

A Magyar Néphadsereg katonatorvostudományi folyóirata
XXVII. ÉVFOLYAM, 1975. OKTÓBER—DECEMBER

TARTALOMJEGYZÉK

- 307 *Dr. János György o. vör.:* A Honvédorvos 1949—1973-ig
- 321 *Dr. Szántó Ferencné, dr. Csorba Antal o. ezds.:* Psychés alkalmasság és mentálhigiénés megelőzés kérdései a hadseregben.
- 331 *Dr. Kenedi István o. ezds.:* Alapfokú ismeretek az EKG-ről
- 355 *Dr. Nagy György o. alez., dr. Gyarmati János egyet. adj., dr. Tóth Erzsébet egyet. tanársegéd:* A polycythaemia rubra vera és a hypoxiás eredetű secundaer polyglobulia mellkas röntgenképe
- 365 *Dr. Nagy György o. alez., dr. Gyarmati János egyet. adj., dr. Tóth Erzsébet, egyet. tanársegéd, dr. Léhi Mária egyet. tanársegéd:* Röntgenvizsgálattal kimutatható csontelváltozások polycythaemia rubra verában
- 373 *Dr. Danhauser Vera, ifj. dr. Bernát Iván:* Kiterjedt szervmanifestációkkal járó Waldenström-féle macroglobulinaemia (WM)
- 383 *Dr. Takáts László ny. o. ezds.:* Hazai forrásadatok a katonakórházak 17—18. századbeli fejlődéséhez
- 389 *Dr. Donáth Antal:* Beszámoló a Magyar Sebész Társaság Plasztikai Sebészeti Szakosztálya és a KKK közös rendezésében az MNKKK Plasztikai Sebészeti Osztály 20 éves fennállása alkalmából tartott tudományos ülésről
- 397 *Dr. Farkas József o. alez.:* Beszámoló angliai tanulmányútról

СОДЕРЖАНИЕ

- 307 Янош Д., генерал-майор м/с: Венгерский военно-медицинский журнал *Honvédeorvos* в 1949—1973 гг.
- 321 Санто Ф.-не, Чорба А., полковник м/с: Вопросы психической годности и психогигиенической профилактики в армии.
- 331 Кенеди И., полковник м/с: Элементарные понятия электрокардиограммы.
- 355 Надь Д., подполковник м/с: Дьармати Я., Тот Э.: Рентгенограмма грудной клетки при полицитемии красной истинной и вторичной полиглобулии гипоксического происхождения.
- 365 Надь Д., подполковник м/с, Дьармати Я., Тот Е., Лехи М.: Рентгенологически выявляемые костные изменения при полицитемии красной истинной.
- 373 Данхаузер В., Бернат И. мл.: Макроглобулемия по Waldenström с обширными органическими проявлениями.
- 383 Такач Л., отст. полковник м/с: Отечественные архивные материалы к развитию военных госпиталей в 17—18. веках.
- 389 Донаг А.: Отчет о научном заседании, состоявшемся по поводу 20-летия создания Отделения пластической хирургии Общества венгерских хирургов и Главного Госпиталя ВНА, организованном Секцией пластической хирургов и Главным Госпиталем ВНА.
- 397 Фаркаш Й.: Отчет о научной командировке в Англии.

Dr. János György orvos vezérőrnagy az orvostudományok kandidátusa

A Honvédorvos 1949—1973-ig

Örömmel teszek eleget a Szerkesztőség nagyon megtisztelő felkérésének, hogy a *Honvédorvos* 25 évfolyamáról áttekintést adjak. Felhasználom felszabadulásunk jubileumi évében a katonaeorvosok tudományos tevékenységéről írt tanulmányomat és abból a *Honvédorvosra* vonatkozó adatokat. Folyóiratunk mellékleteire azonban e helyen nem térek ki. Más közlemény keretében kívánok foglalkozni a honvédorvosi kongresszusok, konferenciák, anyagaival, bár ezeket jórészt a *Honvédorvos* is publikálta.

A *Honvédorvos* 1949-ben mint az „Orvosegészségügyi Szakszervezet Honvédorvos Szakcsoportjának Közleményei” indul meg, kis alakban, „*Honvédorvosi Közlemények*” címmel, tervezett évi négy számmal. Az 1950-es 2. számtól a *Honvédorvos* a „Honvéd egészségügyi szolgálat tudományos folyóirata” havonta jelenik meg. 1953-ban a cím ismét változik: „*Katonaorvosi Szemle*”. 1954-től mellékletek is kiadásra kerültek. 1956-ban az utolsó két szám kinyomtatását az ellenforradalmi események megátolták. 1957-től a lap neve folyamatosan *Honvédorvos*. 1957-ben kéthavonként, 1958-tól negyedévenként adják ki.

A folyóiratot szerkesztőbizottság szerkeszti. A főszerkesztő az Egészségügyi Szolgálat Főnöke.

Megkísértem periódusokra osztani a *Honvédorvos* munkásságát a katonaeorvosok egyéb tevékenységének megfelelően.

1. Az első periódusban (1949—1951) ismeretgyűjtés és újjászervezés folyik. Az új honvédorvosi kollektíva tudományos tevékenységéből hiányoztak a háborús és a háborút közvetlen követő évek, a gyökeret a szovjet katonaeorvos-tudományban keresik.

2. A második periódusra (1952—1956) eleinte jellemző a szűk „katonaorvosi praktícizmus”, amit magyaráz, hogy az újjászervezett hadseregben az Egészségügyi Szolgálat a kidolgozás, feladatmegszabás szakaszát éli. Fokozatosan kibontakozik az önálló tudományos tevékenység. Ennek határköve a II. Honvédorvosi kongresszus (1954. március). A *Honvédorvos* tekintélyes folyóíráttá válik.

3. A harmadik periódusban (1957—1967) az alapos klinikai tudományos munkával párhuzamosan az elméleti és kísérletes irányzat főleg a tömegpusztító fegyverek elleni védekezés módszereivel foglalkozik, lehetőleg széles alapokon. A gyakorlatban csakúgy, mint a katonaeorvos-tudományban, az extenzív fejlesztés szakasza ez, melyet felvált

4. a negyedik periódusban (1968—) az intenzív fejlődése. A kiemelt problémakörökben szoros együttműködés alakult ki a szövetséges szocialista országok hadseregeinek egészségügyi szolgálataival, másrészt hazánk egyetemes orvostudományi tevékenységével. Mindez tükröződik a *Honvédorvos* hasábjain.

E periodizálás szempontjai — tudom — vitathatók. Magam is próbálkoztam más felosztással. Alkalmat ad azonban arra, hogy a tallózás a sok ezernyi hasábon ne csupán kronológikus sorrendben történjék, hanem a négy szakaszon belül tematikai csoportosításban is. Még így is lesznek átmenetek, amelyek során inkább a témákhoz, semmint az évszámokhoz igazodunk. Arra szeretnénk ösztönözni a szakmák képviselőit, hogy saját területükön vállalkozzanak történelmi elemzésre és értékelésre.

1.

1949—1951-ig

Az első számhoz *Merényi Gusztáv* ír előszót.

1954-ben, 70. születésnapján, a *Honvédorvos* kegyelettel emlékezik meg *Merényi Gusztáv*ról. Nevét ma a Gyáli úti kórház viseli. Folyóiratunkban megjelent közleményei a művelt, széles látókörű katonar orvosra mutatnak. Ír *Pavlov* 100. születésnapjáról, referál az asztronautika élettani problémáiról, megemlékezik arról, hogy a *Kirov* Katonaorvosi Akadémia Leningrádban 1948 decemberében ünnepelte fennállásának 150. évfordulóját, vázlatot ad a zászlóalj segélyhely településéről.

A *Honvédorvosi Közlemények* visszamenőleg megemlékezik a Honvédorvosi Szakcsoport felszabadulás utáni alakuló üléséről, amelyet 1945. július 5-én tartottak.

1950—56-ig a folyóirat első számában a főszerkesztő összefoglalja az előző évfolyamot. Nehezményezi, hogy az első időkben túl sok „civil” orvos kap helyet a *Honvédorvos* hasábjain. Ez azonban bizonyos elismerést is jelent, hiszen a gyorsan fejlődő folyóiratban szívesen publikálnak.

A *Honvédorvosban* is érezteti hatását *Petrovszkij* B. V. sebészprofesszor, a nagy tapasztalatú volt szovjet katonar orvos iskolateremtő készsége, lendülete és magyar munkatársainak lelkes aktivitása. Ő tartotta az első tábort sebészeti tanfolyamot és klinikájáról számos színvonalas közlemény jelent meg a vérátömlesztés, a mellkasi sebészet, a traumatológia, az érsebészet, a plasztikai sebészet területeiről.

Az első ideológiai cikket *Balás Béla* főorvos írja: „Dialektikus módszerek alkalmazása az orvostudomány néhány kérdésében” címmel.

Az első klinikai tárgyú közlemény *Pastinszky* (49/6*) beszámolója a Dicoptól kezelésről, saját tapasztalatai alapján. Elvi jelentőségű *Farádi és Trencsényi* (51/366) magas színvonalú tanulmánya a klasszikus medicina jelentőségéről a katonar orvos gyakorlatában.

Összefoglaló referátumok és saját tapasztalatok elemzése jelennek meg a shockról: *Bornemissza—Klinghoffer* (50/518), majd *Stefaits—Gesztí—Kovács* Ervin (50/837, 51/739, 827, 876).

* A nevek mögött álló számok az adott évet (rövidítve: 1949 = 49) és az évfolyam oldalszámát jelzik.

Az égettek kezeléséről, különös tekintettel a helyi eljárásokra a *Honvédorvosban* először *Frank* jelentetett meg dolgozatot (50/74). Ugyanebben a számban *Simon*, *Pastinszky* és *Fehér* az égési shock antihistamin-kezelésének kísérleti alapjait közlik saját experimentumaik alapján, majd ismét *Frank* ír alapos tanulmányt az égési sérültek ellátásának szervezeti kérdéseiről (54/22). A témában kiemelkedő jelentőségű, hogy a *Honvédorvosban* jelennek meg a Magyar Tudományos Akadémia égési ankétjának előadásai: *Frank* (56/81), *Sípos* (56/452), *Frank* és munkatársai (56/560).

A *Petrovskij* iskola munkásságának egyik jelzője, hogy sorozatban jelennek meg közlemények a vérátömlesztés elméletéről és gyakorlatáról: *Csefkó* (50/35) a véralvadásról, prof. *Hedri* (50/49) a transfusio ellenjavallatairól, *Petrovskij*nek a vér- és vérpótló oldatok csepptranszfúziójáról írott könyvét referálja *Diner* az 1951-es 1. és 2. számban, a vérzéscsillapodásról *Lőrincz* és *Kovács* Ervin referál, a transfusio hatásáról a véralvadásra *Csefkó* és *Varró* (50/588). Az 1951-es 3. szám ismerteti az első magyarországi „vérátömlesztési ankét” tapasztalatait és az ott elhangzott előadásokat. A honvédorvosok részéről *Vészi—Kovács Ervin*, *Geszti* és *Noll* vettek aktív részt. Ez az ankét a megindult vérkonzerválás és konzervvér transfusio első tapasztalatait mérte fel, de már a transfusio elméleti kérdéseivel is foglalkozott. Ezt jelzik a vérátömlesztésről és az általános haematológiáról szóló közlemények *Geszti—Kovács Ervin—Noll* és *Vészi* tollából az 1952-es évfolyamban.

Az 1951-es évfolyam részletesen foglalkozik a fiatalkori fekélybetegséggel és gastritissel, *Eröss* (51/390), *Takó* és munkatársai (51/521), *Tamás* (51/769), *Válfi* (51/959), majd 1952-ben *Blau* és *Tamás* (52/20), *Eröss* (52/440). Erre a témakörre vissza-vissza kellett térni részben a gyógykezelés, részben a katonai alkalmasság szempontjából. A kezdeti felvirágzás szakaszában levő tartós altatást az említett szerzők saját tapasztalatokkal gazdagították. A tartós altatás javallatait elfogadható keretekbe szűkítették: *Hollós* (54/477), *Horváth* (54/378).

1950-ben megjelenik az első közlemény a rheumás lázról: *Farádi* (50/285), a Botkin-kórról *Klinghoffer* (50/156), a sebesültek komplex kezeléséről *János* (50/316), *Zoltán* (50/323). Hallásjavító készülékeket ismertet *Halm* (50/102).

1950-ben kezdődik: „A szovjet orvostudomány tapasztalatai a Nagy Honvéd Házban” c. 35 kötetes mű egyes fejezeteinek rendszeres ismertetése a *Honvédorvos* hasábjain. Ez több évre szóló program. A has sérüléseiről szóló teljes kötetet 4 folytatásban referálja *János* (50/611 és 51/39, 127, 228). A máj háborús betegségei: *Farádi—Garai* (51/317), arc és állcsont sérülések: *Berényi* (51/401), a tábori belgyógyászat általános feladatai: *Farádi* (51/475), neurosis: *Csorba* (51/481), a kéz lőtt sérülései: *Zoltán* (51/657 és 653). Fül-orr-gégesérülések: *Alpár* (51/803), a szem sérülései: *Garai* (51/807). A mellkas sérülései: Prof. *Sebestyén* Gyula (51/817). A gyomorhurut háborús körülmények között: *Borhegyi* (51/947). A koponya és agy sérülései: *Stefaits* és *Iván* (52/31). Az arc és állcsontok sérülései *Sárkány* (54/168), a heveny rheumatizmus tábori viszonyok között: *Kenedi* (54/179).

Az 1950/8. számtól kezdve egyre több, a csapatorvosi és tábori egészségügyi kérdésekkel foglalkozó dolgozat jelenik meg: *Szigyártó* (50/453), *Jelinek* (50/463), *Galla* (50/465), *Takáts* (50/532), *Hennyei* (50/539). Sokat ír a folyóirat hygiénés és járványtani kérdésekről, ezen belül a nyári kihelye-

zésekre való felkészülésről, majd ezeken szerzett tapasztalatokról, amelyek segítik a csapatorvos gyakorlati munkáját: *Losonczy* (50/380, 51/282), *Rudnai* és *Losonczy* (51/639), *Fiam* (51/294, 478, 990), *Sztareczky* (51/302), *Csonka* (51/548), *Thiry* (51/978).

A csapatorvost segítik a kiképzések és továbbképzések munkájában: ételmérgezésekről *Vas* (51/5), a konyhahigiénéről *Resovszki* (51/11), az egészségügyi felvilágosító munkáról *Losonczy* (51/94). Közleménysorozat taglalja a dysenteria kérdését: *Vas—Keleti—Téri* (51/372—390, majd *Pereszlényi* (51/718).

A csapatorvosok egészségügyi-harcászati cikkekkal gazdagítják a folyóiratot a század egészségügyi ellátásról a hadosztályig. Ebben a *Honvédorvos*nak olyan élenjáró szerzői vannak, mint *Takáts*, *Rónay*, *Csonka*, *Nagy István*. Az 1953-as évfolyamban a csapatorvos béke és háborús problémáival 18 jelentősebb tanulmány foglalkozik *Szabolcsi*, *Csonka*, *Sós*, *Takáts*, *Preisich*, *János*, *Bánki*, *Bát* és mások tollából. Ezekhez 1954-ben újabb 8 gyakorlati közlemény társul. A folyóirat értesít, hogy 1950. augusztus 2-án tartották meg az első csapatorvosi értekezletet a Magyar Néphadseregben.

A repülőorvosi tárgyú tanulmányok sorában *Halm* (51/113, 492, 671, 919, 52/708, 787), főleg a mozgásbetegséggel, a labirinth újabb vizsgálati lehetőségeivel foglalkozik.

Honvéd kollégistáink orvostörténeti jellegű cikkeik részére kapnak helyet: *Echter* és *Melisch* (51/164, 450).

A folyóirat referátumok többsége ismerkedés a szovjet irodalommal. Már az első számban *Balta* (49/39) tájékoztatást olvasunk az atomfegyver károsító hatásairól. *Stefaits* (49/14) a II. világháború sebesültszállítási problémáiról ír.

2.

1952—1956-ig

Több mint húsz év távlatából visszalapozva és felmérve az azóta megtett utat megállapítható, hogy ez a szakasz magában hordta a későbbi távlati fejlesztés lehetőségeit, mert voltak erők és eszközök, többre képesek, mint ami a napi feladatokhoz kellett. Ezeket az erőket és eszközöket később az ellenforradalom megrázta ugyan, de szét nem zilálta. Az igazán szorgalmasak és tehetségesek megmaradtak köreinkben, tanítványokat, iskolákat neveltek: a felszabadulás utáni magyar katonáorvosok második, majd harmadik generációját. Sokan a polgári életbe kerültek, sikereket értek el, de szívesen gondolnak ma is azokra a katonáorvosi kollektívákra, amelyekkel együtt kezdték pályájukat.

Azzal, hogy a *Honvédorvos* havonta és egyre bővülő terjedelemben jelent meg, lehetővé vált, hogy gyorsan reagáljon az aktuális feladatokra. Ennek negatív oldalaként bizonyos szerkesztési igénytelenség jelentkezett: pongyola fogalmazások megengedése, aránytalan felépítésű közlemények, sok sajtóhiba stb. Az igazság kedvéért meg kell azonban mondani, hogy a többi folyóirat sem volt ettől mentes.

Az egyes évfolyamok áttekintésekor látszik, hogy kezd egyre jobban formálódni a *Honvédorvos* profilja. Ezt az arányok elég kiegyensúlyozott alakulása mutatja. Az első számot például egyértelműen az ileus kérdésének szentelik: publikálják az 1954. évi sebész szakcsoport nagygyűlés fon-

tosabb, e tárgyú referátumait és a katonaeorvosok csatlakozó előadásait. A 2. szám a hypertoniáról és egyéb keringési betegségekről ír, a 3. szám pedig sorozatot ad: „Tanulmányok a katonai belgyógyászat köréből” gyűjtő-cím alatt. Ebben a belgyógyászati shock-kal *Veszely* (55/192), a traumás ve-seelégtselenségekkel *Keleti* (55/225), *Dévai* (55/232), a traumás eredetű tüdő-elváltozásokkal *Farádi* (55/244), a szívelváltozásokkal *Farádi* (55/251), *Kiss* (55/262), a sérülések okozta haematológiai képekkel *Vajda* (55/277), *Bernát* (55/285), foglalkoztak. A 4. szám a felszabadulás 10. évfordulójának szelle-mében közlemény-sorozatban azzal foglalkozik, hogy miként hasznosították a szovjet tapasztalatokat a magyar néphadsereg egészségügyi szolgálá-tának kiépítésében. Az 5. számot *Trencsényi—Keleti* és munkatársai a nephroso—nephritis haemorrhagica infectiosa járványtanának szentelik, (55/425—504), a 7.-et a Tbc. problémáinak néphadseregünkben (55/733—766-ig), a 9. szám kerek száz oldalon sugárbiológiai kérdésekkel foglalko-zik *Vincze* (55/873), *Szenes* (55/942), *Farádi* (55/954). Aktuális kérdést dol-goz fel a 12. szám „A folyadék és elektrolyt háztartás problémái sebészi betegeknel”. *Balázs* (55/1173), *Bodoky* (55/1180), *Köves* és munkatársai (55/1186, 1190).

Az 1956-os 3. szám collagen betegségekkel foglalkozik. Erről a referá-tumot *Egedy* (56/174) írja, nem tér ki azonban a rheumás láz kérdéseire, mert ezt illusztris szerző: *Hetényi Géza* (56/169) ismerteti a lap hasábjain. A csatlakozó közleményeket *Borhegyi*, *Pastinszky*, *Havas*, *Vajda* jegyzik. A 4. szám fő témája: „Az arcüregek betegségei — konzervatív és sebészi kezelésük”. *Tóth* (56/372), *Frint* (56/377), *Révész* (56/385), *Falta* (56/392), *Gyenes—Tóth* (56/510).

Az elméleti ideológiai cikkek közül a legnagyobb érdeklődést *Szántó* György cikksorozata váltotta ki az életfolyamatok fejlődéséről (54/6, 89, 188, 285, 454).

A klinikumban nagyon jelentős az ideggyógyászati gyakorlati és elmé-leti munka, a katona ideggyógyászati iskola kialakulása. Az 1951. 4. szám-ban jelenik meg *Juhász* első EEG. tárgyú cikke a módszer jelentőségéről az epilepsia diagnosztikájában. Az ideggyógyász kollektíva ekkor kezdi el a később egyre jobban kibontakozó neurosis kutatást, amelybe a szerv-neurosisok területén a többi szakmák képviselői is bekapcsolódnak.

A pavlovi nervizmus kérdéseit a *Honvédorvos* hasábjai sokoldalúan tárgyalják. *Farádi* (52/8) a pavlovi tanítás alapjairól, *Németh Gyula* a hypertonia betegségről (52/87), *Csorba* (52/539) a neurosisról, *Eröss* (52/440), *Tamás* (52/20) a fekélybetegségről és gastritisről írnak, de a nervizmus kér-déseinek tárgyalásához hozzájárulnak *Diner* (52/889), *Bánát* (52/642), *Dénes* (52/1072) is, majd *Juhász* (53/404), *Fiam—Resovszki* (53/1060), *Hollós* (53/1233), *Magyar* (53/1285). A modern tábori klinikai szemlélet didaktikailag is példás műve *Szántó*, később sokat idézett tanulmánya (55/77), a háborús sérülések ellátásának néhány kérdéséről.

A *Honvédorvos* folyamatosan ismerteti azokat a tapasztalatokat, ame-lyet a katonaeorvosok Koreában szereztek: *Diner*, *Remete* (52/581), *Zoltán* (52/912, 1024), *Herczeg* (52/840, 923), *Brüll—Herczeg* (53/298), *Herczeg—Loványi* (53/951), *Bálint* (54/119), *Hermann* (54/817), *János* (54/892), *Bálint—Loványi* (54/1015), *Peer* (54/1234), *Zoltán* (54/802), *Siklós* (55/161), *Berényi* (55/358) és *Gergely* (55/421, 551).

A plasztikai sebészeti közlemények már 1950-ben kezdődnek, amikor *Érczy* (50/53), a *Filatov-féle* hengerlebenyről ad összefoglalót és *Érczy—*

Zoltán a Reverdin mozaik plasztikáról. 1952-ben *Kós* (52/51), *Zoltán* (52/912, 1024), és *Ladányi* (52/498) plasztikai sebészeti tárgyú közleményeit olvashatjuk. A legjelentősebb *Zoltán—Galambos* háborús plasztikai sebészeti cikksorozata, jórészt a koreai tapasztalatok alapján. 1953-ban és 1954-ben 7 közleményt írnak a háborús plasztikai sebészetről. További plasztikai cikkeket ír még *Zoltán* (53/549, 857); a *Honvédorvosban* ismerteti először, későbbi disszertációs témáját a félvastag bőr szabad átültetését (53/1343), majd (57/21 és 203).

Kiemelkedő jelentőségű és nagy nemzetközi feltűnést váltott ki a Magyarországon felfedezett nephroso-nephritis haemorrhagica infectiosa járvánnyal kapcsolatos kutatás. Az erről szóló előzetes közleményt *Keleti—Szabó—Trencsényi—Kincses* jegyzik (53/948). Ezt követik a részletes elemzések *Trencsényi* és munkatársai részéről (53/391, 413, 522) a már említett sorozat az 1955-ös 5. számban 80 oldal terjedelemben a klinikumról és a járványtanról, majd a tárgyról 1956-ban megjelent közlemény után (*Trencsényi* és munkatársai 56/366), *Derzsy* és *Haranghy* közötti sajtóvita (56/607).

Elkezdődik a fiataalkori hypertonia részletes tanulmányozása *Farádi* és munkatársai (5/470), *Borhegyi* és munkatársai (54/760). Megjelennek a reumatológusok első publikációi a klimatikus gyógyhelyekről: *Görgényi* és munkatársai (5/851), *Riesz* és munkatársai (54/858).

Előkészületek folynak a sebgyógyulási folyamat vizsgálatához *Kiss* és munkatársai (54/708), *Egri* (54/1020), *Clemens* és *Skoda* (54/721), gyorsan reagálnak a sebészetbe bevonuló mesterséges hypotensio módszeréről és erről irodalmi összefoglalást közölnek, majd a gyógyszeres hibernálásról ugyanők tájékoztatnak. A hibernálás és a potenciált érzéstelenítés gyakorlati alkalmazásáról *Dénes* és munkatársai (8, és 498), *Clemens* és *Skoda* (56/15, 857), *Csillag* és munkatársai (56/23), *Magyar* (56/395), *Harsányi* és munkatársai (56/467) referálnak, illetőleg számolnak be saját tapasztalataikról. A témáról külső szerzők is írnak a *Honvédorvosba*: *Scultéty* (57/208), *Sztankai* (67/213).

Ugyancsak új témaként jelentkezik az immonhaematologia: *Kovács Ervin* (56/541) és a vasanyagcsere: *Kovács Ervin—Bernát* (56/643, 725, 882).

A gyógyító-megelőző rovatokat számos érdekes, színes casuistikai közlemény színesíti.

Az első továbbképző jellegű cikket az atomenergiáról és sugárhatásról *Szenes* írja (52/588), majd munkatársaival kísérleteket folytat a röntgenártalom azulenollal történő befolyásolásáról (54/579, 586). *Szenes* egyike azoknak a katonarvosoknak, akik iskolát teremtettek. Erre jellemző az elmélyült klinikai röntgenológiai munka a beteg észlelése és együttes vizsgálata a klinikussal és a radiológia tárgykörébe tartozó számos érdekes kutatás. Az egész testet érő masszív sugárdosis hatását *Geszti—Kovács Ervin* és *Noll* vizsgálja (52/95).

Hygiénikusaink megjelentetik a „Katonai egészségtan” tankönyvét és erről olvasunk recenziót. Felvetődik a parotitis téma *Lóránd—Hargitai* (56/130), *Lóránd—Nikodémusz István* (56/139), a leptospirosis *Keleti* és munkatársai (56/318), *Füzi—Alföldi* és munkatársai (56/933).

Az egészségügyi anyagellátás normák szerinti megszervezéséről *Csillag* ír (54/661).

Orvostörténeti, de inkább publicisztikai jellegű cikkeket írnak sorozatban Dr. *Radó Géza* és *Farkas Lajos* (52/819, 884, 964), viszont *Pastinszky*

(52/973) tanulmánya a római légiók egészségügyi ellátásáról Magyarország területén mindenki számára élvezetesen emlékezetes olvasmány. Az orvostörténeti rovatban *Vasváry* — Kossuth Zsuzsáról (53/420), *Losonczy—Indra* — Flór Ferencről (53/662) és az 1848-as cholerajárványról (53/882), *Pastinszky—Rác* az Aesculap-jelvény eredetéről (53/518), *János* Pirogovról (53/1073) ír. Az 1955-ös évfolyamban orvostörténeti tanulmányokat írnak még *Vasváry* (55/297, 384) az 1848-as szabadságharc kórházairól, *János* (55/70) Szecsenovról, *Pastinszky* a Homéroszi irodalomban felfalálható katonaegészségügyről (55/519), *Birtalan* az első magyarországi járványügyi rendszabályokról a középkorban (55/618, 856).

Az 1952-es évfolyam három nagy megmozdulás anyagát közli: I. Honvéderosvi Tudományos Értekezet (3—4. sz.), a Szegeden megtartott „Struma Ankét” (7. sz.), és a *Hetki*-nap (8. sz.). Meghirdetésre kerül a lapban (53/184) a II. Katonaorvos Tudományos Értekezet és a Repülőrvos Értekezet.

3.

1957—1967-ig

A katonarvosok csökkent létszámú kollektívája az ellenforradalom után mindennapi gyakorlati munkája mellett folytatja a tudományos tevékenységet, sőt megújulásra képes. Az 1958-as évfolyam 1. számában megjelent vezércikk röviden áttekinti a *Honvéderos* 10 esztendejét és utal rá, hogy további megjelentetésével és tudományos színvonalának emelésével nemzetközi feladatunkat is teljesíteni kívánjuk a szövetséges szocialista országok egészségügyi szolgálata iránt.

A klinikai orvostudományok közül sok hely jut a traumatológiának. *Hedri* prof. előadást tartott az Országos Traumatológiai Intézet első tanfolyamának megnyitásán 1956 szeptemberében és a „Traumatológia fejlődéséről hazánkban” (57/1—21) c. előadását publikálta a folyóirat. *Hedri* azon katonarvosok közül, akik a traumatológia fejlődéséhez hozzájárultak, *Szántó*, *Zoltán*, *Diner* és *János* neveit, illetve könyveit említi meg. *Novák* (62/271) mellkasi lött sérülésekről ír a baleseti sebészeti osztály 101 sérültjének elemzése alapján. *Novák—Kenedi* (61/56) „Adatok a perforáló szívlövés klinikumához” c. esetismertetése jelentős vitát indít meg 7 hozzászólással (62/72). *Kurimay* a nyílt hasi sérülések ellátásáról számol be (63/26 és 309).

Egyre több tanulmány jelenik meg az égésről: kórélettanáról *Rényi* (63/77), az első ellátásról *Szilágyi* (63/84), szükségletek és lehetőségek a tömeges égési sérülések ellátásában (63/91) *János*, az égésbetegség belgyógyászata *Válfi* (63/12). Az égési anaemia pathogenesisével foglalkoznak *Bernát* és munkatársai (65/157), az antibiotikus terápiával *Novák* és munkatársai (65/169), az égettek sorozatos műtéti érzéstelenítésével *Giacintó—Czeti* (65/243). Későbbi években *Novák* (70/31), *Bernát* és munkatársai (70/61) kísérletes közleményekben az égési sérülés és égésbetegség részjelenségeit vizsgálják. *Bernát* (73/9) újabb tanulmányt ír a vérképzésről égési betegségben.

Keleti—Pintér (61/99) 1755 hepatitis utánvizsgálatával adatokat szolgáltatnak az inoculatio hepatitis kérdéséhez. *Keleti—Pintér—Válfi* (61/318) 500 hepatitis epidemias beteg utánvizsgálatát végezték el. Ezeket 5—9

évvel a betegség után ellenőrizték és az adott időszakban náluk fekvő volt hepatitiszes betegek 91,7⁰/₀-át sikerült felkutatniok. Ez a munka, érthető, nagy feltűnést keltett országszerte. *Keleti* (61/75) a nephrosonephritis járványtanáról újabb hazai adatok alapján ad közlést.

Mint a fentiekből is látható és majd a későbbiekben is kitűnik, vannak témák, amelyek a 60-as évek közepéig kísérletesen és klinikailag kibontakoznak. Ilyenek: a vas szerepe a vérképzésben, a sugárvédő vegyületek kutatása, a radiomimetikumok, a mellékvese funkciók vizsgálata, fertőző betegségek, vírusbetegségek figyelése, a sterilizálási eljárások fejlesztése, az égési sérülés és az égésbetegség.

Ezek mellett a vegyes klinikai tárgyú közleményekre jellemző, hogy azok szerények, átgondoltak. Ennek számos példáját találjuk. Ilyen *Langer* és *Izinger* (59/128) analízise 350 epeút műtétről, *Gyenes—Tóth—Sárkány* (59/38) beszámolója 171 általuk kezelt állkapocs törésről. *Máté* és munkatársai (61/114) akut légúti fertőzéseket vizsgáltak katonai csoportokon, illetve más helyen a dysenteria járvány lokalizációját kísérelték meg gyógyszeres praeventio alkalmazásával (61/68). *Pastinszky* (61/9) a csapatorvosok részére a lábgyógyászatról ír. *Kenedi* (61/333) idegi eredetű EKG-elkülönítő kórisméjéről. *Langer—Szilvágyi* (62/235) enzimaktivitás változásokról ad számot a műtét utáni periódusban. *Langer—Rostás* (62/240) a serum kálium-szint műtét utáni viselkedéséről, *Révész* (62/278) a hallásjavító műtétek javallatairól. *Bodó* 1963-ban (18) először ismerteti az elektronystagmographiát. *Rostás* (63/137) elemzi a kórházi laboratórium szerepét a hospitalizációs fertőzések megelőzésében. *Pastinszky* és munkatársai (63/303) a staphylococcusok antibiotikum érzékenységéről és rezisztenciájáról írnak katonák pyoderma megbetegedésében. Értékes fülészeti cikkeket olvashatunk (64/237) *Bodó* és (64/248) *Révész* tollából. *Németh István—Borhegyi—Hajdú* (66/89) a koszorúér megbetegedésekkel, *Kenedi Péter* és *Strausz* (66/208) subklinikus rheumás carditisekkel foglalkoznak dolgozataikban. A szorgalmas klinikai adatgyűjtő munka tanúságai *Valló* (67/123) dolgozata 100 májcirhosisos betegről és *Tallós* (67/249) 100 spontán pneumothoraxos beteg kezeléséről.

Farádi tanulmányorozatot közöl (65/213, 307, 66/63, 157) az egészségügyi szolgálat fejlődéséről, különös tekintettel a katonai és polgári egészségügyi szervek közötti együttműködésre és a háborús kórházi ellátásra. A klinikai orvostudományokat érintő szervezési tárgyú tanulmánya van *Szilvágyi* és *Pastinszky*nek (61/291), a tömeges égettek ellátásának szervezéséről, illetve *Borhegyinek* (65/279) a beltípusú harci sérültek ellátásának biztosításáról. *Diner* (65/265 és 66/32) a súlyos sérültek intézeti ellátásának vázlatát adja két közleményben.

A kísérletes munka fellendülését elsősorban az egészségügyi atom- és vegyvédelemmel foglalkozó tanulmányok jelzik.

Az 1957-es évfolyam 2. száma nagy terjedelemben a sugárhatással, a sugárbetegséggel foglalkozik kísérletes vizsgálatok alapján. Itt előtérben állnak a véralvadási tényezők és a serumfehérjék: *Fiam* (57/101, 115), *Re-sofszky* (57/122, 135), *Vincze* és munkatársai (57/143, 150, 157).

