hogy a repülőterek körül meghatározott körzetben lakóházakat, egy ennél szélesebb körzetben pedig iskolákat és kórházakat építsenek. A törvény kötelezi a légiforgalmi társaságokat a zajártalom ellen rendszabályok bevezetésére, sőt zajártalom esetén kártérítésre is. A légiforgalmi társaságok kiadásai ezzel kapcsolatban 1975-ig mintegy 70 millió márkára rúgnak majd.

* * *

Összehasonlító kísérletek az orvosképzés terén. A freiburgi egyetemen Walter Sandritter professzor irányításával megvizsgálják, hogy az orvosképzés terén melyik módszer a legjobb. Összehasonlítják a szokásos, előadásokon alapuló oktatás eredményeit az audiovizuális módszereket alkalmazó oktatással, valamint a tankönyvekből történő egyéni tanulással.

* * *

Az enzimtartalmú mosószerek alkonya? Több amerikai mosószergyár megszüntette az enzimtartalmú („bio-mosószerek") tisztító- és mosószerek gyártását, mert véleményük szerint az enzim nem fokozza jelentős mértékben a tisztítóhatást, ellenben annál több dermatitist okoz.

* * *

Dohányzó nők Franciaországban. Az utolsó öt évben megkétszereződött a dohányzó nők száma Franciaországban. Azonban sokkal kevesebbet szívnak, mint a férfiak: hetenként és személyenként átlag 1,9 csomag cigarettát füstölnek el, míg a férfiak átlag 5 csomagot.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Serologia és immunologia

Autoantitestek: barát vagy ellenség? Sharp, G. C., W. S. Irvin (Division of Immunology, Dept. of Medicine, Missouri School of Medicine, Columbia, Miss.): American Journal of Medical Sciences. 1970, *6*, 365—372.

Egyre több betegség pathogenesisében fogadják el az autoimmunitás szerepét. A közleményben a szerzők az autoantitestek jelentőségét elemzik, különösen abból a szempontból, hogy e serum factorok egyrészt a gazdaszervezet *károsítására* vezethetnek, másrészt azonban *védelmére* is szolgálhatnak.

Tárgyalják a kísérletes autoimmun thyreoiditist, és annak human megfelelőjét, a Hashimoto-strumát, továbbá az experimentális allergiás encephalomyelitist, az aspermatogenesist, végül a SLE-ben szerepet játszó néhány antitesttel foglalkoznak.

A kísérletes thyreoiditis létrejöttében az alterált thyreoglobulin ellen képződő antitesteknek tulajdonítanak jelentőséget. Hashimoto thyreoiditisben is erről lehet szó, szükséges azonban az is, hogy az antigén stimulus hosszantartóan fennálljon, ill. a thyreoglobulinban bekövetkezett strukturális változás állandó legyen. A genetikai tényezők jelentőséget azáltal kaphatnak, hogy megakadályozzák a normál tolerancia visszatérését. A pajzsmirigy gyulladásához nem önmagukban az antitestek, hanem az antigén-antitest complexek vezetnek. A korábbi elméletekkel szemben, a thyreoglobulin képes arra, hogy az antitesttel complexet képezzen. E complexek aktiválják a complement rendszert, ez a leukocyták chemotaxisát, majd azokból a lysosomális enzymek felszabadulását vonja maga után. Másrészt a lymphocyták is aktiválódnak, és közvetlen cytotoxikus hatás kifejtésére lesznek képesek.

Az autoantitesteknek azonban nemcsak károsító, hanem protectiv hatása is lehet. Ezt a kísérletes immunthyreoiditisben, allergiás encephalomyelitisben és aspermatogenesisben is bizonyították. A magas titerű immunserummal elnyomható az immunválasz kifejlődése: a passive bevitt antitestek megakadályozzák, hogy a rendelkezésre álló antigenek kifejtsék stimuláló hatásukat.

Mindezen adatok a humán autoimmun betegségek kezelésének újabb lehetőségét vetik fel. Ezen elven alapul már az újszülöttkori haemolytikus icterus megelőzésére szolgáló immuntherapia is.

Számos bizonyíték van arra vonatkozóan, hogy a SLE nephritis pathogenesisében a DNA ellenes antitest — DNA complex jelentős szerepet játszik. Ugyanakkor az ún. „extrahálható mag-antigen" ellen termelődött antitestnek védő hatása lehet SLE-ben és az egyéb autoimmun kötőszöveti betegségekben. Talán azáltal, hogy ez utóbbi antitest interferál a szövetsérüléshez vezető anti-DNA—DNA complex képződésével.

Pár Alajos dr.

Iskolások immunisatiója rubeola vaccinával. Ingalls, Th. H. és mtsai: Lancet. 1970, *I*, 99.

A szerzők Massachusetts államban a rubeola vaccina egyik attenuált törzsével (RA 27/3) végeztek vizsgálatokat a nagyothalló gyermekek iskolájában.

A kísérletek célja többirányú volt: 1. a seropositiv és seronegatív tanulókat identifikálni a H. A. I. (haemagglutinatio inhibitio) testtel; 2. a subcutan és intranasalis módszert hatásosság szempontjából értékelni, továbbá 3. a vaccinatio által okozott klinikai tüneteket (kiütés, nyirokmirigy-bántalom, ízületi fájdalom) és 4. az attenuált élő vírus szóródását vizsgálni.

Kísérleteikbe 178 gyermeket vontak be. 70 gyermek seronegatív volt, 108 seropositiv. A 70 fogékony gyermek közül a 26 bentlakó tanulót ugyanazon a napon oltották (12 gyermek subcutan kapta a vaccinát, 14 pedig orrába cseppentve). Az oltott gyermekek, a 44 bejáró és nem oltott diákkal együtt voltak az osztályban, étkezésben, foglalkozásokon. Mesterséges fertőzőforrást teremtettek tehát — maximális expositiós lehetőségekkel. A vaccinatio után 11 nappal mindegyiktől garatváladékot vettek és azt majomvese táptalajra oltották, azonkívül mindegyik gyermeket megvizsgálták klinikai tünetek szempontjából. 40 bejáró tanulón (4 gyermek az intézetet elhagyta) — akik a szoros kontaktus ellenére is seronegatívak maradtak — subcutan vaccinatiót végeztek 1968 június első hetében. Azért választották ezt a két időpontot, mert a rubeola epidemiák is ezen időben fordulnak elő.

A második oltott csoport azután vakációra ment haza családjához. Ezeket a gyerekeket két ízben (késő nyáron és kora ősszel) vizsgálták H. A. I. testtel.

Megállapították, hogy az RA 27/3 törzs seropositivitást okoz fogékony egyéneken, függetlenül attól, hogy az anyagot intranasalisan vagy subcutan adják. A vírus nem szóródik még előnyös körülmények között sem, és az elért immunitás a vérben keringő antitesteken mérve hosszú tartamú. Két gyermek — akik a vaccinát subcutan kapták — nem adott az első csoportból seropositivitást, annak ellenére, hogy mindkét gyermek anyjának terhességük első harmadában karakterisztikus rubeola defektusa volt. A második oltási kísérlet náluk, mikor orrba csepegtették, eredményes volt. A klinikai reakciók enyhék voltak. A 26 vaccinált közül 3—4 gyermeken csak olyan kis mirigyet lehetett tapintani, amit egy angina okoz. Egy nagyobb lányon az oltást követő 10. napon enyhe kiütés jelentkezett. Beteg — lényegében — egyik gyermek sem volt, ízületi fájdalmakat sem tapasztaltak. A vírus nem szóródik sem az iskolában a tanulók között, sem a családban, a családtagok közötti érintkezésben.

Az RA 27/3 törzs szabályos immunitást hoz létre akkor is, ha az orr nyálkahártyájára applikálják.

A nasopharynx szerepe fontosnak látszik mind klinikailag, mind a csoportimmunitás szempontjából. Megfigyelték, hogy vad vírusok reinfectiót hoznak létre azokon a gyermekeken vagy kísérleti majmokon, akik az attenuált vírust subcutan kapták, ilyenkor feltehetően az IgA ellenanyag nincs megfelelő mennyiségben jelen, hogy localisan megakadályozza a vad vírusok általi infectiót.

Rubeolában a localis immunitásra vonatkozóan még újabb vizsgálatok szükségesek.

Szamosi József dr.

Rubeola vaccina. Szerkesztőségi közlemény. Lancet. 1970, *I*, 127.

A rubeola vírus kutatás meggyorsult. Feltehető, hogy a kísérletek a rubeola vaccinatio általános használatát fogják eredményezni.

A kutatások három irányban folynak: 1. a vaccina tenyésztésére alkalmas sejtanyagot kiválasztani; 2. a vírustenyészet állandóságát és 3. hatásosságát megállapítani.

A majomveseszövet és a csirkeembryo sejtek a rubeola vírus tenyésztésére nem voltak alkalmasak. Más szöveteket kerestek: ezek 1. kacsaembryo; 2. kutya- vagy nyúlvese; 3. emberi diploe sejtek. Az utóbbiak tenyésztése ideálisnak látszik, bár felmerült, hogy ez a szövet leukaemia vírust tartalmazhat, de igen alapos vizsgálatok ezt nem igazolták. A vaccinatio fontos feltétele, hogy szóródás ne történjék, mert különben gravidák rubeola fertőzést kaphatnának az oltott gyermekektől. A három használt élő, attenuált vírus (Cendehill, HgW 77, RA 27/3) megbízható ebből a szempontból. Ez a tulajdonság különösen az RA 27/3 törzsnél értékes, mert ez adható egyedül intranasalisan. *Hillary* és *Ingell* nem találtak a fogékonyakra szóródást kísérleteikben. Az IgA antitest lenne felelős a localis immunitásért a tápcsatornán és a légúti szerveken.

A vad vírusok elleni hatás sokkal kisebb, ha a vaccinát subcutan, mintha az RA 27/3 törzset intranasalisan adják.

A három törzs egyike sem okoz klinikailag komoly betegséget, csak enyhe tüneteket. A HPV 27-es törzs arthralgiát hozott létre felnőtteken.

Kevés közlemény foglalkozik a vaccina esetleges foetalis károsításával. A kutatók ezt a kérdést kétféle módon közelítették meg. Állatban tanulmányozták a teratogen ártalmat vagy olyan nőknek adtak vaccinát, akikben therapiás célból abortus történt, és a produktumot vírusra vonatkozóan megvizsgálták.

A vírus — úgy látszik — nem károsítja a foetust.

Kísérleteznek elölt rubeola vaccinával is.

A morbilli vaccinával tapasztalt kellemetlen allergiás megnyilvánulások óvatosságot ajánlanak. A vaccina hatásosságát még nem bizonyították, bár a gamma-globulinnal végzett immunizálás eredményei valószínűsítik az elölt vaccinák hatásosságát.

Összefoglalóan elmondható, hogy élő vaccinák hatásos antitestet produkálnak. A vaccinák használatával a betegség megelőzhető. Hatásosak epidemiákban és vad vírusok ellen. A rubeolaellenes immunitás tartósnak bizonyult. Subklinikus reactiók lehetnek vaccinatio után. Az RA 27/3-as törzset tartalmazó vaccina intranasalis applikációja a reinfectiótól jobban megvéd, mint a parenteralisan adott. A közlemény a rubeola vaccinatio első lépcsőjének a terhes nők megvédését tartaná a természetes fertőzés lehetőségétől.

13 éves iskolai tanuló lányokat kell beoltani, majd valamivel idősebb, nem terhes nőket, ha nincs ellenanyag a serumban, ezután be lehetne oltani az iskolába kerülő gyermekeket, hogy az infectio terjedésének legfőbb forrását redukálni lehessen. *Szamosi József dr.*

A gamma-globulin effektusa rubeola fertőzésnek kitett terhesek védelmében. Public Health Laboratory Service Working Party on Rubella. British Medical Journal. 1970, *2*, 497.

A rubeolafertőzés után adott gamma-globulin védőhatását a Public Health Laboratory Service már korábban is vizsgálta és csekélyebb számú megfigyelés alapján arra a következtetésre jutott, hogy a szokásos készítmények védőhatása igen vitatható (Brit. med. J. 1968, *3*, 203.).

Ezt a felmérést az előzőkhöz képest jóval nagyobb anyagon végezték. 5447 terhes kapott gammaglobulint klinikailag diagnosztizált rubeolával történt kontaktus miatt, a terhesség első 16 hete alatt. A mennyiség 750—3000 mg között váltakozott. *(Ez az adag a hazai készítményből 7,5—30 ml-nek felel meg. —Ref.)*

A gamma-globulin beadása előtt, a vérvizsgálat szerint, az oltottaknak 15%-a fogékony, szeronegatív volt. Ezek közül 17%-ban ellenanyagtermelés indult meg, ami a fertőzés megtörténtét igazolta. A rubeolaátvészelés családi kontaktus esetén kétszeres gyakoriságú volt, mint a fertőzőforrással történt akcidentális találkozást követően.

A szerokonverzió arányát, valamint az átvészeltek között a típusos, illetve atípusos esetek eloszlását — ami 57%, illetve 43% volt — a gamma-globulin adag nagysága nem befolyásolta.

E felmérésekkel egyidejűleg rubeolafertőzésnek kitett, hasonló korú, de nem terhes és gamma-globulin védelemben nem részesített nőket is vizsgáltak.

A gamma-globulin védőhatásának a mérése azoknak a csoportoknak az összehasonlításával történt, amelyekben a gamma-globulinnal oltott terhesek, illetve a védelemben nem részesített nem terhesek fertőződése vírusizolálással igazolt forrásból történt és a rubeolás beteggel egy háztartásban éltek.

A gamma-globulinnal oltottak közül, a fenti körülmények mellett, 65% esett át rubeola infectión, míg a nem terhes, gamma-globulin védelemben nem részesített nőknél a megbetegedési arány 50% volt.

A gamma-globulinnal ellátott és megbetegedett csoportban a típusos esetek aránya 57%, a nem védettek között pedig 88% volt. Nem tudni, hogy a klinikai tüneteknek ez az alacsonyabb aránya mennyiben fogható fel gamma-globulin hatásként, kérdés, hogy nem csupán variációról van-e szó?

Arra vonatkozóan, hogy a rubeola kontaktus idején ellenanyaggal rendelkező egyénekben létrejöhet-e újabb fertőzés, az ellenanyag-titerek viselkedése alapján nemleges választ ad a vizsgálat.

A széles körű felmérés adatai azt mutatják, hogy a kísérletesen végzett vizsgálatok eredményeivel szemben — ahol az egy napon belül alkalmazott, igen magas titerű és nagy mennyiségű gamma-globulintól védőhatást láttak — a mindennapi élet körülményei között a terhesek rubeola elleni védelmében a gamma-globulintól protectiv hatás nem várható. *Budai József dr.*

Az Au(SH) antigén egyszerű, immunologiai gyors-test vizsgálata. Becker, W. és mtsai (Behringwerke AG, Marburg, Lahn): Klin. Wschr. 1970, *48*, 887—888.

Ma már ismeretes, hogy az Au (SH) antigén tartalmú vér vírushepatitis fertőzés forrása lehet. A legtöbb Au-antigén hordozó májfunctiós próbái (a transaminase aktivitás is) normálisak lehetnek; egyre sürgetőbb a vérkonzervek Au-antigén tartalmának rutin vizsgálata, lehetőleg úgy, hogy a praecipitatiós reactio ideje minimális legyen: az antigén-antitest vándorlás gyorsításával elektromos mezőben, vagy úgy, hogy a két „reactiopartner" találkozásának diffusiós útja megrövidüljön.

A szerzők ismertetik Ouchterlony-elven alapuló micropraecipitatiós eljárásukat. Előnyeit a következőkben foglalják össze:

1. Gyors diffusiós methodus, amelyhez nem szükséges elektrophoresis-apparatus. 2. Szimultán öt serumban vizsgálható az antigén, illetve négy serumban az antigén vagy antitest, minimális antiserummal. 3. Megfelelő gyakorlattal (az antigénconcentratiótól függően 20 perc—2 óra) naponta 300—500 reactio elvégezhető.

Eljárásukat összehasonlították a közismerten legérzékenyebb complementfixatiós módszerrel; erről később tájékoztatnak.

Barna Kornél dr.

Australia-antigén, transfusio és hepatitis. Okochi, K. és mtsai (Blood Transfusion Service, Tokyo.): Vox Sanguinis. 1970, *18*, 289.

Levene és *Blumberg* ma az Australia-antigén 3 typusát különböztetik meg: az Au(1), Au(2) és Au(0)-t. A szerzők vizsgálataik során csak az Au(1) antigén meghatározását végezték. Anyaguk 92 beteget ölel fel, akik legalább egy ízben Au(1) pozitív vért kaptak, és 299 beteget, akik csak Au(1) negatív vér transfusiójában részesültek. (Az Au-antigén vizsgálatot a beadott vérből a transfusio megejtése után végezték el.)

Az Au-antigén tartalmú vérrel kezeltek közül 50 beteg hosszabb megfigyelésére volt mód. Au(1) pozitivitás 18 betegen (34,5%) jelent meg, ebből 17-nek lett manifest hepatitise és 49-nek (89,1%) emelkedett SGPT-je kórjelző érték fölé.

200 ml Au(1) pozitív vér transfusiója után már észlelni lehetett az Au-antitest képződést, míg Au(1) negatív vér adása után csak akkor jelentkezett, ha annak mennyisége az 1200 ml-t meghaladta. Míg az Au(1) pozitív vérrel transfundáltak 34,5%-a lett Au-antigén pozitív, addig az Au(1) negatív vért kapóknak csak 10,4%-a. A 18 Au(1) pozitív betegből 5 meghalt alapbetegségében, 3 a további ellenőrzésekről elmaradt. A megmaradó 10 betegből 6-nak lett typusos hepatitise, 4-nek még hat hónapos megfigyelés után sem. Azok között, akiknek vérében Au-antitesteket lehetett kimutatni, a hepatitis ritkább volt, ami arra utal, hogy az antitestképződés védelmet jelent a hepatitis manifestálódása ellen, de jelentheti azt is, hogy akik antitestképzésre képesek, kevésbé fogékonyak a hepatitis iránt. *Blumberg* szerint nem csak az Au(1) persistenciája, hanem az ellenanyagképző képesség is függ a gazdaszervezet tulajdonságaitól.

Japánban az Au(1) positiv donorok aránya 1%. Jelenleg már széles körben bevezették az Au(1) szűrést, most készülnek az Au(2) szűrés bevezetésére. 1968 májusa óta a Japán Vöröskereszt Transfusiós Szolgálata csak Au(1) negatív vért ad ki használatra.

Berkessy Sándor dr.

Agammaglobulinaemia polyarthritissel és subcutan csomókkal. Barnett, E. V. és mtsai (Univ. California, Los Angeles): Amer. J. Med. 1970, *48*, 40—47.