Sztanyik publikálni kezdi tanulmányait a sugárvédő vegyületekről (58/250, 317), (59/278, 285), (65/205), (68/348), e kísérleteket folytatja *Sántha* (72/46, 61, 279) és munkatársai. *Kótai—Szántó* és munkatársai (58/229) a sugársérülés és sebgyógyulás összefüggéseivel foglalkoznak. *Sztanyik—Sántha* és munkatársai a mesterséges plazmapótszerek hatásával sugárbe-

tegében (59/190). A mellékvese funkció változásait vizsgálják acut sugárkárosodásban *Dávid—Farádi—Tanka* (61/154, 285 és 361). *Sántha* kísérletes vizsgálatokat ismertet az emésztőrendszer korai sugárreakciójában (62/144, 305, 63/242, 250, 64/50, 271, 276). *Sztanyik* és munkatársai radioaktív izotópokkal vértérfogat meghatározásokat végeznek kísérletesen (63/234 és 64/42). Közli a folyóirat azokat a munkákat, amelyeket a katonarvosok kutatóink mutattak be a Sugárbiológiai Intézet fennállásának 10. évfordulója alkalmából rendezett jubileumi tudományos ülésen: *Sztanyik—Mándi—Sántha* (68/302, 310, 348). *Sántha* és munkatársai további sugárbiológiai cikkei 1969-ben jelennek meg (188, 350), végül az 1973-ban publikált sugárbiológiai tanulmányokat *Benkő* (73/52), *Ferenczi—Sántha—Mándi* (73/60) és *Besnyő* (73/64) írják.

A *Hetki* toxikológiai osztályának munkaközössége *Kenéz* (57/257) szerkesztésében terjedelmes tanulmányt publikál kísérletes vizsgálataik eredményéről a fluorecetsav centralis izgató hatásával kapcsolatosan. *Dávid—Kenéz—Gyarmati* (58/180) a műanyagok és lágyítószerkeik toxicológiájáról írnak gazdag irodalomjegyzékkel ellátott tanulságos dolgozatot. *Dávid* több figyelemreméltó toxicoradiológiai dolgozatot közöl (60/132, 162 és 335). *Gyarmati* és *Dávid* (69/344) egyszerű, gyors cholinesteráz meghatározási módszert ismertet.

Egyéb experimentális munkák közül említésre méltó *Kenedi—Csanda* munkássága (57/437), akik kísérleti agryázkódásban vizsgálják az EKG-t. Publikálja a folyóirat *Fiam* és munkatársai kísérleteit (62/294, 65/301, 66/127, 304, 67/156, 279), az immunológiai módszerek alkalmazásáról a kísérletes véralvadásban.

Az epidemiológusok leptospira fertőzésekkel *Füzy* és munkatársai (57/225, 206) az ázsiai influenza hazai előfordulásával *Keleti* és munkatársai (57/408) és a dysenteria aktív gyógyszeres kezelésével *Nikodémusz* István (57/520) foglalkoznak. 1959-ben a Honvéd Kőjál dolgozóinak kollektívája 9 közleményt jelentet meg, főleg gyakorlatiakat. Kiemelkedik ezek közül *Simon* kísérletes munkája (59/272), amelyben ismerteti fluorescens mikroszkópos eljárását kórokozók gyors kimutatására. *Pintér* és munkatársai (63/143) rubeolaszerű fertőző betegségről tudósítanak, *Máté* (63/204) a védőoltások rendszeréről és ugyanerről *Simon* (63/289) a vírusbetegségek megelőzésére, *Biró* (64/138) a katonai higénia időszerű feladatairól készített tanulmányában először hangsúlyozza a mentálhygiéne jelentőségét.

A csapatorvos munkáját segítik olyan dolgozatok, mint: *Timkó* (58/205, 304), a húskészítmények egészségügyi ellenőrzéséről, *Válfi* (58/215) a csapatdiétáról, *Sztareczky* (58/219) a fürdővizek fertőtlenítéséről. A csapatorvosokat a szűrővizsgálatokról, a védőoltásokról *Kispál* (63/2), a garatgyulladásairól *Bodó* (63/131), az ételmérgezések jelentőségéről *Biró* (63/253), *Nikodémusz* István (63/126), a tüszős mandullagyulladásokról *Pintér* és munkatársai (63/318) tájékoztatják. Recenziót olvasunk 1957-ben arról, hogy megjelent a „Repülőorvostan” *Galla—Halm—Lukács* és *Szák* szerkesztésében 348 oldal terjedelemben. Ez a tankönyv a repülőorvosok továbbképzése szempontjából hosszú időre jó segédletet biztosított.

A felülvizsgálati munkát és a sorozásokat segíti *Ozsváth* (61/303) tömegmérétekben alkalmazható pszichiatriai szűrővizsgálatokhoz teszt vizsgálólappal kidolgozásával. Ugyancsak alkalmassági kérdésekről ír *Ozsváth* (64/258) az ifjúkor orvosi pszichológiájával foglalkozva; gyomorresecált tisztak,

discopathiás tiszték alkalmassága kérdéseit *Pusztai—Salamon* (63/314), illetve *Nikodémusz József* (64/321) ismertetik.

Ezekben az években számos összefoglaló jellegű referátum jelenik meg. Így *Borhegyi* ír (57/352) az antibiotikus terápiáról. *Németh Gyula* az unipolaris EKG-ről (57/177), *Trencsényi* (58/359) a phenothiazin származékokról a belgyógyászati terápiában és ehhez társulva *Dávid—Kenéz* (58/371), a largactil kémiaijáról, gyógyszeratanáról és toxicológiájáról, *Wittek* (58/379) a mesterséges hibernatio elméleti alapjairól. A jódt izotopról *Politzer* (58/145), az antibiotikus és szteroid terápia kombinációjáról *Mosonyi* (58/275), az ulcus műtéti javallatáról *Bernát* (58/188). További aktuális, vagy újból aktuálissá váló témák a gyulladás dinamikája: *Ludány* (59/10), a sárgaságok elkülönítő kórismézése: *Keleti* (59/89), a heveny anuriák *Kenéz* és *Lőrincz* (59/104 és 111), a discopathiáról *Csorba* (59/114), az epilepsia és katonai alkalmasságról *Csorba* (59/134), a helyreállító sebészet korszerű irányelvéről *Zoltán* (59/141), a szívsebészet aktuális kérdéseiről *Temesvári* (59/171), egyes új vírusbetegségekről *Keleti* (59/225), az anticoagulans kezeléséről *Németh Gyula* (59/257). Specialis jellegű ismertető tanulmány *Révészé* (60/1), dobhártya plasztikáról és a hallásjavító műtétek javallatairól (62/228). *Rényi* (61/43 és 168) a „mellkasi katasztrófa” összefoglaló referálására vállalkozik. Ugyancsak továbbképző jellegű referátum *Fáberé* (62/4) az orvosi műhibáról, *Kenedi* (62/82) a hypertonia modern kezeléséről, majd *Gecké* (62/169) a biológiai ágnesek direkt és indirekt kimutatási módszereiről. A továbbképzés rovatába tartozik *Giacinto* tanulmánya (36/157) a shockalanítás problémáiról háborúban és *Witteké* a hasi műtétek korai műtét utáni szakának ellátásáról, (63/262). Gyakorlati témák továbbképző jelleggel: *Bodó* (65/3) conicotomia, *Bánhalmi—Takáts Géza* (65/11) az etilénoxidos sterilizációs eljárás, *Mészáros Gyula* és munkatársai ionizáló sugaras cat-gut sterilizésről, *Romhányi* (65/94) az elektronika jelentőségére mutat rá az orvostudományban. *Giacinto* (65/126) sokat vitatott kérdést taglal körültekintően a shock pressor és depressor terápiajáról. Minden orvos számára tanulságos olvasmány *Bíró* (66/272) tanulmánya: „A víz mint világlélektan.”

Pastinszky (67/204 és 391) felelőzi emlékezetünkben a syphilit és annak aktuális problémáival ismerteti meg. Végül a továbbképzés rovatban olvashatunk a mikrohullámú tér biológiai hatásairól *Vámos (Kőjál)* (67/1) a lézersugárzás biológiai hatásairól *Sántha* (67/14), a radiotoxinokról *Sántha* (67/260), a koponyasérülés és shockról *Dibó* (67/205) és az áramütésről *Novák—Gavallér* (67/215).

A katonavédelmi történelmi rovatban egy munkaközösség adatokat szolgáltat az 1919-es Magyar Vöröshadsereg egészségügyi szolgálatának történetéhez (59/1.) A továbbiakban *Takáts* történelmi tanulmányai a legjelentősebbek. Alapos levéltári kutatásokra támaszkodó katonavédelmi-történelmi közleménye a francia hadsereg egészségügyi szolgálatának működéséről szól a napóleoni háború magyarországi szakaszán (61/226), ennek folytatása, értekezése az 1809-es utolsó nemesi felkelés egészségügyi ellátásáról (62/321). A későbbiekben inkább a Rákóczi szabadságharcra foglalkozik, ennek egészségügyi hadijogi kérdéseiről értekezik (69/258), majd további tanulmányokat ír a korszakról (71/57 és 71/290). *Takáts* a Rákóczi-kor katonavédelmi ellátásáról írta kandidátusi értekezését.

Az újítások közül kiemelhető *Záborszky* és *Nyerges* (62/115) eljárása

a szövetek konzerválására szolgáló egyszerű módszerről, amely a gyakorlatban bevált.

Folyamatosan tájékoztat a folyóirat különböző katoniorvosi jellegű kongresszusokról, konferenciákról és közli ezek anyagait. Az 1957-es 1. és 2. szám a III. Katoniorvosi Tudományos Értekezlet anyagait ismerteti. Az 1960-as évfolyam közli a IV. Honvédorvosi Tudományos Értekezlet (1960. jan.) előadásait, jelentős részben klinikai észleléseket. A plasztikai sebészeti szekció első tudományos ülését 1958 decemberében tartotta a Központi Kórházban: a főreferense *Zoltán* volt. 1961-ben beszámolóik jelennek meg az V. Honvédorvosi Tudományos Értekezletről (1961. okt.) (61/345). Az 1967 októberében megtartott VI. Katoniorvosi Tudományos Értekezlet anyagait a 67-es évfolyam utolsó száma és a 68-as évfolyam teljes első száma publikálja.

Ismertetésre kerül a szocialista országok repülő személyeinek első symposiuma *Echter* (62/1 és 62/70), *Galla—Aczél—Lukács* (62/58). *Wintner* (64/67) referálja az 1962-ben megtartott Nemzetközi Katoniorvosi Továbbképző tanfolyam előadásait. 65-ben ismertetést olvasunk a XVII. Nemzetközi Katoniorvosi Kongresszusról és a nemzetközi Fogorvos Kongresszus katonai szekciójának munkájáról. A Nemzetközi Katoniorvos Szövetség életének egyéb eseményeiről számolnak be *Sós* (70/302), illetve *Novák* (70/306).

Színesebbé vált a folyóirat-referáló rovat. Jórészt olyan referátumok jelennek meg, amelyek a honvédkórházak katoniorvosi referáló ülésein hangzottak el. Katoniorvosaink beszámolnak külföldi kongresszusokon szerzett tapasztalataikról. *Csorba* (57/511), *Lukács* (57/517). A referáló rovatban összehasonlításra nyílik alkalom a francia és szovjet elvekről a ségélynyújtás mérvére vonatkozólag: *Favre* (58/412), *Georgijevszkij* (58/423). Az 1963. július 26-i *skopjei* földrengésről a 63/4. számban már megjelenik *Varga* Péter tudósítása. Az összefoglaló folyóirat referátumok már a nyugati hadseregek szolgálatainak ismertetésére is kiterjednek [az USA-hadseregéről *Vámos* (64/281)].

Könyvismertetések rovatban *Sántha* (65/147) ismerteti *Bernát*: Ozaena monographiáját. 1967-ben e rovatban találjuk *Szántó* szerkesztésében a mesterséges táplálásról tartott symposium kiadott anyagainak recenzióját és *János*, *Novák* szerkesztésében megjelent: „Égési sérülések” c. könyv ismertetését.

1964-től ismét megjelennek a tudományos ülésekről készült jegyzőkönyvek. A 26. ülés ismertetésével kezdődik és a további években rendszeresen folytatódik e sorozat.

4.

1968—1973-ig

Az 1968-as 4. számtól *Vámos* László veszi át a főszerkesztői tisztelet. Méltatja a lap 20 éves jubileumát és kiadja a legjobb publikációért járó nívó díjat.

Folyóiratunk megemlékezik a szovjet katonai egészségügy 50. évéről.

Az ünnepi évfolyamban a szerkesztőség felkérésére írt tanulmányok jelennek meg *Farádi* (68/335), *Sztanyik* (68/348), *János* (68/377), *Zoltán* (68/309).

A katonarvosi referálás és dokumentáció ismertetése folyamatosan biztosított. Klinikai és kísérletes rovat minden számban van, ebben jelennek meg a továbbképző jellegű tanulmányok is.

1970-ben a szerkesztő interjút közöl Szabó Zoltán egészségügyi miniszterrel (70/243), a katonai és állami egészségügyi szolgálatok által közösen lefolytatott rendszergyakorlatról. A szerkesztőség, felkérésére írt tanulmányokkal méltóképpen biztosítja a megemlékezést (1973-ban) a *Honvéddorvos* 25. évfolyamáról. Simon Pál (73/163), a csapatnál folytatott gyógyító-megelőző és gondozói munka tapasztalatainak elemzéséről és perspektívájáról igen színvonalasan emlékezett meg, *Pastinszky* (73/185) tanulmánya a bőrgombásodás katonarvosi vonatkozásairól, a csapatorvos számára ad korszerű ismereteket.

A klinikai szakmák területéről kiemelhető, hogy előtérbe kerülnek az ideg- és elmegyógyászati és pszichológiai problémák: *Ozsváth* (68/143) a szellemi fogyatékosokat kiszűrő alkalmassági vizsgálat, *Magyar—Egervári* (68/148) karakteropathiák pszichiatriai megítélései a katonai szolgálat szempontjából, *Csorba—Magyar* (68/255), a pszichiatriai betegellátás jelentősége a korszerű háborúban, *Aszalós* (68/174) az ionizáló sugárzás hatására létrejött elváltozások a központi idegrendszerben. *Csorba* (71/18) vitaindítónak szánja tanulmányát a béke szolgálat psychés megbetegedéseinek megelőzéséről, ellátásáról és alkalmassági elbírálásáról.

A tábori klinikum témakörébe tartozik, hogy az egyes speciál szakmák képviselői továbbképző jellegű tanulmányokat írnak a sérülések osztályozásáról első orvosi és szakorvosi segélyéről: *Tóth* (68/239), szájszéjszeti, *Remete* (68/413) mellkassérülések, *Sült—Lőrinc* (69/254) urogenitális sérülések. *Borhegyi—Rostás—Valló* (69/125) tájékoztatót adnak a klinikai laboratóriumi módszerek használhatóságáról tábori egészségügyi intézetekben. Itt először írnak a papírtesztcsíkok és tabletták tábori felhasználási lehetőségeiről. *Giacintó* (68/417) összefoglalja a hypovolaemiás-shock kezelésére vonatkozó korszerű álláspontot. *Diner* (70/15) összefoglalót ad az elsődleges sebellátásról tömegsérülések esetén.

Szóban és írásban vitát váltott ki *Trencsényi* (71/1) eredeti tanulmánya a beltípusú sérültek szakosított ellátásának problémáiról tábori körülmények között. Felvázolta az intenzív séruellátás perspektíváját és az állapotdiagnosztika tömeges meghatározására táblázatot ajánl. *Csorba* (70/29) vitázik *Ozsváthtal* (70/19) az ideggylene fiatalok szűrésére kidolgozott kérdőívről.

Az 1972-es évfolyam 2. számát teljes egészében elfoglalja a Központi Kórházban 1971. november 18—19-én tartott „Tanácskozás az intenzív betegellátás” tárgyú konferencia anyagainak ismertetése.

Pannonhegyi (72/38) echo-EEG-tapasztalatokat közöl a neurotraumatológiában.

Jelentős klinikai szempontból *Gyarmati—Laczik—Dávid* (70/67) módszere, ún. doppingszereknek a vizeletben történő gyors kimutatására. *Kenedi* (73/83) felteszi a kérdést és választ ad rá: mi okozhat tévedést az infarctus diagnosztikájában? *Ménesi* és *Takáts M.* (73/255) a kézsebészet katonarvosi vonatkozásairól írnak, *Novák—Szigyártó* (73/97) a vegyi sérülések ellátásának néhány kérdéséről (alapos, rendszerezett tábori egészségügyi dolgozat!) A kísérletes munkák között újdonságként szerepelt *Kenedi—Simon* László (68/185) dolgozata a masszív tüdőembolia reflexhatásának gyógyszeres kivédéséről. Igen jelentős *Geck* (72/225) tanulmánya az im-

muntuss reakció és a tenyésztéses módszerek összehasonlító vizsgálatairól. Méltán keltett nemzetközi érdeklődést.

A dextrán problémáról ír *Kovács Máté* (73/125), *Bánhalmi* és munkatársai (73/139) acetylcholinesteraze aktivitás meghatározási módszerről *Dávid—Laczik* (73/197), a gyógyszerkészítmények változásáról tárolás közben, *Gyarmati—Rácz* (73/25). *Valló—Vér—Bernát* (70/53) egyszerű, gyors módszert ajánlanak az abszolút lymphocyta szám meghatározására tábori körülmények között. Az 1971-es évfolyamban számos közlemény foglalkozik a vas felszívódásával, meghatározásával és a therápiában való felhasználásával: *Bernát* (71/34, 85 és 72/243), *Kovács Lajos* és *Rostás* (71/49).

A szervezési jellegű tanulmányok közül nagy figyelmet keltett az osztályozás kérdéseiről *Szántónak* ismereteinket felújító és bővítő dolgozata (71/163). Több tanulmány jelenik meg a számítástechnika köréből: *Romhányi* (72/302) összefoglalja a számítástechnika orvosi alkalmazási lehetőségeit, *Simon* (72/186) a közegészségügyi, járványügyi statisztika feldolgozásáról, *Kispál* (72/171) a rendelőintézeti munka számítástechnikai adattárolásáról. E témába tartozik még *Nyitrai Tamás* dolgozata a peremlyukkártyás adatnyilvántartásról (73/3).

Kurucz (68/209 és 69/87) az egészségügyi anyagellátás kialakulásának történetét elemzi két részletes tanulmányban.

A higiéné és epidemiológia rovatban *Máté* és *Kovács László* (69/136) először ismertetik tű nélküli „JET” oltókészüléküket. *Bíró* és *Kádár* (71/42, 243) egyrészt a csapatok higiénés helyzetének értékelésével, másrészt a személyi higiénés helyzet felmérésével keltenek figyelmet e kérdés iránt a nem szakorvosokban is. *Máté—Simon—Geck—Keleti* (73/204, 308) referátuma: „A fertőző betegségek immunprofilaxisa, gyorsdiagnosztikai módszerei és immuntherápiája háborúban” a XXI. Nemzetközi Katonaorvosi Kongresszuson is előadásra került. A rovatban *Keleti* (73/297) összefoglalást ad a choléráról. A személyi állomány fizikai teljesítőképességének objektív mérési módszereiről a 12 perces futótesztről *Szarka* és *Kádár* (73/32) számol be saját méréseik alapján.

A csapatorvosok részére *Giacinto* és *Wittek* (68/339) didaktikus, sok ábrával színezett előadás vázlatot ad a shocktalanítás, a légzés, keringés biztosítás oktatásához. *Kádár* (68/116) a katonai munkaegészségügy lehetőségeiről és feladatairól ugyancsak a csapatorvos számára ad értékes segítséget, csakúgy, mint *Kovács László* (68/360), a katonai élelmezés-higiéné problémáiról írva. *Kádár* (69/6) és munkatársai a balesetmegelőzés egészségügyi módszereiről, *Giacinto—Lengyel* (69/11) a mentőgépkocsik újjáélesztési készenlétéről tájékoztatják a csapatorvost. *Oláh* (69/219) a *Honvédorvos* egészségügyi felvilágosító munkájáról, *Bíró* és munkatársai (69/291) a közegészségügyi, járványügyi munka soronlevő feladatairól írnak. *Kovács Máté* és *Kispál* (69/295) a tétítségmentes véradómozgalom tapasztalatait ismertetik. *Simon Pál* (72/3) a csapatorvos tapasztalatairól számol be a járványmegelőző munkában.

Érdekes repülőorvosi témát vet fel *Halm* dolgozata: (70/169) labyrinth eredetű illúziók a repülésben.

A továbbképző cikkek között igen hasznos a légzés és keringés reanimatioja: *Wittek* (69/30, 125), valamint a szívzörejek értékelése a katonai alkalmasság szempontjából *Kenedi* (69/225) és az arrythmiákról *Kenedi* (71/140). *Borhegyi* (70/83) az antibiotikum kutatás legújabb eredményeit taglalja és (71/221) az antibiotikumok kombinált adásának problémáit, munka-

társaival elemzi saját anyagukat a koszorúér megbetegedések témakörében (70/95). *Dávid* (71/279) a környezet toxikológiai hatásáról ír összefoglalót. A szerkesztőség *Hőniget* és munkatársait kérte fel (71/25, 101) tanulmány írására az érsérülésekről. *Pastinszky* a rüh fertőzésekről (71/151) ad alapos korszerű ismertetőt.

* * *

A *Honvédorvos* rovatai az évek során részben a tervszerű szerkesztés, részben a munka terebélyesedése által meghatározott szükségesség miatt változtak. Évfolyamait lapozva megállapítható, hogy többé-kevésbé átfogja a katoniorvos-tudomány legfőbb területeit: a klinikai és experimentális szakmákat, a tömegpusztító fegyverek elleni védekezés módszereit, a csapatorvos gyakorlatát, a higiénia-epidemiológia, az egészségügyi szervezés és harcászat jelentős kérdéseit, az egészségügyi-anyagi-technikai ellátást, közöl ideológiai tanulmányokat, irodalmi referátumokat, tudományos értekezletek jegyzőkönyveit és anyagait, könyvismertetések.

A *Honvédorvos* tükör, amelyben reflektálódik a katoniorvosok gyakorlati és tudományos élete, kapcsolódásuk a magyar orvostudomány egészéhez. Színvonala egyenletesen emelkedik. A legutóbbi évben a szerkesztőbizottság kibővült állandó rovatvezetőkkel. Folyóiratunk jó hagyományokra támaszkodva, átgondolt tervekkel lépett második negyedszázadába.

Д. Янош, генерал-майор м/с:

Венгерский военно-медицинский журнал
в 1949—1973 гг.

Dr. *Gy. János*, Generalmajor des Med. Dienstes, Kandidat der Med. Wissenschaften:

GESCHICHTE DER ZEITSCHRIFT „HONVÉDORVOS” ZWISCHEN 1949—73

Dr. Brickenstein R. orvos ezredes — Hamburg

Psychés alkalmasság és mentálhygiénés megelőzés kérdései a hadseregben

(A Nemzetközi Katonaorvosi Szövetség San Marini 33. tudományos konferenciáján elhangzott referátum)

A szerző — ismert nevű nyugatnémet katonapsychoater — referátumában ismerteti a psychés alkalmasság, valamint kisebb terjedelmű utalásokkal a megelőzés problémáit az NSZK hadseregében. Tanulságos anyagot szolgáltat, amely jól tükrözi azokat a nehézségeket, amelyek minden hadseregben közősek, ezért indokolt az előadás ismertetése — kitérve a különbségekre is, amelyek a nyugatnémet s a nálunk kialakult gyakorlat között fennállnak.

Katonai szolgálati törvényük előírja, hogy minden sorkötelest alapos orvosi vizsgálatnak kell alávetni szellemi és testi alkalmasság szempontjából. Alkalmassági Szabályzatuk szerint a sorkötelest ezután számjelzéssel látják el, amelynek római számjegye jelenti az „Alkalmos” (I—IV.), „Átmenetileg alkalmatlan” (V.) és „Alkalmatlan” (VI.) minősítést s arab számjegye jelöli a fogyatkozást (1—77.). A két szám együtt adja az ún. „Fehlerziffer”-t, amely tehát úgy a minősítést, mint a fogyatkozást magában foglalja. A 12—16. számok jelzik az idegyógyászati fogyatkozást. Tehát 5 diagnosztikai kategóriával dolgoznak — szándékosan mellőzve a diagnosztikai specifikációt, ami besorolási és alkalmassági viták forrása lehet.

A mi új Alkalmassági Utasításunk 17 neuropsychiatriai nosologiai alapkategóriát tartalmaz számos alcsoporttal, mert nem tartjuk feleslegesnek és elkerülendőnek a differenciáldiagnosztikai vitát, mérlegelést, ugyanis alcsoportok szerint is változhat a minősítés bizonyos állománykategóriákban.

A minősítések állomásai, mely szerint a sorozóorvos, majd bevonuláskor a csapatorvos vizsgálja a fiatal és szükség esetén bármelyikük szakorvosi vizsgálatot igényelhet, nálunk is megegyező képet mutat. E témán belül kiemelnénk a szerző egyértelmű és határozott kiállását, mellyel a szellemi alkalmasság kritériumainak fontosságát hangsúlyozza, amely a testi fogyatkozásnál nem kevésbé befolyásolja az alkalmasságot. „Szellemileg alkalmas az a hadköteles — írja — aki lelkileg eléggé érett és érzelmileg kielégítő képességű ahhoz, hogy mint katona a kiképzés célját elérje, s ezenkívül olyan fokban alkalmazkodásra képes, hogy a katonai közösségbe be tud illeszkedni és a katonai szolgálat sajátos psychophysicalai megterheléseinek feldolgozására alkalmas, anélkül, hogy ezáltal tartós egészségkárosodást szenvedne”.

Valóban a szellemi alkalmasság, vagy másképpen szólva az idegi-psychés alkalmasság problémája az utóbbi évtizedben egyre gyakrabban merül fel a katonai alkalmasságvizsgálatokról szóló szakirodalomban. Nem véletlenül, hiszen a gyorsan fejlődő és differenciálódó haditechnika irányítása és kiszolgálása jelentősen megnövelte a hadsereg tagjaival szemben támasztott idegi-psychés követelményeket. Századunk talán legjelentősebb, minden embert érintő psychológiai problémája ma az idegi-psychés alkalmazkodás a gyorsan változó ingerek sokaságához, s ezen belül is a hadsereg támasztotta követelmények különleges

erőfeszítés elé állítják a bevonuló fiatalokat. Szerző megfogalmazásában a „szellemi alkalmasság” definíciója igen precíz, s nemcsak a kellő intellektuális szintet és psychés érettséget követeli meg, hanem a beilleszkedésre (sajátos új környezethez való alkalmazkodásra) s a katonai szolgálattal járó sajátos psychikai megterhelés elviselésére való képességet is magában foglalja.

A szellemi alkalmasság mérvadó hiányosságait a működési szabályzatban „psychophysical functiozavarok” címen foglalják össze. E ponton belül igen különböző megbetegedések és abnormitások szerepelnek, de éppen az előbb említett differenciáldiagnosztikai viták elkerülése végett a speciális diagnosztól eltekintenek. „Ha a valószínűsége fennáll annak — írja Brickenstein —, hogy egy fiatalember a szolgálat sajátos életkörülményei között ismételtlen csődöt mond vagy gyakran zavarja a csapatszolgálat menetét, katonai szolgálatra nem alkalmas. Ha fennáll a remény, hogy ez az állapot — esetleges utóérési folyamat következtében — belátható időn belül megváltozik, akkor katonai szolgálatra csak átmenetileg alkalmatlan. Hogy erről ítéletet lehessen alkotni, a vizsgáló orvosnak tisztán functionális vizsgálattal kell megállapítania, hogy a sorköteles kielégítő fokban képes-e megterhelések elviselésére és a katonai cél eléréséhez szükséges alkalmazkodásra. Ez a megítélés a vizsgáló orvostól nemcsak orvosi tudást igényel, hanem beható katonai ismereteket is arra vonatkozólag, hogy milyen követelmények előtt áll a sorköteles a katonai szolgálat időszakában. Végül az orvosnak eléggé érettnek és tapasztalttnak kell lennie az emberek megítélésében, mert mérlegelnie kell, hogy mennyire reálisak az előadott különféle testi és lelki panaszok, illetve hogy ezek mögött esetleg egész más természetű egészségzavarok rejtőznek”.

Különösen nehéz a szellemi alkalmasság megítélése azoknál a fiataloknál, akik helytelenül szilárdan meg vannak győződve arról, hogy az ő személyes szabadságuk korlátozását és más terheléseket, melyek a katonai szolgálattal együttjárnak, egyszerűen nem tudják elviselni. Ez az ellenállás az eredeti „nem akarásból” a meggyőződésig: „a valóságos helytállási képesség hiányáig” nem egyszer a megértő környezet által mintegy elősegítést nyer. Ha az ilyen sorkötelesek végül is szakorvos által szellemileg alkalmas minősítést kapnak és behívásra kerülnek, astheniás önzésükben jogtalannak érzik az eljárást és renitens módon viselkednek, egyesek engedély nélkül elhagyják a csapatot vagy szökést követnek el, mások parasuicidális cselekvésekkel hívják fel a környezet figyelmét, hogy a leszerelésben segítségére legyenek. Vannak közöttük olyanok, akiknek ez a meggyőződésük olyan fokban túlértékelt, hogy végül is képtelenek a szolgálati időt letölteni. Másokat ésszerű vezetéssel úgy irányíthatunk, hogy sikerül beilleszkedniük. Ezeknek a katonáknak később a polgári életben könnyebb a sorsuk, mert önbizalmuk és teljesítőképeségük is megerősödik. Ahhoz, hogy már a sorozás és bevonulás alkalmával ilyen deviáns magatartások további alakulásáról véleményt lehessen alkotni, az orvosnak informálódnia kell a sorköteles psychopathiás konstitúciójáról, jelenlegi hajlamosságáról, eddigi életvezetéséről és életkörülményeiről is.

Szellemi alkalmasság megállapítására az NSZK-ban öröklésbiológiai és biographiai kórelőzményt tartalmazó kérdőívet és célzott explorációt alkalmaznak. A sorköteles fellépése és összmagatartása, valamint a felszínre kerülő tulajdonságok és sajátosságok megkönnyítik a tapasztalt sorozó- és csapatorvos számára a megítélést.

A szerző a továbbiakban kitér arra, hogy mind a nyugati, mind a keleti világ hadseregeiben sokan vitatják, hogy az alkalmazkodóképesség, az idegi psychés teherbírás előjelzését, a szellemi alkalmasság megítélését nem lehetne-e standardizált psychológiai tesztvizsgálatokkal javítani.

Brickenstein egyértelműen úgy foglal állást, hogy ez nem lehetséges. Egy ilyen teszt ugyanis nem korlátozódhat arra, hogy a sorköteles képességeit és tulajdonságait megragadja. Ezen túlmenően további lényeges követelményeknek kell eleget tennie. Így meg kellene tudni állapítania a szolgálat teljesítése iránti pozitív vagy negatív akarati beállítottságot. Ezenkívül alkalmasnak kellene lennie tömegvizsgálatokra, standardizáltnak és jól kezelhetőnek kellene lennie. Olyan psychológiai teszt, amely ezeknek a feltételeknek eleget tesz, egy hadseregben sem található, sőt, mondja a szerző „feltalálása nem is képzelhető el”. Ezzel szemben a Szövetségi Hadseregben is használatosak psychológiai teszt módszerek bizonyos területekre való speciális alkalmasság vizsgálatára. Ezek a tesztvizs-

gálatok a sorozások alkalmával nagy valószínűséggel biztosítják, hogy a megfelelő ember a megfelelő helyre kerüljön, feltéve, hogy katonai szolgálatra alkalmas.

Az idegi-psychés alkalmasság előrejelzése hazánkban is napirenden levő és sokat vitatott téma. A beilleszkedési, alkalmazkodási és terhelés-tolerancia előrejelzéseket pszichológiai tesztekkel mi sem látjuk megoldhatónak. Pontosabban fogalmazva vannak olyan jól kidolgozott és standardizált személyiségdiagnosztikai eljárások, amelyek eléggé megbízható választ tudnának adni a feltett kérdésre, alkalmazásuk azonban tömegvizsgálatok keretében nem megoldható, azonkívül a vizsgálatok rendkívül idő- és szakemberigényesek. Bár az „általános” beválás előrejelzésének lehetőségében mi is kételkedünk, a vizsgálatok teljes negálását mégsem tartjuk követendőnek. Ugyanis a pszichológiai tesztvizsgálatok olyan információkat nyújthatnak a parancsnokoknak a bevonuló fiatalok képességeiről, idegi-psychés sajátosságairól, amelyek megkönnyítik az elosztást, a beosztások kijelölését és felhasználhatók a kiképzési terv végrehajtásában. Ma a parancsnok gyakorlatilag semmit nem tud a bevonuló sorkötelestől; mennyivel könnyebb lenne a helyzete, ha kézhez kapna olyan információkat, mint pl. általános értelmesség, gondolkodásbeli sajátosságok, műszaki érzék, stb. Az „Élettörténeti mutatók” tervezett kérdőíves eljárásával pedig a csapatorvost hozhatnák olyan helyzetbe, hogy segítségére legyen a parancsnokoknak a várható idegi-psychés teherbírás megítélésében.

A speciális fegyvernemi vizsgálatokkal — mint Brickenstein által is hangsúlyozott fő alkalmasságvizsgálati irányulással teljesen egyetértünk, ez téren hazánkban is megindultak a kísérleti munkák, ez az MN. Egészségügyi Szolgálat Psychophysiológiai Laboratóriumának egyik fő feladata. Ma, amikor a különböző harci eszközök kezelésén és irányításán múlik egy-egy harci feladat végrehajtása, vagy dől el jelentős parancsnoki döntések sorsa, nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a speciális fegyvernemi beosztásokra való alkalmasság megítélése komplex psychophysiológiai vizsgálatot igényel. Természetesen mindehhez végig kell majd járni a standardizálás és beválás igazolása hosszadalmas útját.

A szellemi alkalmasság megítélése — mint a továbbiakban a szerző erre utal — a különböző hadseregekben nem egységes. Idézi pl. egy amerikai katonapsichiáter kijelentését, mely szerint náluk szellemileg alkalmas az a személy, aki a „High-School”-t eredményesen elvégezte, tehát azt a középiskolát, amelyet az amerikai ifjúság legnagyobb része elvégz. Fischer, NDK-beli katonapsichiáter beszámol arról, hogy még ott sem léteznek a csapatgyakorlatban kipróbált, egyszerű és a fegyvernemekre vonatkozó speciális tesztműszerek. Nem is törekednek ilyen tesztműszerek kifejlesztésére, mert ezek eredménye az állapotot egy meghatározott időpontban ragadja meg. Ehelyett functionális megítélésre van szükség, ez azonban tesztműszerekkel nem végezhető.

Svájcban a „psychés szolgálati alkalmasságot” nem annyira a béke-kiképzésre való alkalmasság szempontjából vizsgálják, hanem olyan tekintetben, hogy a katona képzettsége szerint képes lesz-e a harcban helytállni. Ezért L'Etang svájci katonapsichiáter szerint hibás eljárás, amikor psychodiagnosztikai tesztműszerekkel kísérnelnek meg végleges véleményt alkotni a katonának, mint harcosnak és előjárónak jellembeli alkalmasságáról.

Hasonló kísérletek — folytatja Brickenstein — az amerikai hadseregben már a koreai háború idején abszurdumhoz vezettek. Annak idején minden amerikai katonát egy kidolgozott tesztműszer szerint vizsgáltak és osztottak be. A bevetés pillanatában azonban kiderült, hogy a tesztvizsgálatok eredményei pozitív vagy negatív irányban helytelenek voltak.

Stucki svájci katonapsichiáter nem tartja lehetségesnek, hogy pszichológiai tesztműszerekkel előre tudjuk jelezni, vajjon egy ember a harcban helytáll-e, vagy összeomlik. Stucki a „psychés szolgálati alkalmasság” megítélésében az alábbi követelményeket támasztja: „A személy megfelelő intelligenciával kell hogy rendelkezzen, továbbá általános psychés vonatkozásban ellenállóképesnek kell lennie, hogy a terheléseket képes legyen elviselni, s végül egészséges kapcsolatlétesítéssel kell rendelkezzen, amely különösen súlyos helyzetben biztosítja a szoros összetartozást a csapaton belül, bajtársi síkon, valamint előjárók irányában”.

Franciaországban 10 sorozóközpontot állítottak fel, amelyek az országban szétszórtan foglalnak helyet, kapacitásuk szerint naponta 200—500 sorkötelest vizsgálnak. A vizsgálat 36 óráig tart. Az orvosi vizsgálat kapcsán többek között

egy személyi és egy egészségi állapotra vonatkozó kérdőívet kell kitölteni. Számos sorkötelest a vizsgálat során pszichiáternek, pszichológusnak vagy szociológusnak is megmutatnak. Egy átlagos vagy e feletti intelligencia a szellemi alkalmasság előfeltétele. A sorozási vizsgálat alkalmával a sorköteles 10—20 perces beszélgetést folytat az ún. irányító tiszttel („Orientierungsoffizier”). Ez a személyes problémákkal foglalkozik, amennyiben ezek a katonai szolgálattal összefüggésben állnak. Hasonlóan az NSZK gyakorlathoz egy tesztsorozattal, 4 különböző képességi és alkalmassági teszttel vizsgálják meg a sorkötelest. Ezáltal érik el itt is, hogy a megfelelő ember a megfelelő helyre kerüljön.

Ellentmondásosnak tűnhet, hogy bár a pszichológiai tesztvizsgálatok előrejelző értékét tagadják, mégis mindenhol alkalmazzák az alkalmasság elbírálásánál. Az ellentmondás csak látszólagos, hiszen mindenhol csupán az „általános beválás” előrejelzését tartják lehetetlennek, a képességek szerinti pszichológiai elosztást, irányítást elismerik, előrejelző szerepét vállalják.

Fontos és gyakorlati jelentőségű a szerző által számos helyen említett „reáldiagnosztikai” módszer hasznosságának tudomásulvétele, elismerése. Ez annyit jelent, hogy clyan esetekben, amikor a sorozási vizsgálatok nem képesek felfedni bizonyos szellemi fogyatkozásokat, vagyis előre jelezni a beválást, ill. „be nem válást”, be kell vonultatni a sorkötelest, s a kiképzés, alkalmazkodási képesség és teherbírás gyakorlata dönti el az alkalmasság kérdését. Tehát a bevonulási utáni magatartási adatok birtokában születik döntés. Ez az, aminek a mi katonapszichiátriai szolgálatunk számos alkalommal és helyen hangot adott: ti. hogy — a mi kifejezésünkkel — „utószűrést” vagyunk kénytelenek végezni számos esetben, mert így tényleg reális adatok birtokában helyesen tudunk állást foglalni, miáltal a lehető legkevesebb személyt, csak a tényleg használhatatlanokat veszít el a hadsereg. Ennek másik oldala az, hogy emiatt relatíve magas a bevonulás után pszichiátriai okból leszerelték aránya. Ez a reáldiagnosztikai elvből következik. Nem logikus ezért a szolgálatot elmarasztalni, mert pl. egy ellenkező gyakorlat: sorozási szinten nem megfelelő módszerekkel „gyanúsakat” eleve kiemelni: jelentős számú — egyébként a katonaság próbáját kiállni képes — emberanyagtól fosztaná meg a hadsereget.

A debilitás, endogén elmebajok, epilepsia alkalmassági elbírálásának szerző által előadott szempontjai azonbanak a saját gyakorlatunkkal. Az is világos, hogy az éretlenség, a psychés infantilizmus halasztást igényel.

Minden személy — írja Brickenstein — aki szellemileg a katonai szolgálatra kielégítően nem alkalmas, terhelés szempontjából sem tud helytállni, sem a kiképzésre nem alkalmas. Ez az intellektuális insufficientia (elégtelesség) minden formájára érvényes, a praktikus intelligencia zavarától kezdve a gyengeelméjűségen keresztül az idiótiáig. Egyes előjárók, sőt egészségügyi tiszték is olyan véleményre hangoztatnak, hogy enyhe fokú intellektuális insufficientiával a katona a hadseregben kiegészítő feladatokat elláthat. Különösen idősebb katonák utalnak arra, hogy a régi (német) hadseregben is így volt. A valóságban azonban reáldiagnosztikailag bebizonyosodott, hogy előre nem látható esetekben a hiányos ítélőképesség következtében kritikus szituációkban bármennyire is alacsony követelményeket támasztanak velük szemben, magukra vagy másokra jelentősen veszélyeztetőek. Itt az intellektuális insufficientia felismerése úgy a sorozási, mint a bevonulási vizsgálat alkalmával nem mindig könnyű feladat. A biographiai kör-előzmény nem nyújt mindig használható adatokat. Ha pl. egy ilyen átlagon aluli szellemi képességű személy a családi rejtett környezetből valamilyen alárendelt munkakört látott el és olyan emberekkel alig jutott kapcsolatba, akik kritikai gyengeségét kihasználták, ritkán adódik adat a hatóságokkal vagy törvényszékekkel való konfliktusokra. Többnyire ezeknek a személyeknek a polgári élete nem kelt feltűnést. Ezért a sorozó- és csapatorvosok nem látnak kellő indokot arra, hogy szellemi képességüket megvizsgálják. Különösen nehéz a szellemi képesség megítélése egy relatíve ritka, azonban mégis mindig felbukkanó embertípusnál. Itt az udvarias, alkalmazkodó, szolgálatra kész katonáról van szó. Beilleszkedő magatartásuk, normális arckifejezésük, megfelelő és ápoltságuk miatt ritkán tartja valaki szükségesnek, hogy szellemi képességeiket megvizsgálják. Annál meglepőbb az előjáró számára, ha ez a személy egyszerű, azonban számára szokatlan helyzetekben csődöt mond. Végül kétségbeesésében rövidzárlati reactio következik

be, esetleg öngyilkossági kísérlet formájában, vagy úgy viselkedik, hogy a csapatorvos szimulánsnak véli. Csak az intelligenciavizsgálat mutatja ki, hogy szellemileg visszamaradott vagy mérsékelten gyengeelméjű egyénről van szó, akit tulajdonképpen nem lett volna szabad katonai szolgálatra behívni. Az alkalmazkodási-terhelhetőségi képesség vizsgálatánál gyakran az érettség megállapítása nem nélkülözhető. Találunk a fiatalok között olyanokat, akik testileg, de különösen szexuálisan és intellektuálisan teljesen érettek, sőt esetleg magasabb intelligencia szintet teljesítenek, azonban lelkileg-emberileg fejlődésükben visszamaradtak úgy, hogy 18 éves életkor alá sorolandók. Ezzel a katonatípussal az utóbbi években gyakran találkozik a katonapsychiáter és szakértő a bíróságon, mert előbb-utóbb kihágásokat követnek el, amelyek mögött mint részbeni ok össz-személyiségük éretlensége áll. Ezek a katonák — nem ritkán érettségizettek — gyakran logikusan, ügyesen érvelnek, azonban még olyan fokban éretlenek, mint egy gyermek. Mindezek az egyének az intelligenciájuk ellenére a személyiség éréseinek befejeztéig átmenetileg szolgálatra nem alkalmasak.

Az elbírálás, hogy valaki katonai szolgálattal szempontjából alkalmazkodásra és megterhelésre kielégítően alkalmas és kiképezhető, endogén pszichózisoknál, epilepsiánál, intelligencia defektusoknál, a személyiség éretlenségénél exact vizsgálat során nem különösen nehéz feladat. Nehezebb megítélni ezzel szemben egyes határeseteket és diagnosztikailag pontosan nem besorolható állapotokat. A szerző a differenciáldiagnosztikai kérdést feleslegesnek tartja, hogy a sorkötelesnél egy súlyos psychopathia, alkati ideggyengeség, vagy hosszú időn át nem rendezhető abnormis élményreactio áll-e fenn. A döntő az a körülmény — írja —, vajon a katona a fennálló eltérések ellenére kielégítően terhelhető és besorolható, ill. kiképezhető-e. A döntés gyakran csak reáldiagnosztikai úton lehetséges. Helyesen mutat rá a szerző a minél szélesebb körű heteroamnesztikus adatgyűjtés fontosságára. Ez egyezik évtizedes gyakorlatunkkal. Vannak olyanok, akik bizonyos abnormitások ellenére tartósan helytállni képesek. Megfordítva, számolni kell azzal is, hogy egyes egészségesnek tartott személyek a katonai szolgálattal megterhelései során abnormisan reagálnak. Hogy melyik katona fog végül is véglegesen csődöt mondani a terhelések kapcsán, a tapasztalt katonapsychiáter sem tudja mindig előre megmondani. Ezzel lényegében egyet lehet érteni, csupán egy megjegyzéssel szeretnék kiegészíteni: az adott környezettől, hangnemtől, bánásmódtól is függ a bevalás, az aktuális környezet is szerepelhet környező tényezőként vagy elősegítheti a beilleszkedést.

Igy általános megítélés büntetett előéletűek szellemi alkalmasságára vonatkozóan sem lehetséges. Semmi esetre sem korlátozott vagy automatikusan kizárt. Ezért minden egyes esetben meg kell vizsgálni, hogy a büntetések vagy egyéb eljárások a fiatalkorúak bírósága által miért kerültek felfüggesztésre. Az egyéb szociális besorolások is utalásként hasznosíthatók, pl. iskolai előmenetel (érdemjegyek, kiegészítő iskola, bukások), javító-nevelés, a tanulás félbeszakadása, gyakori munkahelyváltoztatás, hosszas munkanélküliség stb. Ezek az adatok a besorolás megítélését jelentősen megkönnyíthetik.

Hasonlóan nehéz a döntés a szexuális abnormitások eseteiben. Itt az alapelv a következő: minden valódi szexuális perverziós abnormitás közösségi életre alkalmatlan, s ezáltal katonai szolgálatra is alkalmatlan. Valódi fetisizmus, sodomia és nekrophilia relatíve ritka. Ezek szellemileg alkalmatlanok, bár — mondja a szerző — szexuális tevékenységüknek a hadsereg szempontjából tulajdonképpen nincs jelentősége, azonban gondolkodásuk és az ebből adódó magatartásmódjuk annyira befolyásolt a perverzió által, hogy functionálisan csak egészen kivételesen alkalmazhatók. Régebben azok a katonák, akik megfelelő hajlam folytán folyamatosan homoszexuális tevékenységet folytattak, valamint akik ilyen tevékenységet következetesen félrevezetés céljából végeztek, alapbeállítottságuk miatt szellemileg katonai szolgálatra alkalmatlan minősítést nyertek. Ez az állásfoglalás a társadalomban a homoszexualitás irányában megváltozott. Ezért ma csak azok a katonák nem alkalmasak az NSZK-ban, akiknek homoszexuális tevékenysége már perverzióba ment át, „szenvedélybetegség”-gé vált (nem képes megtartoztatni magát), degenerálódott és közösségi életre alkalmatlanná vált.

Nem tartjuk következetesnek a homoszexualitással kapcsolatos okfejtését a szerzőnek. Igaz, hogy századunk második felében sikerült az elmegyógyászatnak elfogadtatnia azt az álláspontot, hogy a homoszexuális kapcsolatot ne minősítse

a BTK büntetendő cselekménynek, ha nem fiatakorúak elcsábításáról vagy botrányokozó cselekményről van szó, azonban:

1. ez nem jelenti azt, hogy a tömegek tudatában is már kialakult a megértő szemlélet. Előbb-utóbb kitudódik s a közösség elítélő, gúnyos magatartása súlyos neurosishoz, suicidiumhoz vezethet;

2. a 18—24. év közti időszak igen közel áll még a fiatal és károsan befolyásolható életkorhoz;

3. minden bevonult személy előljárójává lesz később legalábbis az újoncnak, ami az alárendeltség kényszerítő kihasználásának veszélye lehetőségét is cselekményekbe való bevonásra lehetővé teszi;

4. a fiatakorú sorállománnyal való együttélés (fekvés, fürdés) a homoszexuális egyén számára olyan szituáció, ahol a megtartóztatás aligha várható el. Nem engedjük, hogy Néphadseregünkben ez a szexuális zavar elnéző elbírálás miatt elharapózzék. Ismeretes pl., hogy világszerte börtönökben ezen a téren milyen kedvezőtlen a helyzet. Itt tehát nyomós érvek hatására, ha az anomália megállapítást nyert, alkalmatlan minősítést kell adnunk. Előfordulhat accidentális cselekmény, továbbá olyan forma, amely kizárólag ittas állapotban kerül felszínre. Itt megtartás lehetséges, utóbbi esetben feltétel a sikeres alkoholelvonó kúra (tsz. ht. állománynál).

Szerző a továbbiakban az ideggondozás és megelőzés kérdéseit tárgyalja. Az NSZK-ban 11 éve működik magas szintű Eü. Tudományos Tanács, mint a hadügyminiszter polgári és katonatorvosi szakemberekből álló tanácsának szerve. A szerző egyik mondatából kitűnik, hogy náluk is a megelőző, szűrővizsgálatok végleges rendszere még kialakulóban van: jelenleg folytatnak csoportkísérleteket a legcélszerűbb forma kialakítására.

Tanulmányok a „Beállítottságok és tendenciák” c. fejezet adatai. Itt is kiemelt a motiváció, azaz a „belső indíték” fontos szerepe a helytállásban. Vagyis olyan beállítódás, amely nemcsak értelmi, de érzelmi síkon is kötelességének érzi a haza védelme érdekében a szolgálatvállalást. Hangsúlyozza, hogy az egész világon minden hadsereg ütőképessége döntően a szolgálatot teljesítő egyes katonák motivációjának függvénye. Tehát nemcsak morális, vagyis erkölcsi, hanem magas fokban funkcionális jelentősége van annak, hogy a katonák ismerjék el a szolgálat szükségességét, ezzel egyetértsenek s készen álljanak személyes áldozatvállalásra is.

Itt tárgyalja az ún. „parasuicidális” cselekményekkel reagáló személyek problémáját. Megállapítja, hogy náluk is jelentősen nő a számuk, de a hadsereg halálozási statisztikája arra utal, hogy ritkán végződnek halálos kimenetellel. A csapatorvos szerényebb keretben „kis pszichoterápiával” elősegítheti egyesek magatartásának rendeződését s megtartását a hadseregben.

Saját tapasztalatunk és gyakorlatunk azt mutatja, hogy a „parasuicidális” esetek — ahol nem az élet kioltására irányuló szándék az elsődleges — kb. 1/3 részben alkalmoszerű konfliktusok hysteriás reakciói s a rendeződés elvárható, visszairányítás kellő foglalkozás után a csapathoz vállalható. Kb. 2/3 részben azonban a cselekmények jellembe, a személyiségben rejlő psychopathiás adottságok jelei s további kóros magatartással — köztük befejezett öngyilkossággal is — számolni kell. Ha az egyéni foglalkozás nem eredményes, a kóros háttér megállapítható, szerző psychopathiákra vonatkozó álláspontja szerint is a hadsereg érdeke az eltávolítást követeli meg. Szerzőnek az a tétele, hogy a suicid kísérletek számának növekedése nem befolyásolja a befejezett öngyilkosságok arányát a hadseregben, abban az esetben helytálló, ha a psychopathiás eredetű, a továbbiakban is veszélyeztetett személyeket kiküszöböljük. Ezek veszélyeztetettsége jelentősen magasabb az átlagnál. Más szerzők is kiemelték ezek fokozott veszélyeztetettségét. A közleményből mindenesetre kitűnik, hogy minden hadseregben nő a suicid kísérletes esetek száma s igen nehéz feladat ennek a csoportnak a szocializálása. Szerző sem tud jobbat ajánlani, mint minden eset egyéni alapos vizsgálatát s a várható valószínű prognózis szerinti döntést. Összefoglalásából érdemes idézni a következő megállapítást: „Biztos kritériumok a funkcionális megítélés számára nincsenek. Itt messzemenően ezen vizsgálatokban jártas orvosok tapasztalataira kell hagyatkozni.”

Szeretnénk végül a referátumhoz hozzáfűzni, hogy a psychés rendellenességek megelőzése s az erre hajlamos személyek megtartása érdekében végzett „mentalhygienés” munka javítása s a megfelelő hatékony módszerek keresése a hadseregben fontos feladat és fontos kutatási téma, ami további támogatást igényel. A sikeres adaptáció egyik legfontosabb előfeltétele a közvetlen katonai környezet, előljárók, nevelők és a hadsereg társadalmi szerveinek (KISZ) segítése, s nem kizárólagosan és minden esetben fegyelmi-retorziós, hanem a megértő és segítő hozzáállás a nehezen beilleszkedő személyek iránt. Nem kevésbé fontos a klinikai munkában a modern psychodiagnosztikai eszközök és eredmények felhasználása, amely segítséget nyújt a személyiség kóros állapotának, tünetképződéseinek feltárásában és elkülönítő diagnosztikájában.

Referálta: Dr. Szántó Ferencné,
Dr. Csorba Antal o. ezds.

SOMBREVIN

Összetétel:

1 ampulla (10 ml) 0,5 g propanidumot és 2 g polyoxaethenum ricinoleinicumot tartalmaz vizes oldatban.

Hatás:

Barbituratmentes, intravénásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum. Hatása 20–40 másodperccel az intravénás injekció beadása után kezdődik, és 3–4 perces időtartamú, kielégítő mélységű narcosist biztosít. A Sombrevin-narcosis nem függeszti fel a cornea- és pupilla-reflexet, így jól irányítható. A beteg tudata felébredés után gyorsan feltisztul; 30 perccel az injekció beadása után a beteg közlekedési készségét is visszanyeri, és ambulans narcosis után kísérvél hazaengedhető.

Javallatok:

Rövid ideig tartó, fájdalmas, eszközös diagnosztikus vagy therápiás beavatkozások, endoscopiás vizsgálatok, ambulans sebészeti kisműtétek; próba-excisio, incisio, körömmeltávolítás, törések és ficamok repositiója, fájdalmas kötőscsere, varratkivétel, ízületi punctio, katetherezés, záróizmok eszközös tágitása, sternum-punctio, abrasio, fájdalmas nőgyógyászati, urológiai manuális vagy eszközös vizsgálatok. A szülészetben a kitolási szakban, a bronchológiában exsudatum leszívásakor, bronchosopia alkalmával, gastroenterológiában oesophagoscopia, gastroscopia végzésekor, stomatológiában szövődményes extractio és egyéb rövidebb szájsebészeti beavatkozások során alkalmazható. Hosszabb időt, tartósabb narcosist igénylő műtétek esetén a Sombrevin a narcosis bevezetésére, más narcoticumok potenciálására alkalmas.

Ellenjavallatok:

Fokozott görcskészséggel járó megbetegedésekben, haemolyticus anaemiában, shockban, súlyos szív-, vese- és májbetegségekben, heveny alkoholmérgezésben, hypertonia betegségben a készítmény alkalmazása ellenjavallt.

Mellékhatás:

A Sombrevin injekciót a betegek általában jól tolerálják, a narcosis kezdetén azonban rövid hyperpnoe, ezt követően pedig mérsékelt és ugyancsak rövid ideig tartó hypoventillatio előfordulhat.

Adagolás és alkalmazás:

A készítmény kizárólag intravénásan alkalmazható. Tekintettel arra, hogy az oldat relatíve viszkózus, az injiciálást tanácsos szélesebb lumenű tűvel végezni. A Sombrevin optimális beadási ideje 30 mp. Veszélyeztetett betegeknél (szív- és keringési zavarokban szenvedőknél, öreg és cachectikus egyéneknél, allergiás diathesis fennállása esetén stb.) az injekció beadási idejét meg kell nyújtani 60 másodpercre. Az adag nagyságát a beteg életkora, testtúlya, az állapot súlyossága, a műtéti beavatkozás minősége és a beteg általános állapota szabja meg.

INJEKCIÓ

Felnőtteknek:

5 perces időtartamú narcosis biztosításához általában 1 ampulla Sombrevin elegendő (500 mg). A fogászati gyakorlatban, szájsebészeti fogászati műtéteknél 5–10 mg/testsúly-kg adagban szokás alkalmazni. 60 évesnél idősebb cachexiás betegek narcoticus dosis 2–3 mg/testsúly-kg.

Gyermekeknek:

Általános állapotuknak megfelelően 7–10 mg adható testsúly-kg-onként, ha a vénák állapota az injekció biztonságos beadását lehetővé teszi.

4 éves korig (egyszeri teljes adag)	0,10–0,15 g
4–6 éves korig (egyszeri teljes adag)	0,15–0,20 g
6–10 éves korig (egyszeri teljes adag)	0,20–0,30 g
10–16 éves korig (egyszeri teljes adag)	0,30–0,50 g

16 éven felülieknek:

Fejlettségüktől és általános állapotuktól függően 5–7–10 mg/testsúly-kg. Gyermekeknél és 60 éven felüli vagy cachetikus betegeknél történő alkalmazása esetén az 5⁰/₀-os Sombrevin oldatot fiziológiás konyhasó oldattal 2,5⁰/₀-os-ra ajánlatos hígítani.

A Sombrevin-narcosis meghosszabbítása:

Az egyszeri adag növelésével a Sombrevinnarcosis nem hosszabbítható meg.

Amennyiben a műtét szükségessé teszi a hatás megnyújtását, az injiciálás legfeljebb kétszer ismételhető meg. A 2., illetve a 3. használat során általában az eredeti narcosis-dosis kétharmada, illetve háromnegyede elegendő; az összadag nem haladhatja meg az 1,5–2 g-ot. Az injekció ismétlésének legheylesőbb időpontja a pislogási reflexek fellépte.

Ha az operációs idő további meghosszabbítására van szükség, a narcosis tartama és mélysége bármely más narcoticummal biztosítható.

Az inhalációs narcosisra történő zavartalan áttérés érdekében leghelyesebb, ha a gázkeverék belélegeztetését a hyperventillációs fázis kezdetén indítjuk be. A Sombrevin hatására fellépő hyperventillációt követő rövid hypoven-tillatio jól értékesíthető az intubatio szempontjából.

Figyelmeztetés:

4 éven aluli életkorban a Sombrevin injekció alkalmazása különös körültekintést igényel.

Szakrendelések a biztosítottak ellátására nem a társadalombiztosítás terhére, hanem a pro ambulancia szerekre meghatározott módon szerezhethet be.

Forgalomba kerül:

5×10 ml ampulla 132,- Ft
50×10 ml ampulla 1300,- Ft

**Előállítja: KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
BUDAPEST X.**

PHLOGOSOL

OLDAT

ÖSSZETÉTEL:

Natrium disulfosalicylato-samarium (III) anhydricum	0,9 g
hexachlorophenum	0,03 g
propylum paraoxybenzoicum	0,045 g
30 ml propilenglikolos oldatban.	

HATÁS:

Közismert, hogy a gyulladás kórélettani folyamatában az erek belső felületén – a gyulladás kialakulása szempontjából fontos – fibrinfilmmegkötődés figyelhető meg. A ritkaföldfém csoportba tartozó samarium sulfosalicylsavas komplexének gyulladáscsökkentő hatása ezen fibrinfilmmegkötődést gátló hatáson alapul. A készítményben levő propylparaoxybenzoát, propylenglycol és hexachlorophen synergista hatása biztosítja az oldat baktericid hatását. Az öblögető oldat a szájüregben szokványosan előforduló pathogen baktériumok: staphylococcusok és streptococcusok szaporodását is gátolja; az egyidejűleg szükséges chemotherápiás vagy antibioticus kezelés hatását nem befolyásolja.

JAVALLATOK:

Banális hülésekkel együttjáró torokfájás. Grippe, angina-járványban a járvány cseppfertőzés útján történő terjedés veszélyének csökkentése. A szájnyálkahártya forró étel, vegyszer okozta ártalmi. Pharyngitis acuta, tonsillitis acuta, laryngitis acuta, stomatitis acuta, stomatitis herpetica, pharyngitis chronica, elsősorban hypertrophias formája, glossitis superficialis, gingivitis acuta et chronica, gingivitis ulcerosa, paradentitis. Extractio dentis elő- és utókezelése, valamint száj- és garatúri műtétek utókezelése (tonsillectomia, Luc-Caldwell műtét stb.). Ulcus decubitale. Aphtha recidivans.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS:

1 dl vízhez vagy kamillateához 1–2 kávéskanál Phlogosol oldatot adunk, majd ezzel az oldattal naponta 3–5 alkalommal száj-, illetve toroköblögetést végzünk.

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha egyéb, szabadon rendelhető toroköblítő alkalmazása nem vezet megfelelő eredményre.

Csomagolás: 30 ml-es üvegben, 22,60 Ft

Forgalomba hozza: Kőbányai Gyógyszerárugyár – Budapest.

Dr. Kenedi István orvos ezredes, az orvostudományok doktora

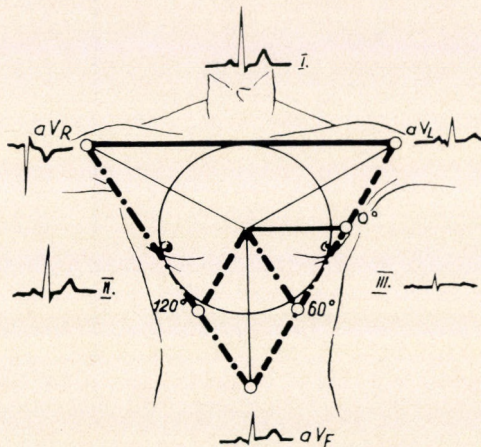
Alapfokú ismeretek az EKG-ról

A rövid ábrákkal illusztrált EKG album áttekintést akar adni arról az információról, amit az electrocardiographia nyújt a szívbetegség kórismézésében. Három célt tűz ki:

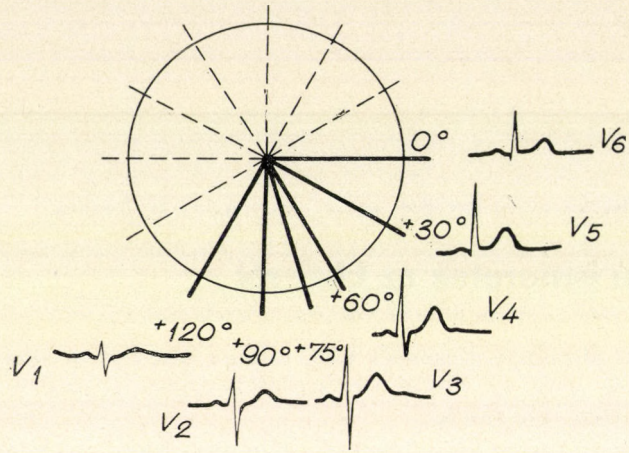
1. Megmutatni, hogy a bipoláris elvezetésekben a valóságos vektoriális elektromos történés melyik vetületét látjuk,
2. Az ingervezetés trifasciculáris szemléletét ismertetni, ami csak az utóbbi időben kezd ismertté válni a hazai irodalomban,
3. Megbarátkoztatni az olvasót a leggyakoribb arrhythmiaák ismeretével, az EKG görbe olvasásával, hogy többet lásson benne, mint csak egy laboratóriumi leletet.

A használatos EKG elvezetések

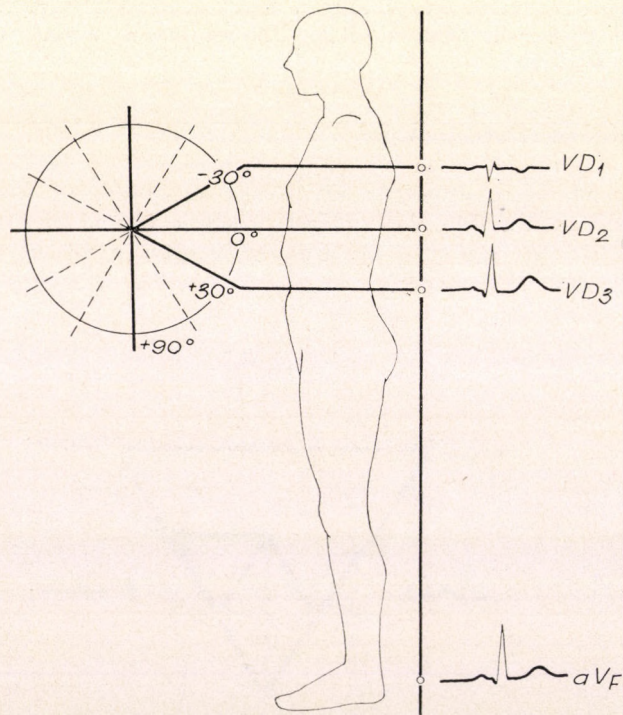
A három standard elvezetés ábrázolása az Einthoven féle egyenlőszárú háromszögben azon a feltevésen alapul, hogy a végtagokra helyezett elektrodák gyakorlatilag egyforma távolságban vannak a szívtől, amelynek bio-



1. ábra A frontális síkra jellemző végtagelvezetések



2. ábra A horizontális síkra jellemző mellkasi elvezetések



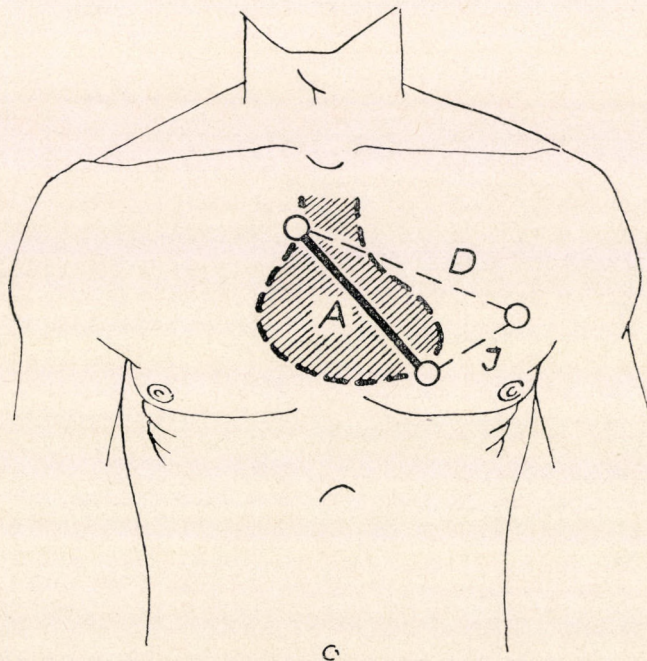
3. ábra A sagittális sík vetületei a paravertebrális elvezetésekben

elektromos árama, a momentán változó vektor a mellkas közepén keletkezik. Feltételezi továbbá, hogy a test szövetei és nedvei homogén, egyenletes elektromos vezetők. Bár a valóságban egyik feltevés sem teljesen helytálló, gyakorlatilag a három végtag elvezetés és az Einthoven háromszög csúcsainak megfelelő unipolaris végtag elvezetések (aV_R , aV_L , aV_F) a szív-vektor *frontális síkú* vetületének felelnek meg. (1. ábra). A negatív potenciálú aV_R -ből kiindulva a frontális vektor horalis hurkot ír le.

A mellkasi elvezetések V_1 -től V_6 -ig a szív-vektor *horizontális síkú* vetületét ábrázolják. Az inicialis vektor jobbra előre néz (V_1 , ezért a vektor lefutása egészségesen antihoralis hurkot alkot. A V_6 az 5. bordaközben, a középső hónaljvonalra esik. Néha ki kell egészíteni a hátsó hónaljvonalban levő V_7 és a scapuláris vonalra eső V_8 elvezetéssel. Ugyancsak értékes a magasan fekvő basalis infarctus jeleinek keresésében az egy bordaközrel magasabbra, a IV. bordaközre helyezett mellkasi elektrodák információja (V' -el jelöljük). A horizontális sík vektorait a 2. ábra mutatja.

A szív-vektor *sagittalis síkú* vetületét a bal oldalt paravertebrálisan elhelyezett VD_1 , VD_2 és VD_3 elvezetés adja, amelyet az Y tengely talp-pontján levő aV_F egészít ki. Egészségesen a VD_1 -ben a főlengés és utólengés negatív, viszont a VD_3 -ban ugyanezen csipkék pozitív irányúak. (3. ábra). A hátsófali infarctusra jellemző a VD_3 elvezetés mély Q csipkéje.

A szívközeli elektrodák bithoracalis elvezetései, a Nehb háromszög három elvezetése különösen coronariasclerosisban nélkülözhetetlen. A jobb kar elektródája a jobb II. bordaköz sternalis végéhez, a bal láb elektródája a szív csúcsra, a bal kéz elektródája a scapula csúcsára kerül. Így az első

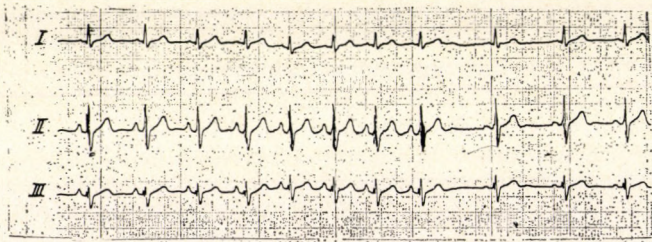


4. ábra A Nehb-féle bithoracalis elvezetések sémája

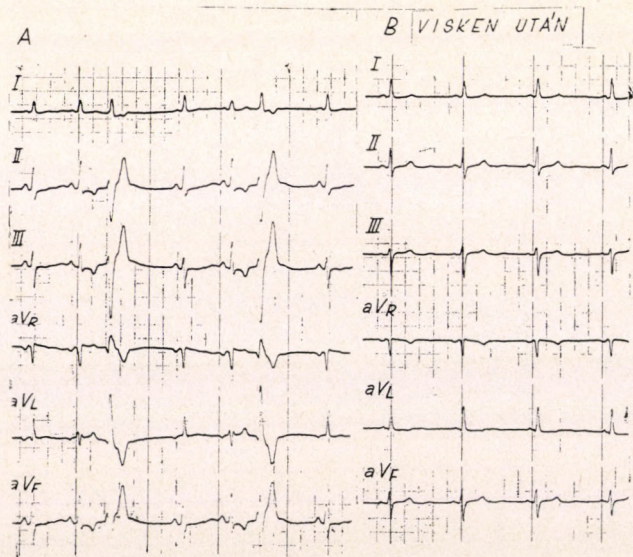
elvezetést kapcsolva a szív hátsó felszínének potenciálját kapjuk (D = dorsalis elvezetés), a második elvezetés a mellsőfalra jellemző (A = anterior), végül a harmadik elvezetés (J = inferior) a szívcsúcs potenciálját adja (4. ábra).