A szerzők részletes klinikai, pathológiai, valamint serológiai vizsgálatot végeztek egy 4 éves fiún, akinek veleszületett agammaglobulinaemiája volt, valamint polyarthritist és subcutan csomókat találtak nála. A 28 éves anya mindkét vállfájék enyhe, intermittáló fájdalmára panaszkodott; a 29 éves apa egészséges volt. A beteg két nővérének kétoldali hydronephrosisa volt. Anyai ágon az egyik unokatestvér agammaglobulinaemiával született. A beteg 18 hónapos koráig jól volt, amikor felsőlégúti fertőzések jelentkeztek. Bár immunglobulinokat a beteg serumában nem tudtak kimutatni, a synovialis folyadékban immunglobulinok és antitestek voltak kimutathatók (amit a pozitív latex próba bizonyított). Synovialis szövetekből történő biopsia során immunfluorescens módszerrel immunglobulint és komplementet tartalmazó sejteket mutattak ki. Arra a következtetésre jutnak, hogy a synovitis pathogenesisében a rheumatoid arthritis sejtek nem játszhatnak szerepet. A subcutan csomókban nem találtak immunglobulinokat. A közvetlen családban végzett lymphocytafunctio vizsgálatok eredményei és 55 rokon serológiai vizsgálata az öröklődés autosomalis recessiv formáját mutatja.

Honti József dr.

Bakteriális allergia kimutatása in vitro lymphocyta transformatiós testtel. Pappas A. és mtsai (Medizinische Klinik, Hautklinik und Pathologische Institut der Universität Köln): Hautarzt 1970, *21*, 273—278.

A lymphocyta transformatiós test alkalmas módszer késői típusú allergiás reakció in vitro kimutatására. A sensibilizált egyén perifériás vérből származó lymphocytái megfelelő antigen hozzáadására blastszerű sejtekké alakulnak át. Szerzők bakteriális sensibilizáció alapján kialakult bőrbetegségekben kívánták a módszert alkalmazni. Antigenként a bőrpróbához használt antigént adták a tenyészethez. Feleletet kívántak kapni arra is, hogy van-e összefüggés a bőrpróba eredménye és a lymphocyta transformatiós test eredménye között.

20 betegen vizsgálták a bakteriális túlérzékenységet különféle Bencard antigenek i. c. adásával. A bőrpróba eredményét 20 perccel, 24 és *48* órával az antigen beadása után olvasták le. Pozitívnak csak a 6 mm-nél nagyobb átmérőjű papulát tekintették. A bőrpróba 16 betegen volt pozitív. Ezeknél elvégezték a lymphocyta transformatiós testet is. A betegtől vett heparinos vérből izolálták a lymphocytákat s a szokásos módon tenyésztették. Kontroll tenyészetet készítettek antigen nélkül és aspecifikus mitogennel (phytohaemagglutininnal). Leolvasás kenetben Pappenheim festéssel 3 (kontroll tenyészet) ill. 5 napi tenyésztés után. A vizsgálatok egy részében autoradiographiás kiértékelést is végeztek. Markirozott thymidint (methyl -H_3-thymidin) adtak a tenyészethez. Autoradiogrammot készítettek és a markírozott sejtek százalékos előfordulását figyelték. Specifikus antigén esetében 100—250% immunoblast vagy lymphoblast-szerű sejtet találtak. A spontán transformatio nem haladta meg a 8—48%-ot. Phytohaemagglutininre — úgy a sensibilizált, mint a kontroll egyéneken — 58—80%. Sensibilizált egyének thymidinnel kezelt tenyészeteiben a sejtek 7,5—16,5%-a markírozódott.

Az eredmények azt mutatják, hogy a pozitív bőrpróbát adó betegek lymphocyta tenyészeteiben specifikus antigen jelenlétében DNS szintetizálódik. Megfigyelték, hogy erősebb bőrpróba esetén a transformatio mértéke nagyobb. A módszer gyakorlati értéke jelentős, alkalmazásával elkerülhető a bőrpróbák által gyakran provokált exacerbatio.

Hamar Matild dr.

Antinucleolaris antitestek gyakorisága és diagnosztikus jelentősége. Ritchie, R. F.: New Engl. J. Med. 1970, *282*, 1174.

Az antinucleolaris factor immunfluorescens technikával történő vizsgálata során a mag festődési mintája alapján többféle antinucleáris factort lehet megkülönböztetni. Így pl. a mag „peripheriás" festődését DNS-ellenes antitestnek tulajdonítják, s ennek különösen a lupus-nephritisben van diagnosztikus jelentősége. Egy másik típusú mintában csak a nucleolus festődik: ezt antinucleolaris ellenanyag eredményezi.

A szerző 2449 klinikailag feltételezhetően rheumás betegségben szenvedő egyén serumát vizsgálta meg. A betegek közül 328 esetében volt egyértelmű a diagnosis. 302 beteg serumában talált olyan magellenes antitestet, mely a fluorescens festődés során a nucleolussal nem reagált. 18 esetben lehetett nucleolus elleni antitestet kimutatni: nem az egész sejtmag, csak a nucleolus festődött.

A klinikai diagnosissal való összefüggés vizsgálatakor azt találta, hogy a nucleolus elleni antitestek sokkal gyakrabban fordultak elő *systemás sclerosisban*, mint bármely más rheumás betegségben. A 18 pozitív reactiót adó beteg közül 9 biztosan, 5 valószínűen sclerodermában szenvedett. A sclerodermás betegek között kétszer gyakrabban volt kimutatható e factor, mint SLE-ben, és hatszor gyakrabban, mint rheumatoid arthritisben.

Feltehetően a nucleolusban levő, az RNS érésben érintett proteinek képezik az antinucleolaris ellenanyagoknak megfelelő antigent.

Úgy látszik, hogy az antinucleolaris antitest kimutatása egy további hasznosítható eszköz a rheumás betegségek differenciáldiagnosztikájában, különös tekintettel a scleroderma kórismézésére.

Pár Alajos dr.

Állatok antiserumai az Au(SH) antigén vizsgálatában. L. Bonacker, és mtsai (Behringwerke AG, Marburg a. d. Lahn): Klin. Wschr. 1970, *48*, 1423—1424.

Az Au (SH)-antigén és vírushepatitis kórokozója közötti összefüggések vizsgálata e kutatási területen jelentős activitást eredményezett azzal a céllal, hogy véradók vérében az antigént laboratóriumi eljárással kimutassák. Csak úgy lehet erélyesen redukálni a posttransfusiós hepatitis incidenseket, ha a véradók közül a potentiálisan fertőző egyéneket kirekesztik. Az antigén vizsgálatához szükséges antitesttartalmú serumok túlnyomóan human eredetűek, ez a forrás azonban nagy volumenű vizsgálatokhoz nem elegendő. A kérdést állatokban termelt antiserumok alkalmazása oldhatja meg.

Házinyulak, csimpánzok, kecskék Au. antigénnel történt immunizálásakor antiserumaik (immunelektrophoresissel és Ouchterlony-féle kettős diffusiós próbával) immuno-azonosságot mutattak az emberi antiserummal. A nyulak különösen magas titerű antiseruma, az Au (SH) antigén jelenlétének megbízhatóságát és érzékenységét illetően nem különbözött 220 hepatitis serummal történt összehasonlító vizsgálathoz képest.

Barna Kornél dr.

Az immunelektrophoretikus kép quantitativ értékelésének lehetősége. Kindler U., Koch, D. Deutsche Med. Wochenschrift. 1970, *95*, 1152—1154.

A szerzők 70 serum immunelektrophoretikus vizsgálatát, illetve ezek quantitativ értékelésének lehetőségét vizsgálták. Az immunelektrophoresist Scheidegger módszerének felhasználásával végezték.

Paraméterként használták fel a quantitatív kiértékelésben a precipitátum intenzitását, kiterjedését és az antitesttartalytól mért legközelebbi távolságát. Ez utóbbit a standard szérum (a) és a vizsgált szérumok (b) arányában adták meg.

A quantitativ immunglobulinmeghatározás Mancini radial immundiffusiós módszerével történt.

Az összehasonlító vizsgálatokból arra a következtetésre jutottak a szerzők, hogy az immunelektrophoretikus képből quantitativ viszonyokra adatokat nyerni nagyon pontatlanul lehet.

A quantitativ immunglobulinmeghatározások eredményeit legjobban az a/b quotiens közelítette meg, azonban itt is csupán viszonylagos megközelítésről van szó.

Szegedi Gyula dr

Az elsődleges immunhiányos állapotok osztályozása. A WHO javaslata. H. H. Fudenberg és mtsai: New Engl. J. M. 1970, *283*, 656.

Az agammaglobulinaemia kórképét először 1952-ben határolták körül. Azóta számos és sokféle elsődleges immunhiányos állapotot figyeltek meg. A WHO szakértőket bízott meg e kórképek osztályozására. Az elkészített jelentés közölt részlete röviden ismerteti (a) és osztályozza (b) az elsődleges immunhiányos állapotokat, azok sejtes összefüggését az immuntörténésekről jelenleg alkotott elképzeléseinkkel.

a) Klasszikus osztályozás szerint humorális és celluláris immunitást különböztetünk meg. Mindkét immunitási formában fontos szerepet játszanak a kis lymphocyták, melyek a csontvelői őssejtekből alakulnak ki. Az egyik típushoz tartoznak az ún. T (thymusfüggő, thymus eredetű) sejtek, melyek a recirkuláló lymphocytatömeg jelentős részét alkotják. Jellemzőik: mitogénekkel sejtkultúrában stimulálhatók, chemotaktikus anyagot, macrophag aktiváló, ér-permeabilitást fokozó faktorokat termelnek, más lymphocytákat osztódásra késztetnek, azaz a sejthez kötött immunitásra jellemző jelenségeket idézik elő.

B lymphocytáknak nevezhetők a humorális immunválaszban szerepet játszó kis lymphocyták (az elnevezés onnan ered, hogy madarakban a bursa Fabricii-től függ jelenlétük; úgy vélik, hogy emlősökben a béltraktushoz kapcsolódó nyirokszövetnek van analóg szerepe). A B sejtek differenciálódva, osztódva érett plazmasejtekké alakulhatnak, ellenanyagok termelésére képesek.

Így a B sejtek minden defektusa immunglobulin, antitest szintézis csökkenést eredményez.

A T sejtrendszer hiányossága a sejthez kötött immunitás (késői típusú túlérzékenységi reakciók stb.) csökkenéséhez vezet. Bizonyos antigének esetében a humorális immunválasz is károsodott.

b) A primér specifikus immunhiányos állapotokra jellemző, hogy hiányoznak az immunválasz effektorai (antitestek, érzékenyített lymphocyták). Osztályozásuk rendkívül nehéz. Sokszor nem ad elegendő támpontot a kórok, a funkció és a struktúra együttes vizsgálata sem.

Nem tekinthetők primérnek az exogén okokra visszavezethető immunhiányos állapotok (hyperkatabolizmus, rtg-sugárzás, cytotoxikus szerek, komplementhiány, phagocyta dysfunkció).

A primérnek tekinthető immunhiányos állapotokat a WHO jelenlegi javaslata a károsodott sejtfunkciók alapján osztályozza.

A B sejtek izolált zavara észlelhető az újszülöttkori, nemhez kötött agammaglobulinaemiában és az átmeneti hypogammaglobulinaemiában, szelektív immunglobulin (IgA) hiány és nemhez kötött (magas IgM szint melletti) immundeficiencia esetében.

A T sejtek működéskiesésével kapcsolatos kórforma a thymus hypoplasia (DiGeorge-syndroma) és a lymphocytotoxin jelenlétével párosuló időszakos lymphopenia.

A B és T sejtrendszer egyaránt károsodott a normál vagy emelkedett immunglobulinszint mellett észlelt immundeficienciában, az ataxia teleangiectasiával, thrombocytopeniával és ekcémával (Wiscott—Aldrich), thymomával, illetve törpeséggel párosuló immunhiányos állapotokban.

Az immunválaszkészség igen súlyos zavaraiban (általános haematopoeticus hypoplasiában, az autosomális recessiv öröklődést mutató, a nemhez kötött és a sporadikusan előforduló kombinált immunhiányos állapotokban) nemcsak a T és B, hanem az őssejtműködés károsodásával is számolnunk kell.

Külön csoportba sorolják a nem osztályozható vegyes kórképeket, ahol a T és B sejtek zavara észlelhető. Remélhetőleg ez a csoport megszűnik, ha az eddig különböző jelzőkkel ellátott (congenitális, sporadikus, nem nemhez kötött, szerzett, hypogamma-globulinaemiás, dysgammaglobulinaemiás) esetek alaposabb vizsgálata fényt derít a szerepet játszó genetikus és egyéb kóroki faktorokra.

Merétey Katalin dr.

Szervátültetés

Szívtransplantatio. WHO Chronicle: 1970, *24*, 219—221.

1968 júliusában az UNESCO és WHO együttesen konferenciát szervezett a szívtransplantatio kérdéseiről, melynek teljes dokumentuma most jelent meg.

A szívtransplantatio jelenleg olyan szívbetegségben szenvedőkön jön szóba, akiknél a betegség gyorsan progrediál fatalis kimenetel irányában, és akik részére belgyógyászati, vagy más sebészi kezelés nem biztosít javulást.

A donor kiválasztását három megfontolás vezérli:

1. a donor szívének kitűnő állapota a transplantálás időpontjában;
2. a compatibilitás immunologiai vizsgálata a donor és recipiens között;
3. az agyi functio teljes és irreverzibilis megszűnése.

Minden szívtransplantatio alkalmával adatokat érdemes gyűjteni a histo-compatibilitás és prognosis vonatkozásában. Ezért legalább a lépet kell megőrizni, de lehetőleg más szerveket is a szöveti antigének további tanulmányozására. A szerveket cellofánban —20 C-fokon, vagy még kedvezőbb —70 C-fokon tárolni. Nemzetközi regisztrálást kell bevezetni az említett anyagra vonatkozóan.

Böszörményi Ernő dr.

Szívtransplantatio. H. M. Windsor. (Cardiac Unit., St. Vincent's Hospital, Sydney): Postgraduate Medical Journal 1970, *46*, 237—242.

A szerző ismerteti az egyik szívtransplantatiós betege kórtörténetét, aki 57 éves korában panaszkodott először angina pectorisról. Egy hónappal az anginás roham után elülsőfali infarctust kapott, melyből felgyógyulva még három évig tudott dolgozni, majd rokkanttá vált, állandó kezeletlen szívelégtelenség tünetei mutakoztak. A szívkatéterezés 33 Hgmm-es bal kamrai végdiastolés nyomást mutatott. A szívindex 1,8 L/m^2/min. volt, amely 2,4 L/m^2/min.-ra emelkedett terhelésre. Cineangiographia nagymértékben dilatált, gyengén contrahálódó bal kamrát mutatott. Diffus obstructiv betegség volt mindhárom fő coronaria arteria ágban.

Ilyen körülmények között került sor a szívtransplantatióra 1968. okt. 23-án, *Shumway* és mtsai által kidolgozott technika szerint. A donoron és a recipiensen végrehajtott operációt nem szinkronizálták.

A 8., 15. és 31. napon rejectiót diagnosztizáltak és ekkor átmenetileg a steroid adagját felemelték. A második epizód tulajdonképpen nem is volt rejectio, mert a pericardialis zsákból 700 ml steril vérrel festenyezett folyadék lebocsátása után a tünetek elmúltak. Később a drainage helyéből Serratia marcescens-t tenyésztettek ki. A 45. napon a beteg aortavérzés következtében meghalt.

[Ref.: A szerző egyetért Stinson 1969-ben közölt véleményével, mely szerint bizonyos körülmények között, pl. ha fiatal egyének massiv myocardialis infarctus miatt moribund állapotba kerülnek, transplantatiót lehet indikálni és nem a beteg, hanem a közeli hozzátartozó adja a beleegyezését a műtéthez.

Újabban Moberg és mtsai (1969) közöltek technikát az antilymphocyta globulin (ALG) nagy tömegben történő gyors előállítására, amely fehérje szennyeződés-mentes, és iv. adva immunosuppressiv-

nek bizonyult emberen. Lehetséges, hogy segítségével a rejectio veszélye csökkenthető.]

Böszörményi Ernő dr.

Szívátültetés radiológiai értékelése. E. B. Singleton és mtsai. (Dept. of Radiology, St. Luke's and Texas Children's Hospital, Houston, Texas 77 025.): The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine 1970, *109*, 1—11.

A szerzők a közlemény elején a transplantatiós immunologia vázlatos áttekintését adják, valamint a rejectiót csökkentő therapiás beavatkozásokat ismertetik.

Saját intézetükben végzett 18 szív-transplantált beteg röntgenvizsgálati eredményeit dolgozták fel, keresve a rejectio során kialakuló speciális röntgenelváltozásokat. Korai specifikus röntgenjel a rejectiós folyamat kialakulása során nincsen. A klinikailag és laboratóriumilag már észlelt kezdeti rejectiós jelek után a szíven a következő jellegzetes elváltozásokat találták:

1. a szív relative gyors megnagyobbodása,
2. amelyet a pulmonalis pangás arányos fokozódása nem követett.

Ezenkívül a talált röntgenelváltozások közvetlenül, vagy közvetve az immunosuppressiv therapia következtében alakultak ki.

Nánay András dr.

Nyugalmi és munkavégzés utáni szívkatéterezés adatai szívtransplantált betegekben. L. Campeau, és mtsai (Department of Medicine, Montreal Heart Institute, 5000 Est, Rue Bélanger, Montreal 26, Quebec, Canada.): The American Journal of Cardiology, 1970, *25*, 523—528.

Kilenc transplantált betegük közül 7 élte túl az első postoperativ hónapot. Ezek közül 4 betegen jobb-, és balszívfél, 1 betegen jobbszívfél katéterezést végeztek nyugalomban, valamint 2 perces könnyű munkavégzés után (háton fekve, váltakozó lábemelés 45°-ig). A kontroll normál értékeket 25 felnőtt beteg katéterezésével nyerték.

Nyugalmi értékek általában a normál értékek felső határán mozogtak. Kivételt képezett a már nyugalomban is mért enyhe pulmonalis hypertensio, valamint az igen alacsony bal kamrai munkavégzés.

A 2 perces könnyű gyakorlat utáni értékek közül kiemelendő:

a) a szívfrekvencia csak kis mértékben emelkedett,

b) a systole-index a kontrollhoz képest jelentősebb mértékben emelkedett,

c) a bal kamrai vég-diastoles nyomás emelkedett (< 16 Hgmm),

d) a bal kamrai munkavégzés a normál szint alatt maradt.

A fenti haemodynamikai értékek myocardialis dysfunctióra utalnak, amely vagy rejectiós tünet, vagy a szív denervált állapotának következménye. Valamennyi katéterezett betegüket akut vagy chronicus rejectióban elvesztették röviddel a vizsgálatok után, ezért a szívkatéterezést nem kívánatos vizsgálatnak tartják, amely kiválthatja, vagy súlyosbíthatja a rejectiót.