Az egyes EKG csipkék

A pitvar aktivitás előlengése, a *P csipke* legjobban a II. és V_1 elvezetésekben látható. A pitvari utólengés elvész a kamrai ST kezdetén, csak nyelőcső elvezetés mutatja ki. A P egészségesen nem éri el a 3 mm magasságot és nem hosszabb 0,10"-nél. Ha az I—II. elvezetésekben magas, széles a P, akkor *P mitralénak* nevezik, a II.—III. és az aV_F -ben magas P-t *P pulmonalenak*. Utóbbi gyakrabban fordul elő ideges, hyperkinetikus keringésben, mint cor pulmonale chron. okozta jobb szív terhelés miatt. Az 5. ábrán a P pulmonale spontán megszűnését látjuk ideges egyénen.



5. ábra P pulmonale hirtelen, spontán megszűnése neurotikus betegen



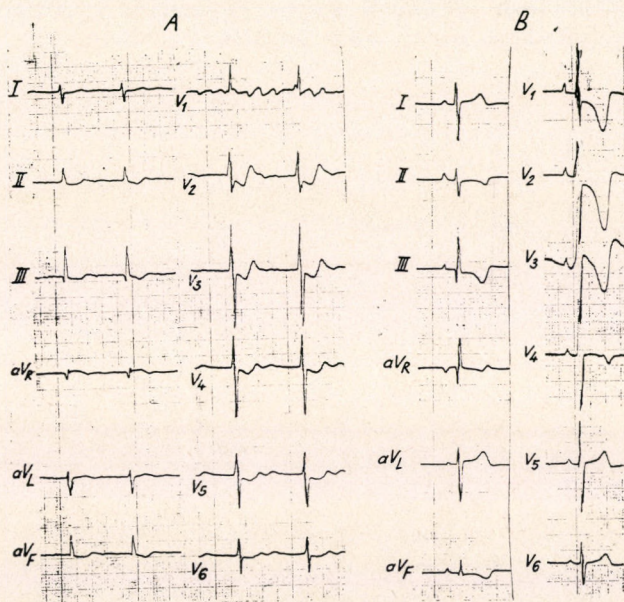
6. ábra Az ST süllyedés és a kamrai extrasystolia megszűnése Visken hatására neurotikus betegen

A PQ idő az újszülött kortól a késő öregkorig fokozatosan növekszik, fordítva arányos a szívfrekvenciával, és a sporttevékenység során kialakult edzett szíven vagotonia hatására megnyúlik. A normális felső határa átlagban 0,20''.

A Q csipke nem mindig kóros. A III. elvezetésben lehet mély Q₃ feltolt szíven. Erre jellemző, hogy belégzésre eltűnik és az aV_F-ben nem találunk Q csipkét. Egyébként a kóros Q csipkére nem a mélysége jellemző, hanem a tartama. A csomós, 0,04'' vagy szélesebb Q, ill. a QS csipke kóros. Kivételesen a V₁ elvezetésben egészségesen is előfordulhat QS.

Az ST szakasz a végtag elvezetésekben fél, a mellkasi elvezetésekben egy mm-es deviációja a nullvontól még nem kóros.

Néha ívszerű R—ST áthajlást látunk egészségesen a standard ill. mellkasi elvezetésekben, ami benignus, sorozatos felvételen nem változik. Az



7/A ábra Jobb kamra hypertrophia és pitvarfibrillatio mitralis stenosisban szenvedő betegen

7/B ábra Nagyfokú pulmonalis hypertonia jelei congenitalis szívhibában

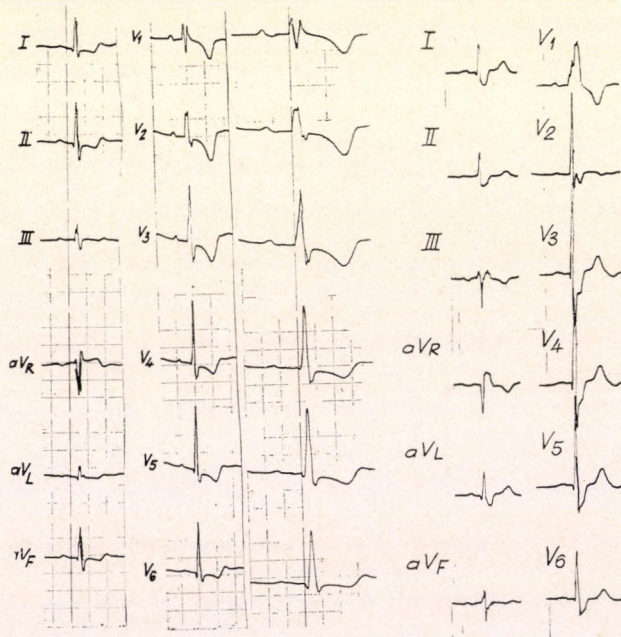
elevált ST szakasról az infarctus fejezetben lesz szó. Az ST süllyedésének a szívizom hypoxián kívül számos oka van. A 6. ábra a neurogén eredetű ST süllyedés felismerését mutatja be Visken próbával. Az ST süllyedésen kívül Visken hatására a hármas csoportú kamrai extrasystolia is megszűnt.

A T csipke neurogén eredetű változása mellett szól, ha sinus ritmusú felvételen a T nagysága egy elvezetésen belül változik. Lapos T-ről beszélünk, ha a T magassága nem éri el az R csipke 1/6-át. További fokozatai: isoelektromos, sekély, ill. mély negatív T. Külön típus az úgynevezett „coronaria T,” amely egyenlőszárú mély negatív T csipke.

A QT idő a frekvenciától függ, a relatív QT időt, vagyis a frekvenciának megfelelő időt táblázatokból leolvashatjuk. Az erősen meghosszabbodott QT hypokaliaemiában és agyi történésekben fordul elő, a megrövidült QT pedig digitalis intoxicatióban.

Jobb kamra hypertrophia

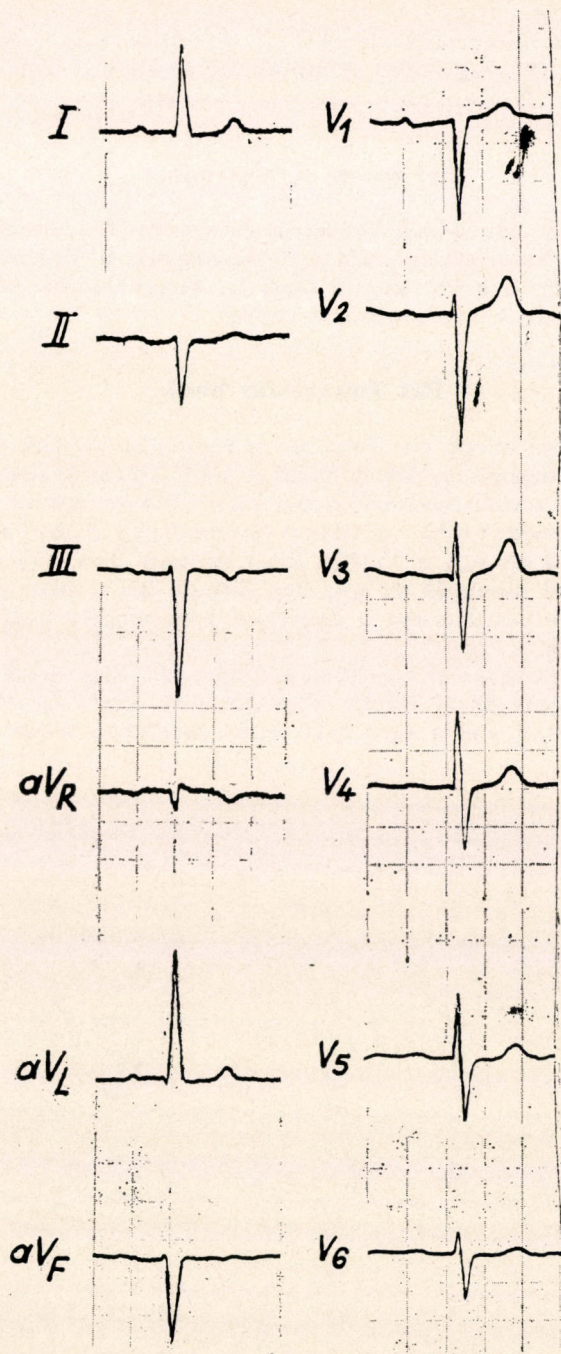
Jellemző az R tengely nagyfokú jobb deviációja (mély S_1 , magas R_3) továbbá a T_{2-3} , az aV_F negativitása. A mellkasi elvezetésekben az átmeneti zóna, ahol az R és S csipke egyenlő, a V_3 -ból a V_{5-6} -ra tolódik és V_{1-4} -ig a T negatív. A 7/A ábrán pitvarfibrillatio látszik (V_1 -ben „f” hullámokkal). A betegnek súlyos mitralis stenosisa van. A görbén V_1 -ben magas R hullám látszik, V_{2-4} -ig a T negatív-pozitív. A 7/B ábrán cyanosissal járó congenitalis szívhibában rendkívül súlyos pulmonalis hypertóniának felel meg a V_{1-3} -ig mutatkozó széles mély negatív T hullám.



8/A ábra Inkomplett jobb Tawaraszár block (V_1 a jellemző)
8/B ábra Teljes jobb Tawaraszár block

Jobb Tawaraszár block

A jobb Tawaraszár vékony ingervezető nyáláb. Ha a vezetés nem szakad meg teljesen, incomplett block jelentkeznek. A QS nem szélesebb $0,10''$ -nél, de a V_1 -ben, V_2 -ben a jobb kamra ingerülete késik (r_1S_2 csipke). A 8/A ábrán a mellkasi elvezetések 25 és 50 mm-es papírfutással láthatók. Normálisan



9. ábra Bal anterior hemiblock (kis $r_{2,3}$, aV_F r és mély $S_{2,3}$)

a jobb kamra ingerülete 0,035"-en belül kezdődik. Ebben az esetben az r_2 csúcsa 0,06"-ra esik.

A teljes jobb Tawaraszár blockra az S csipke kiszélesedése jellemző. A QRS tartama 0,12", vagy több. A 8/B ábrán, amely komplett jobb Tawaraszár blockot mutat V_1 -ben, az R csúcsa 0,11"-re esik.

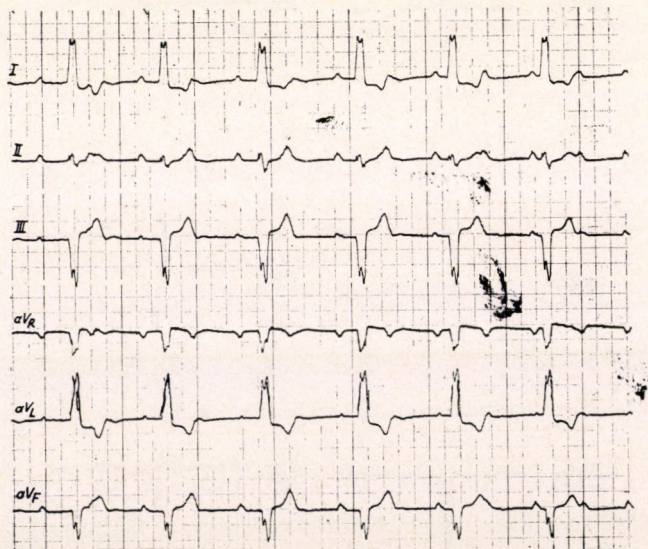
Bal kamra hypertrophia

Jellemző az R tengely bal deviatioja és negatív T a standard I., aV_L és a mellkasi $V_{5,6}$ elvezetésekben. Ha a T_2 is negatív, a V_4 -ben is negatív T mutatkozik, felvehető a bal kamra laesioja. Előrehaladt hypertonia betegségben, aorta hibában találkozunk e képpel.

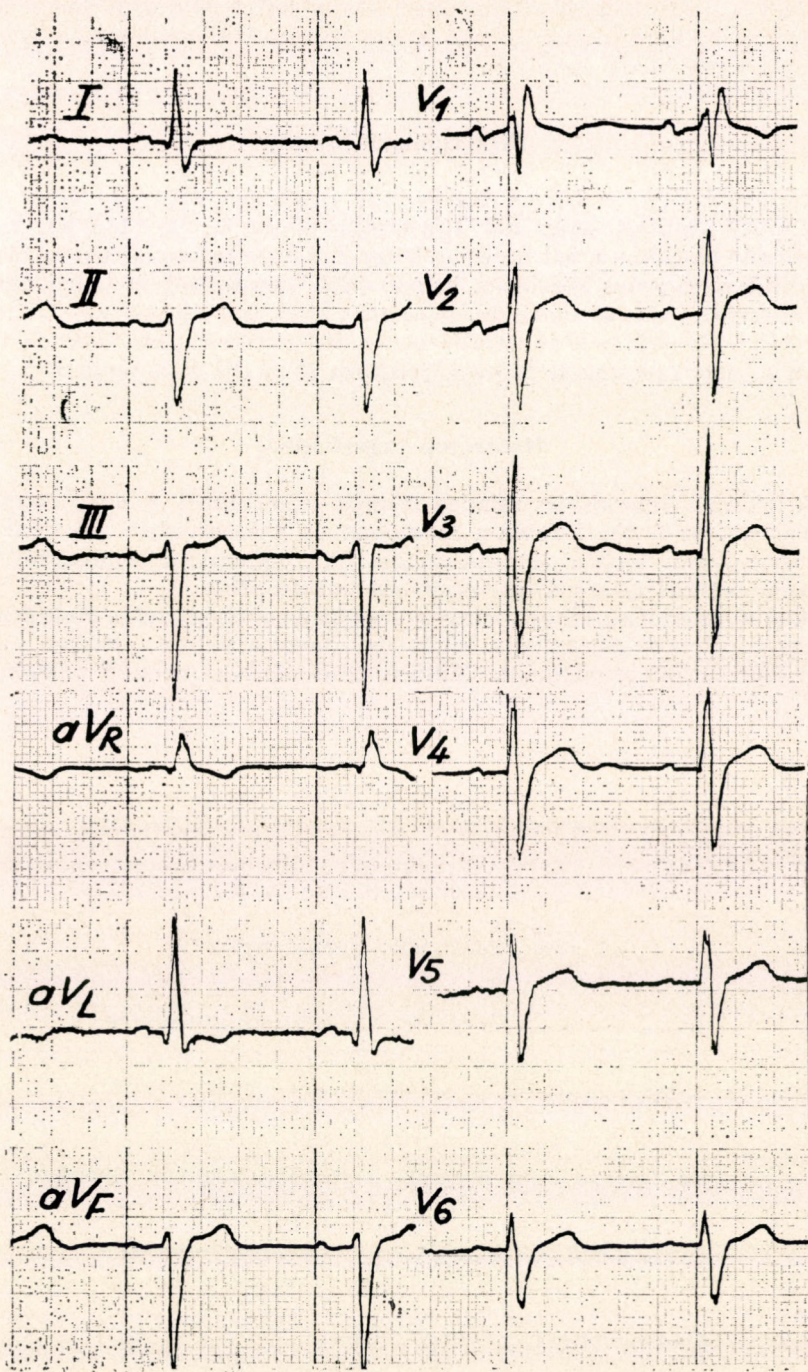
Bal Tawaraszár block

A His kötegből kilépő bal Tawaraszár rögtön kettéoszlik. A vékony bal anterior ág párhuzamosan, közel halad a jobb Tawaraszárhoz, a bal posterior ág legyezőszerűen szétterül a bal kamra hátsó falában. A két ágban külön-külön is megszakadhat a vezetés (hemiblock), A bal anterior hemiblockra (9. ábra) a kis $r_{2,3}$ a V_F -ben kis r és mély $S_{2,3}$, aV_F S hullám jellemző. A standard I.-ben és az aV_L -ben látható kis q nem pathológiás. A ritka bal posterior hemiblockra a nagyfokú jobb tengely deviatio (mély S_1 , aV_L S) jellegzetes.

A teljes bal Tawaraszár blockban a QRS 0,12", vagy hosszabb, az ingervezetés meglassulása az R csipke közepére esik, ezért M, vagy W alakú kamracsipkét látunk. Példa erre a 10. ábra, amelyben teljes pitvar-kamrai



10. ábra Teljes bal Tawaraszár blockra jellemző QRS teljes pitvar-kamrai blockban



11. ábra Bifascicularis block (bal anterior hemiblock és jobb Tawaraszár block)

blockban a jobb kamrai ritmus idézi elő a bal Tawaraszár block képét. Ugyanilyen M komplexum látható a bal mellkasi elvezetésekben is (V_{4-6}) bal Tawaraszár block eseteiben.

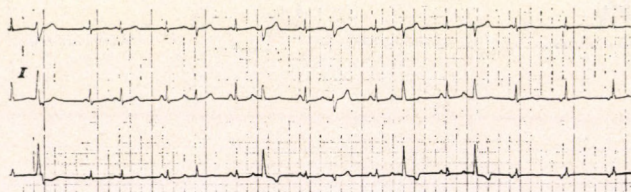
Bifascicularis block

Előfordul, hogy a három ingervezető nyálából csak egy vezet. Ilyen pl. az előbb említett teljes bal Tawaraszár block is. De társulhat a jobb Tawaraszár blockhoz a bal anterior, vagy a bal posterior fasciculus blockja. Gyakoribb az egymás közelében haladó jobb Tawaraszár és a bal anterior nyáláb együttes bifascicularis blockja, amit a 11. ábra mutat be. Jól megfigyelhetők a II.—III.-ban és az aV_F -ban a bal anterior hemiblock jelei és a V_1 -ben a jobb Tawaraszár blockra jellemző M alakú kamracspike.

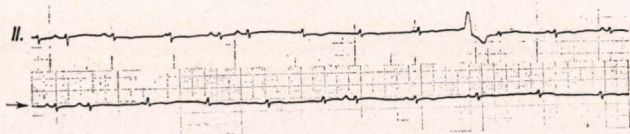
Heterotop ingerképzés

A fokozott ingerkísülés minden szinten jelentkezhet, a sinus csomóban, a pitvarban, az Aschoff-Tawara csomóban és a kamrákban. Okozhat egy-egy extraszistolét, vagy a sinusnál magasabb frekvenciájú, rendszerint 180—200 percenkénti ingert adó paroxysmalis tachycardiát.

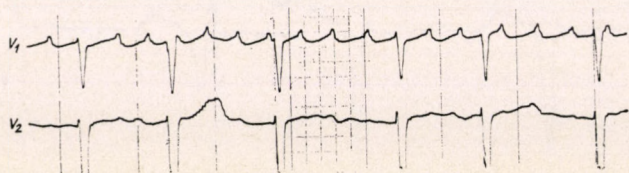
A sinuscsomóban fellépő kóros ingerképzés a szabálytalan sinusarrhythmia. Az R—R távolság annyira különböző, hogy a pulzus tapintása alapján pitvar fibrillációra gondolnánk. Minden QRS előtt azonban P csipkét talá-



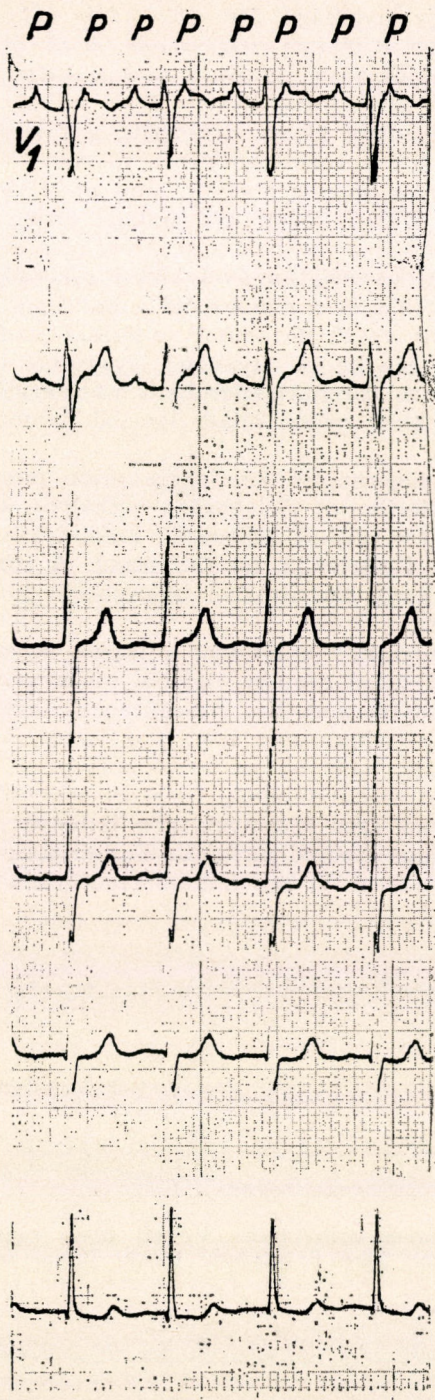
12. ábra Szabálytalan sinusarrhythmia



13. ábra Gyenge sinus syndroma coronariasclerotikus nőbetegen



14. ábra Pitvarlebegés változó (2:1 és 3:1) blockolással



15. ábra Pitvari tachycardia block-kal. V₁-ben az átvezetett és blockolt P csipkék láthatók

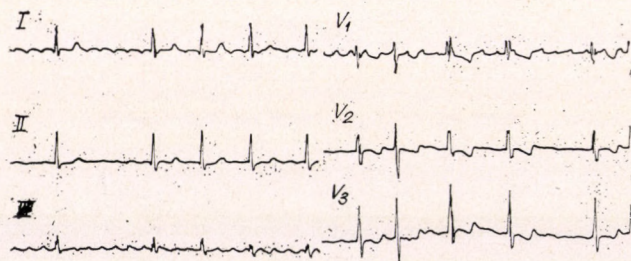
lunk, amelynek alakja, nagysága, átvezetési ideje változó, sőt az iránya is változhat. Igen gyakori a pitvari extrasystole. A 12. ábrán nemcsak az elmondottakat figyelhetjük meg, hanem a pitvari extrasystole különböző típusait is. Követheti a pitvari extrasystole P-jét szabályos, vagy rendellenes lefutású QRS, amely utóbbi széles, deformált, a kamrai extrasystoléra hasonlít, de kimutathatjuk a megelőző T-ben megbúvó P csipkét. Az ábrán az első extrasystole alsó nodalis eredetű, amit arról ismerhetünk fel, hogy a II. elvezetésben a QRS-t követő ST szakasz elején keskeny negatív P látható.

A szabálytalan sinusarrhythmiával közeli rokonságban van a *gyenge sinus syndroma*. Legtöbbször a sinuscsozó a szabályos, ritmusos P csipkék helyett erősen lelapult, rövid tartamú P csipkéket produkál, a sinus kimaradásakor pótsystole lép be és ugyancsak gyakoriak a pitvari extrasystolék. A 13. ábra 62 éves coronariasclerotikus nőbetegéről készült. Nem sokkal később Adams-Stokes roham miatt demand pacemakert kellett a jobb kamrában elhelyezni.

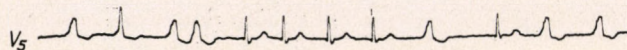
A kóros pitvari ingerképzés két leggyakoribb formája a *pitvarlebegés* és a *pitvarremegés* (fibrillatio). A lebegésre szabályos, kb. 240/min. frekvenciájú „f” hullámok (f = flutter) jellemzők, amik legtisztábban a V₁, ill. a II.—III. elvezetésben ismerhetők fel (14. ábra). A lebegés szabályos (2:1, 3:1 stb.), vagy váltakozó, szabálytalan blockolással jut a kamrákhoz. Ábránk utóbbit példázza.

A pitvarlebegést el kell különíteni a *pitvari tachycardia 2:1-es block* képétől, mely utóbbi majd mindig digitalis intoxicatio következménye. A lebegés hullámai sinusoid görbéhez hasonlítanak, ezzel szemben a pitvari tachycardiában a PQ szakasz nem ívelt, vonalszerű (15. ábra).

Pitvarfibrillációban nagyobb az arrhythmia és a V₁-ben az „f” hullámok (f = fibrillation) szabálytalanok. Időskori sclerotikus eredetű fibrillációban az „f” hullámok igen kicsinyek, alig láthatók. Mitralis stenosisban, illetve hyperthyreotikus eredetű pitvarfibrillációban az „f” hullámok jól kimutathatók. A 16. ábrán a V₁-ben látható szabálytalan „f” hullámok mel-



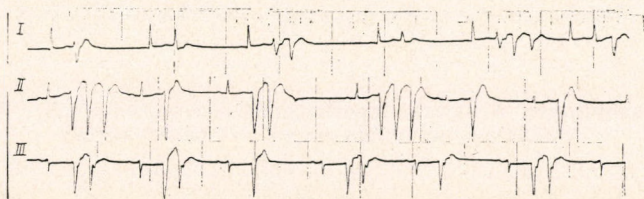
16. ábra Pitvarfibrillációs arrhythmia, V₁-ben egyes csipkék vezetési késéssel (inkomplett jobb Tawaraszár block) jutnak a kamrába



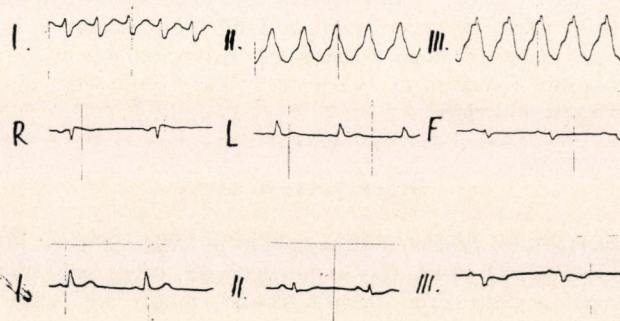
17. ábra Pitvarfibrillatio. A széles komplexumokat a bal Tawaraszár átmeneti blockja okozza

lett feltűnő a különböző kamrai vezetés, helyenként az inkomplett jobb Tawaraszár block M komplexuma. Ugyanez előfordulhat átmeneti bal Tawaraszár blockos vezetéssel (17. ábra) és ha ezt nem ismerjük, könnyen kamrai Salvenak nézhetjük a bal szárblockos csipkéket. Az antiarrhythmias kezelés tovább rontaná az ingervezetést a bal Tawaraszárban.

A *nodalis extrasystolét* negatív P jellemzi, amely ha 0,08"-en belül megelőzi a QRS-t, akkor felső nodalis, ha egybeesik a QRS-el középső nodalis, végül, ha mint a 12. ábrán követi a QRS-t, alsó nodalis extrasystoléről beszélünk. Ugyanezt láthatjuk a nodalis paroxysmalis tachycardiában is. Az alsó nodalis paroxysmus nem ritkán functionalis Tawaraszár block-kal jár és könnyen összetéveszthetjük a súlyosabb prognosisú kamrai paroxysmalis tachycardiával, aminek therapiája is más.



18. ábra Digitalis intoxicációban egy-két, sőt három kamrai extrasystole látszik sorozatban



19. ábra Rövid kamrai paroxysmalis tachycardia, amely csak a standard elvezetések idején mutatkozott, spontán szűnt

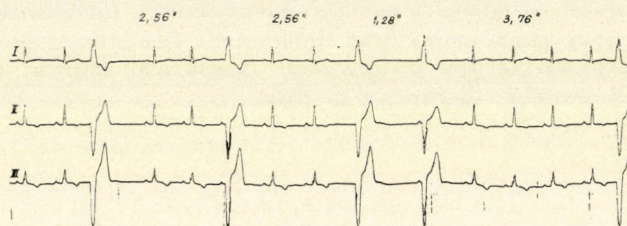
A *kamrai extrasystolét* széles, csomós, bifázisos komplexumok jellemzik. Veszélyes a többgócú és a halmazott, sorozatokban jelentkező kamrai extrasystole, ami kamralebegés, vagy fibrillatio előfutára lehet (18. ábra.)

A *kamrai paroxysmalis tachycardia* néha rövid sorozatban jelentkezik és nehéz megfejteni, hogy a beteg rövid szédüléssel roszszullétét ilyen rövid paroxysmus okozza, mint ahogy egyik coronariasclerotikus betegünkön ez előfordult (19. ábra).

A kamrai extrasystolétől könnyen elkülöníthetjük a *pararhythmiát*, ahol az önálló kamrai ingerközpont ütései szabályos ritmusként jelentkeznek, a legrövidebb R—R intervallum többszöröse, ennél fogva nincs fix kapcsolási idejük, a megelőző QRS-től való távolságuk változó. Előfordul,

hogy a kamrai parahrhythmiás központ a P csipke után olyan későn üt be, hogy részben már a sinus inger is elért a kamrába (fusiós ütés). Ezt példázza a 20. ábra.

A sinustól független ingerközpontot mesterségesen is létrehozhatunk átmeneti vagy végleges *pacemaker* beültetésével. A *pacemaker* ingere a spike vékony függőleges vonal, amit széles extrasystole-szerű QRS követ (21. ábra).



20. ábra Parahrhythmia. A kamrai ingerközpont intervalluma 1,28''. A kamrai góc csipkéinek távolsága ennek két-háromszorosa

Ha figyelmesen olvastuk a heterotop ingerképzés és a szárblock fejezeteket, megfejtethjük az ún. *bidirectiós tachycardia* keletkezési módját. A 22. ábrán pitvarfibrillációs tachycardiában a standard elvezetésekben kétirányú, fel és lefelé néző sorozatokat látunk. A mellkasi elvezetésekből kitűnik, hogy az I. elvezetésben felfelé irányuló QRS-nek bal Tawaraszár block képe felel meg, az inger tehát a *jobb Tawaraszár*on jut a kamrába. Az I. elvezetésben lefelé néző csipkének bifascicularis block (bal anterior hemiblock és jobb Tawaraszár block társulása) felel meg, az inger tehát a *bal posterior száron* terjed.

Ingervezetési zavar

1. *Sinu-auricularis block*. A sinuscsomó aktivációja nem látszik az EKG-ban. A *sinu-auricularis block* úgy ismerhető fel, hogy egy, vagy több ingerképzés kimarad, a ritmusban szünet támad, amely két vagy három R—R távolságnak felel meg.

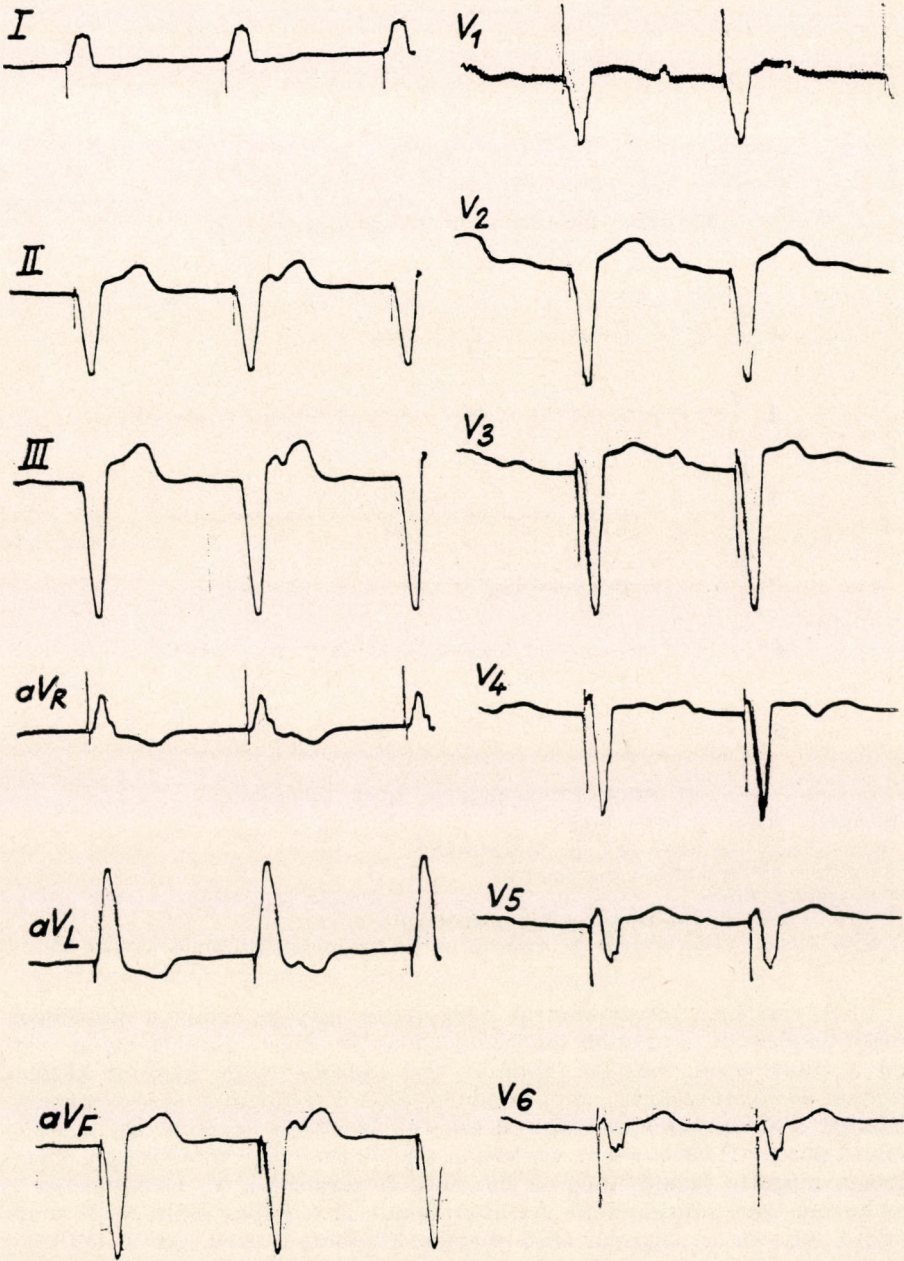
2. Az *intra-auricularis blockot* jellemzi a jobb és bal pitvar közötti vezetés romlása. A P csipke tartama 0,10"-nél hosszabb és kéthullámú, a második rész hegyesebb.