Sebestyén Katalin dr.

Emberben történő szívtransplantatio. VII. A szívtransplantatio pathologiája. Ch. P. Bieder és mtsai. (Stanford Medical Center, Stanford, California.): Circulation. 1970, *41*, 753—772.

A szerzők a californiai Stanford Medical Centerből közölnek adatokat 12 szívtransplantatio kapcsán a transplantált szívek szövettani vizsgálatáról. A 12-ből 5 beteg meghalt a transplantatum rejectiós károsodása következtében. 7-ben szintén voltak a rejectiónak morfológiai jelei, de a halált más megbetegedés okozta, így pulmonalis hypertensio, vérzés, sepsis, infectio, agyi embolia és máj coma. Acut rejectiós károsodást találtak 10 szívben és chronicusat 9-ben.

Az elváltozásokat részben fénymicroscoppal, ill. az ultrastructuralis elváltozásokat elektronmicroscoppal vizsgálták.

A kórbonctani elváltozások 3 csoportra oszthatók: 1. a coronariák elváltozása, 2. a myocardium elváltozás, 3. az ingerképző, ill. ingervezető rendszer elváltozásai.

A coronaria károsodások a következők voltak: az erek intimájának, valamint a perivascularis kötőszövetnek mononuclearis infiltratiója, az endothel sejtek elváltozása, thrombosis, media hyalinisatio, media necrosis, és az intima obliterativ proliferatiója. A mononuclearis sejtek cytoplasmájában IgG és IgM immunglobulinok voltak kimutathatók.

A myocardium elváltozásai a következők voltak: mononuclearis sejtek cytoplasmájában IgG és IgM immunglobulinok voltak kimutathatók.

A myocardium elváltozásai a következők voltak: mononucleáris sejtek proliferatiója és interstitialis beszűrődés, interstitialis oedema, vérzés, izomsejt degeneratio és necrosis, végül a szívizom fibrosisa.

Az ingerképző és ingervezető rendszer elváltozásai rendszerint azonosak voltak az erek, ill. a myocardium elváltozásaival, de quantitativ különbségek voltak. Nevezetesen: az AV csomó, valamint a Tawara-szárak sejtes beszűrődése gyakoribb volt és kifejezettebb, mint a környező kamrafalban. Különösen súlyos volt az ingervezető rendszer károsodása azokban a betegekben, akik acut rejectiós syndromában haltak meg. 2 esetben a necrosis csak az AV csomóra és a His kötegre korlátozódott. Ezt azzal magyarázzák, hogy az AV csomót ellátó arteria obliteratiója igen gyakori.

Az acut rejectiós elváltozásokban, így az infiltráló mononuclearis sejtekben, a perivascularis kötőszövetben, valamint az erek mediájában IgG-t lehetett kimutatni. Az acut rejectiós elváltozások fokozódása az erek súlyos laesiójához vezet, mely secundaer módon a myocardium zsíros degeneratióját és necrosisát idézi elő. A myocardium elváltozásainak a subendocardialis regióban, valamint a papillaris izomzatban levő localisatiója támogatja azt a feltevést, hogy az erek beszűkülése következtében létrejövő ischaemia okozza ezeket a károsodásokat. Az ingervezető köteg korai és súlyos károsodása e rendszer fokozott vascularisatiójával, valamint subendocardialis elhelyezkedésével lehet kapcsolatban.

Az anatomiai elváltozásokat megfelelő functionalis zavarok, ill. klinikai tünetek kísérik. Így a myocardium oedemája low voltage-t, galopp-rhythmust eredményez stb. Az arteriák compressiója, valamint szűkülete a coronaria áramlás csökkenéséhez vezet. Ugyancsak gyakoriak a különböző típusú arrhythmiák. A therapia szempontjából figyelemre méltó, hogy ezek a korai rejectiós elváltozások jól befolyásolhatók és reverzibilisek immunosuppressiv therapia hatására.

A chonicus rejectiós elváltozások lényegében az eddigi adatok szerint az acut károsodás kötőszövetes „gyógyulásának" eredményeképpen jönnek létre. A chronicus rejectiós érelváltozások immunopathologiai háttere még nem tisztázott. Az elváltozások a következők: az erek intimájának kötőszövetes megvastagodása, fibrin thrombusok, és a megvastagodott intima mononuclearis infiltratiója a gazda lymphocytáival. Az IgG immunglobulin, valamint a béta 1 C lerakódása chronicus rejectio esetében sokkal kevesebb volt.

Az erek intimájának a megvastagodása a simaizomsejtek proliferatiója következtében nem specificus elváltozás, mely egész sor károsító behatásra, inclusive direct fizikális trauma, lekötés, hypertonia és hypoxia hatására is létrejön. Az intima zsíros degeneratiója, rupturája pedig az arteriosclerosist szimulálja. Ezek az érlaesiók nagyon hasonlítanak a rheumás carditisben látható érelváltozásokhoz. Az érelváltozások eredete még nem tisztázott. Feltételezik, hogy az intima immun eredetű traumájára indul meg. Mások a szervülő thrombusoknak tulajdonítják az intima-elváltozásokat. Mindenesetre az már megállapítható, hogy a szívtransplantatiós betegek túlélési idejét az erek fokozódó szűkülete limitálja.

Takácsi Nagy Lóránd dr.

Ultrahang metódus az emberi veseátültetmény kilökődésének a jelzésére. D. Sampson: Lancet. 1969, *II.* 976—978.

11 veseátültetett beteg „renal blood flow"-ját vizsgálták a Doppler-féle ultrahang áramlásmérővel. A megfigyelés alatti időszakban 13 alkalommal csökkent az ultrahang jelzés. 10 esetben a jelzés esését acut kilökődési reakció követte. Tehát a rejectio a perfusio csökkentését is jelenti egyúttal, ami már régebben ismeretes. Eredményes immunsuppresiós kezelés után a jelzések megerősödtek, ami a vesén átfolyó vérmennyiségnek a megnövekedését jelentette.

Korai kilökődéskor a vese arteriáról érkezett ultrahang jelzés még akkor is eshetett, mutatva az RBF csökkenést, ha a vesefunkció az acut tubularis necrosis javuló fázisában volt.

A jelzések esése nem fordult elő abban az esetben, ha a vesefunkció chr. pyelonephritis vagy kéregnecrosis következtében romlott. Úgy látszik, hogy ezzel a módszerrel előbb lehet kimutatni a kilökődési reakciót, mint a biokémiai vizsgálatokkal.

Németh András dr.

A veseelégtelenség végstádiumának kezelése dialysissel és cadaver donorokból származó vese átültetésével. Sheil, A. G. R. és mtsai. (Sydney): Lancet, 1969, *II.* 917—920.

20 kórház és egy központi szövet-tipizáló állomás működött közre, mely lehetővé tette a dialysis kezelést és a cadaver donorokkal való transplantatiót valamennyi arra alkalmas betegnél, akik irreversibilis vesekárosodással jelentkeztek. Az ilyen betegek előfordulási aránya 45—50 személy 1 millió lakosra, évente. Valamennyi kórház együttműködött a transplantatióhoz való donor-szerv ellátásban. A potenciális recipienseket 6 kórházban kezelték ismételt dialysissel és közös recipiens-poolt képeztek. Ha lehetséges volt, mindkét donor vesét felhasználták és a szövettipizálással kiválasztott két leginkább compatibilis egyénbe ültették át. A műtéteket egyidejűleg végezték a két kórházban, az adminisztrativ beosztás lehetővé tette a transplantáló személyek szabad mozgását a kórházak között.

Két év alatt, 1967 augusztusától 190 végstádiumban levő vesekárosodott beteg jelentkezett. 175 beteget kezeltek dialysissel, 14 beteg kivételével haemodialysissel. 90 beteg kapott vese-graftot, 55 beteg műtétre vár, hetet kezelnek chronikus dialysissel és 29 beteg halt meg a vesekárosodás vagy a dialysis komplikációja miatt. A műtéten átesettekből 68 van életben, 62 functionáló allograftal. 34 betegnek (71%) beleértve 3 secunder graftos beteget is, van olyan allograftja, mely az átültetés óta több, mint 1 éve működik.

Bár a szövettipizálást állandóan tökéletesítették és ez fokozott compatibilitást eredményezett, csak néhány beteg illett igazán össze. Arra a következtetésre jutottak, hogy a kórházak kollaborációja lehetővé fogja tenni valamennyi fiatal vagy középkorú irreversibilisen vese-károsodott beteg kezelését. A kezelésre szorulók számát lehet csökkenteni, de a kezelést igénylők száma magas marad, amíg a glomerulonephritisnek nincs hatásosabb preventiója és kezelése. A transplantatióra a recipienseket államok közötti vagy nemzeti bázis alapján kell szervezni. Amíg a cadaver szervekből nem lesz szabad ellátás, addig nem lehetséges a szokványos veseátültetés jól összeillő recipiensekre olyan arányban, mely lehetővé teszi az arra alkalmas, renális végstádiumban levő betegek kezelését.

Váry László dr.

Gyermek cadaver vesék felhasználása homotranszplantációra gyermekeken. R. N. Fine és mtsai. (Renal Division, Children's Hospital of Los Angeles): JAMA 1969, *210*, 477.

1967-ben Kelly 5 hónapos—7 éves gyermekek veséjét transzplantálta 18 hónapos—29 éves emberekbe, nem jó eredménnyel. Jelen munkacsoport 12—17 éves betegekbe, 2—5 éves gyermekekből származó vesét transzplantált 4 esetben. 3 beteg 7—8—9 hónappal a műtét után élt, és a transzplantált vese működött. A recipiensek veseelégtelenségét haemodialysissel tartották fel a veseáültetésig.

(Ref.: Ugyanezen munkacsoport újabban már 23 gyermeken végzett veseátültetésről számol be: J. Pediat. 1970, 76, 347. Az átültetett vese 22 gyermekben 1—32 hóval a műtét után jól működik.

Marosvári István dr.

A vesetransplantatio utáni sebészi szövődmények kezelésének javallatai és eredményei. Faul, P. Jabour, A., Pihlmaier, H.: Langenbecks Archiv für Chirurgie. 1969, *324/2.*

Szerzők a müncheni sebészeti klinikán 34 betegen végzett 37 vesetransplantatio kapcsán elemzik tapasztalataikat.

Megállapítják, hogy a vesetransplantatiók fő problémája az immunologiai szövődmény, azonban gyakran sebészi szövődmények is fellépnek. Ezek korai differential diagnózisa és kezelése sürgős.

A programba felvett betegeken az előkészítés során a kétoldali nephrectomiát és prophylaktikus appendectomiát elvégzik. A splenectomiát nem javasolják. Ulcusos anamnesisnél, hyperaciditásnál és röntgen bizonyítékok esetén kétharmados gyomorresectiót, selectiv vagotomiát és pylorus plasticát végeznek, tekintettel a későbbi elhúzódó steroid kezelésre. Egy alkalommal láttak ulcus recidivát a transplantatio után két évvel.

Az ér anastomosis technikáját illetően az end to end anastomosist végzik. Két esetben figyeltek meg stenosist obliteráló intima fibrosis miatt. Az egyik reoperatióval sikeresen megoldható volt. A másik esetben a leszakadt intima-párna arteriás elzáródást idézett elő. Primaer arteria elzáródást következményes necrosissal egy alkalommal észleltek. A venás anastomosist szintén end to end készítik.

Állást foglalnak a transplantatum biopsiája mellett. 51 punctióból egy alkalommal volt rövid ideig tartó macrohaematuria.

A vizelet-transport helyreállítása uretero-ureteralis anastomosissal történik. Az ureterfal rétegeit nagyon gondosan egyeztetik. A 37 transplantatióból hat esetben lépett fel vizeletsipoly. Ebből négy technikai hiba következménye volt, 5 esetben T-drainage-zsal, egy esetben másodszori anastomosissal oldották meg a vizelet elvezetését.

Műtét alatt a műtéti területet drainálják és antibiotikus öblítést végeznek. Egyetlen esetben sem kellett infectio miatt a transplantatumot eltávolítani. Egy esetben urosepsis miatt vesztették el a beteget.

Kitérnek az ureter-anastomosis hibájából adódó tünetek, valamint az egyidejűleg zajló kilökődési reakció tüneteinek a differential diagnózisára. Hat ilyen esetben a diagnózist egyedül a localis jelek alapján, esetleg a műtéti terület revíziója segítségével állították fel. Két alkalommal észleltek ischiorectalis fistulát, ami sebészi therápiára gyógyult.

Felhívják a figyelmet a nagyon gondos vérzéscsillapításra, tekintettel arra, hogy a beteganyag egy része a transplantatiót megelőzően chronikus haemodialysisben részesült, és az ezzel együtt járó esetleg heti kétszeri heparinizálásban. Esetenként a transplantio után is szükségessé válhat a dialysis. Egy alkalommal vesekörüli vérzés miatt a 21. napon a vesét el kellett távolítani.

Az utókezelésben az aseptikus feltételek biztosítása mellett foglalnak állást. A fertőzés és a kilökődési reakció tüneteinek differential diagnózisa lényeges, ugyanis a két folyamat kezelése ellentétes egymással.

Egy betegüknél a 8. hónapban fellépett tüdő-abscessus gyógyszeresen kezelhető volt.

Megfigyeléseik alapján annak a véleményüknek adnak kifejezést, hogy a sebészi szövődmények száma csökkenthető.

Gervain Mihály dr.

Hulla-vese allograftok rejectiós ér-károsodásainak módosítása dipyridamollal és anticoagulans szerekkel. Kincaid-Smith, P. (Royal Melbourne Hospital, Victoria, Ausztrália): The Lancet, 1969, *II.* 920—922.

A vascularis laesiók domináló jellegűek az emberi vese-allograftokban és ez a graft-functio károsodásának fő oka. Minden jellegű ér thrombosisa jellegzetes az acut és hyperacut rejectióban. Az ún. chronikus kilökődési reakciós elváltozások ezen trombusok szervülését jelentik.

A fő veseerteriákon a rejectiós érelváltozások stenosist okoznak, ennek röntgenologiai jeleit angiographiával 27 betegből 21-ben találták meg.

Vesetransplantált betegeiken 240 percután biopsiát végeztek. 39 esetben komplikáció miatt eltávolított vesét, ill. a recipiens halála után vett szövettani anyagot vizsgálták meg.

A betegek acut rejectiós crisiseit a szokásos módon és dosisban adott gyógyszerekkel kezelték. A betegek egy részében per os dipyridamol-t (400 mg/die) adtak phenindionnal, vagy acut rejectiós periódusokban heparin-infusióval kombinálva.

A szövettani anyag átvizsgálásakor azt észlelték, hogy a dipyridamollal, ill. anticoagulans szerekkel kezelt betegeken a rejectiós érelváltozások mérséklődtek, az erek beszűkülése, a glomerularis basalmembran megvastagodása lényegesen kisebb mértékű, mint a kontroll csoportban. Betegeik rejectiós crisiseit a lehetőségek szerint egyöntetűen kezelték, eltérés csak az anticoagulans és antithrombotikus kezelésben volt.

A szerző felveti annak lehetőségét, hogy az olyan vesebetegségekben, amelyekben a progressiv érszűkület dominál (malignus hypertonia, polyarteritis nodosa, thrombotikus microangiopathia, haemolytikus uraemiás syndroma, terhességi toxaemia, scleroderma stb.) a microthrombusok szervülése okozhatja az érfal károsodását — hasonlóan az allograft rejectióhoz — és ezt antithrombotikus, anticoagulans kezeléssel ki lehetne védeni.

Váry László dr.

Véralvadás, thrombosis

A mély vénás thrombosis diagnosisa, 1969. N. Browse (St. Thomas Hospital Medical School, London.): British Medical Journal, 1969, *4,* 676—678.

Tekintettel arra, hogy tüdő embolisatióval szövődött, mély vénás thrombosis gyakori a kórházi betegek különböző típusain, de nem ritka a látszólag egészséges személyeken és fogamzásgátlót szedő aszszonyokban sem, fontos lenne egy egyszerű methodus a diagnosis felállításához, s a profilaxis kidolgozásához.

A klinikai megfigyelést a szerző nem tartja megfelelő methodusnak. A klinikai tünetek megjelenése a kísérő phlebitis jelenlététől függ, melynek kialakulása a thrombosis kiterjedésével nincs összefüggésben. Ha a nagy vénák nincsenek elzárva, vagy jó a collateralis keringés, ha kísérő phlebitis nem alakult ki, a fizikális jelek hiányozhatnak. A boka oedema megjelenése 80%-osan megbízható jel, míg az érzékenység és a Homan-féle jel az eseteknek csak 8—50%-ában volt megbízható. A fizikális jelek figyelembe vétele hamis positiv eredményhez vezethet: a lábikra fájdalom esetében 11%-ban ép vénák lehetnek.

A phlebographia első leírója Dos Santos (1938). Használatával kapcsolatban korán felvetődő problémát, a véráramlás nehéz felismerhetőségét, a televíziós monitor használatának bevezetése csökkentette. A szerző 3 módszert ismertetett.

1. Ascendáló phlebographia: a contrast anyagot felületes bokavéna leszorítása után a lábhát vénájába kell beadni. Ilyenkor láthatóvá válnak a lábikra, poplitea, felületes femoralis, közös femoralis és iliaca venák, valamint Valsalva manőver alkalmazásával a profunda femoris torkolata.

2. Percutan femoralis phlebographia: ha a felső combon elzáródott nagy venáktól proximalisan levő venákat akarjuk kimutatni, az előző módszer nem alkalmazható. A contrastanyagnak direct a femoralis venába adásával láthatóvá tehetők a femoralis, az iliaca vénák és a vena cava.

3. Intraossealis, pertrochantericus phlebographia: Ha a közös femoralis véna van elzárva, a femur felső végénél a csontvelőbe adott contrastanyag segítségével az iliaca vénák kitűnően kimutathatók.

A friss thrombus phlebographiával, kerek vagy henger alakú véna falával össze nem kapaszkodó, a contrastanyag által körülfolyt telődési hiányt mutat, míg a régi thrombus a véna falából kiemelkedő telődési hiány alakjában jelentkezik. Nem telődő véna, ha felette és alatta a vénák collaterálisokkal együtt kimutathatók, thrombosisos elzáródásra utal. A lábikra vénás sinusait, bár ezekben mély vénás thrombosis gyakran jelentkezik, phlebographiával kimutatni nem lehet, a profunda femoris mellékágait csak a 3. módszerrel lehet kiritka. A belső iliaca vena mellékágait csak a 3 módszerrel lehet kimutatni.

A phlebographia a vénás thrombosisok 90—95%-át kimutatja, s a szerző értékes vizsgálati módszernek tartja.

Jelzett fibrinogén felvétel: 1960 óta használják. Először a ^{131}J fibrinogént, majd a hosszabb felezési idejű ^{125}J fibrinogént használták. A thyreoidea kálium jóddal történő blokkolása után 100 mc ^{125}J fibrinogént kell vénásan adni, mely a thrombusba beépül, és azok jelenlétét scintillátiós detectorral kimutathatóvá teszi a láb meghatározott pontjain. A beütések számát a szív felett észleltek %-ában fejezik ki. Ha egy területen a beütések száma a környező területekhez, vagy a másik lábhoz viszonyítva 15%-kal több, az mély vénás thrombosisra utal. Jelentős oedema, vagy trauma hamis positiv eredményhez vezet. Ez a módszer a lábikra sinusaiban keletkező thrombusok felfedezésére is alkalmas. Legjelentősebb hátránya, hogy a felső combon, a ligamentum inguinale környékén kialakuló, sok esetben halálos pulmonalis emboliát okozó lázas thrombusok kimutatása kétes értékű a környező nagy háttér — sugárzás miatt.

Ultrahang technika: alkalmas nagy thrombusok kimutatására, hátránya, hogy a nagy collateralisokban vagy nagy superficialis venákban levő áramlás átjárható femoralis venákhoz hasonló jeleket produkálva hamis negatív eredményt adhat.

A szerző saját tapasztalatai alapján a methodus kiválasztásának következő módját ajánlja: sebészi kezelés előtt a phlebographia a legfontosabb. Ha a phlebographia nem vihető keresztül, izotóp eljárás alkalmazható, mely a therapia hatásosságának nyomonkövetésére is alkalmas. Az ultrahang technika jó szűrőmódszer, mellyel nagy vénában levő thrombusok kimutathatók.

Kisbán Annamária dr.

Dextran 70 a postoperativ vénás thrombosis profilaxisában. Lambie, J. M. és mtsai (University of Aberdeen and Royal Infirmary Aberdeen): British Medical Journal, 1970, *2,* 144—145.

Boncolási leletekből derül ki, hogy a vénás thrombosisok előfordulása sokkal gyakoribb, mint azt a klinikai jelek alapján sejthetnénk. ^{125}J-vel jelölt fibrinogennel lehet kimutatni a postoperativ thrombosisok valódi előfordulási arányát. A szerzők korábban 111 postoperativ thrombosis szempontjából erősen veszélyeztetett betegüknél izotópos vizsgálattal azt találták, hogy az esetek közel felében kialakult a thrombosis, s ezek kétharmadában a leggondosabb klinikai vizsgálattal sem tudták felfedezni a phlebothrombosist.

Jelenleg olyan szerek állnak az érdeklődés középpontjában, amelyek a vérlemezekék viselkedését befolyásolják. Ilyen a Dextran 70 (Macrodex), amely gátolja a thrombocyták adhaesióját, mind az egészséges egyénen, mind pedig olyan betegen, akinél gyorsult a thrombocyták összetapadása. A Dextran 70 kifejezetten gátolja a thrombocyták aktivitását ott is, ahol az endothel károsodott.

A szerzők összehasonlítják a Dextran, ill. az oralis anticoagulansok hatásosságát nőgyógyászati beteganyagon. 80 postoperativ vénás thrombosis szempontjából veszélyeztetett beteget vizsgáltak meg két egyenlő létszámú csoportban. A betegek kiválasztásakor arra törekedtek, hogy a praedisponáló tényezők szempontjából a beteganyag minél homogénebb legyen. Mindnyájukon nagyobb nőgyógyászati műtétet végeztek, méghpedig mindkét csoportban 20—20 betegen méhexstirpatiót, 20—20-nál pedig medencefenék reconstructiót.

Az egyik csoportban a betegek Warfarint kaptak az oralis anticoagulánsoknál szokásos dosisban és kontroll mellett, a másik csoportban Dextran 70 infusiót (7 ml/testsúlykg műtét közben, ill. 3,5 ml/testsúlykg az első három postoperativ napon). A betegek közvetlenül a műtét után ^{50}Ci ^{125}J-vel jelölt fibrinogent kaptak intravénásan, a méréseket korábban leírt módszerük szerint végezték. Izotópos vizsgálattal az oralis anticoagulanssal kezelt csoportban 40 beteg közül 12 esetében észleltek vénás thrombosist, s ezek közül 6 súlyosabb, 6 enyhébb fokú volt. A Dextrannal kezelt 40 beteg közül csupán 4-en találtak enyhe fokú phlebothrombosist az alsó végtagon. Eredményeik alapján a szerzők a Dextran védőhatását jobbnak tartják, mint az oralis anticoagulánsét.

Bartos Gábor dr.

A mély vénás thrombosis gyógyszeres kezelése. P. T. Flute (King's College Hospital Medical School London): British Medical Journal. 1969, *4*, 678—680.

Az anticoagulansok: a kialakult thrombusra nem hatnak, de a thrombus kiterjedését meggátolják a cumarinok és indonedionok a prothrombinnak, a VII—IX. és X. faktornak a májban termelődését gátolják. A hatást K-vitamin felszívódásának csökkenésével a cumarinok metabolismusát gátló vagy antagonista gyógyszerek használatával lehet fokozni. Így parafin olaj, oralis antibioticumok, phenylbutazon, clofibrate, salicylatok a szabad, rendelkezésre álló anticoagulansok mennyiségét növelve hatnak. Sok sedativum és tranquillans (beleértve a barbiturátokat meprobamatot, és glutethimidet) enzym inductiós alapon növeli a metabolismust, ezért ilyen gyógyszerek rendelésekor az anticoagulans dosisát meg kell emelni, ha viszont elhagyjuk ezeket a nyugtatókat, a vérzés elkerülése érdekében a cumarin adagot csökkenteni kell.

A heparin tartós infusióban való adását ajánlja az egyenletesebb hatás elérése végett, bár így a vérzéses szövődmény gyakoribb, mint az intermittáló adagolásnál.

Arvin: a maláji barlangi vipera mérgéből állítják elő, s a véralvadás gátlás új módjának látszik. Iv. vagy im. adva átalakítja a fibrinogént microthrombosisokká, mely a keringésből hamar eltűnik. Rendszeresen adagolva a plasma fibrinogént igen alacsony szinten tartja, így megakadályozza a thrombusok továbbterjedését, mert eliminálja a coagulatiós rendszer utolsó anyagát. Direkt hatása a fibrinre vagy a coagulatiós enzymre nincs, így nem emeli a fibrinolytikus activátorok szintjét. Adása biztonságos, bár az első adagot lassan kell adni, hogy a hirtelen keletkező apró rögök a kis vénákban ne okozzanak elzáródást. Vérzés ritka, de közvetlen műtét után nem tanácsos adni. Hatását antiserummal lehet felfüggeszteni és a fibrinogént transfusióval pótolni, antitestek termelődése miatt hosszabb alkalmazásánál resistentia alakulhat ki.

Ha a thrombusok a v. popliteából vagy még proximalisabban elhelyezkedő mély vénából indulnak ki, az embolia veszélye olyan nagy, hogy ilyenkor fibrinolytikus gyógyszer vagy sebészeti beavatkozás között kell választani.

Fibrinolytikus kezelés. Streptokinase: kezdő adag 50 000 E. 30 perc alatt. A kezelés tovább folytatásakor óránként 100 000 E. Streptokinase adásakor, naponta kell thrombin alvadási időt nézni. Műtét után 72 órán belül nem lehet adni, vagy még tovább sem, ha kiterjedt sarjszövet, gastrointestinalis fekély van, vagy ha a beteg súlyos hypertoniában szenved. A thrombolysis legjobb módja közvetlenül a thrombusba adott streptokinase. Nagy vénát elzáró thrombus gyors lysisét lehet elérni, legalább 6 hónapon át történő folyamatos adással. Legjobb az eredmény, ha a thrombus a kezelés megkezdése előtt kevesebb, mint 36 órával alakult ki. Ilyenkor az ér functiója ép marad. Az infusio után 48—72 óra múlva a plasminogén concentratiója a plasmában normalizálódik. A retrombosis megelőzésére a kezelést anticoagulansokkal kell folytatni. A streptokinase antigén tulajdonságú, a gyakran előforduló allergiás reactiót corticosteroid, vagy antihistamin szerekkel ki lehet védeni.

Profilaxis: trauma vagy szöveti necrosis következtében régóta ágyban fekvő betegeken a pulmonalis embolia veszélye nagy, profilaktikus anticoagulans kezelés adása csökkentheti a halálos szövődmény gyakoriságát. Izotóp-módszerrel vizsgálták a thrombosis előfordulásának gyakoriságát olyan műtéten átesett betegken, akik a végtagjaikat korán kezdték mozgatni. Ilyen esetekben a 60 év feletti korcsoportban a thrombosis gyakorisága csökkent, de még ilyenkor is 24%-ban thrombusokat találtak.

A plasma viszkozitását csökkentő 70 000 molekulasúlyú dextrán infusió hatásáról eltérők a vélemények.

Kisbán Annamária dr.

A heveny mélyvénás thrombophlebitis kezelése thrombolytikummal. Madar, G. és mtsai. (Angiologische Abteilung und Gerinnungslaboratorium der Medizinischen Universitätsklinik für Röntgendiagnostik und Strahlentherapie, Basel): Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 1970, *100*, 1337—1341.

A szerzők 47 esetről számolnak be. Betegeik átlagban 5,8 napon át thrombolytikus kezelésben részesültek (Streptase, illetve Kabikinase). A kezelés előtt és után phlebographiás vizsgálatot végeztek.

A thrombolytikus kezelést *szükségesnek tartják,* ha: 1. a beteg életkilátásai kedvezőek; 2. 7 napnál frissebb a folyamat, mely jelentős vénás keringési akadályt okoz. A kezelés *ellenjavallatai:* hypertonia, haemorrhagiás diathesis, műtét vagy szülés után a folyamat megindulása 10 napon belül, gyomor-béltractusban levő potentiális vérzési lehetőség, antistreptokinase titer 200 E/ml fölött.

A kezelés hatásosságát a phlebogrammok összehasonlításával állapították meg. Lényeges javulásként értékelték, ha az elzáródott vénák mindegyike recanalizálódott, illetve a vénás visszaáramlás biztosításában legjelentősebb erek átjárhatókká váltak. Részleges az eredmény a vena femoralis communistól distalisan levő vénák teljes vagy részleges recanalizálódásakor. Kritériumaik alapján 21 esetben átlag 5,8 napos kezelés után lényeges javulást észleltek, 11 beteg állapota részlegesen javult, 14 esetben a kezelés hatástalannak bizonyult. 1 beteg a kezelés ellenére rosszabbodott.

Eseteik $^2/_3$-ában a vena femoris communis, illetve a vena iliaca communis is elzáródott. E sok súlyos eset oka véleményük szerint a kórházba küldés elhúzódása (részben a beteg későn keresi fel orvosát, részben az orvos kezeli a kelleténél tovább otthonában betegét), a thrombolytikus kezelés késői elkezdése.

A kezelés hatásossága elsősorban attól függ, hogy kellő időpontban kezdődik-e és kellő ideig tart-e az? 2 napon belül elkezdett thrombolysis az esetek $^2/_3$-ában lényeges javulást eredményez, későbbi beavatkozás (2—7 nap közt) már csak az esetek $^1/_3$-ában jár hasonló effektussal.

A szerző véleménye szerint a thrombolytikus therapia birtokában is a leglényegesebb teendő a prophylaxis. Döntő, hogy a thrombosis veszélyeztetett betegeinket állandóan figyeljük az erre utaló tünetekre nézve és jelentkezésükkor ne késlekedjünk kórházba küldésükkel. Intézetben pedig, ha a kórisme biztos, nem áll fenn ellenjavallat, haladéktalanul kezdjük meg és kellő időn át folytassuk a kezelést.

Pálossy Béla dr.

Prophylacticus alvadásgátló kezelés heveny paraplegiában. Silver, R. J., Moulton, A. (Liverpool Regional Paraplegic Centre, Promenade Hospital, Southport): Brit. med. J. 1970, *2*, 338.

A leggondosabb kezelés ellenére, ma is igen magas a gerincsérültek első 6 héten belüli halálozása — elsősorban tüdőembolia miatt. A szerzők ezért célszerűnek látták speciális beteganyagukon a prophylacticus anticoagulans kezelés bevezetését, annak ellenére, hogy az irodalom ebben a kérdésben meglehetősen tartózkodó álláspontot képvisel, sőt, sokan kifejezetten ellene vannak a korai alvadásgátló adásnak, attól tartva, hogy az esetleges spinalis bevérzés lényegesen ronthatja az amúgy is súlyos betegek állapotát.

A közlemény a szerzők intézetének 77 betegét tárgyalja, akiket 1966 januártól 1969 októberig észleltek s már anticoagulans kezelésben részesítettek. Az első $2^1/_4$ évben a kezelést csak akkor kezdték, ha mély vénás thrombosist és/vagy tüdőemboliát kórisméztek, míg az utóbbi másfél évben már minden ilyen betegüket alvadásgátlóval kezeltek, prophylacticusan.

Betegeik átlagos életkora 37 év volt s több, mint 80%-uk férfi; a sérülések felének oka közlekedési baleset volt.

Az alvadásgátlást phenindionenal végezték, 4—20 héten át, átlagosan 11 hétig (mindaddig, míg nem sikerült a beteget mobilizálni). A prothrombin-activitást 20% körüli értéken igyekeztek tartani. 10%-os értékek alatt néhány esetben kisebbfokú vérzéses szövődményt észleltek, azonban, ezek miatt a kezelést nem kellett megszüntetniük. Mindössze egy asthmás betegük bizonyult phenindione- és warfarin-érzékenynek s egyedül itt kényszerültek a therapia abbahagyására. Így tehát az a véleményük, hogy az alvadásgátlás egyáltalán nem zavarta a betegek hagyományos kezelését.

Az anticoagulansok rutinszerű alkalmazásának értékét a szerzők anyagukban nem elsősorban a mély venás thrombosisok gyakoriságának csökkentésében látják, hanem, a tüdőemboliás veszély elhárításában. Míg ugyanis az 1966—68-ban alvadásgátlóval alkalomszerűen kezelt 42 beteg közül 6 esetben észleltek pulmonalis emboliát (ebből 2 letalisan végződött), addig az 1968—69-es, rutinszerűen anticoagulanssal kezelt, 35 beteget magában foglaló csoport tagjai közül egy esetben sem. *Major László dr.*

A vena cava inferior postthrombotikus elzáródása: 24 eset elemzése. Jackson, B. T., Thomas, M. L. (St. Thomas Hospital, London): Brit. Med. Journal. 1970, *I*, 18—22.

A régóta ismert kórképet viszonylag nagy anyag gyűjtése és elemzése alapján tárgyalja a szerzőpár. 13 férfi, 11 nőbetegüket percutan iliocavographiával ennek kivihetetlensége esetén a trochanter majoron át végzett osteomedullaris phlebographiával vizsgálták. E postthrombotikus betegekben az alsóvégtagok — többnyire kétoldali — duzzanata mellett másodlagos varicositas, lábszárfekély, venás claudicatio anamnestikus jelenléte állapítható meg, míg a fizikális vizsgálattal a végtagok duzzanata 67%-ban, varicositas 50, lábszárfekély pedig 42%-ban fordul elő. A vena cava inferior thrombosisa akkor is járhat haematuriával, ha magassága a vesevénák beömlését nem éri el és fordítva: rekeszig érő thrombosis mellett is elmaradhat.

A pathogenesisben a kiváltó ok szerepének tisztázatlansága ma is fennáll, de felhívják a figyelmet a mechanikus tényezők szerepére (a vena iliaca comm. sinistra compressiója az iliocavalis confluensben). A betegek fiatal korátlaga (28 év!) a congenitalis tényezők jelentősége mellett szól. (Érdekes, hogy a lumenen belüli fejlődési rendellenességekről nem tesz említést, noha ismerteti pl. May és Thurner 1957-es munkáját, amely ezzel foglalkozik. — *Ref.)* 7 betegen terhesség alatt, 5 betegen hosszasabb belbetegség miatti fekvés alatt, 6 betegen műtétet, vagy traumát követően lépett fel a betegség.

A vena renalisok fölé terjedő cavathrombosis albuminuriát és nephrosis-syndromát hozhat létre, a vena renalisok thrombosisát okozhatja. (12 magasra terjedő cavathrombosisból 7 esetben). Phlebographia előtt betegeiknek mindössze egyharmadát diagnosztizálták helyesen. Tisztázatlan egy- vagy kétoldali lábduzzanat esetén az iliocavographia végzését elengedhetetlenül szükségesnek tartják.

Sztankay Csaba dr.

Alkalmas-e az E-vitamin thromboembolia-prophylaxisra? Keller, J. Langanke, D., Dammenhain, J. (Frauenklinik der Karl-Marx-Universität Leipzig): Zentralblatt für Gynäkologie. 1970, *92*, 361—363.

Shute és mtsai 1948-ban közölték, hogy kedvező eredményeket értek el thrombophlebitisek és phlebothrombosisok E-vitamin kezelésével. Szerintük a tokopherol feloldja a friss thrombusokat. Az elmúlt években sokan ismertették tapasztalataikat, az E-vitamin hatásmechanizmusát tekintve azonban nem alakult egységes álláspont. A szerzők 1791 operált nőgyógyászati betegüknek adagoltak E-vitamin-praeparatumot (Tokopharm-ot). Az alkalmazott dosis 350 mg/die 3—5 héten át (a beteg kórházi tartózkodásától függően), az első 4 postoperativ napon por, a továbbiakban dragée formájában.

A kontrollcsoportot olyan 1870 nőbeteg képezte, akik nem részesültek vitamin-kezelésben. A fellépő thromboemboliák száma: vitamin adagolása mellett 22 (1,18%), anélkül 26 (1,45%).

Korcsoportok szerint is feldolgozták az anyagot. A szövődmények alakulása 50—60 év közöttieken: E-vitamin adásakor 1,59%, a kontroll csoportban 3,4%, a 60. év felettieken 1,64%, illetve 3,92%. A statisztikai adatok áttekintésekor kiderül, hogy a jelentős prophylactikus hatás főképpen az idősebb betegeken érvényesül. A szerzők további feladatként jelölték meg, hogy a fiatalabb betegeknek nagyobb dosisú vitamint adjanak.

Az E-vitamin hatásmechanizmusa: egyesek szerint a prothrombinsynthesisre hat, mások az érfalra kifejtett hatást említik. *(Ezzel kapcsolatban hivatkoznak Gerlóczy munkájára — Orv. Hetil. 1968, 109, 897. — Ref.).*

Vértes László dr.

A recidiváló mikroembolia és a masszív régi embolia, mint a tüdőembolia két kevésbé ismert formája. Gloor, F. (Pathologisches Institut der Universität, Basel): Praxis 1970, *59*, 1182—1186.