3. *Atrio-ventricularis block* három súlyossági fokozata ismeretes.

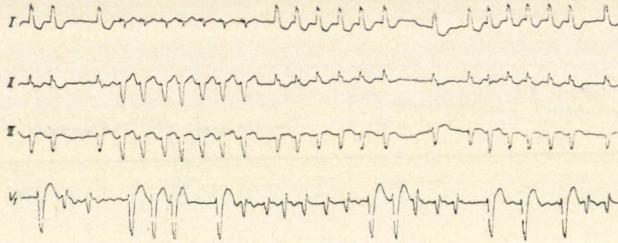
A) Elsőfokú pitvar-kamrai blockban a PQ idő meghosszabbodása látható, mint a 23. ábra 1. sorában, 0,40"-re.

B) Másodfokú pitvar-kamrai blocknak három változata van.

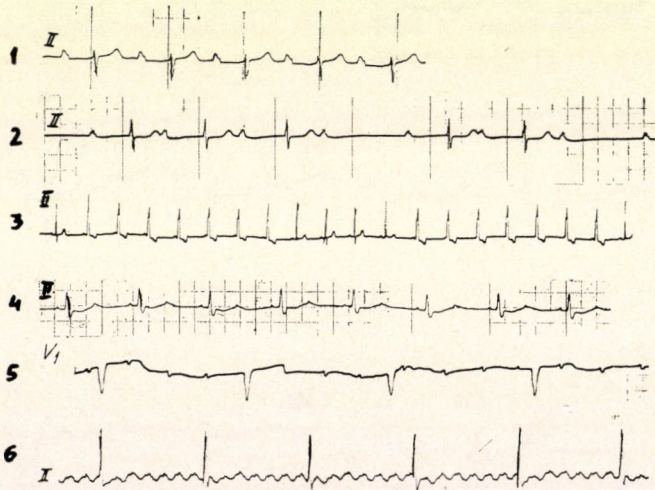
a) Wenckebach—Luciani periódusban a pitvar-kamrai vezetés fokozatosan romlik, végül egy P hullám üresen marad, egy kamrai vezetés kiesik. Példánkban (23. ábra 2. sor) már az első PQ: 0,50'', a harmadik 0,60'', a negyedik nem vezetődik (4:3 block). A következő periódusban csak 3:2 block van. Általában a szünet utáni első PQ rövidebb 0,20"-nál. Esetünkben a vezetés súlyos károsodását jelzi, hogy már az első PQ is igen hosszú.



21. ábra Pacemaker ingerképzés. Vonalszerű pacemaker jel (spike), amit széles QRS követ



22. ábra Bidirectiós tachycardia (I. szöveg)



23. ábra Pitvar-kamrai block fokozatai:

1. Elsőfokú block, a $PQ = 0,40''$
2. Wenckebach periódus (4:3 és 3:2 block)
3. Részleges pitvar-kamrai dissociatio
4. 2:1 arányú block
5. Teljes block 30/min frequentiájú széles QRS-el
6. Teljes block, pitvarlebegés és keskeny, a His nyálából kiinduló kamrai ritmus

b) A részleges pitvar-kamrai disszociatio lényege, hogy a sinus ingerképzés meglassult, az alsóbb ingerközpont aktív. Ezért találunk olyan részt, ahol a sinus vezet, másikat, ahol az alsó (nodalis, vagy kamrai) központ vezényel és olyan szakaszt, ahol majdnem azonos frekvenciával versengenek: a pitvart a sinuscsomó aktiválja, a kamrát az alsóbb központ. Így a sinus eredetű pozitív P közel kerül, egybeesik a kamrával vagy töredékesen, illetve teljesen mögötte jelenik meg. A 23. ábra 3. sorában a V_1 elvezetésben az első három QRS sinuseredetű. Az ütem lassul. A 4. csipke előtti fél P sinuseredetű, viszont a nagyobb QRS nodalis központból ered. Az 5. QRS-ben rejtve marad a synchron P, a 6. csipke után pozitív P jön, majd ismét szaporább sinusvezérlés következik.

c) A súlyosabb 2:1, 3:1, 4:1 stb. blockban egy inger szabályosan átvezetődik, utána egy, vagy több P csipke átvezetése a kamra felé gátolt. A

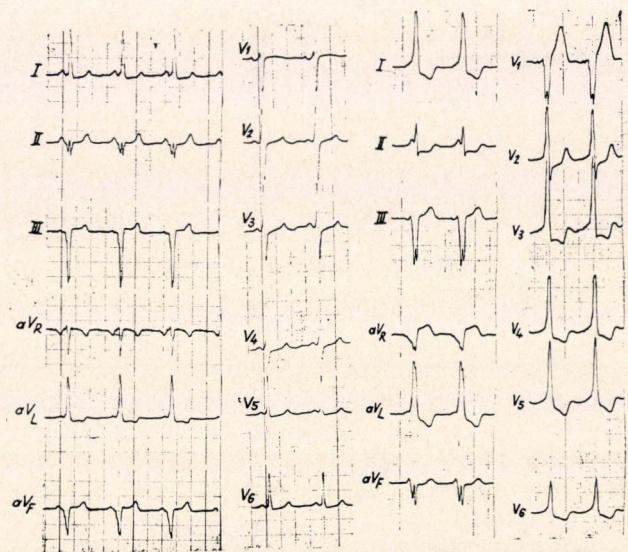
23/4 sorban 2:1 blockra adunk példát. Ez a blockolás a szív szempontjából előnyös, mert megfelel a frekventiát, az egyes szívkontrakciók volumene nagyobb, a szív működés hatásosabb.

C) *Teljes pitvar-kamrai blockban* a trifascicularis gátlás miatt a pitvarok és a block alatti központ működése egymástól teljesen független. A 23/5 görbén V_1 elvezetésben 120/min sinusműködés mellett jobb kamrai pót ritmus működik széles QRS-el, 30/min frekventiával. A 23/6 sorban a pitvar lebeg 300/min szaporasággal, viszont a pót ritmus 43/min frekventiájú, keskeny komplexumokból áll, tehát a két Tawaraszár oszlása felett, a His nyálából indul ki.

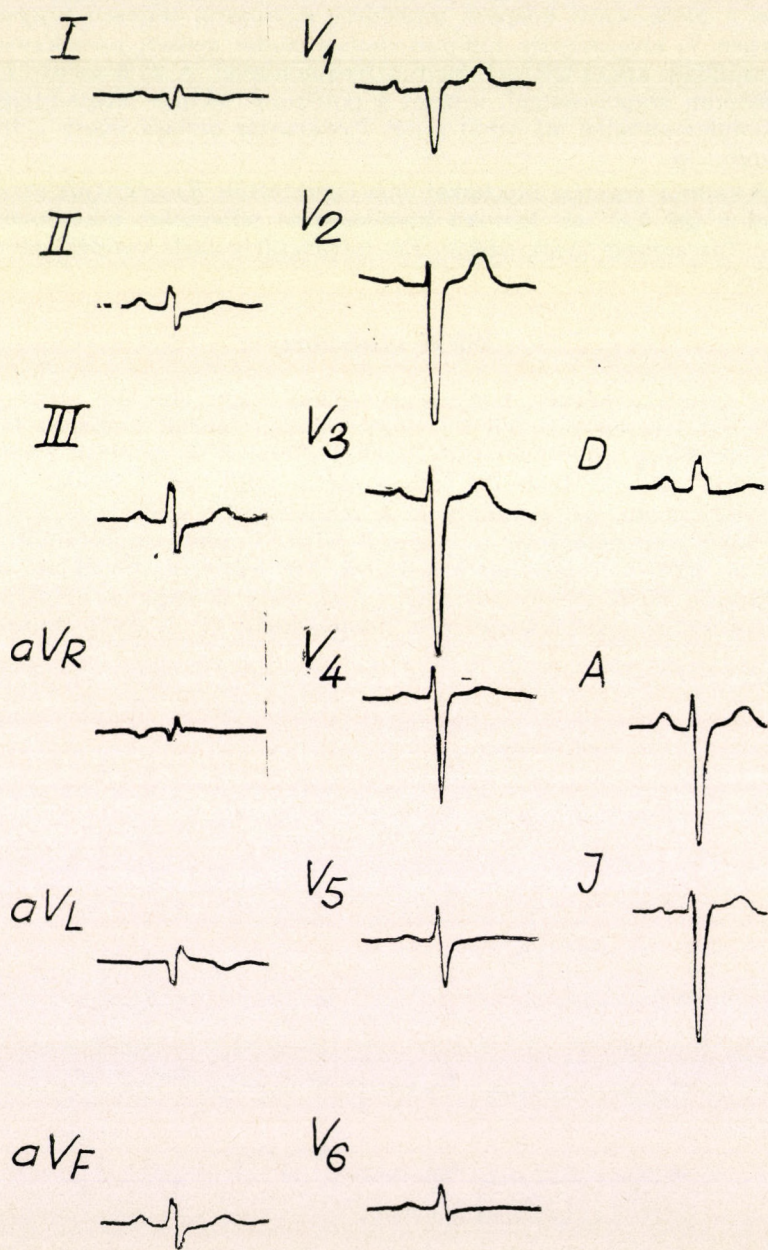
4. A kamrai vezetési blockokat már ismertettük. Kiegészítjük azzal, hogy előfordul a QS 0,11"-es, kismélységű QRS-jeleket jellemező inkomplett jobb, vagy bal Tawaraszár block nélkül. Ezt intraventricularis vezetési zavar névvel jelöljük.

WPW syndroma

Még nyitott a kérdés, hogy ingerképzési, vagy vezetési zavar okozza. Szívsebészeti sikerek bizonyítják, hogy valóban létezik emberen is a Paladino-Kent köteg, rövid vezetési shunt a pitvarok és kamrák között. Jellemzi a 0,12"-nél rövidebb PQ idő, a széles QRS, az R kezdeti részének megtörtése, az ún. delta hullám és a repolarisációs szakasz secundär változása. Bármilyen jellegzetes a magas R csipke kezdeti megtörtése, a delta hullám, az EKG-ban járatlan klinikusok két irányban tévednek. A 24/A ábrán látható WPW syndromát a $Q_{2,3}$, aV_F mély Q csipkéje alapján hátsó-fali szívinfarctus maradványjelének könyvelhetik el. A 24/B típusú WPW



24/A ábra WPW syndroma, amely hátsó-fali infarctust utánoz
24/B ábra WPW syndroma, amely Tawaraszár blockhoz hasonlít



25. ábra. Anteroseptalis infarctusra csak az I. és aVL Q utal

esetét pedig a III. és a aV_F hasadt csipkéje alapján bal Tawaraszár blocknak tarthatják. Megkülönböztetik a WPW syndroma A és B típusát. Az A-ban a V_1 -ben pozitív, a B-ben negatív főlendést látunk.

Szívinfartus

A szívinfartus akut stádiumára jellemző a sérüléssel monofázisos áram, az ST szakasz dôme-szerű elevatiója az infarceált terület felett. *Hátsófali diaphragmatikus infarctusban* a II.—III. és aV_F elvezetések kívül a Nehb D elvezetésben figyelhetjük meg az ST elevatiót. Un. *basalis hátsófali infarctusban* a $VD_{2,3}$ -ban látjuk, vagy vektorkardiographiával derítjük fel az infarctust. A *mellsófali infarctusban* az I. és aV_L elvezetésekben keletkezik ST elevatio. Itt azonban mód van szívközeli mellkasi elvezetésekkel az infarctus kiterjedését meghatározni. Körülírt, kis kiterjedésű infarctust (anteroseptalis a V_{1-3} , septalis a V_{3-4} , anterolateralis a V_{4-6} elvezetésekben jelentkezik) és a bal a. coronaria magas elzáródásakor létrejövő kiterjedt, transmuralis infarctust (V_{1-6}) különböztetünk meg.

A *subendocardialis infarctusra* a klasszikus klinikai tünetek mellett az EKG-ban a mellkasi elvezetésekben nagyfokú ST süllyedés a jellemző.

A sérüléssel ST elevatio néhány nap — egy-két hét alatt visszasüllyed a nullvonalba és fokozatosan negatív T alakul ki. A sérülés szomszédságában ischaemiás terület van, aminek jele ugyancsak a T negativitása. A necrosis területén heg képződik, amelynek maradó jele a Q csipke. Lényegében a hegterületen elektromos inaktivitás (ablak) engedi át a kamra üregében élettani Q csipkét. A heges és működő izom arányától függ, hogy QS (nincs más, csak heg), QR (egyenlő arányú működő és inaktív terület), illetve qR (kis hegcsövet) marad vissza.

A hetekkel-hónapokkal, sőt évekkal az infarctus után megmaradó me-rev friss infarctusos ST elevatio gyanújele a *szivaneurysma* képződésének.

Az elmondottakat néhány ábra szemlélteti.

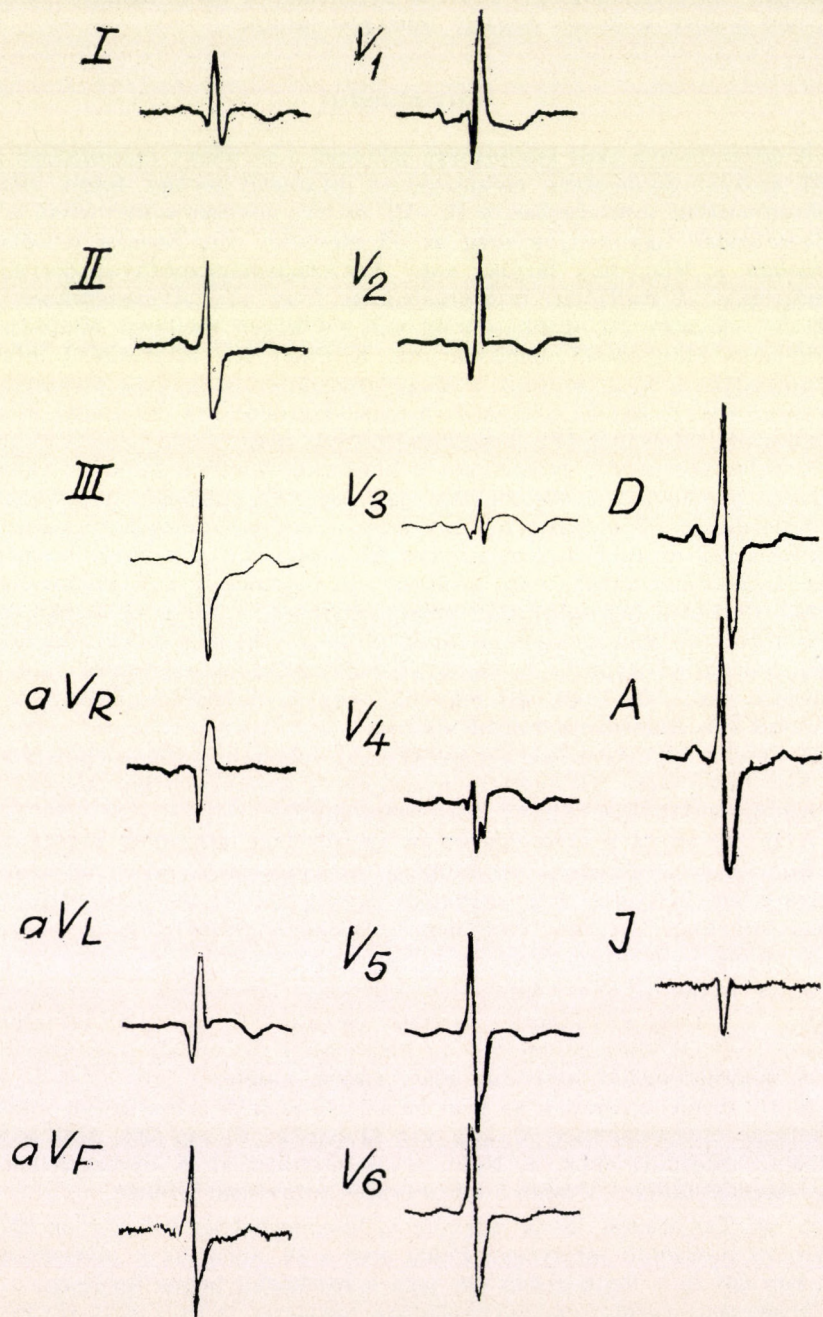
A 25. ábrán az I. elvezetésben és az aV_L -ben látható Q csipke mellsófali infarctus maradványa. A mellkasi elvezetésekben nincs Q csipke. Az anteroseptalis infarctus akut szakában V_{1-3} -ig volt Q és elevált ST. A gyógyulás folyamán V_{2-3} -ban megjelent a működő szívizom biopotenciálja, a kis R csipke.

A 26. ábrán 12 évvel infarctus után jobb Tawaraszár block mellett az I., aV_L , V_{1-3} mély Q csipkéjét és ívelt, elevált ST szakaszt láthatunk. A mellkas röntgen elmeszesedett héjú kisalmányi mellsófali aneurysmát mutat. A megmerevedett infarctus EKG ennek tünete.

A 27. ábrán ugyancsak az I. és az aV_L Q-ja jelzi a mellsófali infarctust. A mellkasi elvezetésekben V_{2-6} -ig van Q csipke, V_{2-4} -ig QS, amit kiterjedt mellsófali infarctus okoz. A Nehb elvezetésekben az A elvezetésben mély Q, a J-ben QS látható. Utóbbi a csúcsterület infarctusát jelenti.

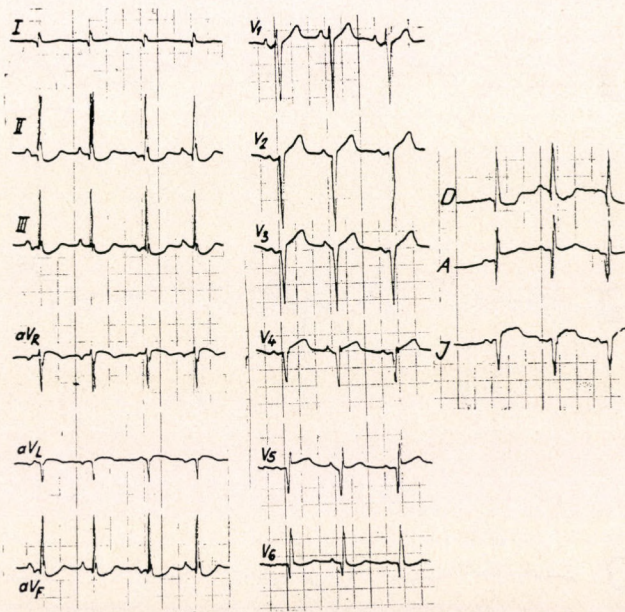
A bal Tawaraszár block ellenére is felismerhetjük sokszor az EKG-ból a lezajlott mellsófali infarctust. Példa erre a 28. ábra: az I. elvezetésben Q, a II.-ban QS és a Nehb J-ben QS jelzi a mellsófali heges területet.

A 29. ábra kettős infarctus történést leplez le. A $Q_{2,3}$ és a V_F Q, Nehb D-ben Q a hátsófali heg tünete. A $V_{1,2}$ -ben észlelt QS, V_3 -ban kis q viszont az anteroseptalis infarctus maradványa.



26. ábra Merev infarctus görbe, szívanéurysmára gyanús

Ilyen rövid EKG vázlatból sem maradhat ki a szívinfarktushoz hasonló klinikai kórképek elkülönítése, EKG jelek alapján. Legnehezebb az első órákban az elkülönítés a *masszív tüdőembóliától*. Még az EKG kép is utánozhatja. Az ún. McGinn-White syndromában mély S_1 és Q_3 csipke, elevált ST_3 szakasz van, ami hátsófal infarktusra emlékeztet. Soha sincs azonban Q_2 és későbbiekben az akut jobb szív terhelés ezen EKG jele eltűnhet, ha



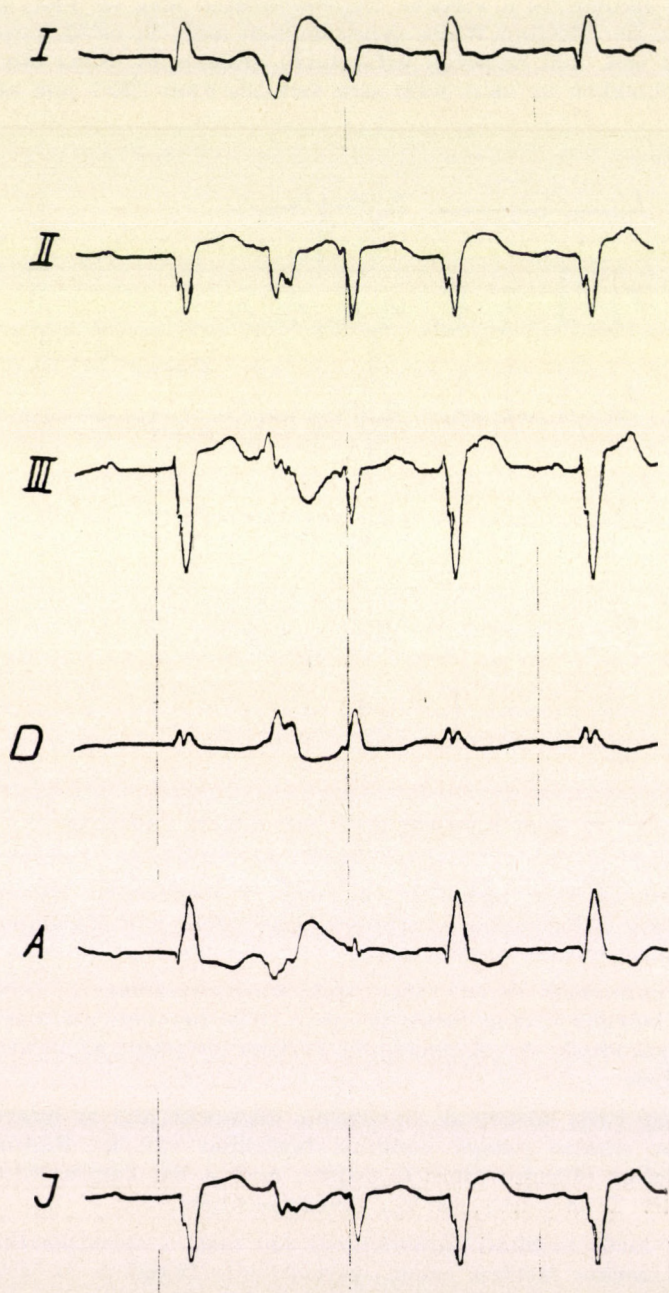
27. ábra Kiterjedt mellsőfali infarctus EKG-ja

pedig megmarad, nem alakul ki coronaria T negativitás. Gyakori viszont, hogy a maszív tüdőembólia inkomplett, vagy teljes jobb Tawaraszár blockot és jobb kamrai extrasystolákat okoz.

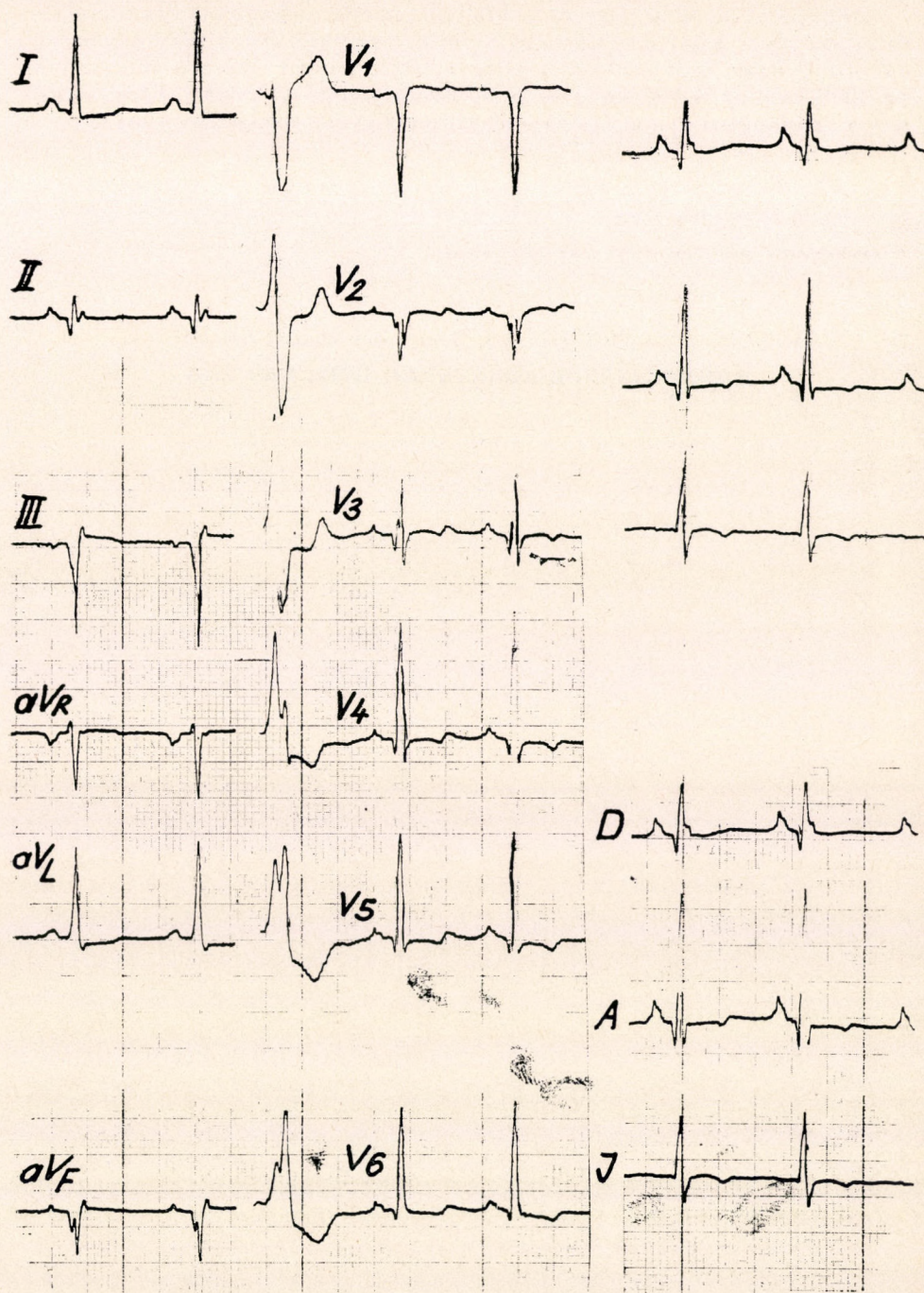
A *cor pulmonale chron*, súlyos dekompenzációjában V_{1-4} -ig QS csipke van, sőt a betegek órákig tartó, de nem elviselhetetlen mellkasi fájdalomról is panaszkodnak. Az alapbetegség kórismézése segít az infarctustól való elkülönítésben.

Aránylag ritka kórkép az *aneurysma dissecans*, ami az infarctushoz hasonló heves, szakító jellegű mellkasi fájdalmat vált ki. Feltűnő, hogy a súlyos fájdalom ellenére nincs Q csipke, csak a bal kamra túlterhelésének jelei (negatív T az I.-a V_L , és $V_{5,6}$ elvezetésekben).

Órákig tartó mellkasi fájdalommal jár még a *spondylarthrosis cervicalis*, a *Coxsackie fertőzés* pleuro-pericardialis fájdalma és utoljára említtem, de ez okozza a legtöbb elkülönítési problémát, a *psychoneurotikus betegek* szívfájdalmát. E felsorolt kórképekben viszont az infarctusra jellemző EKG eltérés hiányzik.



28. ábra Bal Tawaraszár block mellett az I., II. elv. és Nehb J mellsőfali infarctusra utal



29. ábra Kettős (hátsófali és anteroseptalis) infarctus EKG-ja

Hangsúlyozni kell, hogy ha a klinikai tünetek jellemzőek szívinfarctusra, a szabályos EKG nem zárja ki az infarctus történést. Ritkán ugyan, de előfordul, hogy csak órákkal, esetleg egy-két nappal később mutatkozik az EKG-ban az ST elevatio és a necrosist jelentő Q csipke. Ezért végső soron az infarctus gyanújával a kórházi megfigyelés elengedhetetlen.

I. Kenedi, полковник м/с:

Элементарные понятия электрокардиограммы

Dr. *I. Kenedi*, Oberst des Med. Dienstes, Doktor der Med. Wissenschaften:

GRUNDLEGENDE KENNTNISSE ÜBER DAS EKG

Dr. Nagy György orvos alezredes, az orvostudományok kandidátusa,
dr. Gyarmati János egyetemi adjunktus,
Dr. Tóth Erzsébet egyetemi tanársegéd

A polycythaemia rubra vera és a hypoxiás eredetű secundaer polyglobulia mellkas röntgenképe

Szerzők 67 beteg vizsgálata alapján a polyglobuliában mellkas felvételen kimutatható röntgen-tüneteket ismertetik. Megállapítják, hogy e tünetek a polycythaemia rubra vera és a tüdőbetegségek okozta secundaer hypoxiás polyglobulia tiszta eseteiben jellegzetesek.

A kevert formában a két típus röntgen-tünetei is egyesesen fordulnak elő, ezért helyes értékelésük is nagy nehézségbe ütközik.

A polyglobuliák (PG) egyes típusainak elkülönítése a helyes therápia megválasztása szempontjából döntő fontosságú. A valódi PG lehet elsődleges és másodlagos. Primaer esetben a PG a betegség lényege, míg secundaer PG-ban a haematologiai elváltozás egy másik megbetegedés tünete vagy következménye.

A primaer PG-k legfontosabb és legismertebb képviselője a polycythaemia rubra vera (PRV). Erre haemodinamikailag legjellemzőbb, hogy a vérmennyiség növekedése és a vérviscositas fokozódása következtében a keringési sebesség csökken, a kiserek kitágulnak, összkeresztmetszetük megnövekszik.

A secundaer PG-k közül a klinikai gyakorlatban legtöbbször a hypoxiás PG-t észleljük, és ez elsősorban az ún. pulmonalis szívbetegségekben fordul elő. A tüdőeredetű szívbetegségekre (cor pulmonale) keringésdinamikailag a megnövekedett kisvérköri ellenállás, a pulmonalis hypertonia és a tüdőerek összkeresztmetszetének a csökkenése utal.

A PG-k két leggyakoribb típusának az elkülönítése mindennapos klinikai feladat. Ez megfelelő vizsgálatokkal (pontos anamnesis felvétel, splenomegalia és hepatomegalia kimutatása, csontvelő, GAP aktivitás vizsgálat, ferrokinetikai, vérgáz analitikai vizsgálatok stb.) általában sikerül is; az eseteknek csak kis hányadában marad kérdéses a helyes diagnosis. Differentiálás céljára számos módszer áll rendelkezésre. Ezek között azonban ritkán említik a röntgenvizsgálatokat, holott régen ismert (1, 2, 4, 5, 6, 11, 12, 13), hogy a PRV és a secundaer hypoxiás PG a mellkas röntgenképén, a szíven, a tüdő perenchymájában és kiserein az ellentétes irányba megváltozott haemodynamikának megfelelően *eltérő* elváltozásokat okoz, ezek egyszerű mellkas röntgenvizsgálattal kimutathatók, és az elkülönítő diagnosisiban egy adatként esetleg hasznosíthatók.

Módszer és beteganyag

Az elmúlt években 67 PG-s beteg mellkasát vizsgáltuk: kétirányú típusos röntgenfelvételt készítettünk, amit szükség esetén rétegvizsgálattal és kymographiával egészítettünk ki. A felvételen Assmann szerint megmértük az arteria pulmonalis tágasságát, és Csákány (1) módszerével meghatároztuk a pulmonalis ív elődomborodásának a mértékét. A tüdővascularisatio fokának objektív megítélésére Csákány (2) egy másik, az ún. mérővonalas eljárását alkalmaztuk.

Betegeinket a PG típusa szerint csoportosítottuk:

1. *Polycythaemia rubra vera*. Az e csoportba tartozó 49 beteg vizsgálati eredményeit már ismertettük (6), ezért itt csak annak a 33 betegnek a mellkas felvételeit vettük számba, akik az első vizsgálat idején exacerbációban voltak (a vvs.-szám átlaga: 6,4 millió).

2. *Secundaer hypoxyás polyglobulia*. Ebbe a csoportba 12 beteg tartozik (a vvs.-szám átlaga: 5,6 millió).

A PG-t előidéző alapbetegség 6 esetben emphysema pulmonum, asthma bronchiale, 3 esetben bronchitis chr., bronchiectasia, fibrosis, 3 esetben tbc utáni állapot (retractio thoracis, callus pleurae, fibrocirrhoticus tbc stb.).

3. *Vegyés polyglobulia*. Ide azt a 6 betegünket soroltuk, akik a PG kiváltásában a PRV és a secundaer hypoxya egyaránt szerepelt (a vvs.-szám átlaga: 6,1 millió); a bizonyított PRV mellett ui. chronikus szív- és/vagy tüdőmegbetegedés is megfigyelhető volt.

Eredmények

Az 51 betegről készült mellkas röntgenfelvételnek a *klinikai diagnosis ismeretében* végzett értékelése során alapbetegség szerinti bontásban a következőket találtuk:

1. A PRV exacerbációjában a szív balra való mérsékelt fokú megnagyobbodását, a szívöböl kimélyülését, az aortagomb előemelkedését és a tüdő hypervascularisatióját 24 betegen társultan láttuk (1. és 2. kép). E tünetek közül legjellegzetesebb a tüdő hypervascularisatiója, amit 4 esetben szív- és aortaelváltozás nélkül is észleltünk. A Csákány-féle mérővonalak segítségével meghatározott tüdőerezettség tehát 28 esetben utalt hypervascularisatióra: a mérővonalat keresztező érárnyékok száma egy-egy oldalon több mint 20, tehát biztosan kóros volt (2).

Az arteria pulmonalis 16 betegen volt tágabb. A jobb oldali pars intermedia átmérője 14 mm-nél nagyobb, 15—18 mm.

A basalis tüdőrészekben finom fibrosist 8 betegen láttunk, elsősorban régen fennálló, továbbá különösen súlyos esetekben.