A szerző a klinikai kép és a morfológiai lelet alapján a tüdőembolia 4 formáját különíti el: 1. a közvetlenül halált okozó akut fulminans forma; 2. subakut masszív pulmonalis embolia (néhány napon belül halálhoz vezet); 3. a recidiváló, kis embolia, mely hónapok, évek múlva okozza a beteg halálát; 4. masszív régebbi embolia, mely néhány hét vagy hónap alatt oltja ki a beteg életét. Az utóbbi két forma klinikai képe kevésbé ismert.

A recidiváló kis emboliában a pulmonalis embolia klasszikus jelei hiányoznak. Forrását nem ismerik. A klinikai kép előterében a fokozódó dyspnoe és cyanosis áll. A negatív rtg-lelet éles ellentétben áll a klinikai képpel. A boncolás során a bal kamra excentrikus hypertrophiája mellett az embolisatio csak szövettani vizsgálattal ismerhető fel. A perifériás tüdőerekben a górcső alatt friss és szervült, illetve rekanalizált embolusok láthatók. Természetesen hosszas fennállás után klinikailag a cor pulmonale képét látjuk, melynek okát azonban, ha e kórképre nem gondolunk, nem ismerjük fel. Ezekben az esetekben a szerző szerint a megfelelő anticoagulans kezelés a cor pulmonale kifejlődését meggátolja.

A masszív, régebbi emboliáról kevésbé ismert, hogy egy nagyobb pulmonalis ág elzáródása klinikailag sok esetben alig okoz tünetet. A szerző 2 éves sectiós anyagában (3812 eset) 36 alkalommal észlelt ilyen elváltozást. Csak 5 eset volt 60 évnél fiatalabb, a betegek többsége nő. A klinikai kép előterében a fokozódó pulmonalis hypertonia észlelhető, a jobb szívfél elégtelenségének jelei mellett. A diagnosisban jelentős a röntgen-kép: az érintett tüdőfél a hiányos vérát-

áramlás miatt világosabb, az arteria pulmonalis kitágult és nem pulzál. Ha e jelek mellett a jobb kamra dilatatióját is észleljük, az embolia igen valószínű. A szegényes klinikai képpel ellentétben boncasztalon az elváltozás igen jellegzetes: az arteriaág teljesen vagy subtotalisan elzáródik és az esetek harmadában a megfelelő tüdőrészlet infarcerálódik. A szerző véleménye szerint a tüdőembolia e formája azért nem okoz a kialakulás pillanatában klinikailag jelentős tüneteket, mert elmarad az occlusiót követő reflexes érspasmus. A kép jelentősége elsősorban abban van, hogy ezek az esetek embolectomiára alkalmasak lehetnek.

(Ref.: A szerző véleményével szemben a recidiváló microembolisatio meglehetősen jól ismert kórkép. Minden olyan esetben számolunk is vele, melyeket a szerző említ. Pusztán a therápiás befolyásolhatósága jelent nehézséget. A hagyományos anticoagulans kezelés az embolisatio forrását nem szünteti meg, így a szórás veszélye a kezelés ellenére is fennáll. Ezek az esetek inkább a fibrinolytikus kezelésre volnának alkalmasak.)

Pálossy Béla dr.

Szív és keringési betegségek

A szívinfarctus jellegzetességei a különböző életkorokban. M. A. Gurjevics (Moszkva II. sz. Belgyógyászati Klinika): Ter. Arh. 1970, *42/9*, 80—86.

A szerző 240 szívinfarctusos (MI.) beteg kórlefolyását és 200 akut coronaria insufficientiában elhalt egyén boncolási adatait elemzi az életkorral összefüggésben.

A 40 év alatti és 60 év feletti korcsoportokat hasonlította össze, mivel ezekben észlelhetők a legkifejezettebb különbségek a MI. megjelenésében.

A nők infarctus megbetegedése a kor előrehaladásával ugrásszerűen növekedik — 60 év felett megközelíti a férfiak morbiditását. Az öröklési terheltség a fiatalok csoportjában szignifikáns ($P < 0{,}001$).

A coronariák megbetegedése idős korban diffúz, általános scleroticus tünetekhez társul. Fiataloknál viszont localizált — egy, legfeljebb két érszakaszra terjed ki. Coronarographiás vizsgálattal kevés collateralis és anastomosis mutatkozott — szegényes érrajzolat. Idős betegeken nagyszámú collateralist, intra és intercoronariás anastomosist talált — érdús rajzolatot. Az idősek coronaria rajzolata, photometriás értékelés alapján, négyszer fejlettebb.

Fiatal esetekben nagy, kiterjedt MI.-kat talált, időseken több kis gócot — intramuralisan vagy subendocardialisan, gyakori recidivákkal.

A MI. kialakulásában fiatalokon 18,2%-ban nem sclerotikus betegség játszik szerepet (endarteritis obliterans, rheumaticus coronaritis, endocarditis lenta embolisatiója), míg időseken a fő tényezők a scleroticus okon kívül — hypertonia, diabetes mellitus, adipositas.

Az idős betegeken „coronariás anamnesis" (67,4%), rhythmus zavar (21,6%), keringési elégtelenség (27,5%) előzte meg a MI-t, míg fiataloknál stenocardiás panaszok csak 22,5%-ban voltak.

A fiatalkori MI.-ban 82,5%-ban mutatható ki típusos kórlefolyás, idős korban tarka a klinikai kép.

Fiatalkorban fellépő MI.-ban többnyire jellegzetes az EKG-kép, időseknél a gyakori kis gócú, subendocardiális MI.-ban 32,5%-ban atípusos az EKG.

Az akut keringési elégtelenség, cardiogen shock a fiatalokon legtöbbször reversibilis.

Fiatalokon a fibrinolyticus activitás növekedése figyelhető meg, időseken ez csökken és hyperfibrinogenaemia is fellép; gyakoriak a thromboemboliás szövődmények is.

Fiatalok mortalitása 14,2% volt, időseké 30,8%.

Az infarctusban szenvedő beteg kora döntően befolyásolja a gyógyulást és a későbbi rehabilitációt is.

Háda Piroska dr.

Kombinált oesophagoatriographia és ultrahangkardiographia a mitralvitiumok diagnosztikájában. Cheikhzadeh, A., Schmitt, W., Braun, H. (Medizinische Universitätsklinik, Würzburg, NSZK): Med. Welt 1970, *18*, 831—835.

Az oesophagoatriographia (továbbiakban: oeag.) *célja:* a bal pitvari nyomás megmérésére olyan *indirect* módszert biztosítani, mely a beteget jelentősen nem terheli meg és mégis megbízhatóan pontos eredményt nyújt. *Módszere:* merev műanyagkathéter végére puha gumiballont erősítenek; a rendszert folyadékkal töltik fel, ennek segítségével benne a legkülönbözőbb nyomásértékeket tudják létrehozni. A ballont a nyelőcsőben a bal pitvar magasságába vezetik: a szívactiók által kiváltott nyomásváltozásokat a ballon átveszi, a folyadék közvetíti, és a kathéter proximalis végére szerelt nyomásmérő elektromosan regisztrálja.

A ballon bevezetése után abban lépcsőzetesen emelik a nyomást (innen a módszer másik német elnevezése: Stufenoszillographie). Amikor a ballonnyomás eléri a bal pitvari nyomást, kapják a legmagasabb kilengéseket. A ballonnyomás további emelésekor a kilengések ismét csökkennek. A módszer pontossága szerzők szerint plusz-mínusz 3%. A normális görbe, melyet így nyernek, igen hasonlít a vénás sphygmogrammhoz. A vizsgálatok során nyert különböző típusú görbékből a bal pitvar nyomásán túlmenően következtetni lehet a billentyűhiba jellegére és stenosis esetében annak súlyossági fokára is.

Szerzők 23 mitralis vitiumos betegnél végezték el párhuzamosan mindkét vizsgálatot (oeag. és ultrahang-kardiographia). *Eredményeik:* 11 mitralis stenosisos betegnél teljesen egybehangzó eredményt kaptak. Hat mitralis insufficientiás betegen 4 esetben egyeztek meg az eredmények. Leginkább eltértek az eredmények a combinált hibáknál: a legtöbb azonban haemodynamikailag még nem volt jelentős fokú.

Deli László dr.

Jobboldali aortaív ellenoldali veleszületett subclavia steal syndromával szövődve. Victorica, B. E., van Mierop, L. H. S., Elliot, L. P. (Dept. of Radiology, Shand's Teaching Hospital of the University of Florida, Gainesville, Florida): The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine 1970, *108*, 582—590.

Az irodalom öt olyan betegről tud, kiknél intra vitam diagnosztizálták a jobb oldali aortaív subclavia steallel való szövődését. A közlemény két esetet ismertet kazuisztikai részletességgel.

Az egyik 2 éves lány, kinél Fallot-tetralogia mellett észlelték az anomáliát. A cyanosis és zörej mellett feltűnő volt, hogy normalis jobb oldali radialis pulsus mellett a bal oldali alacsony amplitudójú volt, s bal oldalon a tensio is alacsonyabb volt. A nyelőcsövön az aortaív jobb oldalon adott benyomatot, oldalfelvételen benyomat nem látszott. Angiocardiogramm a Fallot-tetralógia elváltozásai mellett a pulmonalis törzsből telődő ductus-diverticulumot mutatott, s a bal subclavia kezdeti szakasza nem, distalis része pedig csak későbbi fázisban a vertebralis felől telődött.

A másik beteg 2 hónapos leánycsecsemő nagy kamrai septumdefectussal, jobb oldali aortaívvel. Bal oldalon a brachialis és radialis pulsus az ellenoldalihaz képest csökkent amplitudójú volt. Angiographia során a nyelőcsövet hátulról benyomó aortaív diverticulumot találtak kamrai septumdefectus mellett, s a bal subclavia distalis része késői fázisban telődött a vertebralis keringés irányából.

A közlemény foglalkozik az anomalia fejlődésmechanizmusával és ismerteti lehetséges variánsait. Az elváltozás feltehetően nem nagyon ritka, ezért célszerű jobb oldali aortaív észlelésekor a két kar pulsus és tensioviszonyát megvizsgálni: a baloldali radialis pulsus csökkent amplitudója és a bal karon mért alacsonyabb vérnyomás felveti a jobb oldali aortaívvel szövődött a. subclavia atresia és subclavia steal gyanúját.

Laczay András dr.

Súlyos fokú traumás haemolysis és endocarditis az aorta fascia-billentyű plasticájánál. Straub, P. W.,

Rothlin, M. (Med. Univ. Klinik, Chirurgische Univ. Klinik A, Kantonsspital Zürich.): Dtsch. med. Wschr. 1969, *94*, 2212—2214.

17 éves férfi betegen, 22 hónappal az aorta-billentyű helyébe történt fascia-billentyű implantálása után súlyos fokú traumás haemolysis alakult ki subacut bacteriális endocarditis tünetei keretében. A haemolysis miatt a testazonos billentyűprothesist golyóbillentyűvel kellett pótolni. Azóta enyhe fokú, kompensált, mechanikus haemolysis áll fenn.

(Műanyagokkal történt aortabillentyűpótlás után a mechanikus haemolysis nem ritka, sőt haemolysis nem operált, súlyosan destruált aortabillentyűvel élő vitiumos betegeknél is bizonyítható. Jelen esetnek az ad érdekességet, hogy autolog billentyű beültetését követte olyan súlyos mechanikus haemolysis, hogy a billentyűt el kellett távolítani, és heterolog billentyűvel pótolni, ref.)

Mivel a Coombs-test ismételten negatív volt, nem volt lymphocytosis, és mivel a haemolysis csak 22 hónappal a beültetés után manifesztálódott, nem lehet szó a lázas, postcardiotomiás syndroma keretében kialakult autoimmunisatióról.

Deli László dr.

Alupent alkalmazása a gyermekkori pharmakodynamiás phonokardiographiában. Rautenburg, H., W., Knoll, M. (Die Kinderklinik der Justus—Liebig-Universität Giessen): Die Medizinische Welt 1970, *21*, 1319—1325.

A szerzők bevezetőjükben ismertetik az Alupent pharmakológiai hatásait: a szív béta receptorait izgatja, positiven chrono-, ino- és dromotrop. Az arteriolákat tágítva a perifériás ellenállást csökkenti, a systolés nyomást kissé emeli, a diastolést mérsékelten csökkenti, így a vérnyomásamplitudó alig változik. A bronchodilatator hatás a phonokardiographiában elhanyagolható.

62 különféle szívbetegségben szenvedő, ill. egészséges gyermeket vizsgáltak. Az Alupentet intramuscularisan adták (25 kg alatti gyermeknek 0,25 mg, efölött 0,50 mg). A hatás beállát a frequentia szaporodásából ítélték meg. Az előzetes vizsgálatok eredményei alapján a nyugalmi felvétel után az injectiót követő 5., 8. és 10. percben ismételték meg a szívhangfelvételeket.

Eredményeik: Az I. szívhang amplitudója egészséges gyermekeken nőtt, a II-é csökkent. Hasadt II. hang esetében a két hangkomponens közti távolság csökkent. 10 esetben, ahol nyugalomban zörejt nem hallottak, a vizsgálat folyamán accidentalis mesosystolés zörej keletkezett (a véráramlás sebességének fokozódása miatt).

Accidentalis systolés zörejek: 10 esetet vizsgálva valamennyiben a zörej amplitudója kifejezetten növekedett (a kiindulási érték 2—3-szorosára). A zörej keletkezési időpontja közelebb került az I. hanghoz. A legkifejezettebb hatást a 8. és 10. percben látták.

Kamrai septum defectus pulmonalis hypertonia nélkül: a holosystolés zörej nem mutatott jellegzetes módosulást.

Kamrai septum defectus Eisenmenger reactióval: csak 2 ilyen esetük volt, mindkettőben a zörej kifejezetten erősbödött.

Pitvari septum defectus: valamennyi esetben a systolés zörej sokkal kifejezettebbé vált, időtartama is megnyúlt.

Ductus Botalli persistens: 5 esetet vizsgáltak. Az eredmény: minden esetben hangosabb lett a zörej systolés összetevője, a diastolés komponens halkult vagy eltűnt.

Pulmonalis stenosis ép kamrai septummal: a systolés zörej amplitudója legalább a kiindulási érték duplájára nőtt.

Aorta stenosis: a pulmonalis stenosishoz hasonló hatás észlelhető.

Fallot tetralogia: 4 esetet vizsgálva a systolés zörej amplitudója egyértelműen csökkent.

A *teszt előnyei:* 1. Segítségével a pitvari és kamrai septum defectus zöreje jól elkülöníthető (előbbi hangosabb lesz, utóbbi intenzitásában többnyire nem változik); 2. a pulmonális hypertoniával társuló, illetve anélküli kamrai septum defectus egymástól elkülöníthető; 3. míg az amylnitrit próba során több veleszületett szívhiba systolés zöreje halkul (Fallot tetralogia, kamrai septum defectus, esetleg a pitvari septum defectus is), addig az Alupent csak a Fallot tetralogia systolés zörejét halkítja.

Pálossy Béla dr.

A szív angiosarcomája. Hager, W., Kremer, K., Müller W. (Medizinische Klinik und Poliklinik des Klinikum Essen der Ruhr-Universität): Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 680—684.

A szerzők 45 éves nőbetegükben klinikai vizsgálattal a szívben angiosarcomát diagnosztiztáltak. A daganat a bal pitvarban helyezkedett el, a szerzők tudomása szerint korábban e helyen nem ismertettek angiosarcomát. Műtét során eltávolították a tumort és ezt követően a szívet besugározták. A beteg 3 évvel később életben van. Az irodalomban 49 primaer angiosarcoma esetet ismertettek a szívben, ezek közül 9 esetet élőben diagnosztiztáltak. Rendszerint a pulmonalis vénás folyás elzáródásának tüneteit észlelték vagy ismétlődő pericardialis bevérzéseket találtak. Hangsúlyozzák, hogy korán végzett diagnosztikus próbákkal ki kell zárni malignus szívtumorok lehetőségét; ma már a kórkép sebészi gyógyítására lehetőség van.

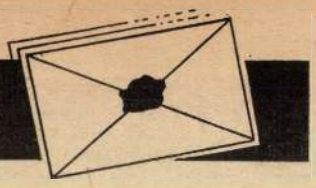
Honti József dr.

Actihaemyl, adjuvans a cardialis therápiában. Lordick, H. (Innere Abteilung des Städtischen Krankenhauses Bad Tölz): Münchener Medizinische Wochenschrift 1970, *112*, 289—300.

Kísérletes vizsgálatok szerint az actihaemyl (fehérjementesen standardizált vérkivonat) fokozza a sejthomogenizatum, a mitochondriumok oxygenfelvételét, javítja a szervezet oxygen felhasználását hypoxiás körülmények közt, fokozza az ATP synthesisét a mitochondriumokban, fenntartja a kálium gradienst a vesekéreg sejtjei és az extracellularis tér közt, fokozza a szívizomzat glycogenapositóját, elősegíti az infarcerált szívizom területén a reparativ folyamatokat. A kedvező kísérleti és biztató klinikai eredmények alapján a szerző *(Ref.:* aki a kálium-magnesium-aspartat kezelés egyik bevezetője is) 110 betegén vizsgálta e készítmény hatásosságát a következő megbetegedésekben: oedemával járó szívelégtelenség, ún. száraz decompensatio életveszélyes szövődményekkel, súlyos rhythmuszavarok (pitvari tachycardia, salvekban jelentkező extrasystolia), különböző súlyosságú myocardialis infarctus, súlyos angina pectoris elhalás nélkül. Kontrollként intézetének beteganyagát választotta az actihaemyl kezelés bevezetése előtt (azonos kórképek, életkor és nem szerint). Az alapkezelés mindkét csoportban: ágynyugalom, diaeta, infarctusban anticoagulans kezelés és fájdalomcsillapítás a glycosida adagolás mellett. A vizsgált beteganyagban ezt a kezelést egészítették ki actihaemyllel 10—40 ml-es adagban. Összesítésben a következő eredményeket érte el: a kontrollcsoportban a betegek 45%-a javult, 55%-ban a kezelés hatástalannak bizonyult. Az actihaemyllel kezelt betegek 65%-a javult a nem reagáló 35%-kal szemben. Lényeges mellékhatást egyetlen esetben sem észlelt.

Pálossy Béla dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A cytologiai vizsgálatok értékéről a tüdő malignus daganatainak diagnostikájában.

T. Szerkesztőség! Ászity Mirjána dr. és mtsai „A cytológiai vizsgálatok értéke a bronchopulmonalis malignus tumorok diagnosztikájában" c. közleményéhez (Orv. Hetil. 1971, *112*, 913—916.) az alábbi megjegyzést fűzzük.

Érdeklődéssel olvastuk tapasztalataikat, már csak azért is, mert „számos hazai szerző" között mi magunk is véleményt alkottunk (Barna K. dr. és mtsai: „Kombinált festési eljárás a célzott katheterbiopsiás szivadék cytológiai diagnosztikájában" címmel a Tuberkulózis és Tüdőbetegségek c. folyóirat 1968. 21. évf. 166—169. oldalán) a cytológiai diagnosztikáról — ha nem is tűnt fel a szerzőknek.

Éppen mert hasonló diagnosztikus módszert tettünk vizsgálat tárgyává, tapasztalataikkal és állásfoglalásukkal egyetértünk; különösen figyelemre méltó 1 téves pozitív eredményük, amely még csak alátámasztja vizsgálataik pontosságát (nem derül ki, hogy ez milyen vizsgálati anyagból adódott, és az sem, hogy a negatív cytológiai véleménnyel egyezett vagy nem egyezett a histológiai vizsgálat — ami viszont annak az értékét jelezheti).

A dolgozat utolsó előtti fejezete különösen jelentősnek említi a cytológia szerepét a: „...kicsinységük miatt a szövettani feldolgozás során vizsgálatra alkalmatlanná vált, de cytológiai módszerrel jól feldolgozható anyagok, így elsősorban katheterbiopsiával nyert szöveti részecskék esetében". Munkánk éppen ezzel a kérdéssel foglalkozott, s míg a szerzők anyagában: „ilyen eset ...10 volt 46 biopsia közül", munkánkban feldolgozott 50 — bronchoskoppal, ill. célzott katheterbiopsiával vett — anyagból: 26 (52%) volt pozitív és 11 (22%) gyanús — ez utóbbiakat műtét vagy histológiai vizsgálat pozitívnak igazolta — így eljárásunk dg. értéke 37 igazolt pozitív észleléssel 74%. 7 (14%) negatív cytológiai véleményünkben műtét, ill. szövettani vizsgálat sem állapított meg daganatot. 1 (2%) hamis pozitív véleményünket a biopsia és műtét nem igazolta (a műtéti indicatio klinikai és radiológiai kritériumokon alapult). 1 hamis negatív (2%) véleményünket a histológiai vizsgálat és bronchoskopos vizsgálat daganatnak véleményezte (műtét nem történt).

Tehát a fejezetben felvetett kérdés jogos, és mint vizsgálatainkból kitűnt, a katheterbiopsiás (vagy bronchoskopos) szivadék cytológiai vizsgálata értékes diagnosztikus eljárás. Ugyancsak felhívtuk a figyelmet közleményünkben az akridinorange-fluorescens, Pappenheim combinált festési eljárás hasznára; az előbbiben az ecetsavas előkészítés önmagában is jobb cytomorphológiai áttekinthetőséget jelent a Pappenheim- vagy Giemsa-festésben, az akridin-orange-fluorescens vizsgálatot nem is szükségszerű elvégezni.

Örülnénk, ha a szerzők további diagnosztikus munkálkodásukban eljárásunkat sikerrel alkalmaznák.

Barna Kornél dr.
Bánhidi Endre dr.
Petrovics Etelka dr.

T. Szerkesztőség! Barna Kornél dr. és mtsai hozzászólását köszönettel vettük, annál is inkább, mivel e téren végzett munkásságukat ismerjük és a levelükben kihangsúlyozott egyetértésük megerősíti a mi állásfoglalásunkat. A Tuberkulózis és Tüdőbetegségek c. folyóiratban megjelent közleményükre az eltérő témaválasztás miatt nem hivatkoztunk. Közleményük címe is jelezte, hogy kombinált cytologiai festési eljárás értékelését tűzték ki célul. A mi közleményünk alapvető célkitűzése pedig annak a fontos kérdésnek a tisztázása volt, hogy miben módosítja a cytologiai vizsgálatok alkalmazása a bronchologiai műszeres vizsgálatok indicatióját.

A hozzászólásban felvetett kérdésekre az alábbiakban válaszolunk. Egy téves pozitív cytologiai leletünk volt (127 primaer malignus tüdődaganatos beteg képezte a vizsgálati anyagot). E betegen végzett catheter-biopsia szöveti vizsgálata negatív volt és a később elvégzett resectio specimen vizsgálata kizárta a malignitast. A cytologiai vizsgálat szembetűnő előnyeit a szövettani feldolgozással szemben mind *Barna dr.* és mtsai, mind a mi eredményeink bizonyítják, különösen a bronchusváladék és a különböző biopsiás módszerekkel nyerhető kis anyagmennyiségek vizsgálatánál. A hozzászólásban részletezett eredmény összehasonlítás azonban véleményünk szerint irreális, mert egyrészt különböző anyagvételi methodusok cytologiai eredményességét hasonlítja össze, másrészt a hozzászólók cytologiai diagnosisukban hármas klasszifikációt használnak, éspedig tu.-sejt pozitív, gyanús és negatív jelzést, mi pedig, mint azt ki is hangsúlyoztuk „határozottan daganatsejtre pozitív, vagy negatív leletet adtunk ki..."

A hozzászólók által ajánlott akridinorange — fluorescens, Pappenheim festési eljárással nincs tapasztalatunk, azonban a Giemsaféle és akridinorange fluorescens festési metodikát rutinszerűen alkalmazzuk és szimultán használatuk előnyeiről, valamint a hibaforrásokról a Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Kelet-magyarországi Csoportjának legutóbbi ankétján számoltunk be. A hozzászólók által ajánlott festési módszer előnyeiről csak nagy anyagon végzett összehasonlító vizsgálatok útján tudnánk meggyőződni, azt hisszük azonban, hogy erre is érvényes a közleményünkben szereplő *Sassy-Dobray* idézet: „nem a festési mód a döntő, hanem az, hogy a vizsgáló melyiket szokta meg és milyen tapasztalattal rendelkezik".

Barna dr. és mtsai hozzászólását a fenti kérdések tisztázása mellett azért is hasznosnak tartjuk, mivel ismételten lehetőséget nyújtott számunkra azon nyilvánvalóan egyetértő véleményünk kifejezésére, hogy a cytologiai vizsgáló módszer nagymértékben megkönnyíti az igen súlyos prognózisú mellűri rosszindulatú daganatos betegek kivizsgálását és számos esetben lehetőség nyílik a beteg számára nagy megterhelést jelentő biopsiás eljárások mellőzésére.

Ászity Mirjána dr.
Ászity Mirjána dr.
Pálfy Roland dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Fortschritte der Haematologie. Bd. I. Barth Verlag, Leipzig. 1970, 134 ábra, 101 tbl. Ára: 72 DM.

A szak- és kézikönyvek gyorsan elavulnak, mert már megjelenésük közben új eredmények válnak ismeretessé, új kutatási területek alakulnak ki és korszerűbb vizsgálóeljárásokat írnak le. Ezért helyesebb olyan könyvek kiadása, amelyek egy-egy tudományág fejlődéséről adnak számot. Ezt a célt szolgálja a Fortschritte der Haematologie is. E. Perlick, W. Plenert és O. Prokop a DDR professzorai, szerkesztik. A négy kötetre tervezett mű egyes köteteinek a tárgyát a vörösvérsejt-rendszer, a fehérvérsejt-rendszer, a véralavadás, illetve a transplantatio terén elért felfedezések és azok kilátásai képezik.

Az I. kötet a protektinek, a vörösvérsejtrendszer physiológiájának válogatott fejezeteit, a thrombocyták immunológiáját és a vércsoportok immunchemiáját tartalmazza. Már a témák összeállításából kitűnik, hogy a legidőszerűbb problémák kerülnek tárgyalásra. A 15 fejezetet természetesen helyhiány miatt részletesen nem ismertethetem, csupán a lényegre hívom fel a figyelmet.

Protektine. O. Prokop und *G. Uhlenbruck.* A gerinctelen állatokon új vércsoport antigének kutatása közben Prokop és Schlesinger egyes csigák fehérjemirigyeiben olyan antitesteket találtak, amelyek az emberi A csoportba tartozó vörösvérsejtek ellen irányulnak és megjelölésükre igen találóan helix után anti-A_{hel} megjelölést ajánlották. Miután a különböző serológiai és chemiai vizsgálatok arra utaltak, hogy ezek a csigák által lerakott peték védekező mechanismusában játszanak szerepet, különböző halak, pisztráng, lazac stb. ikráit kezdték vizsgálni és ugyancsak antitesteket mutattak ki, amelyeket az antigen és a hal kezdőbetű szerint anti-B sal-nak, anti-H per-nek, anti-P_{rut} -nak jelöltek, majd az antitesteket egy csoportba foglalva protektineknek nevezték el.

Reaktionen von Mikroorganismen mit Protektinen. W. Köhler. A protektinek felfedezését és vércsoport aktivitását újabb megfigyelés követte, kiderült, hogy az escherichia coli egyes törzseit agglutinálják. Miután régóta ismeretes, hogy a mikroorganismusok falában a szénhydrát configuratio immundomináns csoportja megfelel a vércsoport-anyagoknak vagy messzemenőleg hasonlít azokhoz, ezért a protektinek agglutináló hatását vizsgálta különböző baktériumtörzsekre. Csakhamar kitűnt, hogy a különböző eredetű protektinek más és más csoportba tartozó streptococcusokat agglutinálnak, így az anti-A hel a haemolisáló streptococcusok közül csak a C streptococcussal reagál, tehát az eljárás diagnosztikus célra is felhasználható.

Untersuchungen zur Specifität der Helixagglutinine. G. Uhlenbruck, G. J. Pardoe und O. Prokop. A helix agglutininek specifitásának vizsgálatával kapcsolatosan az A receptor elrendeződését a vörösvérsejtek felületén diszkutálják. A helix antigeneknek a legnagyobb jelentőségét az onkológiában tulajdonítják, miután az anti-A hel a tumorsejteknek egész sorát agglutinálja.

Haemoglobine und Haemoglobinopathien. S. R. Hollán. Mindenekelőtt a normális és kóros haemoglobin (hb.) molekuláris struktúrájának biochemiáját és genetikáját vázolja, majd a laboratóriumi módszereket ismerteti. A Betke—Kleihauer savi elutiós módszerrel a vérkenetben jól elkülöníthető az F és a felnőttkori A hb., de ennél megbízhatóbb a saját urea eljárása, mely sokkal szelektívebben hat a felnőttek vörösvérsejt-membránjára. Ezután a haemoglobinopathiákat tárgyalja, az ismertebb kórképeken kívül foglalkozik a labilis hb. betegséggel, a congenitalis cyanosist okozó M hb. zavarral, ahová a szerző által leírt Kiskunhalas hb. is tartozik és a fokozott oxygénaffinitás miatt fejlődő polyglobuliás kórképpel. Tárgyilagosan állíthatom, hogy ezt a nehéz részt, amelyben az elváltozás molekuláris szinten történik, oly világosan és könnyen érthetően írta meg, hogy egyike a legjobban sikerült fejezeteknek.

Störungen der Erythropoese medikamentösen Ursprungs. J. Libánsky. A gyógyszerek által okozott zavarai az erythropoesisnek acut haemolytikus anaemiában vagy közvetlen csontvelő-ártalomban nyilvánulhatnak meg. Előbbi esetben három pathogenetikai mechanismus jöhet tekintetbe: 1. a vörösvérsejtek genetikus ártalma enzymopathia vagy hb. anomalia; 2. a pharmakon aktiválja az antitesteket; 3. a gyógyszer a sejtmembrán vagy a sejtmetabolismus károsodását okozza. Az erythropoesis zavara izolált erythroblastophthisisben vagy csontvelő aplasiában jelentkezhet. Végül az anticonvulsiv szerek hatására fellépő megaloblastos anaemiáról számol be.

Exogene Methaemoglobinaemien. H. Banaschak. A bevezetésben rámutat arra, hogy a normális vörösvérsejt is tartalmaz kevés hb. III-at, a vörösvérsejt-anyagcserének ezért egyik legfontosabb funkciója az oxyhaemoglobinból képződő hb. III-nak a visszaalakítása funkcióképes hb.-ná. Ebben a leglényegesebb szerepet az enzim redukciós rendszer játssza. Az exogen methaemoglobinaemia oka a NAD-tól függő methaemoglobin-reductase aktivitáscsökkenése vagy hiánya. A redox festékek is methaemoglobinaemiában a haemoglobin III-reductase útján fejtik ki hatásukat.

Elektronoptische Untersuchungen zur Funktion des roten Blutzellsystems. H. Löwe. A referátum szerint az erythroblastokban a sejt összes organelluma kimutatható, azonban endoplasmás reticulum és Golgi-apparatus ritkán fordul elő. Az érés folyamán a magon kívül a mitochondriumok egy részét is elvesztik. A reticulocyták basikus hálózatát ribosomák képezik, tehát részt vesznek a fehérjesynthesisben. Az érett vörösvérsejt membránballonnak felel meg, ez magyarázza a nagyfokú plasticitást, belsejében a hb. parakristályos állapotban helyezkedik el. A membrán felépítése hasonló mint más biológiai membráné, két osmiophil réteg egy osmiophob lemezt zár be, de még ma sincs eldöntve, hogy lamellaris vagy mozaik struktúrája van.

Erythrozytenmembran. L. Lacko. A membrán funkcióját kimerítően tárgyalja. Ismerteti azokat az anyagokat, amelyek számára átjárható, illetve, amelyeket visszatart. Az ion transport mechanismusának vázolását követi az anorganikus phosphat permeabilitás és a cukor, valamint az aminosav transport elemzése.

Mitotischer Zyklus in erythropoetischen Zellen in lebenden Zustand. E. G. Rondanelli und E. Megliulo. Mikroszkópon és fáziskontraszt-mikrokinematográfiával vizsgálták az erythroblastok mitosis ciklusát. Morphológiai szempontból eltérést találtak a normális és a kóros erythroblastok oszlása között. Biermer anaemiában a megaloblastok körül a telophasisban apró hólyagocskák jelennek meg, ami ezen kívül csak a histiocytáknál fordul elő, tehát újabb bizonyítéka annak, hogy a promegaloblastok a histiocytákból képződnek. Kimutatták továbbá, hogy perniciosában a megaloblastok mitosis ideje rövidebb és B_{12}-vitamin kezelésre megnyúlik.

Normale und pathologische Kinetik der Erythroblasten. E. Bianchini. A tanulmány e rendkívül komplikált probléma mai állásáról részletes és egzakt beszámolót nyújt. Az erythroblastok fejlődése, vagyis a generatiós idő proliferatiós és érési szakaszból áll. Az őssejteknek újabban kétféle típusát különítik el: az egyik csak oszlik, differenciálódni nem képes, egyetlen feladata új leánysejtek termelése, a

másik nyugalmi állapotban van, ebből differenciálódnak az érett vörösvérsejtek. A mitosis lefolyása után csak bizonyos idő múlva kezdődik a DNS synthesis, az intermitotikus idő; a praesynthetikus intervallumból, a DNS synthesisből és a postsynthetikus periódusból áll. A generatiós idő meghatározásának csak mennyiségi szempontból van jelentősége, a vörösvérsejtek kinetikájában a mitosis és az intermitotikus szak vizsgálata mélyebb betekintést enged. A kinetika különböző mechanizmusának a zavara játszik szerepet az abszolút és a relatív csontvelőinsufficientia keletkezésében. Csökkenhet az őssejtek differenciálódása, meglassulhat az átfutási idő a proerythroblasttól az ortochromasiás fázisig, megkevesbedhet a mitosis a polychromasiás elemekben vagy érési block jöhet létre a basophil erythroblastokban.

Neurohormonale Regulation der Erythropoese. W. N. Tschernigowski, S. J. Schechter und *A. J. Jaroschewski.* A szerzők leszögezik, hogy az erythropoesis intenzitását főleg a szövetek O_2-tartalma határozza meg, de szabályozza még az idegrendszer, az erythropoetin és egyes belsősecretiós mirigy. Az idegrendszer impulsusainak direkt átadása a csontvelősejteknek nem bizonyítható, stimuláló humorális mediatorok megjelenése a vérben azonban objektivizálható. Az erythropoetin chemiai tulajdonságait, képződési helyét és erythropoetininhibitor keletkezését részletezik. A belső secretiós mirigyek hormonjai közül az oestrogenek gátló, az androgenek stimuláló hatását emelik ki az erythropoesisre.

Strahlenhaematologie. A. Morczek. A sugárhaematológiai kutatáshoz újabb ösztönzést adott a magenergia sokoldalú felhasználása a diagnosztikában és a therapiában. A haematológiai effektusa reaktív, degeneratív és regeneratív jellegű lehet. A legnagyobb érdeklődést a biochemiai hatás váltotta ki, a DNS synthesis gátlása nyomán ugyanis csontvelő-insufficientia fejlődhet. Részletesen elemzi a sugár hatását a csontvelőre, a lépre és a nyirokcsomókra, vázolja a perifériás vér elváltozását, a véralvadás zavarait, továbbá a leukaemia genesist. Majd felhívja a figyelmet, hogy a latens sugárártalom teszt eljárásokkal mutatható ki, ilyen többek közt az adrenalin teszt.

Knochenmarkkulturen. G. Rappay. Ismerteti a különböző tenyésztési eljárásokat és az explantatum vizsgálatának korszerű módszereit, beszámol a humoralis és más faktorokról, amelyek a csontvelősejtek mitosisát serkentik. A kóros sejtek oszló és növekedési kapacitásának megbeszélése után a hormonok, a cytostatikus és a cytotoxikus anyagok támadáspontját és hatásmechanismusát tárgyalja. Végül újszerűen és egyéni módon mutat rá a csontvelőtenyésztés elméleti és gyakorlati jelentőségére.

Thrombocytenimmunologie. A. Májsky. A vérlemezkék isoantigénjeit három csoportba sorolja: a vércsoportantigének hasonlítanak a vörösvérsejtekéhez, a histocompatibilitási antigenek megfelelnek a leukocytákénak, csak gyengült formában és kisebb számban vannak jelen és végül a specifikus antigének csak a thrombocytákban találhatók. Utána ezek biochemiáját tekinti át. A thrombocytaantitestek közül az isoantitestek vér- vagy vérlemezke-transfusio és terhesség után, transplantatio alkalmával, trophoblastos megbetegedésben lépnek fel, allergiás ellenanyagok gyakrabban, autoantitestek csak kivételesen észlelhetők. Az autoimmun-thrombocytopenia létezését diszkutálja. Véleménye szerint ugyanis a legritkábban fordul elő, hogy az autoimmunisatio összes feltétele kimutatható. A beszámolót a thrombocytaantitestek kimutatásához használatos módszerek ismertetése egészíti ki.

Immunochemistry of blood group active substances. G. Uhlenbruck and Grace I. Pardoe. Áttekintést adnak a vércsoportanyagok immunchemiai kutatásának mai állásáról, ezeknek chemiai természetéről, biosynthesiséről, továbbá enzimes és chemiai lebontásukról.