2. A 12 secundaer hypoxyás PG-s betegünkről készült mellkasfelvételeken minden esetben a praecapillaris pulmonalis hypertonia, ill. a cor pulmonale röntgen — jelei voltak észlelhetők (3. és 4. kép).

A szív jobbra vagy mindkét irányba megnagyobbodott. A jobb kamra túlterhelésének jeleként a pulmonalis íve elődomborodott — a Csákány

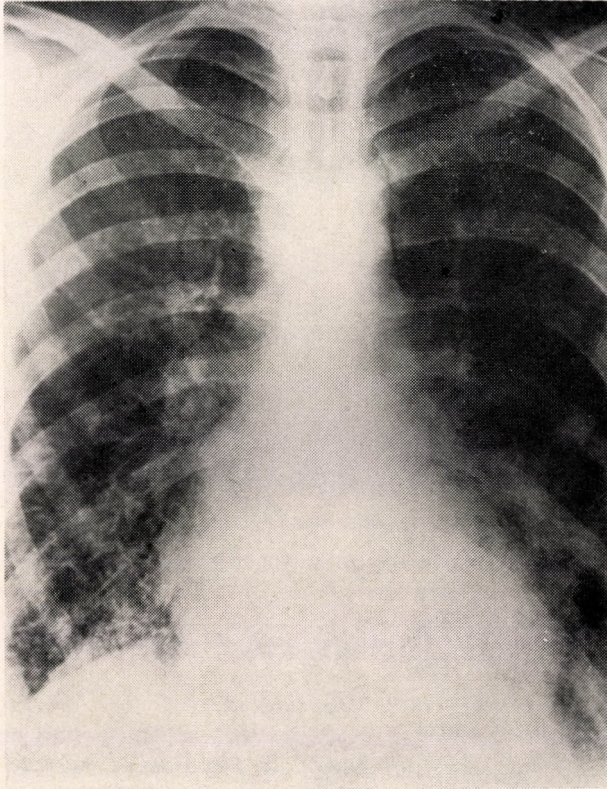
$A \times 100$

szerint meghatározott ————— hányados nagyobb mint 8 —, a szívöböl

B

kitöltött, a retrosternalis háromszög kisebb volt.

Az arteria pulmonalis centralis ágai tágabbak. A pars intermedia egyes esetekben a 25 mm-t is meghaladta. A vaskos hilusi erekhez szegénys perifériás érrajzolat társult, a tüdő hypovascularizált, a mérővonalat keresztező árnyékok száma 14 alatt volt (2). Ez a nagy caliber különbség a tüdőerek centralis és perifériás szakasza között, az ún. centropériariás caliberiscrepantia igen jellemző és valamennyi secundaer PG-s betegünkön megtalálható tünet volt.

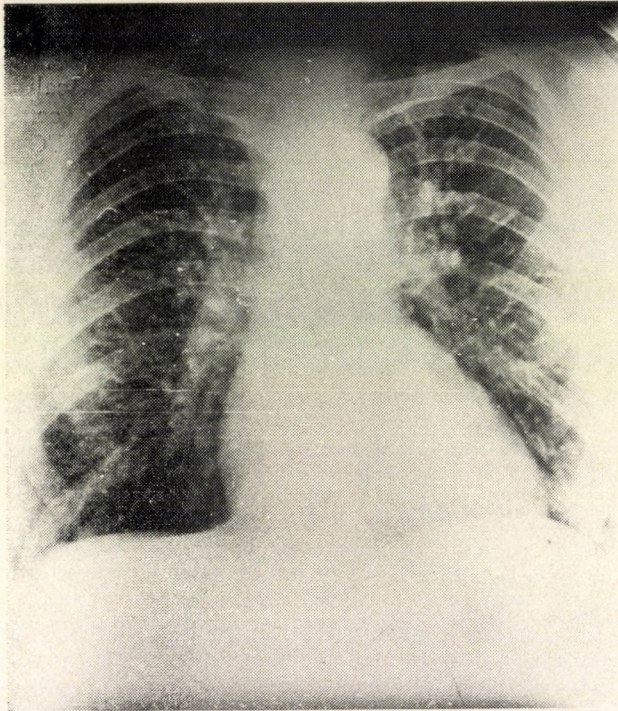


1. kép: Polycythaemia rubra vera

Ún. típusos tünetegyüttes. A szív balra mérsékeltén nagyobb, a szívöböl mélyebb, az aortagomb prominaál, a tüdő hypervascularizált

A tüdőparenchymában, a szíven vagy a pleurán minden esetben fellelhetők voltak az alapfolyamat jellegének megfelelő primaer elváltozások is.

3. Az ún. vegyes csoportba tartozó 6 beteg felvételén a fentebb leírt röntgenjelek is keverten fordultak elő, és a specifikus röntgen-tüneteket egymástól igen nehéz elkülöníteni (5. és 6. kép).



2. kép: Polycythaemia rubra vera

A jellegzetes tünetek közül legszembeötlőbb a pulmonalis plethora

Megbeszélés

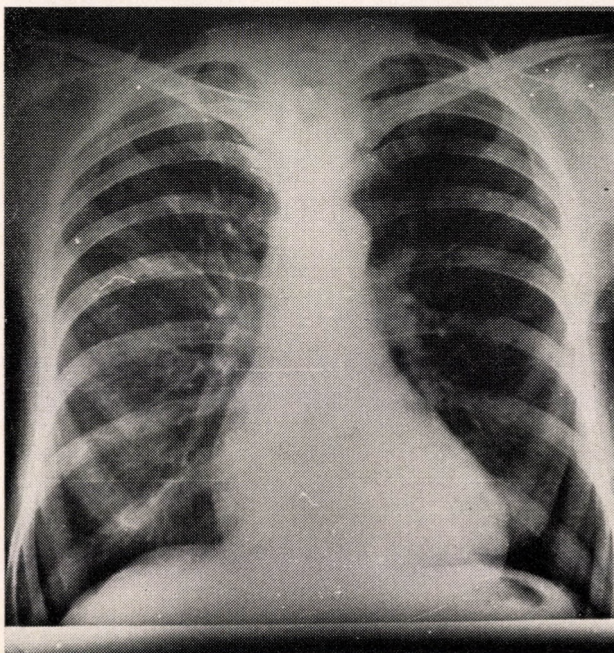
A PG-k megoszlására vonatkozó irodalmi adatok szerint leggyakrabban a PRV és a secundaer hypoxyás, ezen belül a tüdőmegbetegedések okozta PG fordul elő (3, 5, 8, 9, 12). E két típus prognosis és therápiás befolyásolhatóság tekintetében egymástól lényegesen különbözik. A kezelés célja mindkét esetben a haemostatus, a vérmennyiség, a vvs.-szám, a haemoglobin és haemotokrit érték normalizálása, ami PRV-ban radiophospor és cytostaticumok alkalmazásával, tehát csontvelő-depressiv therápiával érhető el. Ezzel szemben pulmonalis megbetegedésekhez társuló PG esetén az alapbetegség kezelése vezethet eredményre, sőt tartós oxygenbelélegeztetésre is szükség lehet. Fontos tehát, hogy a két kórkép elkülönítésére minden alkalmas módszert felhasználjunk.

A röntgenvizsgálatok értékéről PG-val kapcsolatban kevés adatot közöltek, és ezek sem egységesek. *Richter* (11), valamint *Richter* és *Stecken* (12) tapasztalatai szerint a PRV és a hypoxyás PG a mellkas felvétel alapján is elkülöníthető. Viszont *Gorkina* (5) 73 beteget vizsgálva *Pitman*-hoz (13) hasonlóan azt találta, hogy a tüdő a cor pulmonale egyes eseteiben is lehet hyper- vagy normovascularisált, és a többi tünet sem jellemző egyik vagy másik PG típusra.

Mi 67 PG-s beteg vizsgálata alapján az alábbi következtetésekre jutottunk:

1. A PRV és a secundaer hypoxyás PG — főleg amelyek tüdőmegbetegedések következményei — az esetek jelentékeny többségében a summatiós mellkas felvételen is jól értékelhető elváltozásokat okoz a szíven, az ereken és a tüdőben.

2. PRV-ra jellemző a szív balra való mérsékelt megnagyobbodása, a szívből kimélyülése, az aortagomb prominentiája és a tüdő hypervascularisatiója, a pulmonalis plethora. Lehet azonban a mellkaskép normális

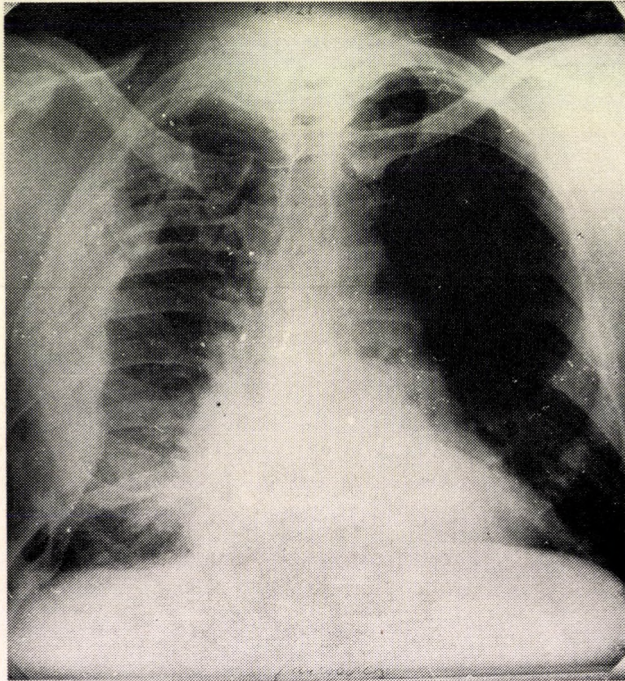


3. kép: Secundaer hypoxyás polyglobulia

A rekesz mélyen áll, ellapult. A tüdő transparentitása fokozott. Basálisan a peribronchialis, perivascularis rajzolat erősen megszorodott. Tágult hilusi erek, szegényes perifériás érrajzolat. A szív mérsékeltten nagyobb. A pulmonalis ív púpszerűen elődomborodik

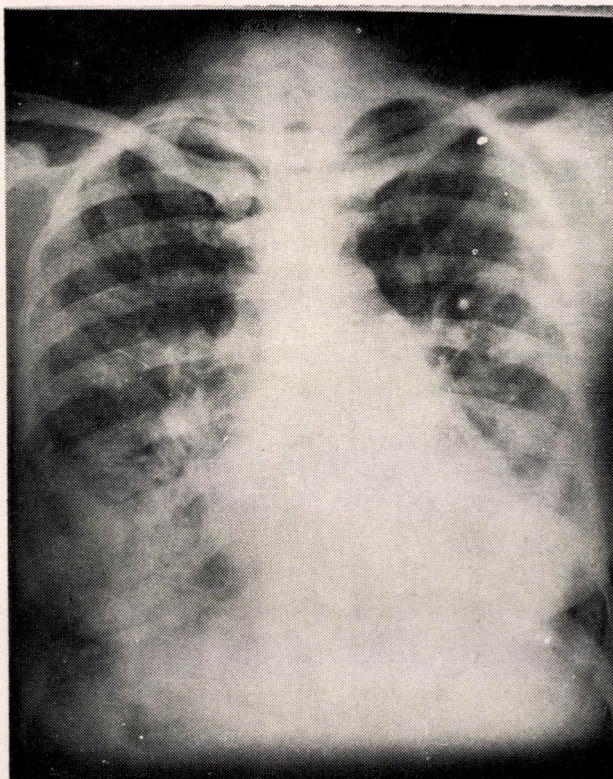
is. A hypervascularisatio megítélése határesetekben nehéz lehet, mert az érezettség mértékében alkattól és a légzés fázisától függő eltérések is vannak. Megbízható adatokat kaphatunk a vascularisatio tekintetében Csá-kány mérővonalas módszerével.

3. A tüdőbetegségek következtében létrejött secundaer hypoxyás PG-ban a jobb kamra megnagyobbodása, a pulmonalis ív tágulata, elődomborodása, az arteria pulmonalis centrális ágainak kifejezett tágulata, a perifériás tüdőerek megritkulása, beszűkülése, a tüdő hypovascularisatiója, ill. a centropériás caliber-discrepantia a típusos tünetegyüttes.



4. kép: Secundaer hypoxyás polyglobulia

A rekesz jobb oldalon lenőtt, a jobb mellkasfél retrahált, a jobb tüdő légtartalma csökkent. A mellkasfal mentén bő két ujjnyi széles, köpenyszerű callusárnyék. A csúcs fedett. Az alsó lebenyben seprűszerű kötegezetség. A szív balra másfél ujjal, jobbra mérsékelten nagyobb. A pulmonalis ív tágabb, a szívöböl kitelődött

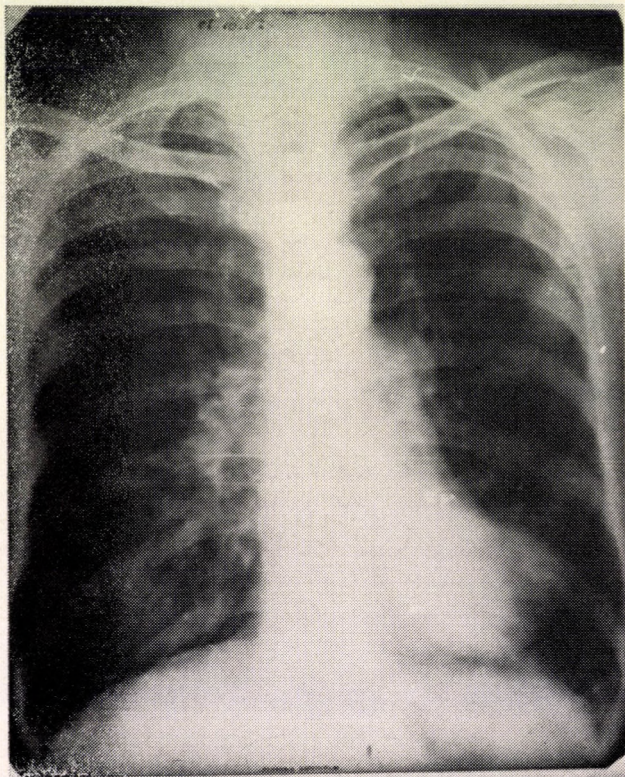


5. kép: Kevert polyglobulia

A rekesz kontúrok nem követhetők. A tüdőben chronikus kisvérköri elégtelenség jelei. A hilusuk határa elmosott. A szív mindkét irányba 1 ujjal nagyobb, mitrálisan configurált. A bal középső ívek elődomborodnak, a szívöböl kitöltött. (Atvilágításnál a retrocardium szűkebb, a nyelőcső a gerinc felé dislokált)

4. Az ún. vegyes csoportban, tehát a relative ritka coincidentia esetekben a két elváltozás röntgen-tünetei keverten találhatóak, ilyenkor a röntgen-eltérések társulása nem jellegzetes. Csökkenthetik továbbá a radiológiai elváltozások értékét a korrall járó röntgen-eltérések, a diffúz pulmonalis sclerosis, a hypertonia és a PRV késői szakában esetleg kialakuló fibrosis is.

5. PRV-ban — a fibrosis kivételével — az elváltozások reversibilisek, a haematológiai statussal változnak, ill. eltűnhetnek, míg secundaer hypo-



6. kép: Vegyes polyglobulia

A sternum-punctatum PRV, a tüdőkép sacundaer PG mellett szól. A rekesz ellapult. A tüdőkbén nagykiterjedésű durva fibrosis. A hilusok vértelenebbek.

A szív minden irányba 1 ujjal megnagyobbodott, a szívből elsimult

xyás PG-ban a pulmonalis hypertonia röntgen-tünetei irreversibilisek, legfeljebb némi regressiójuk, de méginkább progressiójuk figyelhető meg.

Hangsúlyozni kívánjuk, hogy a PRV és a hypoxiás eredetű secundaer PG elkülönítése elsősorban klinikai és laboratóriumi módszerrel történik. Azonban egyes esetekben a könnyen kivitelezhető, és rutin-vizsgálatként minden beteg elvégzendő mellkas röntgenvizsgálat is hasznos támpontokat adhat a helyes diagnózishoz.

I R O D A L O M

1. Csákány Gy.: A kisvérkör röntgenvizsgálata, Medicina, Budapest, 1963. —
2. Csákány Gy.: Orv. Hetil. 1973, 114, 1163. —
3. Frick, P. G.: Dtsch. med. Wochenschr. 1967, 14, 669. —
4. Esch, D. és P. Thurn: Fortschr. Röntgenstr. 1959, 90, 434. —
5. Gorkina, M. E.: Veszt. Röntgenol. 1971, 46, 28. —
6. Gyarmati J. és mtsai: Magy. Radiol. 1971, 23, 356. —
7. Hornykiewitsch, Th. és H. St. Stender: Fortschr. Röntgenstr. 1955, 82, 642. —
8. Lawrence, J. H.: J. A. M. A. 1949, 141, 13. —
9. Mondan, B. és A. M. Lilienfeld: Medicine 1965, 44, 305. —
10. Nagy Gy.: Orv. Hetil. 1970, 111, 1743. —
11. Richter, K.: Fortschr. Röntgenstr. 1959, 90, 179. —
12. Richter, K. és A. Stecken: Fortschr. Röntgenstr. 1960, 93, 703. —
13. Pitman, R. G. és mtsai: Clin. Radiol. 1961, 12, 276. —
14. Schermuly, W.: Röntgenblätter 1970, 23, 74.

Д. Надь, подполковник м/с, *Я. Дьармати*, *Е. Тот*:

Дифференциальная рентгенодиагностика полицитемии
красной истинной и вторичной гипоксической полиглобулии

На основании исследования 67 больных, авторы описывают рентгенологические симптомы полиглобулии, выявленные на рентгенограмме грудной клетки. Устанавливают, что симптомы характерны только при чистых случаях полицитемии красной истинной и вторичной гипоксической полиглобулии, развивающейся на фоне заболевания легких. При смешанной форме рентгенологические симптомы двух типов проявляются также смешанно, и поэтому их правильная оценка затруднена.

Dr. Gy. Nagy, Oberstltn. des Med. Dienstes, Kandidat der Med. Wissenschaften,
Dr. J. Gyarmati, Universitäts-Adjunkt, Dr. Erzsébet Tóth, Universitäts-Assistentin:

RÖNTGENOLOGISCHE DIFFERENZIERUNG DER POLYCYTHAEMIA VERA VON DER SEKUNDÄREN HYPOXYSCHEN POLYGLOBULIE

Anhand der Untersuchungen von 67 Kranken legen Verfasser die mit thoralen Röntgenaufnahmen nachweisbaren Veränderungen bei Polyglobulie dar. Es konnte festgelegt werden, daß diese Symptome in reinen Fällen der Polycythaemia rubra vera sowie der durch Lungenerkrankungen erzeugten sekundären hypoxyschen Polyglobulien charakteristisch waren. Bei gemischten Fällen kommen auch die Röntgenveränderungen beider Typen gemischt vor, deshalb verstoßt sich auch ihre richtige Bewertung gegen erhebliche Schwierigkeiten.

GORDOX

injekció

100 000 E

1 ampulla (10 ml) 100 000 E kallikrein-inaktivátor-t tartalmaz.

A készítmény a kórosan aktiválódott trypsint, fibrinolysint, plasmint, chymotrypsint és kallikreint inaktiválja, a pancreas kóros enzyimműködését felfüggeszti.

JAVALLATOK:

Súlyos shockos állapotok.

Pancreatitis, a pancreas post- és praeoperativ medicatiója.

Postoperativ vérzések, hyperfibrinolyticus vérzések, tüdőembóliák, sebgyógyulási zavarok prophylaxisa.

A készítménynek ellenjavallata eddigi ismereteink szerint nincs.

CSOMAGOLÁS:

25×10 ml-es ampulla.

GYÁRTJA:

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
Budapest X.

Dr. Nagy György orvos alezredes,
dr. Gyarmati János egyetemi adjunktus,
dr. Tóth Erzsébet egyetemi tanársegéd,
dr. Léhi Mária egyetemi tanársegéd

Röntgenvizsgálattal kimutatható csontelváltozások polycythaemia rubra verában

Szerzők irodalmi adatok és 47, négy éven át nyomon követett betegük alapján a polycythaemia rubra verában röntgenvizsgálattal kimutatható csontelváltozások gyakoriságát, lokalizációját és típusát tárgyalják. Megállapítják, hogy az alapbetegséggel magyarázható csontszerkezeti eltérések nem ritkák, de hasonló röntgenkép sok más betegségben is látható, ezért a diagnózis tisztázásához csak egyéb klinikai adatokkal együtt nyújthatnak segítséget.

A vér és vérképző rendszer sok más megbetegedéséhez hasonlóan polycythaemia rubra verában (PRV) is több olyan, az alapbetegség lényegéhez tartozó folyamat megy végbe, amelyek másodlagosan a csontrendszerben röntgenvizsgálatokkal kimutatható elváltozásokhoz vezethetnek.

A csont érintettsége megnyilvánulhat körülírt csontpusztulásban vagy újcsontképződésben, a csontépítő elemek számának, illetve a mésztartalomnak diffúz csökkenésében vagy növekedésében. Nem ritka azonban a vegyes jellegű csontelváltozás sem, annak megfelelően, hogy előidézésükben is több tényező játszik szerepet.

PRV esetén a kiváltó fraktorok közül legjelentősebb a csontvelő hyperplasiája és hyperaktivitása, a vér mennyiségének és alkotóelemeinek, különösen a vörös vérszámának növekedése, a viscositás fokozódása, az áramlás lassulása és az ennek következtében másodlagosan kifejlődő szöveti hypoxia.

A PRV csontelváltozásaival az irodalom keveset foglalkozik, s a kismennyiségű adat is nagyon ellentmondásos. Így pl. *Delamore* és *mtsai* (4) 26 beteg vizsgálata során egy esetben sem, *Ternova* (11) viszont betegeinek csaknem kétharmadában talált kóros csont vagy ízületi eltérést.

Klinikánkon évek óta viszonylag nagyszámú PRV-s beteg áll rendszeres gondozás alatt. Ez alkalmat adott számunkra, hogy az alapbetegséggel oki kapcsolatba hozható csontelváltozások gyakoriságáról, ezen eltérések lokalizációjáról és milyenségéről tapasztalatokat szerezzünk. A következőkben erről számolunk be.

Beteganyag és eredmények

Négy év alatt 47 biztosan diagnosztizált PRV-s betegről készítettünk röntgenfelvételeket, elsősorban azokról a csontokról, amelyek nagyobb mennyiségű vörös csontvelőt tartalmaznak (koponya, sternum, medence, humerus, femur), és ahol irodalmi adatok szerint (1, 2, 3, 8, 10) a csontelváltozások leggyakoribbak, továbbá azokról a csontokról és ízületekről, amelyekre a betegnek panaszai voltak.

Betegeink közül 26 férfi és 21 nő volt. Életkoruk 21 és 71 év között változott. Az első vizsgálat idején 0—5 éve állott fenn az alapbetegség 29, 6—10 éve 13, és 10 évnél régebben 5 esetben. A típusos felvételeket egy év múlva 26, egy és két év múlva 17, egy, kettő és három év múlva 13 esetben megismételtük. Végül is 47 betegünk összesen 533, részben összehasonlító röntgenfelvételét értékeltük, és a következő eredményeket kaptuk:

Kóros csontfolyamat 18 beteg egy vagy több, összesen 76 felvételén volt kimutatható. Közöttük 5 olyan beteg is van, akiknek a röntgenképen is látható csontelváltozás a megfigyelési idő alatt alakult ki, az első alkalommal még nem volt látható. 29 betegről készült összesen 380 felvételen a PRV-vel összefüggésbe hozható csontszerkezeti eltérést nem találtunk.

A csontokban észlelt eltéréseket lokalizáció és megjelenési forma szerint táblázat foglalja össze (1. sz. táblázat).

1. sz. táblázat

Csontelváltozások polycythaemia verában

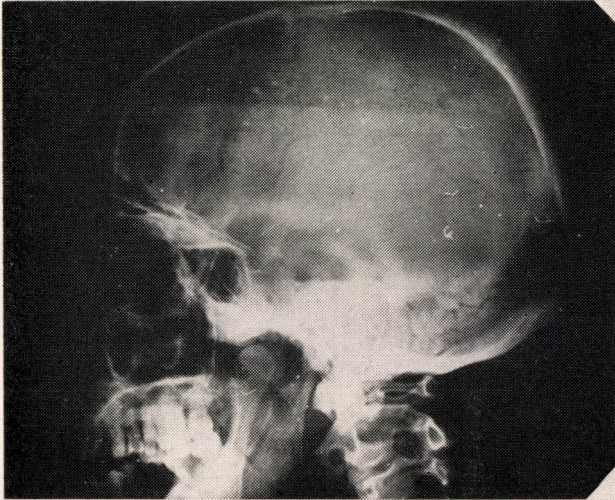
Lokalizáció	Az elváltozás							Össze- sen
	Mérszegenység			Elvéko- nyodott corti- calis	Spon- giosa sclero- sis	Perio- stosis	Egyéb	
	diffúz	körül- írt	cysto- sus					
Koponya	3	—	1	4	—	—	—	8
Sternum	4	—	—	4	—	—	—	8
Medence	2	—	4	—	2	—	—	8
Humerus	—	1	6	3	2	1	—	13
Femur	—	6	9	11	4	1	1	32
Egyéb	3	—	—	3	1	—	—	7
Összesen	12	7	20	25	9	2	1	76

Leggyakrabban a hosszú csöves csontokban, a humerusban és femurban tudunk elváltozást kimutatni. Ennek részben az is magyarázata, hogy itt könnyebben észlelhetők diszkrétebb eltérések is. Viszonylag gyakori még a lapos csontok, a koponya, a sternum és a medenceöv csontjainak érintettsége.

Mint a bevezetőben említettük, a csontelváltozások kialakulásában több tényező szerepelhet. Ez magyarázza a röntgenkép tarkaságát, a csontszerkezeti eltérések sokféleségét, és azt, hogy egy-egy felvételen gyakran több elváltozás-típus egymás mellett figyelhető meg, azaz a táblázatban is szereplő alapeltérések relatíve nagy számban kevert formában észlelhetők.

Diffúz vagy körülírt osteoporosist, illetve cystosus felritkulást 39 felvételen láttunk. Különösen gyakoriak az ilyen típusú elváltozások körülírtan a hosszú csöves csontok, a humerus és femur distalis metaphysisében, diffuse pedig a koponyán ún. granularis atrophia formájában.

A corticalis elvékonyodását a koponyán, a humeruson és a femuron a metaphysis magasságában összesen 25 felvételen tudtuk kimutatni (1. és 2. kép).

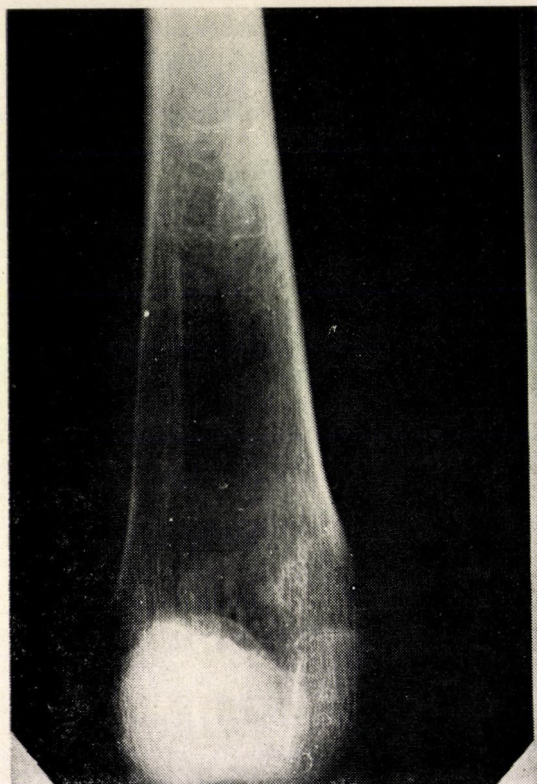


1. kép Oldalirányú felvétel a koponyáról. A laminák, különösen az os frontalen a megszokottnál vékonyabbak. Az os parietale területén ún. granuláris atrophia figyelhető meg

Spongiosasclerosist a humerusban és a femurban foltos és diffus formában 6 felvételen észleltünk. Ugyanez a típusú elváltozás a medenceöv csontjaiban 2 esetben volt megfigyelhető. Az ugyancsak 2 röntgenképen észlelt periostosis kismértékű volt, az egyik betegen a humerus proximalis, a másik esetben a femur distalis harmadában volt látható.

A táblázat egyéb rovatában szereplő egyetlen elváltozás a combcsont distalis metaphysisében elhelyezkedő csontinfarctusnak felelt meg, amely — véleményünk szerint — az alapbetegséggel összefüggésben állhat, ezért röviden ismertetjük:

H. F. 59 éves férfi. Betegségét 11 éve diagnosztizáltuk. Ezen idő alatt — exacerbatio miatt — többször részesült P—32 kezelésben. Két alkalommal cardialisan is decompenzálódott, 4 évvel korábban pedig az alsó végtagon phlebothrombosis alakult ki. A femur distalis feléről készített röntgenképen (3. kép) a metaphysis corticalisa elvékonyodott, a velőtér kiszélesedett. A spongiosa-állományban csontinfarctusra jellegzetes kb. 6 cm hosszú és 2 cm széles területen foltos-sugaras scleroticus zóna látható.



2. kép A—p. felvétel a jobb femur distalis feléről. A metaphysis corticalisa elvékonyodott. A spongiosában hypertrophiás atrophia: a csont egészében mészszegényebb, a csontgerendák száma megfogyatkozott, a meglévők a normálistól vastosabbak. A meta-diaphysis-átmenet régiójában néhány sclerotikus „haránt-sáv” látható

A csontelváltozások típusa és kiterjedése, valamint a PRV fennállási ideje között statisztikailag is significans kapcsolatot nem találtunk, de figyelemreméltó, hogy azon 5 beteg esetében, akiken a csontszerkezeti eltérés a megfigyelési idő alatt jött létre, a PRV diagnosisa már 8—13 éve ismert volt. Közöttük van az a két beteg is, akiken klinikailag és röntgenologiailag típusos „myeloproliferatív complicatio”, osteomyelosclerosis alakult ki. Ezek egyikét szintén bemutatjuk:

S. J.-né 51 éves. PRV diganosissal 13 éve kezeljük. A gyakori és súlyosbodó exacerbatiók kapcsán szokásos P—32 kezelés mellett az abnormis mértékű splenomegália miatt 6 évvel korábban splenectomiát végeztettünk. Ezt követően 2 évig volt panaszmentes. Az utóbbi években általános állapota romlott. A csontokról 1969. óta évenként készültek felvételek, ezeken 1973-ig csontszerkezeti eltérés nem volt látható.

Az 1974-ben készült medence felvételen (4/a. kép) a csontokban diffúz sclerosis észlelhető, amely különösen kifejezett a sacroiliacalis ízületek és az acetabulumok környékén. A femurról ugyanebben az időben készült felvételen (4/b. kép) a csont egész hosszában inhomogen, foltos sclerosis figyelhető meg.

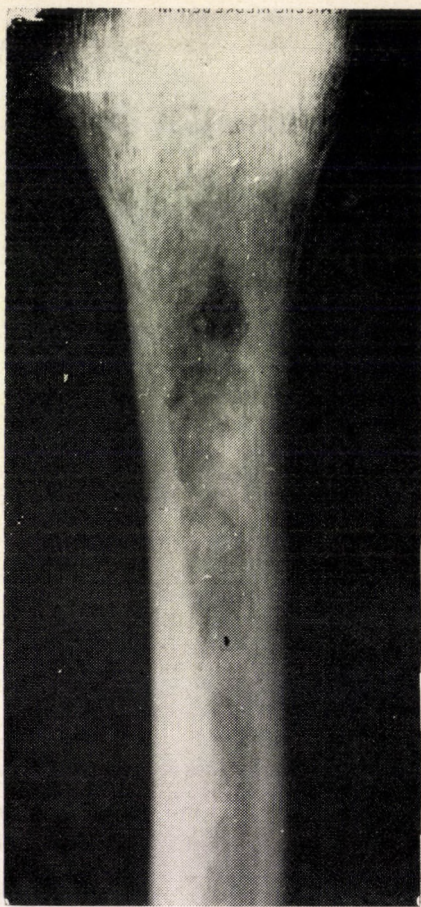


3. kép A—p. felvétel a jobb femur alsó feléről. A metaphysis kéregállománya mérsékelten vékonyabb, az ép szivacsos állomány mésztartalma csökkent. A spongiosában körülírt területen apró gócból álló, foltos sclerosis, csontinfarctus típusos képe látható

Megbeszélés

A polycythaemia rubra verában röntgenképen is regisztrálható csontszerkezeti eltérésekért valószínűleg a mindig kimutatható csontvelő hyperaktivitás és hyperplasia, a vérmennyiség és vérviscositás növekedése, a lassult áramlás, illetve a következményes szöveti hypovia tehető felelőssé. Emellett szólnak az irodalmi adatok (1, 2, 3, 8, 10, 11) és saját tapasztalataink, a betegeinken kimutatott kóros csontfolyamatok típusa és localizációja.

A diffúz vagy körülírt mészszegénység, amelyet 39 felvételen figyeltünk meg, a csontvelő hyperaktivitásának következménye lehet. Markoff (6) szerint a csontvelő működési állapota és a csont között függőségi vi-



4/a) és b) kép A—p. felvétel a jobb oldali csipőcsontról, a csipőízületről és femurről. A csontokban diffúz mésztartalomnövekedés, sclerosis. A csont szerkezete helyenként fonatos jellegű (pagetoid), máshol elefántcsontszerű, compact intenzitású. A femur látható proximális részében szintén sclerosis, amely a 4/b) képen gócos, inhomogen jellegű, s legszembeötlőbb a diaphysisben. A csontok alakja szabályos, az ízületi rések szabadok

szony van. A velő túlműködése a csontelemek számának csökkenéséhez vezet, osteoporosis, pontosabban osteopenia alakul ki.