A recenzióból is kitűnik, hogy a könyv mennyire megfelel a célkitűzésnek. Az egyes fejezeteket a szak elismert képviselői írták, akik mindenekelőtt a kérdés jelenlegi állását exponálják, majd az elért eredményeket világosan és tárgyilagosan ismertetik, valamint értékelik. Minden részt német, orosz, angol és francia nyelvű rövid összefoglalás és részletes irodalom zár le. A szerkesztők érdeme, hogy a különböző szerzők által írt tanulmányok arányosak, jól összehangoltak és stílusuk egységes. A kiadvány nemcsak a haematológusoknak nyújt értékes adatokat, hanem a pathológia, onkológia és immunológia területén dolgozó orvosok is sok impulsust nyerhetnek belőle. Külön örömet jelent, hogy a további kötetekben is egyes fejezetek megírására magyar szerzőket is felkértek.

Barta Imre dr.

H. Kleinsorge—K. Rosner: Taschenbuch der diagnostischen und therapeutischen Technik. 261 Abb. 700 old. Veb Gustav Fischer Verlag, Jena, 1969.

A könyv 3 nagyobb, a bevezető, az általános és a specialis részre tagolódik.

A bevezető (36 old.) az orvos felelősségét és feladatait elemzi. Helyesnek tartják, hogy a beteget a betegségéről, a műszeres és therapiás eljárások szükségességéről lehetőleg minél teljesebben — de psychés ártalmat nem okozó mértékben — felvilágosítsák. Minden orvosi beavatkozásért (injectio, vérvétel) az orvos felelős még akkor is, ha azt segédszemélyzet (középkáder) végzi. Iv., im. injectiót csak orvos vagy több éves gyakorlattal bíró segédszemélyzet adhat, azonban ennek technikai részleteit az orvos állandóan ellenőrizze, közben a beteget is vizsgálja meg.

Az általános rész (68 old.) a desinficiálással, a desinsectálással, a műszerek sterilizálásával, az injectiós, az infusiós, a transfusiós tevékenység és a test felszínén kivihető punctiók (csontvelő, mirigyek, felületes tumor, vénasectio) technikájával, majd a védőoltásokkal és ezek rendszerességével foglalkozik.

A speciális részt (506 old.) 15 főcímet viselő fejezet képezi: (fej, nyak és pajzsmirigy, mellkas, érrendszer, has, urológia, gynekologia, terhesség és szülés, psychiatria és neurologia, anaesthesiologia, újraélesztés, sebészet, orthopaedia, dermatologia-venerologia, allergiás betegségek, rtg, stomatologia, biológiai minták beküldésének előírásai). E fejezetekben felsorolják az irányító jellegű lényegesebb anamnesticus kérdéseket, az inspectióval megállapítható kóros elváltozásokat, ezek felismerésének és értékelésének jelentőségét, a műszeres beavatkozások indicatióját. E speciális részben — ilyen tagoltság mellett is kidomborodik a könyv értékes és igen megszívlelendő állásfoglalása: egyrészt bármely speciális szak számára nélkülözhetetlen a betegek általános orvosi vizsgálata, másrészt jól felszerelt ambulans rendelőben megfelelő speciális műszerekkel a szakorvosi teendők egy részét is el lehet végezni, ill. azokkal complettálni a systematicusan gondos orvosi vizsgálatot.

A 260 ábra zöme a műszereket és alkalmazásuknak módját könnyen érthető formában demonstrálja. A könyv szándékosan nem közli a „functiós próbákat", hogy a vizsgáló orvos figyelmét az anamnesis, az orvosi vizsgálati adatok, valamint a műszeres vizsgálatok eredményeinek együttes értékelésére irányítsa, mely már az első alkalommal is döntő lehet. A klaszszikus értelemben vett orvosi vizsgálat gondosságának és körültekintően aprólékos részleteinek jelentőségét hangsúlyozzák.

A könyv — melyet klinikát, ill. klinikai vagy kórházi osztályt vezető, nagy gyakorlattal bíró 22 orvos írt — igen hasznos medikusoknak, orvosoknak, de specialistáknak is. A 700 oldal terjedelem miatt zsebkönyvnek alig nevezhető, de igen értékes munka. A hibátlan nyomdatechnika, a jó minőségű papír a szerkesztők, ill. a szerzők és a kiadó gondosságát dicsérik.

Dán Sándor dr.

Alkoholfogyasztás és alkoholizmus. Szerkesztette: Métneki János dr. 1970. Medicina Könyvkiadó, Budapest, A gyakorló orvos könyvtára, 159. kötet, 197 old. Ára: 19 Ft.

Minden gyakorló orvos — de különösen a körzeti orvos — napi munkája során rendszeresen találkozik az alkoholfogyasztás és az alkoholizmus egészségügyi problémáival. E problémák megoldása gyakran nagyon nehéz. Éppen ezért időszerű, hogy A gyakorló orvos könyvtára című sorozat végre önálló kötetet szentelt ennek a fontos témának. A Métneki János dr. szerkesztésében megjelent könyvecske elsősorban a gyakorló orvos igényeit tartja szem előtt, de a mindennapi ellátási gondok megértéséhez és megoldásához szükséges ismeretanyagnál jóval többet ad. A kötetet az alkoholizmus ismert hazai szakértői írták.

A bevezető fejezet Métneki János dr. munkája. A szerző ebben áttekinti az alkoholélvezet történetét Magyarországon, és ismerteti az alkoholizmus elleni szervezett küzdelem múltját. Leírja az alkoholizmus elleni küzdelem jelenlegi helyzetét, az ivási szokásokat és ezek változásait hazánkban, és útmutatásokat ad az alkoholizmus elleni felvilágosító munkához.

Fejér A. György dr. a heveny és idült alkoholmérgezés pathophysiológiáját írja le, részletesen, sok adattal. Kitér az alkohol egyes szervekre gyakorolt károsító hatására. A szerző saját anyagából feltűnő tényt közöl: a krónikus alkoholisták között nagy számban talált kóros EKG-görbéket, szívizom-károsodást. Feltételezi, hogy az alkohol mértéktelen fogyasztásának sztresszhatása és anyagcserezavarokat okozó befolyása meggyorsítja a cardiosclerosis kifejlődését.

Kardos György dr. fejezete, Az alkoholizmus és az alkoholista címen, a könyv egyik legértékesebb része. Kardos dr. igen világosan rajzolja meg az alkoholizmus kialakulásához és fennmaradásához vezető szomatikus, személyiséglélektani és társaslélektani tényezők összjátékát. Közli saját vizsgálatainak eredményeit, amelyek igen figyelemreméltóak. Megállapítja, hogy a kezelt alkoholisták között csökken a szellemi foglalkozást űzők aránya, és növekszik a jól kereső segédmunkásoké és betanított munkásoké. A kezelt alkoholisták között egyre több a fiatal. Kardos dr. szerint ez a jól kereső, fiatal populáció nem tudja értékes tevékenységgel kitölteni szabad idejét, az alkoholhoz viszont hozzájut, meg tudja fizetni. Ezek között az alkoholisták között nagyobb számban van alacsony IQ-ű ember, mint az átlagnépességben. Nagyon fontos része a tanulmánynak a társadalmi, társaslélektani befolyások elemzése. Kardos dr. kimutatja, hogy a kultúra ivással kapcsolatos toleranciája hogyan határozza meg az alkoholisták számát és viselkedését. A női alkoholizmus sajátosságait Kardos dr. a nők ivásával szembeni különösen elítélő társadalmi attitűdökből vezeti le. A neurótikus és egyéb személyiségfejlődési zavarokból eredő szimptómás alkoholizálás szerepét az alkoholizmusban kellően méltatja. Jellinek osztályozását módosítva az alkoholos betegségfolyamat négy fázisát különbözteti meg: prodromális fázist (alhohol-philia), imminens fázist (alkohol-addictio), acut vagy kritikus fázist (alkohol-mánia) és chronikus fázist (alkoholdependentia). A négy fázis átmenet egymásba. Az egyes fázisokat a szerző ismerteti, az összefüggéseket táblázatokban, ábrákon mutatja be.

Ugyancsak Kardos dr. munkája a kötet egy későbbi, therápiával foglalkozó fejezete, amelyre szintén a szerző modern, szociálpszichiátriai szemlélete a jellemző. A gyógyszeres elvonási és kezelési sémák kimerítő ismertetése mellett Kardos dr. hangsúlyozza a pszichotherápiás kezelés és gondozás szükségét. Önmagában a mechanikusan alkalmazott averziós kezelés és az intoleranciaszerek adása az alkoholistát nem gyógyítja meg. Az absztinencia a gyógyulásnak csak feltétele, még nem jelent gyógyulást. Maga az absztinencia is főleg emlékeztető kezelési epizódokkal tartható fenn, mivel az averziós kúra feltételes reflexe könnyen kialszik ismételt megerősítések nélkül. Nagy jelentősége van a szociotherápiának, amelyen Kardos dr. olyan csoportokban való integrálást ért, amelyekben a vezető vagy maga a csoport egészséges magatartásideált nyújt. Az intoleranciaszerek és a temperanciaszerek leírásában sok gyakorlati ismeretet kap az olvasó.

Orthmayr Alajos dr. két fontos fejezet szerzője a könyvben, egyikben az alkoholizmus neuropsychiatriai következményeit és ezeknek kezelését írja le, a másikban pedig az alkoholizmus jogi és igazságügyi elmeorvosi vonatkozásait. Az előző fejezetben jól tagolt, világos leírást ad az alkohol okozta ideg- és elmekórtani állapotokról, mindenütt ismertetve az ellátás, a gyógyszerelés szempontjait is. Az utóbbi részben leírja az alkoholistákra és kezelésükre vonatkozó jogszabályokat, ezzel nagy segítséget adva a gyakorló orvosnak az alkoholistákkal való adminisztratív tennivalók megítéléséhez.

Még két fontos fejezetet tartalmaz a könyv, egyik Bálint István dr. munkája, amelynek gondolatmenete két problémát ölel fel. Bálint dr. részletesen leírja az alkoholfogyasztásból és az alkoholizmusból eredő társadalmi károkat, ahol lehet, megkísérli megadni ezeknek a károknak forintmutatóit is, és így kimutatni, hogy az államnak nem is olyan jó üzlet az alkohol forgalmazásából származó évi 6 milliárd forintnyi tiszta jövedelem. Rámutat, hogy reprezentatív felmérések szerint az alkoholizmusnak kihatása van a táppénzes állomány alakulására, a családi életre, a balesetekre. A hátrányos befolyás nem mindig válik nyilvánvalóvá. Ezenkívül Bálint dr. megjelöli a gyakorló orvos tennivalóját az alkoholizmus leküzdése érdekében, abból a valós és őszinte álláspontból kiindulva, hogy az alkoholista a gyakorló orvos számára kellemetlen személy, konfliktusok forrása, akivel szemben az orvos sokszor tehetetlen. Ebből az őszinte képből reálisan fejthetők ki a tennivalók, amelyek mégis a gyakorló orvosra várnak. Hárdi István dr. fejezete az alkoholisták gondozásának gyakorlatáról szól. Hárdi dr. még határozottabban biztatja, serkenti a gyakorló orvosokat az alkoholistákkal való gondozásos foglalkozásra, ehhez elveket, szempontokat közöl. Leírja a gondozónők munkájával szerzett tapasztalatait.

Az alkoholfogyasztással és alkoholizmussal foglalkozó tanulmánygyűjtemény tehát hasznos olvasmány a gyakorló orvosok és alkoholistákkal kapcsolatba kerülő szakemberek számára. Bár több szerző írta, szerkezete egységes, az egyes tanulmányok nem fedik egymást, viszont állításaik gyakran megerősítést, alátámasztást kapnak egy-egy másik tanulmány külön összefüggéséből.

Buda Béla dr.

HÍREK

MEGHÍVÓ

Az MFT Orvosföldrajzi Szakosztályának ülésére

Budapest, 1971. augusztus 11—12.

Az ülések helye: Országos Közegészségügyi Intézet. Budapest, IX., Gyáli út 2—4. „A"-épület, III. emeleti tanácsterem.

Augusztus 11-én, szerdán
10 órakor

I. Megnyitó: *Réti Endre dr.*, a Szakosztály elnöke.

II. Előadások:

Üléselnökök: *Bakács Tibor dr., Kádár László dr.*

1. *Prof. A. T. A. Learmonth* (Anglia): Az orvosföldrajz Nagy-Britanniában 1970-ben.
2. *Berky Lajos dr.* (Magyarország): A mezőgazdasági tájtervezés higiénés problémái.
3. *Prof. E. Ignatiev M. D.* (Szovjetunió): Az orvostörténész szerepe a tájtervezésben.
4. *Lehrner Lóránt* (Magyarország): Az altatószer fogyasztása Székesfehérvár területén.
5. *J. L. Gir dr.* (Canada);
6. *Vargha László Gyula dr.—Lengyel Ádám* (Magyarország): Népi gyógyászat és a gyógynövények földrajza Észak- és Kelet-Magyarországon.
7. *O. Kratochvil* (Csehszlovákia): Az orvosföldrajz jelentősége az orvostudományban.

Augusztus 12-én, csütörtökön
9.30 órakor

I. Előadások:

Üléselnök: prof. E. I. Ignatiev M. D.

1. *Sheila M., Bain M. A.* (Skócia): A szellemi fogyatékosság eloszlása Aberdeenshireben (Skócia).
2. *Durucz István dr.* (Magyarország): A lakáshányad és a szülők jövedelmének hatása a testhossz növekedésére.
3. *Fehér Mihály dr.—György Endre dr.:* A tüdőaszthma orvosföldrajzi vonatkozásai.

II. Szervezeti ülés.

A **Magyar Sebész Társaság Gyermeksebész Szakosztálya** 1971. novemberében Budapesten tudományos ülést rendez.

Tárgy: Csecsemőkori traumatologiai problémák.

E témához csatlakozó előadások bejelentésének határideje 1971. szeptember 15.

Az előadások bejelentésének címe: *Hittner Imre dr.*, Budapest, VIII., Bókay János utca 53. I. sz. Gyermekklinika.

BISECURIN

TABLETTA

Összetétel: 1 tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethyniloestradiolumot tartalmaz.

Hatás: Oralisan alkalmazható ovulatiogátló anticoncipiens hatású oestrogen-gestogen hormonkombináció.

Ellenjavallatok: Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosiskészség, súlyos organikus szívbetegségek, chronicus colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlőcarcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

Alkalmazás és adagolás: A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdeni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Ezalatt szabályos reactiokészség esetén a kezelési szünet 2—5. napján menstruatioszerű vérzés mutatkozik. A hétnapos tablettaszedési szünet eltelte után a következő hét azonos napján ismét el kell kezdeni a Bisecurin tabletta szedését — tekintet nélkül arra, hogy a vérzés tart-e még — és ismét 21 napon át kell szedni. Az egyes kúrák kezdete tehát mindig a hét azonos napjára esik. — Amennyiben a 7 napos kezelési szünet végéig sem jelentkezne vérzés, úgy a kezelőorvosnak kell eldöntenie, hogy újabb tablettaszedési időszak megkezdhető-e.
Ez az alkalmazási mód folyamatosan ismételendő.
A fogamzásgátló hatás rendszeres szedés esetén az egyhetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tabletta bevétele egy napon elmarad, ezt a lehető leghamarabb pótolni kell és a következő tablettát szokott időpontban be kell venni. 2 tabletta bevétele között 36 óránál hosszabb idő ne teljen el, különben az ovulatiogátló hatás folyamatossága nem biztosított. Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség. A kúra első hetében tehát a fogamzásgátlásra biztonsággal számolni nem lehet.

Mellékhatások: Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok, a kúra kezdetén előfordulhatnak s a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

Figyelmeztetés: Varicositásban, epilepsiában, hyvertoniában, depressióval járó psychiátriai kórképekben, a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

Megjegyzés: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

Forgalomba kerül: 21 tabletta, 24 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

QH
1808

Az Egészségügyi Minisztérium járványügyi tájékoztatója 1971. március hóról

Márciusban — az ötéves mediánhoz képest — nagyobb számban fordult elő a salmonellosis és a coli dyspepsia, viszont kedvezően alakult a hepatitis infectiosa, főleg pedig a morbilli és a pertussis morbiditása. Továbbra is sok volt a lyssa fertőzésre gyanús sérülés.

A debreceni tüdőklinikáról és a nyírbátori csecsemőotthonból 13 intézeti *salmonellosis* esetről érkezett jelentés, Vecsésen és Fehérvárcsurgón pedig kisebb halmozódás volt 6, illetve 7 esettel, részben családi fertőzések következtében.

A *dysenteria* morbiditás februárhoz képest emelkedett. Folytatódott a Békés megyei Szabadkígyóson és a Pest megyei Pomázon a februárról áthúzódó helyi járvány, összesen 98 új bejelentett esettel. Intézeti járvány volt a bodrogkeresztúri és a debreceni szociális otthonban összesen 30, az egri és a győri kórház elmeosztályán 19, az egyik budapesti és a kömlődi gyermeknevelő otthonban 37 megbetegedéssel és egy budapesti óvodában, ahol 14 gyermek betegedett meg.

Házi *dyspepsia coli* járvány volt a szegedi és a debreceni gyermekklinikán 13 esettel, továbbá a szombathelyi, a kecskeméti, a karcagi, a debreceni, a vásárosnaményi, a hatvani és a gyulai kórház csecsemőosztályán összesen 77, a szegedi és a zsámbéki csecsemőotthonban 10 megbetegedéssel, végül az egyik bölcsődében, ahol 9 csecsemő betegedett meg. A kórokozó általában E. coli 0111, a budapesti bölcsődében E. coli 0124 volt. A morbiditás e járványok következtében megemelkedett mind a februári bejelentésekhez, mind a mediánhoz viszonyítva.

Továbbra is igen alacsony maradt a *morbilli* megbetegedések száma, amely alig 7%-a volt a mediánnak. A bejelentések 87%-a Bács-Kiskun, Fejér, Komárom és Somogy megyéből érkezett; e négy megye néhány községében ugyanis helyi morbilli járvány zajlott le az oltatlan gyermekek között.

Nyírábrányból 8 *trichinellosis* megbetegedést jelentettek be, saját vágású sertés húsának fogyasztása után. A sertéshús laboratóriumi vizsgálata pozitív eredményt adott.

Bejelentett heveny fertőző megbetegedések Magyarországon
1970 október—1971 március hó×

Betegség	1970			1971		
	okt.	nov.	dec.	jan.	febr.	márc.
Typhus abdominalis	22	6	10	11	15	17
Paratyphus	7	3	1	—	3	—
Salmonellosis	352	289	201	90	149	201
Dysenteria	739	589	572	397	584	806
Dyspepsia coli	172	132	177	112	254	282
Hepatitis inf.	878	905	926	645	719	701
Poliomyelitis	—	—	—	—	1	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Scarlatina	562	727	794	598	727	884
Pertussis	5	20	10	1	2	3
Meningitis epid.	14	12	12	3	8	5
Staphylococcosis	52	31	37	7	34	35
Morbilli	316	405	399	309	422	466
Mononucleosis	41	42	32	18	45	36
Encephalitis inf.	17	6	16	3	12	5
Keratoconj. epid.	4	2	—	1	—	4
Malaria	2*	1*	1*	—	—	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Tetanus	6	5	5	1	3	4
Anthrax	—	2	1	—	—	—
Brucellosis	2	9	18	—	6	13
Meningitis serosa	49	52	23	22	28	20
Leptospirosis	8	6	3	1	2	3
Tularemia	3	2	7	—	2	6
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	119	127	222	135	163	188

× Előzetes, nagy részben tisztított adatok.
* Importált esetek.