A corticalis elvékonyodásában a fentiek mellett mechanikai faktor is szerepet játszhat. Az elváltozás a koponyán a diploe, a humeruson és femuron a metaphysis expansiojában, a velőúr kiszélesedésében nyilvánul meg. A hyperplasiája következtében tömegében is megnőtt csontvelő belülről is vékonyítja a compact állományt. A csontpusztulás *Uehlinger* (12) szerint lényegében a tela ossea normális megújulásának hiánya miatt következik be. A hyperplasia és a hyperfunkció kauzális szerepe mellett szól az is, hogy a csöves csontokban csak ott figyelhető meg, ahol normálisan is vörös csontvelőt tartalmaz. *Montz* és *Schneider* (7) radiovassal végzett vizsgálatai szerint PRV-ban a vörös csontvelő tömege a csöves

csontokban is megnő, de eloszlása gyakorlatilag olyan, mint egészséges embereken, határa nem tolódik el a diaphysis felé.

A sclerosis létrejöttében legdöntőbb szerepet a vérviscositás fokozódása és a keringés lelassulása következtében kialakuló szöveti hypoxia, ritkábban myeloid reakció játsza. Táplálkozási tényezőkkel és a velőexpansio által okozott csonthártya izgalommal értelmezhető a 2 esetben megfigyelt és PRV-ban ritka diszkrét periostosis is.

Külön figyelmet érdemel anyagunkban az egy betegünkön kimutatott csontinfarctus. Ismeretes, hogy a primaer csontinfarctus sarlósejtes anaemiában és congenitalis vitiumokban relative gyakori, és e kórképekben az erek elzáródása nélkül, a hypoxia következtében is kialakulhat. Ez a mechanizmus esetünkben is elképzelhető, de PRV-ban a klinikai tapasztalat — ismertetett esetünkben is — bőven szolgáltat adatokat thromboemboliás szövödményekre is.

A PRV és az osteomyelosclerosis egyaránt az ún. myeloproliferatív megbetegedésekhez tartozik. Az e csoportba sorolt kórképek klinikai, pathológiai, haematológiai és valószínűleg aetiológiai szempontból is közeli rokonságban állnak. Erre utal egyes kórfelművek egymásba való átalakulása is. A PRV-nek myelofibrosissá, illetve osteomyelosclerosissá történő transformatioját sokan megfigyelték. *Dameshek* (2,3) szerint a primaer osteomyelosclerosisnak is gyakran van egy polycythaemiás előstádiuma (erythraemiás szak), a secundaer osteomyelosclerosis pedig a polycythaemia rubra verából alakul ki, ha a beteg elég hosszú ideig él, sorsszerűen. Ezzel szemben *Montz* és *Schneider* (7) a két kórképet teljesen különállóknak tartja. Szerintük az „átalakult” esetekben kérdéses, hogy nem a myelofibrosis erythraemiás stádiumát minősítették-e PRV-nak.

Mi eseteink, klinikai és szövettani tapasztalataink alapján *Dameshek* (2, 3) álláspontját valljuk. Az osteomyelosclerosis lehet elsődleges — ezekben az esetekben a velő kisméretű fibrosisa histológiai vizsgálattal általában már az erythraemiás fázisban kimutatható — és másodlagos, amikor valóban a PRV alakul át osteomyelosclerosissá (9).

Befejezésül hangsúlyozzuk, hogy a PRV-ban látható csontelváltozások — bár keletkezésük az alapbetegség lényegére vezethető vissza — az alapbetegsége nem jellegzetesek, PRV-án kívül számos más haematológiai és egyéb típusú megbetegedésben is előfordulnak, tehát a diagnosis felállításában csak egyéb klinikai és laboratóriumi adatokkal együtt használhatók fel.

I R O D A L O M

1. *Cocchi, U.*: Fortschr. Röntgenstr. 1952, 77, 276. — 2. *Dameshek, W.*: Blood 1951, 6, 372. — 3. *Dameshek, W.*: Blood 1955, 10, 655. — 4. *Delamore, I. W.*: Brit. J. Radiol. 1962, 35, 671. — 5. *Fellows, K. E.* és *A. Rosenthal*: Amer. J. Roentgenol. 1972, 114, 371. — 6. *Markoff, N.*: Ergebn. inn. Med. 1942, 61, 132. — 7. *Montz, R.* és *C. Schneider*: Rad. Biol. 1968, 9, 25. — 8. *Moseley, J. E.*: Amer. J. Roentgenol. 1965, 95, 135. — 9. *Nagy Gy.*: Orv. Hetil. 1970, 111, 1743. — 10. *Stadtmeister, R.* és *St. Sandkühner*: Fortschr. Röntgenstr. 1952, 77, 283. — 11. *Ternova, K. S.*: Klin. Med. 1964, 1, 50. — 12. *Uehlinger, E.*: Fortschr. Röntgenstr. 1952, 77, 263.

Д. Надь, подполковник м/с, *Я. Дьармати*, *Е. Тот*, *М. Лехи*:

Рентгенологически выявляемые окстные изменения
при полицитемии красной истинной

На основании литературных данных и 4-летнего наблюдения 47 больных, авторы, рассматривают частоту возникновения, локализацию и тип костных изме-

нений, выявленных рентгенологическим исследованием, при полицитемии красной истинной. Устанавливают, что изменения в структуре костей, вызванные основным заболеванием, встречаются нередко, но подобная рентгенограмма получается и при других заболеваниях.

Именно поэтому диагностическая ценность этих изменений ограничена, для выяснения диагноза необходимы и другие клинические данные.

Dr. Gy. Nagy, Oberstltn. des Med. Dienstes. Kandidat der Med. Wissenschaften,
Dr. J. Gyarmati, Universitäts-Adjunkt, *Dr. Erzsébet Tóth*, Universitäts-Assistentin,
Dr. Mária Léhi, Universitäts-Assistentin:

ÜBER DIE MIT RÖNTGENUNTERSUCHUNGEN NACHWEISBAREN KNOCHENÄNDERUNGEN BEI POLYCYTHAEMIA VERA

Aufgrund von Angaben aus der Fachliteratur sowie über 47 eigene Kranken, deren Schicksal während 4 Jahre gefolgt wurde, verhandeln Verfasser über die Häufigkeit, Lokalisation und den Typus der Knochenveränderungen, die bei Polycythaemia rubra vera mit Röntgenuntersuchungen nachweisbar sind. Es läßt sich feststellen, daß Veränderungen der Knochenstruktur, die durch die Grundkrankheit erklärbar sind, nicht selten vorkommen, doch erweisen sich ähnliche Röntgenbilder auch bei vielen anderen Krankheiten, weshalb uns diese nur samt sonstigen klinischen Angaben Hilfe zu leisten imstande sind.

Dr. Danhauser Vera és ifj dr. Bernát Iván

Kiterjedt szervmanifesztációkkal járó Waldenström-féle macroglobulinaemia (WM)

A szerzők Waldenström-féle macroglobulinaemiában szenvedő betegükön szemfenéki, idegrendszeri, bőr és mellúri manifesztációt észleltek, máj- és generalizált nyirokcsomó elváltozásokon kívül. Hasonló idegrendszeri syndromát és bőrelváltozást nem találtak a hozzáférhető irodalomban.

A szerzők felhívják a figyelmet az igen ritka betegség diagnosztikájának és differenciáldiagnosztikájának néhány kérdésére.

A Waldenström által leírt és róla elnevezett megbetegedés mai ismereteink szerint olyan kórkép, amelynek jól körülhatárolt morfológiai tünetei vannak és legtöbbször a macroglobulin felszaporodásával jár a vérben. A macroglobulinok a normális savóban is előfordulnak. Tüneti macroglobulinaemia számos betegségben előfordulhat (chronicus lymphoid leukaemia, reticulosarcoma, carcinoma, aplastikus anaemia, májcirrhosis, kollagén betegségek).

A morfológiai képet lymphoid és plasmacellularis reticulumsejt burjánzás jellemzi a csontvelőben, a nyirokcsomókban, májban, lépben, ritkábban perivacuárisan. Az erekben és a nyirokcsomó sinusokban gyakran találunk kicsapott, homogén fehérjét. A csontvelőben a normális haemopoiesis háttérbe szorul.

A betegség klinikai tünetei között majdnem mindig megtalálható a hepatosplenomegalia, a nyirokcsomók megnagyobbodása, előrehaladott esetben gyengeség, fogyás, továbbá légszomj és sápadtság a kialakult anaemia következtében. Gyakori a vérzékenység és fokozott fogékonyság a fertőzésekre. Egyéb extramedullaris érintettségtől függő tünetek változatosak lehetnek: idegrendszeri tünetek, Mikulicz vagy Sjögren syndroma, osteoporosis, veseelváltozások, fundus paraproteinaemicus, specifikus infiltratio a tüdőben, gyomorban, vesében. Legjellemzőbb laboratóriumi leletek a következők: a vörösvérsejt süllyedés extrém gyorsulása, a plasmafehérjék globulin fractiójának megszaporodása nagymolekulájú paraproteinek megjelenése következtében. Papirelektroforezis során a paraprotein vagy a beta-, vagy a gamma-globulinokkal vándorol. Előző esetben a *Sia*-próba negatív, utóbbiban pozitív szokott lenni. Ultracentrifugás frakcionálással a macroglobulin sedimentatio constans 19 és 32 Svedberg érték között van. Macroglobulinok kryo-globulinokként is viselkedhetnek.

Az általunk észlelt eset ismertetését az indokolja, hogy:

1. a szervi manifesztációk köre szokatlanul széles volt,
2. ismereteink szerint eddig még nem közölt specifikus bőrtüneteket figyelhettünk meg, végül
3. a betegségtől független malignus tüdőfolyamat alakult ki.

Anamnesis:

P. I. 70 éves férfitbeteg 1974 májusában jelentkezett először intézetünkben. 1966 előtt érdemleges betegsége nem volt. 1966-ban szemészeti osztályon kezelték szemfenéki vérzés miatt. 1971-ben paraesthesiát észlelt, először lábujjain és talpain, később a kéz ujjain is. Hónapok múlva ezeken a területeken meleg- és fájdalomérzése fokozatosan megszűnt, míg hidegre hyperaesthesiás volt. Az alsó végtagok gyengesége miatt járása nehézkessé vált. 1973-ban lassan gyengült és fáradékonysága csaknem ágyhoz kötötte: több kilogrammot fogyott. Felvétele előtti hetekben kiterjedt végtag oedema és nyugalmi dyspnoe alakult ki. Bőrtüneteinek kifejlődésére nem figyelt fel. A beteg családjában haematológiai betegség nem volt.

Status első felvételekor:

Lesoványodott, idős férfitbeteg. Az alsó végtagokon oedema, a combokra is ráterjedt. A bőr szürkés, sorvadtt, cigarettapapír vékonyságú. Helyenként, elsősorban a mellkason és a glutealis tájékon forintnyi, tenyéryi területen, nem éles határú, barnás-vörös, lichenifikált, nem viszkető bőrelváltozás látható. A nyakon, a hónaljárkokban és az inguinális hajlatokban mogyorónyi, vagy ennél nagyobb nyirokcsomók tapinthatók.

A nyirokcsomók tapintata kemény, alapjukkal és egymással összekapaszkodnak, felettük a bőr könnyen elmozdítható. Rekesz-kitérés nem ítéhető meg. Mindkét oldalon bazálisan szőröcszörejek. Tiszta szívhangok. RR 140/80 Hgmm P: 80/min. A máj tenyéryivel meghaladja a jobb bordaívét, az epigastriumot kitölti, éles szélű, sima felszínű. Lép nem tapintható. Külső nodi haemorrhoidales. Agyidegek épek. Felső végtagokon az inreflexek kiválthatók. A térdreflex mindkét oldalon kiváltható. Az Achilles-reflex kiesett. A jobb musculus gastrocnemius paretikus. A lábszár és a lábujjak feszítőizmai gyengültek. A lábszárizomzat sorvadtt. Mindkét oldalon térdtől distalisan tactilis-algeticus hypaesthesia, ill. anaesthesia. A jobb lábfejen a vibratiós érzés kiesett.

Laboratóriumi eredmények:

We: 130 mm/ó. Hb: 6,0 gr⁰/ó, vvs: 2 212 000/mikroliter. Haematokrit: 19⁰/. Fvs: 7600/mikroliter, ebből pálcikamagvú: 3⁰/, lebenyesmagvú: 19⁰/, lymphoid sejt: 77⁰/, monocyta: 1⁰/. A vörösvérsejtek halványan festődnek, köztük számos céltáblasejt látható. A lebenyesmagvú fehérvérsejtek károsodottak, sérülékenyek. Thrombocytaszám: 50 000/mikroliter. Sternumpunctio: A kis lymphoid reticulumsejtek nagymértékben megsza- porodtak. A granulopoesis háttérbe szorult. Az erythroblastok túlnyomó többsége basophil. Megakaryocyták normális számban találhatóak, érésük

normális. Vizelet: fehérje negatív. Bence—Jones fehérje: negatív. Vizelet üledékben semmi kóros.

Se urea nitrogen (UN): 25 mg⁰/₀, Se kreatinin: 1,9 mg⁰/₀.

Sebi: 0,5 mg⁰/₀, Thymol: 1,0 E/ml, Mallen: + + +, Au-sol: 3 E.

BSP: negatív, VDRL: negatív.

Se összfehérje: 6,6 gr⁰/₀, A/G: 0,7, Se albumin: 41,1, alfa₁ globulin: 6,4, alfa₂ globulin: 9,0, beta-globulin: 11,5, gamma-globulin: 32⁰/₀. IgG: 1200 mg⁰/₀, IgM: 310 mg⁰/₀ (normál érték: 80 ± 30 mg⁰/₀), IgA: 8 mg⁰/₀.

Sia-próba: pozitív. Kryoglobulin test: pozitív. Pyroglobulin test: negatív.

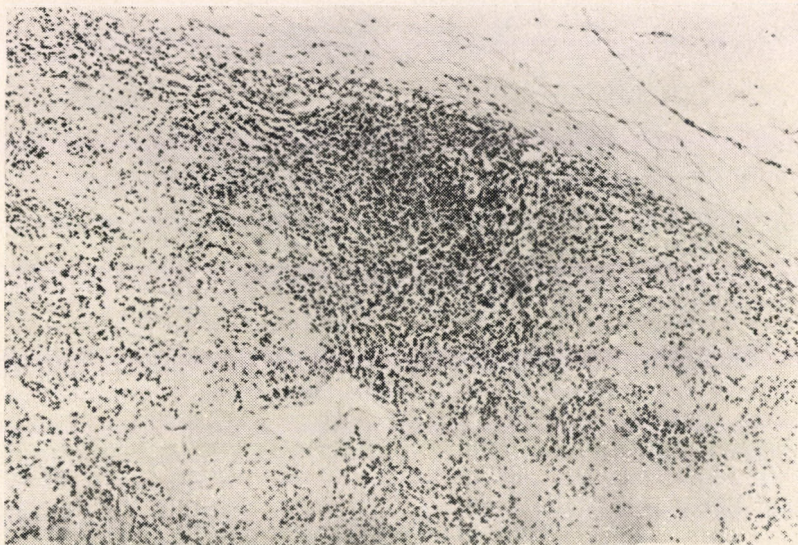
Se Fe: 80 gamma⁰/₀, Se TVK: 330 gamma⁰/₀.

Preparatív ultracentrifugális vizsgálat: 23,1 S sedimentációs ráta.

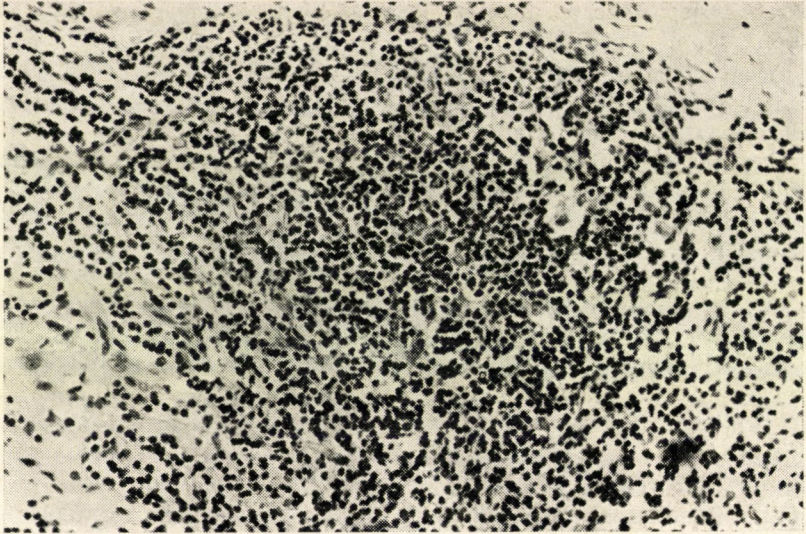
Szemtükri vizsgálat: jobb oldalon a szemfenék ép, papilla élesszélű, teljes tárgy- és színlátótér. Bal oldalon körkörösén elsimult papillaszél, kitöltött értölcsér. Bal oldalon 10°-os relatív centrális tárgy és színscotoma.

Mellkas rtg. vizsgálat: Rekeszek nem differenciálhatók, bal rekesz felett másfél, jobb rekesz felett három harántujjnyi folyadékintenzitású árnyék. Hilusok szélesebbek, tüdőmezők tiszták. Szívárnyék mindkét irányban nagyobb. Nyirokcsomó biopsiás vizsgálat: A szerkezet teljesen felbomlott. Legfeltűnőbb az interstitiumban eosinophil folyadék felszaporodása, amivel az erek fala is átitatott. A sejtes elemek főleg lymphocyták, kisebb számban érett plasmasejtek. Szétszórtan reticulumsejtek láthatók puffadt habos magokkal. Ezüstözéssel kimutatható, hogy a reticularis rostok szinte teljesen eltűntek. PAS pozitívítás nincs. (1. ábra, 2. ábra.)

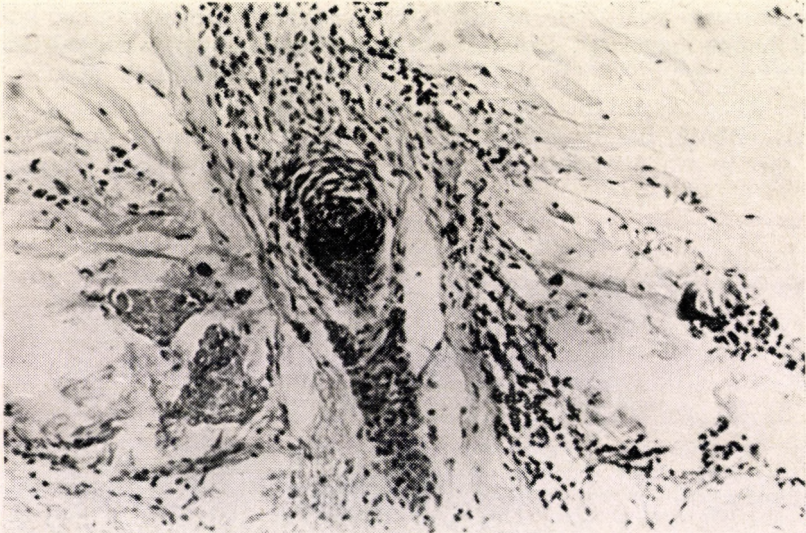
Bőrexcisio szövettani képe: A hám keskeny, felette mérsékelt hyperkeratosis látható, basalis rétege bőven tartalmaz pigmentet. Az irha felső rétege vizenyösen átvődött. A pars reticularisban fehérjével átitatott ér-



1. ábra. Nyirokcsomó biopsiás vizsgálata. Lymphoid- és plasmasejtes beszűrődés. Az interstitiumban folyadék-felszaporodás



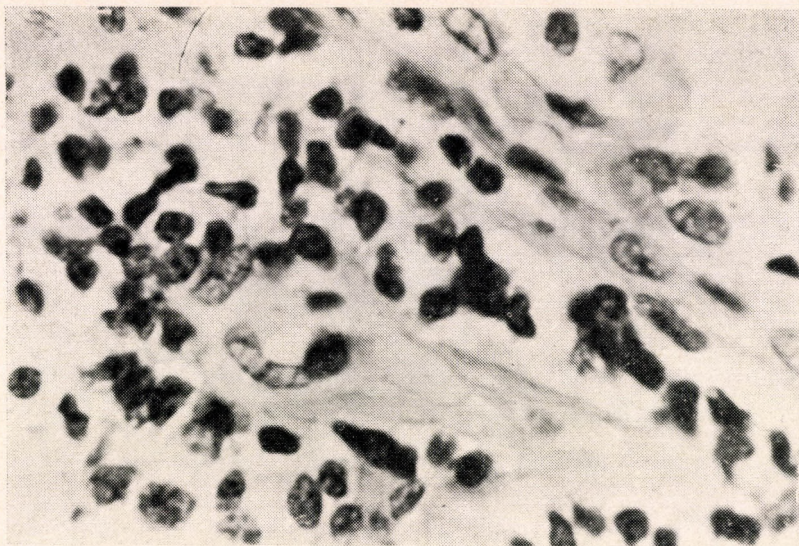
2. ábra. Lymphoid sejtes beszűrődés a nyirokcsomóban



3. ábra. Bőr biopsiás vizsgálata. Az erek körül lymphoid és plazmasejtes beszűrődés

falak és lymphoid sejtekből álló beszűrődések láthatók. Néhol a collagen rostok széttöredeztek. Az erector izmok és szőrtüszők hyalinszerűen átalakultak. Lobos beszűrődés a subcután zsírszövetekben is látható és itt is feltűnő az erek falának kiszélesedése. (3—4. ábra.)

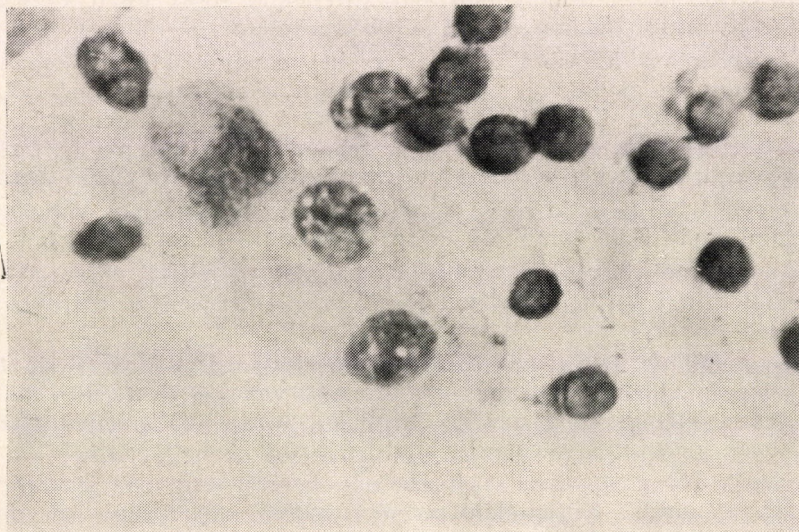
Mellkaspunctióval nyert folyadék vizsgálata: A centrifugált üledékben mikroszkóp alatt igen sok lymphoid sejt, oszló és nyugalmi fázisban



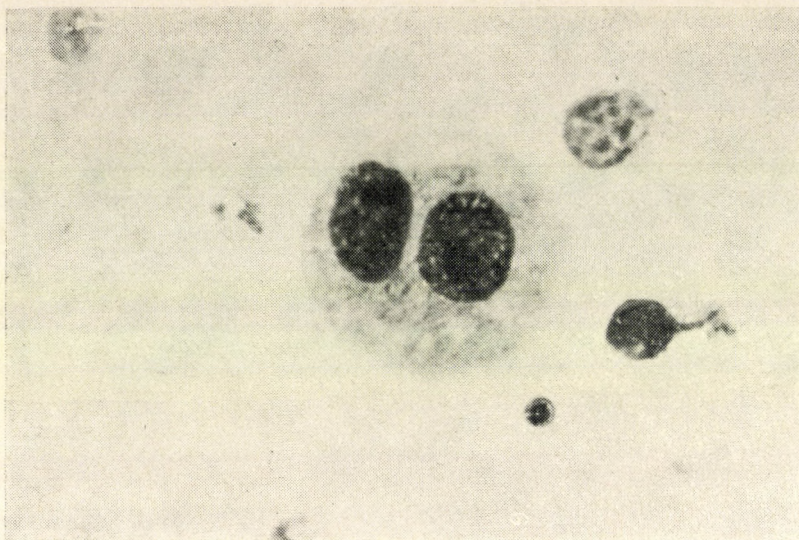
4. ábra. Lymphoid sejtek a bőr alatti kötőszövetben

levő reticulumsejt, ill. egy-egy kettősmagvú lympho-reticularis sejt látható. (5—6. ábra.)

Transfúziók adása után anaemiája megszűnt. Digitális készítmény és vízhajtók hatására oedemái kiürültek. Steroid vagy cytostatikus kezelést nem alkalmaztunk. A beteget jó általános állapotban bocsátottuk haza.



5. ábra. A mellkas punctatum üledékében lymphoid sejtek és egy fiatal oszló plazmasejt



6. ábra. Kétmagvú plazmasejt a mellkasunktatum üledékében

1974 augusztusában jelentkezett ismét. Általános állapota tovább hanyatlott. Ismét kiterjedt oedemák jelentkeztek, anemiás volt. A mellkasról készült újabb rtg. felvételeken a jobb kulcs alatt jércetójásnyi, eléggé intenzív, bizonytalanul határolt árnyék jelent meg. Oedemáit vízhajtókkal csak részben sikerült kiüríteni. Hazabocsájtásakor ismét csak tüneti kezelést javasoltunk.

1974 októberében néhány nap alatt kifejlődött sopor miatt szállították ismét osztályunkra. Néhány órával később exitált.

A kórbonctani leírásból a következőket emeljük ki: A jobb tüdőcsúcsban, egy kb. zöldreónyi nagyságú, tömött, metszlapján szürkés-sárgás színű, környezetétől élesen el nem határolható daganat látható. Ez nem mutat összefüggést a hörgőfallal. Ez a daganat részben a pleura megvastagodásában helyezkedik el, tehát a csúcsi régi tbc-s folyamat hegében.

A pleuraürből punctio során nyert fluidum mikroszkópos vizsgálata a punctatum üledékében lymphoid sejteket, plasmasejteket mutatott.

Az aorta mellett megnagyobbodott, babnyi, egymással összekapaszkodott, néhol ujjnyi vastag kötegeket képző szürkés-vörhenyes nyirokcsomók láthatók.

A máj 1780 g súlyú, kp. tömött, szederjes-barna színű. Tokja sima. A metszlapon a portalis területekben kötőszövet megvastagodás látható. Egyébként a lebenykés rajzolat jól kivehető. A lép 160 g súlyú. Tömött, tokja feszes, metszlapja kaparékot nem ad. Színe szederjesvörös.

A vesék 230 g súlyúak, tokjuk könnyen levonható, barnás-vörös színűek, kp. tömöttek. Felszínükön néhány bizonytalan kisebb besüppedés látható. Metszlapon a kéreg- és velőállomány határa jól kivehető. A vese-medencék nyálkahártyája halvány.

Az agy 1240 g súlyú. Kemény tézta tapintatú. A lágyburok halvány.

Az agyalapi ereken plaque-ok nem láthatók. Korongolt metszlapon kóros eltérés nem látható.

A paraaortálisan elhelyezkedő nyirokcsomók mellett axillárisan, inguinálisan is megtalálhatóak voltak a babnyi-mogyorónyi nyirokcsomók.

Szövetteni vizsgálat: A vesében, a tüdőben és a lépben gócos jellegű sejtes beszűrődés látható. A gócek különböző nagyságúak és a lépben csaknem diffúz jellegű a beszűrődés. Itt foltos vérzések is megfigyelhetők. A beszűrődést zömmel érett plasmasejtek adják, kevesebb érett lymphocytá is látszik. A májban nagy foltokban éretlen, nagy magvú és világosabb festődésű plasmasejtek igen nagy számban találhatóak. Ezek a gócek főleg portálisan helyezkednek el. Minden szervben feltűnő az interstitialis oedema, amely egynemű halvány eosinophyl festődést ad, de a Schiff reakció alig ad pozitívítást. Ez az oedemás duzzadás az erek falában is kifejezett. Histocyták ugyancsak előfordulnak, de nem mindenütt és nem nagy számban. A tüdőben a boncoláskor talált tumorra gyanús területből készült metszetben megtalálható a daganat, amelyet a nagyfokú oedema eléggé dissziál és kiterjedt necrosisok is vannak benne. Ennek ellenére ezek a sejtek biztosan daganatsejtek és hámeredetűek. Magjuk igen nagy, puffadt, kifejezett polymorphiát mutat, sokszor tumor óriássejt nagyságúak. A plasma is elég bőséges, halvány eosinophil festődésű. A daganat *lap-hámcarcinomának* felel meg. (Fröhlich dr.)

Megbeszélés

Betgünkön a felvételnél észlelt nagyfokú fáradtság-érzés, gyengeség, súlyos anaemia, súlyvesztés, generalizált nyirokcsomó-megnagyobbodás, gyorsult vörösvérsejt-süllyedés és magas gamma globulin szint rövidebb a kórházi bennfekvés után felvetette a WM gyanúját. Gyanúkat az elvégzett immunoelektroforezises vizsgálat, a pozitív Sia-test, az ultracentrifugás vizsgálat során talált 23,1 Svedberg érték, valamint a nyirokcsomó biopsiás vizsgálat eredménye megerősítette.

A beteg régebbi zárójelentéséből tudtuk, hogy retinavérzés, ill. teljes arteria centralis retinae oclusio miatt már 1966-ban kezelték. *Ashton* és *mtsai* (1) a Waldenström-féle betegségre jellegzetes fundus-elváltozásokat így foglalták össze:

1. a retina vénáinak kanyargós, hurkaszerű kitágulása;
2. superficiális retinavérzés;
3. teljes arteriális, vagy vénás oclusio;
4. a papilla nervi optici duzzadása.

A beteg bőrelváltozását, amelyet az előbbieken részletesen leírtunk, semmilyen ismert bőrbetegség képével nem tudtuk azonosítani. A biopsiás vizsgálat szerint az elváltozás az alapbetegség egyik manifestációjának felel meg. Az irodalomban WM-ben eddig kizárólag a következő bőrelváltozások kerültek leírásra: bőrvérzések, amelyek pigmentációval gyógyulnak (2.15.), valamint WM-hez társuló egyéb bőrbetegségek (6.7.).

Az irodalomban ismertett WM esetek tünetei között viszonylag ritkán szerepelnek idegrendszeri tünetek (10). A tünetek kialakulásáért a kis erek (vasa nervorum) immunocytás beszűrődése és a perifériás idegek

interstitiumában a macroglobulinok kicsapódása a felelős. A betegünkön észlelt neurológiai tünetek polyneuropathiának felelnek meg.

Betegünk első észlelésekor a mindkét pleuraürben fizikálisan és radiológiailag megfigyelt folyadékgyülem transudatumnak bizonyult. Üledékében lymphocitákat és plasmasejteket láttunk (5. és 6. ábra). Hasonló adatokat az irodalomban is találtunk (3, 5, 9, 11, 13, 16).

A lymphoid reticulumsejtek proliferációjá a szervezetben bárhol kialakulhat: leggyakrabban a nyirokcsomókban, lépben, májban, ritkábban a vesében és a gyomorban, valamint a tüdőben (18).

Esetünkben splenomegalia nem alakult ki.

Az irodalmi adatokkal szemben, amelyek szerint a nyirokcsomók infiltrációját azok szerkezetének felbomlása nem kíséri, esetünkben a vizsgált nyirokcsomó struktúrája nem is volt felismerhető, sőt a kóros sejtek a tokot és a környező zsírszövetet is infiltrálták.

Az autopsiát követő szövettani vizsgálat amellet, hogy egyértelműen igazolta a WM diagnózisát, a tüdőelváltozást laphámráknak írta le. Irodalmi adatok szerint nem ritka, hogy — egyéb lymphorproliferatív betegségekhez hasonlóan — WM-hez *nem* reticularis neoplasma társul (15). Os-serman 100 betege közül húsznak volt klinikailag kimutatott, vagy post mortem igazolt daganata.

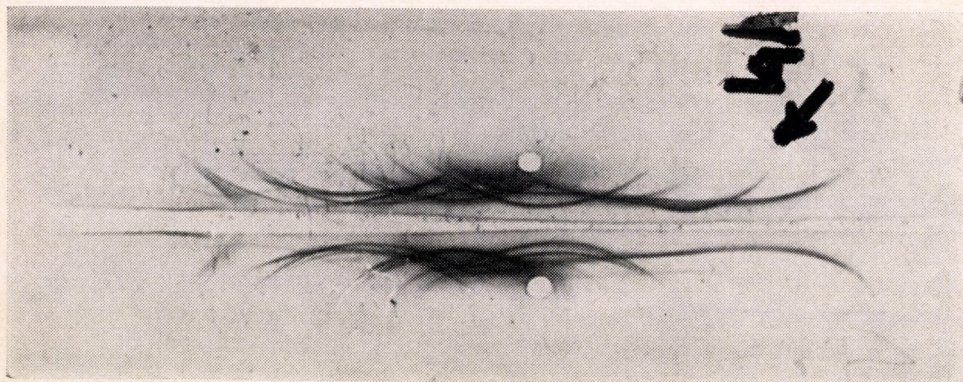
Esetünkben a secunder, vagy tüneti macroglobulinaemiát biztonsággal kizárhattuk, mert:

1. betegünk első rtg. vizsgálatakor a tüdőben a fent említett jobb felső lebeny kerekárnyék nem volt látható, tehát csak később alakult ki;

2. nyolc évvel a beteg felvétele előtt WM-re specifikus szemfenéki elváltozást írtak le. Feltételezhető tehát, hogy már ekkor vagy még korábban kezdődött betegsége;

3. ha már ekkor malignus megbetegedésben szenvedett volna, nem valószínű, hogy betegünk megéli osztályunkra való felvételét.

Az anaemia a betegek 80⁰/₀-ában szokott kialakulni. Oka a vörösvérsejtképzés zavara, az erythrocyták élettartamának megrövidülése, továbbá a vérzésekkel összefüggő vashiány. Esetünkben a vörösvérsejtképzés zavara dominált és az a haemoglobin synthesis zavarával járt együtt (a csontvelőben a basophil erythroblastok túlsúlya volt megfigyelhető).



7. ábra. Elektroferogramm

A beteg vérsavójában felszaporodott IgM sedimentációs állandója 23,1 S volt. A macroglobulin koncentrációja a normálisnak közel négyszeresét tette ki. Az immun-elektroferogrammon erős M-ív (7. ábra). A beteg hideg-érzékenységét a pozitív kryoglobulin test objektivizálta.