Bejelentett heveny fertőző megbetegedések Magyarországon

Betegség	Március hó			Január 1—márc. 31.		
	1971×	1970×	Medián 1965—69	1971×	1970×	Medián 1965—69
Typhus abdominalis	17	13	11	39	41	54
Paratyphus	—	2	3	5	2	12
Salmonellosis	201	85	56	440	161	234
Dysenteria	806	547	758	1786	1467	2228
Dyspepsia coli	282	151	204	648	389	615
Hepatitis inf.	701	671	899	2065	2250	3176
Poliomyelitis	—	—	—	1	—	1
Diphtheria	—	1	2	—	1	8
Scarlatina	884	468	1607	2209	1473	4765
Pertussis	3	11	9	6	37	45
Meningitis epid.	5	4	11	16	20	29
Staphylococcosis	35	51	.	76	132	.
Morbilli	466	701	6469	1197	2120	15 655
Mononucl. inf.	36	32	.	99	77	.
Encephalitis inf.	5	5	8	20	13	19
Keratoconj. epid.	4	3	.	5	5	.
Malaria	—	2*	—	—	3*	1*
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Tetanus	4	4	2	8	9	10
Anthrax	—	—	—	—	—	2
Brucellosis	13	18	5	19	33	11
Meningitis serosa	20	19	32	70	43	102
Leptospirosis	3	—	1	6	2	7
Tularémia	6	7	8	8	12	14
Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	188	120	97	486	316	140

× Előzetes, nagy részben tisztított adatok.
* Importált esetek.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(314)

Budapesti VII. kerületi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Budapest, VII., Lenin krt. 6.) pályázatot hirdet a Korányi Frigyes és Sándor Kórház (Budapest, VII., Alsóerdősor 7.) nyugdíjazás folytán megüresedő egy fő E 103 kulcsszámú **kórboncnoki főorvosi állásra.**

Az állás 1972. január 1-vel foglalható el.

Turczer György dr.
ker. vez. főorvos
eü. oszt. vez.

(315)

Esztergom Városi Tanács Egyesített Kórháza pályázatot hirdet **szemész szakfőorvosi állásra** Dorog — Rendelőintézetben. Kulcsszám — fizetés a szolgálati időnek megfelelően. 2 szobás központi fűtéses — hideg-melegvizes lakást biztosítunk. Nőgyógyász-szemész orvosházaspárok előnyben. Az állás IX. 1-el betölthető.

Zsembery Dezső dr.
kórh. ig-főo.

(316)

A nyírbátori Járási Hivatal Egészségügyi Osztálya (Nyírbátor, Szabadság tér 7.) pályázatot hirdet a nyugdíjazás folytán 1971. augusztus hó 31-én megüresedő **nyírbátori szülőotthoni vezető főorvosi állásra.** Fizetés az E 171 új kulcsszám E 111 szerint. Mellékállás lehetséges. Lakást biztosítani nem tudunk.

Pályázati kérelmeket iratokkal együtt a Járási Egészségügyi Osztályhoz kérjük megküldeni.

Rajtik Jenő dr.
osztályvezető

(317)

A Budai Járási Tanács Érdi Szakrendelő Intézetének igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a Szakrendelő Intézet székhelyére az újonnan szervezett E 104-es kulcsszámú **általános felülvizsgáló főorvosi állásra,** 4500 Ft fizetéssel.

Belgyógyász szakképesítés előnyt jelent.

Az állás Budapestről kijárással ellátható.

Bodnár Béla dr.
ri. ig.-főorvos

MEGJELENT

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1971. 3. szám

Horn Béla dr., Gimes Rezső dr., Herberth János dr.: Klinikai adatok az egy rétegben varrott császármetszéssel kapcsolatban.

Papp Zoltán dr., Gardó Sándor dr., Herpay Gábor dr.: Genetikai praedispositio.

Gardó Sándor dr., Papp Zoltán dr., Herpay Gábor dr.: Cytogenetikai vizsgálatok lehetőségei és jelentőségük a szülészeti és nőgyógyászati gyakorlatban.

Herpay Gábor dr., Papp Zoltán dr., Gardó Sándor dr.: Genitalis tumorok cytogenetikai vonatkozásai.

Hógye Klára dr., Kovács András dr., Puskás Ernő dr.: Főcsoport és Rh isoimmunisatiós terhes-pathologiai anyagunk értékelése.

Pulay Tamás dr., Kovács Csaba dr., Vereczkey Gábor dr., Illei György dr.: A foetoplacentaris egység és az anya immunglobulin szintjének összehasonlító vizsgálata terminusban.

Farkas Márton dr., Morvay József dr., Orojan Iván dr.: Retabolil injectio alkalmazásával szerzett tapasztalatok.

Farkas Márton dr., Faluhelyi Anikó dr.: Depersolon kenőcs alkalmazása a vulva megbetegedéseiben.

Veres Lukács dr., Balázsy Terézia dr.: Eredményeink a méhnyak elégtelenség terhesség alatti műtéti kezelésében.

Tóth Miklós dr.: Epilepsia és terhesség.

Orojan Iván dr., Kanyó Ádám dr.: Nitrogenoxydullal kiegészített Epontol narcosis a szülészet-nőgyógyászatban.

Kovács Tibor dr.: Proteinuriát okozó nagy petefészekdaganat esete.

Tamás Zoltán dr., Jakab Kálmán dr.: Szülési szövődményt okozó uterus diverticulum.

Seregély György dr., Darvas Klára dr.: Összehasonlító vizsgálatok continualis oralis anticoncipiensekkel.

Szemesi Imre dr., Rupnik Pál dr., Szanyi László: A placenta praevia problémája a ma szülészetében.

Tarnóczi Péter dr.: Testicularis feminisatio esete.

Tóth Emil dr., Kóbor József dr., Thán Nándor dr., Káldi Mihály dr.: A contraceptivumok és a symphisis.

Szereday Zoltán dr., Szilárd János dr.: Fogóműtét, vacuum extractio és császármetszés után észlelt újszülöttkori asphyxia késői kihatásai.

Avar Zoltán dr., Monos Emil dr.: Méhen belüli magzatelhalás a hypothalamus kísérletes laesiója és megbetegedése után.

Pap Gábor dr., Maklári Elek dr., Bodnár Lóránt dr.: Nyákcsap következtében keletkezett féloldali tüdő-atelectasia spontán szülés után.

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1971. 3. szám

Pár Alajos, Nagy Ibolya, Jávor Tibor: Az Acepramin hatása a patkányláb oedemára.

Forgács Iván, Chatel Rudolf és Gaál Katalin: A veseműködés sóhiány-okozta dehydratióban.

Czeglédi Pál és Dobrovolszky András: Természetes RAD (Pb^{210}) és RaF (Po^{210}) meghatározása fiatal emberi csontszövetekben.

Szokol Miklós: A juxtaglomerularis apparatus szemcsés sejtjeinek fluorochrom festődése.

Mirhom Joussef Wissa: A jódgőzös előhívás káros hatása az oestrogenek vékonyréteg-chromatografiájában.

Borbola József, Gecse Árpád és Karády István: Tourniquet shock hatása patkányok lipoid anyagcseréjére.

Borbola József, Gecse Árpád és Karády István: Patkányszív lipoprotein lipase aktivitás változása sublethalis tourniquet shockban.

Szabó Jenő, Gomba Szabolcs: Egyszerű fagyasztva szárító eljárás katecholamin hisztokémiához.

Dauda György: Rein-meghatározás patkányvérből.

Szöllősi Erzsébet, Lévai Géza, Péter Ferencné, Jeney Endre, Krompecher István: Intravénás papain kezelés hatásának befolyásolása különböző anyagokkal nyulakon.

Erdélyi András, Morava Izabella, Pavlik Gábor és Mitsányi Attila: A hátsó végtag, illetve a m. triceps surae tápartériájába adott káliumkloriddal kiváltható reflexes vérnyomásreakciók vizsgálata éber és altatott macskákon.

Lázár György, Nikolásev Velimir és Karády István: Daganatos hyperlipaemia csökkentése glucose-val.

Lázár György, Nikolásev Velimir, Veresbaranyai István és Karády István: A májzsír zsírsav összetételének változása széntetracholorid, cerіumnitrát és Phlogodym hatására.

Lázár György, Nikolásev Velimir és Karády István: Serum phospholipoidok változása széntetrachlorid mérgezésben.

Karády István, Prókai András és Halmos Miklós: Patkányszövetekből izolált antihistamin hatású anyag kémiai szerkezete.

Szász György és Szászné Zacskó Mária: Plastubol-spray felhasználása rétegchromatográfiás dokumentáció céljára.

Rosner Egon, Molnár Anna, Clemens Marcell és Fábián Lajos: A szérum és vizelet cink viselkedése műtéti sebzés után.

Szabó Sándor, Selye János, Mécs Irén: Katatoxikus steroidok hatása az indomethacin és digitoxin mérgezésre hörcsögökön.

Varró Vince, Karácsony Gizella és Pach Éva: A gyomornyálkahártya szövettani képe és secretiós aktivitása közötti összefüggés vizsgálata emberben.

Fehér Tibor, Fehér G. Katalin, Bodrogi Lajos és Vértes Katalin: Gyors módszer a pregnandiol meghatározására vizeletből vékonyréteg chromatographia segítségével.

Könyvismertetés

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1971. 6. szám

Szilágyi A. Katalin dr.: Adatok a liquor arginase-aktivitás eredetének kérdéséhez.

Halász Péter dr.: Intravénás barbiturat altatás alkalmazása generalizált tüskehullám mintával járó epilepsiás mechanismusokban.

Szegedi Gy. dr., Sorszegi dr., Krasznai G. dr., Szabó G. dr.: Epilepsiával szövődő systemás Lupus Erythematosus.

Zsadányi Ottó dr., Molnár Klára dr.: A schizophrenia és az epilepsia elkülönítő kórismézének nehézségeiről.

Vámosi Bertalan dr., Molnár Gyula dr., Újvárosi Imre dr., Rusz Sándor dr.: A liquor cerebrospinalis lipoproteinjeinek vizsgálata papír-elektrophoresissel különböző neuropsychiatriai kórképekben, különös tekintettel az agysorvadásra.

ORVOSKÉPZÉS

1971. 3. sz.

Weinstein Pál dr.: A glaucoma-kutatás 40 éve.

Ihász Mihály dr.: A Meckel-diverticulum sebészi jelntősége.

Gerő Sándor dr.: Az atherosclerosis gyógyításának és megelőzésének aktuális kérdései.

Köves István dr., Kremmer Tibor dr., Lővey György dr., Baranyai László dr., Érdy Antal dr.: Elektrolyt-zavart létrehozó villosus végbél-adenomáról.

Bernát Iván dr.: A vasanyagcsere-kutatás néhány időszerű kérdése.

Takátsy Tibor dr., Zoltán István dr.: A fogóműtét revíziója.

Papp Zoltán dr., Gardó Sándor dr.: Sexchromatin és emlő-carcioma.

Bognár Zoltán dr., Czeizel Endre dr.: Az ismert kórokok részesedése a kis súlyú újszülöttek (a koraszületések) aetiologiájában.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség.

Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

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

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ"

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszap-kompressz forgalombahozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte.

A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

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

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

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozása szerint az alábbi testrészekre applikálható:

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

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

1971. 2. sz.

Gegesi Kiss Pál: Psychogen kórokok gyermekkorban.
Gegesi Kiss Pál: A psychés ártó hatások életkor szerinti jelentősége gyermekkorban.
Kardosné Geiger Ágota: A gyász psychogén és somatikus és magatartásbeli tünetei gyermekkorban.
Abaffy Márta és Sepp Csaba: A pubertas-kori orthostatikus collapsusokkal kapcsolatos tapasztalatok.
Séra Ibolya, Kiss Zoltán és Nagy A. Tibor: Magatartászavarok klinikai és electroencephalographiás elemzése.
Barta Lajos, Földes János és Kósnai István: Jódanyagcsere-vizsgálatok juvenilis strumában.
Gefferth Károly: A jóindulatú juvenilis subcorticalis csonthiány röntgentüneteiről.
Diószszilágyi Gertrúd, Zsámár Erzsébet, Csűrös Éva, Kovács Gyula, Andriska Jolán és Bereczky Ákos: Szívműtétek kapcsán nyert intézeti tapasztalataink.
Kovács Gyula és Zsámár Erzsébet: Cardiológiai szűrővizsgálatok tapasztalatai 4000 gyermek vizsgálata során.
Dobák Endre, Bajtai Gábor, Ambrus Mária, Seres Gábor és Hasitz Sándor: Phenobarbitural kezelés hatása az érett újszülöttek sárgaságára.
Meződy Károly és Fáth Erika: Sevenal és Corediol hatása az újszülöttek serumbilirubin-szintjére.
Beregszászi Gyula, Kövér Béla, Jezerniczky Judit, Sári Bálintné és Kovács Ilona: Serumenzym-vizsgálatok csecsemő- és kisgyermekkori spastikus bronchitisben.
Kövér Béla, Beregszászi Gyula, Jezerniczky Judit, Sári Bálintné és Kovács Ilona: A serotonin-metabolismus tanulmányozása csecsemő- és gyermekkori spastikus bronchitisben.
Zimányi István és Tibor Lenke: Kövér és nem kövér gyermekek glucose-terhelést követő szabadzsírsav-változásai.
Palásthy Géza: Hirtelen halál, váratlan halál a gyermekkorban.
Bognár Ilona és Pillis Iván: Intézeti ápolás kapcsán fellépő adenovírus okozta pneumoniák.
Madácsy László és Matusovits László: Capillaris resistentia vizsgálatok cukorbeteg gyermekeken.
Dworschák Ernő, Telegdy Kováts Magda: Különböző eredetű tejporok és kondenzált tejek fehérjéinek táplálkozási értéke.
Kiss Szabó Antal és Miskolczi Ágnes: Koraszülöttek gyarapodására vonatkozó megfigyeléseink Predaptával kiegészített nőitejtáplálás kapcsán.
Péley Iván, Kádas István, Simon Mária és Kosztolányi György: Budd—Chiari-betegség csecsemőkorban.
Pócsy Tibor: Combitált INH és pyrazinamid intoxicato pubertas-kori esete.
Léb József és Schläffer Erzsébet: Hydronephrosis és vesetrauma.
Kiss Péter és Szanyi Ibolya: Veleszületett saccharase-elégtelenség.
Saliga Margit, Kovács Ferenc és Dömötör László: Ritka fejlődési rendellenesség: mindkét arteria coronaria az arteria pulmonalisból ered.
Osváth Pál, Uhl Károly, Koltay Miklós és Fáy Piroska: Schönlein—Henoch purpura Azathioprinnel kezelt esete.
Görgényi Ákos és Fedák Sarolta: Malrotatio okozta részleges duodenum compressio.
Lipcsey Attila és Kelemen József: Ritka localisatiójú myositis.
Tóth József, Láncos Ferenc és Schmidt Károly: Pyelonephritist fenntartó urológiai megbetegedések sebészi ellátása.
Végh Endre: Gyermekkori osteomyelitis cervicalis diagnosticai problémái.
Jójárt György és Pálinkás Pál: Gyermekkori carotis interna thrombosis.

MAGYAR SEBÉSZET

1971. 3. sz.

Sebészet.

Rubányi Pál, E. Szabó László: A nyelőcső marásos és peptikus szűkületeinek sebészi kezelése.

Barna László, Sulyok Balázs, Mihók György: Nyelőcsőperforatio.

Lazarits Jenő, Horváth Nándor, Küttel Péter: Epekő okozta pylorus stenosisról.

Kauzs István: Ötéves gyomorperforátiós beteganyagunk ellenőrző vizsgálata.

Bodnár Ákos, Fazekas Imre: A gyomor-, ill. nyombélfekély-átfúródás kezelésének eredményei tízéves beteganyagunk alapján.

Dohanics Sándor, Mezey Károly, Bodnár Ákos: Újabb tapasztalataink a heveny gyomorvérzés kezelésében.

Kiss Béla, Maklári Valéria, Tasnády László, Várhelyi Imre: A heveny tápcsatorna vérzések műtéti javallatának kérdéséhez.

MST hírei.

Urológia.

Váry László, Karátson András, Bochkor Béla, Webrosch Géza, Gyarmathy Ferenc, Bárd Rudolf, Pánykó Éva, Sallai Zsolt, Pataky László, Asztalos Béla, Balogh Ferenc: A penis rák klinikuma. Statisztikai elemzés gyűjtött anyagból.

Csernus J. Alán, Laczkó László, Petri Béla: A vese fejlődési rendellenességeihez társuló gümőkór sebészi kezelése.

Lukács Tibor, Sztojcsev Stefán: Vesemedence leukoplakia esete.

Mándi István, Kéki Miklós: Kétoldali vesetumor.

RIGETAMIN SUBLINGUALIS TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: Sublingualis tablettánként 1 mg ergotamin tartarátot tartalmaz.

HATÁS: A Rigetamin tablettában az ergotamin tartarát közismert hatása gyors kifejlődését a sublingualis alkalmazás elősegíti. A Rigetamin kétszer olyan gyorsan hat, mint a gyomor-bél rendszeren át felszívódó készítmények és a migraines rohamot a parenteralis adagolás gyorsaságát megközelítve szünteti meg.

JAVALLATOK: Migraines roham megelőzése és kezelése. Vascularis típusú egyéb fejfájások, migrain-aequivalensek. A Rigetamin tabletta mind therápiás, mind prophylacticus célra használható, továbbá diagnosticus test céljaira is alkalmas.

ELLENJAVALLATOK: Pheripheriás keringési zavarok, coronaria megbetegedés, hypertonia, máj- és vesebetegség, graviditás, sepsis, súlyos arteriosclerosis, thrombophlebitis, pruritus.

ADAGOLÁS: A roham fenyegető jeleinek kezdetekor 1 tablettát nyelv alá téve oldódni hagyunk. Ez az adag szükség szerint megismételhető, de a napi összmennyiség ne haladja meg a 3 tablettát, az 1 havi összmennyiség pedig általában 12 tabletta lehet.

CSOMAGOLÁS: 12 tabletta 8,30 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató
Telefon: 116—660

MNB egyszámlaszám: 69.915.272—46
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
(KHI. Budapest V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy postautalványon,
a kézbesítőknél, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Szerkesztőség: Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765
Előfizetési díj egy évre 216,— Ft, negyedévre 54,— Ft, egyes szám ára 4,50 Ft

71.2605 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674