I R O D A L O M

1. Ashton, N., Kok, D. A., Foulds, W. S.: J. Path. Bact. 86, 453, 1963. —
2. Bell, T. K., Logan, J. S.: Ulster Med. J. 41/2, 140, 1972. — 3. Brocard, H. et al.: Bull. Soc. Med. Hop. Paris 117, 559, 1966. — 4. Brounckle, B. A., Datta, P., Fradjola, W. J.: J. Amer. Med. Ass. 189, 729, 1964. — 5. Girogny, M.: Thèse Med. Paris No 398, 1958. — 6. Jacobs et al.: Lancet II. 1331, 1961. — 7. Kalkoff et al.: Münch. Med. Wschr. 100, 957, 1958. — 8. Karns, S., Sokal, J. A.: Amer. J. Med. 40, 400, 1967. — 9. Lemenager, J. et al.: J. med. Franc Chir. Thorac. 17, 625, 1963. — 10. Logothethis, J., Silverstein, P., Coe, J.: Arch. Neurol. 3, 564, 1960. — 11. Maines, P.: J. Franc. Med. Chir. Thorac. 17, 625, 1963. — 12. Marks, L., Shuster, J.: Arch. Derm. Syph. (Chicago) 98, 469, 1968. — 13. Moeshlin, S.: Acta. med. Scand. Suppl. 445, 154, 1966. — 14. Moore, F. D. et al.: Ann. Int. Med. 72, 43, 1970. — 15. Ossermann, E. F., Takatsuki, K.: Scand. J. Haemat. Suppl. 4, 28, 1964. — 16. Pastinszky I., Rác I.: Belgetegségek börtünetei. Medicina, Budapest, 1959. — 17. Sándor P., Somogyi Gy.: Orv. Hetil. 114, 511, 1973. — 18. Schuer, P. H., Appel, L.: New York State J. Med. 61, 2431, 1961. — 19. Sondegard, Petersen, H.: Acta. med. Scand. 193/6, 573, 1973. — 20. Ungár P., Teleki K., Komár A.: Orv. Hetil. 113, 1065, 1972. — 21. Tassoni, E. M. et al.: Cancer. Res. 27, 806, 1967. — 22. Wood, T. A., Frenkel, E. P.: Arch. Int. Med. 119, 631, 1967.

V. Данхаузер, И. Бернат мл.:

Макроглобулинемия по Waldenström (WM)
с обширными органическими проявлениями

Dr. Vera Danhauser, Dr. I. Bernát jr.:

WALDENSTRÖMSCHE MAKROGLOBULINAEMIE MIT AUSGEDEHNTEN
ORGANMANIFESTATIONEN

DECARIS

tabletta

50 mg–150 mg

Összetétel: Tablettánként 50 mg, illetve 150 mg levamisolum-ot tartalmaz (sósavas só alakjában).

HATÁS: A Decaris elsősorban az *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések hatékony anthelminticum. E nematódák izomzatát bénítja. A megbénult nematódák a természetes bélmozgással kiürülnek a bélsatornából. A hatás eléréséhez általában egyetlen tabletta bevétele elegendő.

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: A Decaris-kezelés a diagnosztikai székletvizsgálat utáni egyszeri orális adagból áll.

Felnőtteknek: 1 db 150 mg-os tablettát adandó.

Gyermekeknek: Gyermekek adagja a testsúly alapján határozandó meg, az elvi adag 2,5 mg/testsúlykg. Szokásos adag: 8–10 kg-os gyermeknek $\frac{1}{2}$ tablettát (50 mg-os), 10–20 testsúlykg-ig $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ –1 tablettát (50 mg-os) egy alkalommal.

Célszerű a gyógyszert este bevenni.

Hashajtó adása a Decaris-kezelés után nem szükséges!

Ha az ellenőrző székletvizsgálat indokoltá teszi, akkor az első kezelés után két héttel megismételhető a Decaris adása.

MELLEKHATÁSOK: A javasolt terápiás dosisban a Decaris nem okoz panaszokat. Magasabb adagoknál kífokú nausea, vagy hányás, fejfájás, diarrhoea átmeneti jelleggel előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS: Lypophyl anyagoknak (széntetraklorid, tetrakloretilén, kenopodiumolaj, kloroform, éter stb.) Decarissal együtti adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

Csomagolás: 2 db 50 mg-os tablettát 6,- Ft
1 db 150 mg-os tablettát 6,70 Ft

MEGJEGYZÉS.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest, a Janssen céggel történő tudományos együttműködés alapján.

Dr. Takáts László ny. orvos ezredes, kandidátus

Hazai forrásadatok a katonakórházak XVII–XVIII. századbeli fejlődéséhez (I. rész)

A szerző hazai források alapján állapítja meg, hogy a 17. század törökellenes háborúiban a sebesültek ellátása jórészt a csapatkórházakban (segélyhelyeken) és a kis várispotályokban, kisebb részben a mély hadtápban, polgári ispotályok talaján létrehozott ideiglenes hadikórházakban történt. Az 1686 körüli felszabadító háborúban már határozott formában jelent meg a hadsereg-típusú tábori kórház. Magyar sajátosságként jelentkezik a Habsburg elnyomás ellen vívott szabadságharcokban a sebesülteknek és betegeknek olyan városokban történő ellátása, ahol sebészek és patika jelenléte kövekeztében kezelésük biztosítva volt. Ezt az ellátási módot a katonaeorvosi történelem, mint valami „kezdeményezést” eddig Savoyai Jenő északolaszországi háborújából 1705-ből tartott nyilván.

Az állandó hadsereg és annak szerves részét képező katonaegészségügyi szolgálat a 30-éves háborúk végétől (1648) a 18. század második feléig, hosszú történelmi fejlődési folyamatban alakult ki, az akkori európai hatalmaktól azonban nem egyszerre és nem egyformán. Sajátos helyzet volt Magyarországon, ahol az állandó török veszély és a meg-megújuló támadások szükségessé tették, hogy a végvárakban állandó őrség állomásozzék, a nagyobbmértű támadások elhárítására pedig egy többé-kevésbé állandónak mondható zsoldos sereg álljon az uralkodó rendelkezésére. Az egykori adatok szerint a magyar végvárakban a 16. század végén kétharmad részben magyarokból álló, 8–15 ezer, sőt Horvát-szlavónia és Erdély beszámításával 20 ezer fő körüli állandó katonaság volt (*Demkó, Birtalan*)¹. Az állandó végvári harc már a század második felében, még inkább az 1592–1606 közötti hosszú török háború nyilvánvalóan hamarabb vetette fel a katonák szervezett egészségügyi ellátásának szükségét, mint más európai államokban. A király 1596-tól 1603-ig több leiratban kérte az országgyűlést, hogy táboron kívül felállítandó hadikórházakat szavazzanak meg. A rendek a kórházak létesítését királyi feladatnak minősítették és csak a táborok nyomorúságos „kórházai” részére ajánlottak meg „... minden egyes kapu után tíz magyar dénárt...”

Tanulmányomban az állandó hadsereg és az állandó hadsereg-egészségügyi szolgálat kialakulásának bonyolult komplexumából az ideiglenes és állandó katonakórházak fejlődését óhajtom vizsgálni, a késői zsoldos kortól a hadsereg-egészségügyi szervezet kialakulásáig. Kitűzött céloknak megfelelően, egyrészt foglalkozni szándékozom az Európában akkor érvényes katonaegészségügyi szervezési elvek magyarországi megjelenési formáival; másrészt kísérletet szeretnék tenni arra, hogy a magyar talajból fakadó és igazolható katonaegészségügyi kezdeményezésekről felelem a feledés fátylát.

¹ *Birtalan Gy.*: Adatok a XVII. századbeli orvoslás magyar történetéhez. — *Kat. O. Szle.* 1954. VI. 1106. p. — *Demkó K.*: Magyarország hadereje a XVI. században. — *HK.* 1916. XVII. 1., 312. p. — *U. o.*: 1917. XVIII. 35., 186. p.

A tanulmány első részében a 17., második részében a 18. század katonaegészségügyéről fogok szólni.

(I. rész)

1. A törökellenes harcok egészségügye a századvégi felszabadító háborúig

Az 1593-tól 1606-ig tartó, ún. hosszú török háború időszakában a csapat-egészségügyi és kórházi ellátásnak is olyan típusa alakult ki, amely jóformán változatlanul érvényesült a 17. század háborúiban. Tanulmányozásukra szépszámu korabeli forrásanyag áll rendelkezésünkre.

a) *A működő hadsereg egészségügyi ellátása* lényegében a csapatokra volt építve, zászlóalj és ezred erejű alegységek és egységek rendelkeztek csapatkórházzal. Csapatkórház a mai csapat-gyengélkedőnek, ill. harci viszonyok között segélyhelynek felelt meg, amely a táborban, a harcolók mögött, vagy pedig a végvárakban működött. *Schwendi* és *Fronsperger* szabályzatai már az 1590-es években rögzítik, hogy a katonák zsoldjából levont garasokból (*Batzen, batka*) kell a csapatkórházakat fenntartani. Az egészségügyi ellátást az ugyancsak zsoldosként felfogadott borbélysebszék végezték. Munkájukra a parancsnok által kijelölt tiszt ügyelt fel. Az ápolást a betegek alegységeitől vezényelt katonák, ill. német egységeknél a kórházgondnok (*Spital-Meister*) és helyettesének felesége, ill. egyes esetekben katonafeleségek látták el (*Fronsperger, Khewenhüller, Regal, Schwendi*).² A kórházsátrak a parancsnoki sátor mögött voltak elhelyezve, harcban ide hozták a sebesülteket, vagy pedig a helyszínen kötözték be és a térnyeréssel kapcsolatban az utak menti településeken hagyták vissza azokat. A kórház felszerelését egy-két egészségügyi ládában kocsin szállították.

A csapatkórházak akkori értékét drámai szavakkal ecseteli *Coberus (Kober) Tóbiás*³, aki hosszú ideig volt tábori orvos és ebből hét évig a Sopronban felállított hadikórház főorvosa. Ostorozza a zsoldos felcserek és a különböző „medicasterek” tudatlanságát és híg lelkiismeretét, de különösen tragikusnak ítéli az úton-útfélen visszahagyott sebesültek sorsát. Erre figyelte fel a bécsi Udvari Haditanács, amikor elrendelte, hogy a hadiutak mentén, de már a mély hadtápban, nagyobb lakott helyek ispotályáiban kell létrehozni polgári felszereléssel, orvossal, sebészekkel ideiglenes hadikórházakat⁴ (1. sz. ábra). A hosszú török háború alatt Sopronban, Pozsonyban és Nagyszombatban működött ilyen kórház. Vezetésükkel polgári, vagy tábori (katona) orvost bíztak meg. A hosszú török háború katonaegészségügyéről, többek között a hadikórházi ellátásról *Takáts E.*-vel külön tanulmányt írtunk. Az ismétlések helyett az ottani megállapításokra utalok.⁵

Már a század elején rossz tapasztalatokat szereztek az ezredek kórházai-

² *Fronsperger, L.*: *Kriegsbuch I—III.* — Franckfurt. 1596. Feyerabend. — *Khewenhüller, L. A.*: *Observations-Puncten.* — Wien. 1748. — *Regal, M. L.*: *Reglement über ein Kayserliches Regiment zu Fuss.* — Nürnberg. 1728. *Lochner, J. G.* — *Schwendi, L.*: *Kriegs-Discurs von Bestellung dess gantzen Kriegswesens unnd von Kriegsämptern.* — Franckfurt a. M. 1953. *Wechel—Aubri—Marne.*

³ *Coberus, T.*: *Observationum Medicarum castrensiurn et Ungaricarum Decades I—III.* — Frankfurt. 1606. *Coll. Palthenian.* — Passim. — *Veszprémi, I.*: *Succincta medicorum Hungariae et Transilvaniae Biographia.* I—III. Cent. — Lipsiae — Viennae. 1774—1778. *Sommer—Trattner,* — I. cent. 79. p.

⁴ *Győr-Sopron megyei 2. lt.* (Oertel rend.) *Lad VII. et G., Fasc. I. Nr. 17.*

⁵ *Magyary—Kossa Gy.*: *Magyar Orvosi Emlékek I—IV.* — Bp. 1931.—1940. *MOK.* — III/271. p. — *Takáts L.—Takáts E.*: *Adalékok a XVII. század fordulójának katonaegészségügyéhez.* — Honvédorvos. 1966. XVIII. 322—335. p.

Karl, Ludwig, Valerius, Besondere Liebe Person
 und Person. Dieser alimst in gütlichen Willen
 die selben nicht zu mindern, das die Dän. Regent:
 mass: Dieser allergnädigste Fürst, für die
 seinen verbrüderlichen, und verwandten Dingen.
 Adolph, ein Feld-Offizier auf französischen Commando,
 die aber die selben Dienstigen mit all in Lager
 fassen, Daraus auf die nächstgelegene Stadt
 und dann Offiziere auszubilden sein, Fünff
 zu Frankfurt, Worms, Frankfurt und Leinburg,
besonders gepflegen, und aber das Frankfurt

1. sz. ábra. Részlet az Udvari Haditanács rendeletéből, amely szerint Pozsony, Nagyszombat stb. mintájára Sopronban is fel kell állítani hadikórházat. — GYSM. 2. Lt. Lad. VII. et G. Fasc. I. Nr. 17. (Aláhúzás saját kiemelés.)

ról, mégis további 150 évig az orvosi-sebészi ellátás bázisának tekintették. Tapasztalhatták, hogy háború idején a mély hadtápban létrehozott néhány hadikórház gyógyítási eredménye a csapatkórházakénál lényegesen jobb, mégsem rendszeresítették azokat, hanem ad hoc felállított intézmények maradtak a század végéig.

Az orvostörténelem már a 17. századból néhány állandó jellegű katonakórházról tesz említést. Gondosabb vizsgálattal azonban megállapítható, hogy a franciák várkórházai ugyanúgy, mint a cári Oroszország 1612., 1654., 1678. évi katonakórházai csapat-, legfeljebb ideiglenes hadikórházaknak tarthatók⁶. — A mai fogalmak szerinti tábori kórházak első megjelenéséről Spanyolországból 1477—91-ből (Izabella-kórházak), Franciaországból 1597-ből (ambulance) maradt fenn alig ellenőrizhető történelmi emlék⁷.

b) A várak kórházai

A török hatalom legnagyobb kiterjedése idején Kanizsa—Sárvár—Kőszeg—Sopron—Győr—Fülel—Szatmár—Jenő—Lippa vára képezte az elsővonalbeli végvár-rendszert. Bencze szerint 1641-ben a községi vár betegháznak igazgatója Sattler Richard nevű katonáorvos volt. Sárvárról ugyancsak a 17. századból maradt fenn 16 ágyas „várispítá”-ról levéltári emlék.⁸ Ma-

⁶ Myrdacz, P.: Das französische Militär—Sanitätswesen. — Wien, 1895. Saff. 3—4. p. — Rozanov, P.: Goszpital voennuj. — Encikl. Szlov. Voenn. Med. I—V. — Moszkva. 1946—48. Medgosisdat — II/153—154. p.

⁷ Myrdacz, P.: Das französische ... i. m. — 2., 14—15. p. — Szemeka, Sz.: Medicina voenaja. — Encikl. Szlov. III/732. p.

⁸ Bencze J.: Vas megye kórházainak 700 éves története. — Vasi Szle. 1964. XVIII. 536., 545. p.

gyary—Kossa Rayger munkája alapján állapítja meg, hogy Érsekújváron a század közepén igen ügyes francia sebész kezelte a török harcok sebesültjeit, köztük egy koponyasérült csonthiányát ezüst lemezzel pótolta⁹.

Nem függ össze szorosan a katonák egészségügyi ellátásával, mégis említeni szeretném, hogy a forrásadatok szerint a várak alatt élő lakosság számára a váron kívül voltak ispotályok (Győr-Újvárosban, Buda elővárosában, Egerben, Eperjesen, Nagyváradon stb.). A várban levő kórház a várórségnek, de harcok idején a vár minden védelmezőjének rendelkezésére állott¹⁰.

A várakban harcmentes időszakokban a portyázások néhány sebesültje nem okozott gondot. Legtöbbször az egészségesek körletében helyezték el és a vár borbélyja kezelte őket. Harcban azonban már nagyszámú volt a sebesült, ezért a várakban 10—15 főnyi befogadóképességű csapatkórháznak megfelelő ispotályok voltak. Ostrom idején a vár alatt és a környéken élő lakossággal együtt a borbélyok is bevonultak a várakba. Eger ostrománál pl. a 16. században 13 borbélysebész látta el a 200 súlyos sebesültet, akikből két év múlva még 86-ot ápoltak, közöttük 11 csonkoltat¹¹. A várak költségvetésében rendszeresen szerepeltek a sebesültek, a rokkantak, a hadiözvegyek és árvák segítségét szolgáló természetbeni és pénz kiadások. Az országgyűlés is szavazott meg segélyösszeget, a sebészek számára pedig tiszteletdíjat¹². — Később még szólni fogok a háborúk rokkantjainak ellátásáról, elhelyezéséről. A várakkal kapcsolatban azonban szeretnék rámutatni, hogy itt rokkantokról is gondoskodtak, ami a hadiözvegyeknek nyújtott segítséggel együtt sajátos magyar hadigondozási forma, már a 16—17. században¹³.

2. A Habsburg-ellenes szabadságharcok katonaegészségügyi emlékei a 17. századból

Magyarország tragédiája volt, hogy amikor a török ellen hosszú évtizedeken át Nyugat, vagy közelebbről Ausztria védelmében vérezett, ugyanakkor az osztrák centralista, gyarmatosító törekvésekkel szemben is védelmeznie kellett függetlenségét. A Habsburg elnyomás elleni harcot *Bocskai István*, *Bethlen Gábor* és *I. Rákóczi György*; az első kuruc felkelést pedig *Thököly Imre* vezette. *Zrínyi Miklós* az udvari hadi kancellária gáncsoskodása ellenére harcolt a török hódítók ellen. Katonai és hadművészeti-ideológiai munkái fényesen igazolják, hogy nemcsak nem remélt semmi jót az esetleges osztrák segítségtől, de félt is attól. Ha talán túl is becsülte a nemzet önerejét, annyi azonban igaz megállapításaiból, hogy a törökellenes felszabadító háborúban a vezető szerepet, főúrtól jobbagyaparasztig, a magyaroknak kellett volna betölteniük. A történelem hamarosan igazolta, milyen veszedelmet hozott magával az osztrákok vezette felszabadítás.

A jelzett szabadságmozgalmak és harcok katonaegészségügyi oldalának a korai iratokból történő feltárása még nem történt meg. A forráskiadvá-

⁹ *Magyary—Kossa Gy.*: Magyar Orvosi ... i. m. III/409. p.

¹⁰ *Magyary—Kossa Gy.*: Magyar Orvosi ... i. m. III/477., 478. p. — *Engländerné, Brüll K.*: Orvosok és kórházak Pest-Budán a legrégebb időktől a város egyesítéséig. — Bp. 1930. Novák. — 16. p. — *Petz A.*: Győr szabad királyi város Szentháromság közkórházának múltja és jelene. — Győr. 1929. Győr egyházmegyei lap. — 10. p.

¹¹ *Birtalan Gy.*: Adatok ... i. m. 1112. p.

¹² *Demkó K.*: Magyarország ... i. m. 63. l. — *Márkus D.—Kolozsvári S.—Ovári K.*: Corpus Juris Hungarici (Magyar Törvénytar), 1—70. k. — Bp. 1896—1949. Franklin. — 2. k. 1553. év. 25. tc. — *Magyary—Kossa Gy.*: Magyar Orvosi ... i. m. III/311. p. — *Rákóczi lt. G.* — 19. II. 2. i. 6. p. — *OL. P—622. Szatmárnémeti 1527—1872.* — Nr. 95., 146.

¹³ *R. Várkonyi Á.*: A magyar hadigondozás korai emlékei. — Opponensi vélemény a szerző kandidátusi dissz.-jához. — 1972.

2. sz. ábra. Bethlen Gábor rendelkezése a sebesültek Nagyszombaton történő el-
látásáról. — Okr. Arch. Trnava. G. Bethlen 1621—24. Kart. 2. Fol. 65.

6*

nyokból gyűjtött szemelvényekkel azt óhajtom igazolni, hogy éppen ezekben a harcokban találkozunk hazai sajátosságokkal és egészségügyi kezdeményezésekkel.

Bocskai István az 1604—6 közötti függetlenségi és felszabadító harcában 1605. október 5-én a következőképpen rendelkezik a sebesültek ellátásáról: „... kik harczokon és ostromokon az mi szolgálatunkban sebesednek, melyre felette szükséges gondviselésünknek lenni... Kegyelmedtül fölötte kedvesen vesszük és meg is szolgáljuk... magának Kegyelmednek legyen vigyázása ra, hogy az barbélyoknak is fizessen a mi jövedelmünkből és ételekre-italokra valameddig gyógyíttják őket, a mienkből legyen gondviselés reájuk”. Az utasítás Illésházy Istvánnak, az akkori Felvidék nyugati része kormányzójának szolt¹⁴.

Bethlen Gábor 1619—1626 között vívott függetlenségi harca több hadjáratot ölelt fel. A harcok sebesültjeit a hadtápban fekvő városokba küldték gyógykezeltetés végett. A századeleji török háborúból ismertettük a mély hadtápban létesített ideiglenes hadikórházakat; itt viszont olyan ellátási módokkal találkozunk, amely — magyar sajátosságként — akkor először jelenik meg, de később a Thököly- és Rákóczi-szabadságharcban is találkozunk azokkal. A sebesülteket a mélyebb hadtápban fekvő városok bíráihoz küldték, akik kötelesek voltak ellátásukról és sebészi kezeltetésükről gondoskodni. Bethlen Gábor levelei alapján jól tanulmányozhatjuk ezt pl. Nagyszombat, akkori szabad királyi város esetében. A pozsonyi ill. a szenci táborból írott levelek igazolják, hogy Bethlen szívében viselte sebesültjeinek sorsát. Részletebben az 1621. szeptember 2-án írt legjellemzőbb levelét ismertetem (2. sz. ábra). A lényegében utasításokat tartalmazó irat a város főbírájának és esküdtjeinek íródott. „Az mely legények udvari gyalogink közül megh sebeset-tenek, várostokban küldöttük gyógyíttásnak okáért őket. Ezért hadgyuk és ighen serio (komolyan) parancsollyuk is, hűséghelek mindgyarást illendő szállásokat adatván nekik, az borbélyokat céh mesterekkel együtt előtőkben hivatván, erőssen meghadgya nekiek, mentől legh jobban és szorgalmatosban lehet, forgódgyanak az sebesek körül és gondviselettel kössék őket. Mert ha valamely gondviseletlenségek miat megh hal közüllök, magatokat megh büntetünk érette, az borbélyokban pedig valaki okának találtatik, megh ölettjük...” A város kiadásait az adóból jóváírják, a borbély-költséget pedig a harmincadosok felerészben előre, a többit utólag pénzben fizetik meg. Ennek megfelelően hívja fel a főbíró figyelmét, hogy „az borbélyokkal mentől legh jobban lehet, szegődjetekek megh...” A levélváltásokból világosan kitűnik, hogy a szállás nem a polgári ispotályban volt. Az ellátási költségekről több levélben is hangsúlyozza, hogy „fillierről fillierigh megh fizetünk”. Midőn Bethlen a sebészek hanyagságáról és magas követeléseiről értesült, még a tanács tagjainak fej- és jószágvesztését is kilátásba helyezi 1621. szept. 7-én¹⁵.

A függetlenségi és felszabadító harcok tanulságai tükröződnek Bethlen 1627-ből fennmaradt *hadiszabályzatában*. A borbélyoknak előírja, hogy „... az sebesekre hiven viseljenek gondot, melyre a városokon a céhmesterek

¹⁴ Szilágyi S.: Bocskay István és Illésházy István levelezése 1605—1606-ban. — TT. 1878. 1. — 84. p.

¹⁵ Gergely S.: Bethlen Gábor levelei feleségéhez Károlyi Zsuzsannához. — TT. 1882. 124—133. p. — *Okresný Arch. Trnava*. — Gabr. Bethlen 1621—24. Kart. 2—60., 65., 72. p.

Megjegyzés: A betűhű szövegközléstől az olvashatóság érdekében az alábbiakban tértem el: a hiányzó ékezeteket feltettem; a régies *eo* helyett *ő-t*, a kettős betűkben pedig *i* helyett *y-t* alkalmaztam; az értelemnek megfelelően tagoltam mondatokra.

igen reá vigyázzanak, falukon az birák". Azt sem tűrte, hogy hozzá nem értő borbélyok belső betegeket gyógyítsanak: „... a'ki belső nyavalyához nem tud, Doctorrá magát ne tegye, mert ha valakinek halála történik miatta, ő is meghallyon érette". — Arról is tudunk, hogy többször hozatott Bethlen Bécsből nagyobb mennyiségű orvosságot, ispotályoknak alapítványt tett.

I. Rákóczi György harcaiból kórház-szerű ellátásról nincs adat¹⁶.

Thököly Imre által vezetett első kuruc felkelésnek inkább portyázó jellege volt, mint akár Bocskai, akár Bethlen szabadságharcának. A betegeket és a sebesülteket városi ispotályok, vagy borbélyok kezelésében hagyták hátra. A felkelés idején nagy csapást jelentett előbb az akkori Felvidék nyugati részében, később az egész Felsőmagyarországon kitört pestis járvány. A magyarságot sújtó tragédiát megrázó szavakkal ecseteli Váradi Mihály református pap egykori naplójában. Az 1679. esztendő „... édes hazánknak mind az idegen nemzet, a pogány és az magunk saját nemzetemzete miatt való rettenetes pusztítása mellé, az embereket szertelen pusztító országos döghalált is reá bocsátá... megszámlálhatatlan sok nép hala meg¹⁷.

Zrínyi Miklós az európai hadművészeti elveket több munkájában a magyar sajátosságoknak megfelelően dolgozta fel és alkalmazta harcaiban is. Nem kerülte el figyelmét a katonákról történő egészségügyi gondoskodás. Táborigi Kis Tractája szerint az ezredeknél 4—4 borbélyt kell tartani, de rajtuk kívül „betegekhez látó személyekre” (betegápolókra) is szükség van. Ugyanő az Eötödik Károly császár idejében az Militiarul írt Tractatus-ból kiemeli, hogy minden századnak is rendelkeznie kell borbéllal, aki „... legderekasabban az sebekhez értvén magát, tudgya jó módgyával az sebeket gyógyítani... Tartozik mindenféle eszközzel és orvossággal jelen lenni szükség idején...” Az előző század hagyományainak megfelelően, Zrínyi is megköveteli, hogy minden ember zsoldjából nyolcad részt adjon le, amiből „ha betegség, ha sebek nyomnák, volna mit elővenni”¹⁸.

A 17. század Habsburg-ellenes függetlenségi harcaiból katonaegészségügyi szempontból levonhatjuk azt a következtetést, hogy a harcok sebesültjeiről szervezett gondoskodás történt. Miután a hadműveletek hazai területen folytak, szinte önként adódott a betegek és sebesültek „szétszórásának” gyakorlati alkalmazása. Beigazolódott, hogy portyázó hadműveletekben, ha nem is az egyetlen, de igen jól használható módszere a betegellátásnak. Tárgyilagosan hozzá kell még tennünk, hogy az akkori alacsony orvosi és sebészi létszám jobb kihasználását is jelentette, mint ha azokat a csapatok nagyobb számban elvonták volna működési helyükről.

A működő hadsereg betegeinek és sebesültjeinek ellátási rendszerében a század végéig, nevezetesen a magyarországi törökellenes felszabadító háborúig érdemleges változás nem történt. Figyelemre méltó, azonban az a szemlélet, mely szerint csak azok részére van szükség állandó katonakórház-

¹⁶ Nagy I.: Áruczikkek szabályzata 1627. és 1706. évekből. Adalékok az ipar-erkölcs történetéhez. — MTT. 1871. XVIII. 199—273. p. — Magyary—Kossa Gy.: Magyar Orvosi... i. m. III/331. p. — Szilágyi S.: I. Rákóczi György Fejedelemsége történetéhez. — TT. 1884. 4. f. 658—672. p.

¹⁷ Magyary—Kossa Gy.: Magyar Orvosi... i. m. III/418., 419. p. — Révész K.: Két napló a XVII. századból. — TT. Új évf. V. 151.—160. p.

¹⁸ Zrínyi Miklós hadtudományi munkái (gyűjt.). — Bp. 1957. Zrínyi K. — 358—403., 438—459. p.

ra, akik rokkanttá válnak és állandó ápolásra, vagy kezelésre szorulnak. A nézet gyökerei az 1630. évi itáliai, francia háborúig nyúlnak vissza. A háború után ugyanis Richelieu az úton-útfélen kéregető-erőszakoskodó rokkantak „kórházba”, a Hôpital de la Pitie-be helyezését rendelte el. Ennek a kérés-életű rokkantháznak talán már az emléke is feledésbe merült, amikor XIV. Lajos, az akkor világszónokként számító, Hôtel Royal des Invalides-t 1671-ben megnyitotta. Angliában 1680—90 között létesült a chelseai és greenwichi rokkantotthon. Az irányzat magyarországi tükröződése ismerhető fel Széchenyi György esztergomi érsek 1692-ben tett 157 ezer forintos alapítványában. A török háborúk rokkantjainak részére kellett ebből Pesten egy kórházat felállítani (csak 1728-ban nyílt meg a mai városháza épületében¹⁹).

15. Con. Bell. dat. 18. Sept. 1683. No. 383
 Inclytae Cancellariae Regiae Hungariae
 Julicae litterae amicae intimandum. Deside-
 rare Serenissimi Regis Solomiae Mattem,
 quatenus vulnerari seu infirmi officiales,
Nobiles: et milites Solomiae in Civitatem
Pozsoniensem recipiantur, ibidem curentur.
 Quare Eadem Inclyta Cancellaria Hung-
 Julica amice requiritur, ut sit haud gra-
 vatim necessariam expeditionem ad dictam
 Civitatem Pozsoniensem catenus admatu-
 rare. Cui de reliquis Consilium Aulae
 Bellicum ad grata officia paratum addic-
 tumq; manet.

Consilio Bellico
 die 18. Septemb. a. 1683.
 Christoph. v. S. v. S.
 Joannes Tilamus

3. sz. ábra. A Magyar Kancellária utasítást kap Bécsből, hogy Pozsonyban állítson fel hadikórházat Szobieszki seregének sebesültjei részére. — OL. Magy. Kanc. A/14.-657. rsz. Nr. 383.

¹⁹ Habering, W.: Die Entwicklung d. Kriegsbeschädigten-Fürsorge v. d. ältesten Zeiten bis z. Gegenwart. — Berlin 1918. Hirschwald. — 41. p. — B. Szabó L.: A Sárvár-Felsővidéki Széchenyi család története I—III. — Bp. 1911. Stephaneum. — 1/181., 200., 718. p. — Esztergomi Primási lt. Arch-eccles. vet. Fasc. 830. Prot. vet. arch. No. 1576/1 — Feldzüge d. Prinzen Eugen v. Savoyen. I—XX. — Wien. 1876—1892. Gen. Stab. — 1/534. p.

A felszabadító háborúk idején az ezredek kórházai már jobban fel voltak szerelve, sőt ekkor ismerhető fel először — hazai levéltári anyag alapján is — a tábori kórházak önálló fejlődési iránya. Ezeket a kórházakat már nemcsak az jellemezte, hogy a táborban voltak, hanem magasabb szintű ellátást tudtak biztosítani gazdag felszerelésükkel és személyi állományukkal: *hadsereg-típusú egészségügyi intézetek voltak.*

A török kiűzése Bécsnek 1683. évi felmentésével indult meg. A Szobieszki János lengyel király által vezetett felmentő sereg sebesültjeinek ellátását Magyarországnak kellett biztosítani. Az Udvari Haditanács utasítására a Magyar Kancellária Pozsonyban állított fel a hosszú török háború idejéből ismert típusú ideiglenes hadikórházat (3. sz. ábra)²⁰. A későbbiekben 1685-ben Esztergomban rendeztetett be Kollonits érsek a pápa adományaiából „tábori kórházat” (*Borovszki, Héjja, Magyary—Kossa, Schultheisz*). Miután az esztergomi levéltárban semmi nyom sincs a kórházról, így nem állapítható meg, hogy jellege megfelelt-e tábori kórháznak, vagy pedig a pozsonyihoz, ill. a század eleji sopronihoz hasonlóan csak négy hadtápbeli hadikórház volt²¹.

A felszabadító sereg, az addigi sikereken felbuzdulva, 1684-ben Buda alá vonult és megkezdte a vár ostromát. *Buonvisi* pápai követ szerint a seregek mögött már ekkor is állítottak fel tábori kórházat. Az első ostrom azonban 1685-ben félbeszakadt, mert a katonák között vérhas járvány ütötte fel a fejét (*Linzbauer*). A vár bevételével végződő ostromot 1686-ban kezdték újra. A hadművelet alatt létesült kórházakról most is a szemtanú *Buonvisi* tollából ismerünk részletes beszámolót. A század szokásainak megfelelően minden ezrednek volt nemzetközi segélyből is támogatott csapatkórháza. Nagy befogadóképességű *központi tábori kórház* működött a Margit-szigeten, amelyet az ellenséges tüzérség behatása miatt később a Sz. Endre szigetre telepítettek át, *bárkával együtt*. A kórházban külföldről toborzott orvosok és sebészek dolgoztak. Balzsamokat és gyógyszereket Olaszországból kapták, a golyócsot és kötszereket pedig a hátországból. A korabeli adatok szerint 6 ezer sebesültet gyógyítottak itt meg, de arra is van utalás, hogy a sebesültekből hajókon Esztergomba is szállítottak el²². Ezt a nagykapacitású kórházat a mai értelemben is *tábori kórháznak* nevezhetjük, miután helyén megelőzőleg semmilyen egészségügyi intézmény sem volt, személyi állományát, felszerelését, gyógyszereit, kötszereit szállítással összpontosították a harcoló sereg mögé.

Egykorú hazai irat szerint Vörös-Mártonban (ma Veresmart) is hosszú ideig működött egy *tábori kórház*, amely a déli hadszíntér sebesültjeit látta el. A Magyar Kancellária 1691-ben azzal az indoklással kéri a nagyszámú sebesült elszállítását, hogy a kórházban nem képesek meggyógyulni, sőt újra és újra megbetegsznek (*locus . . . and continuendas aut augendas infirmitates proclivis*). Valószínűleg a régi idők kórházi fertőzése léphetett fel. A meg-

²⁰ *OL. Magy. Kancell. A/14. Insin. Cons. Aul. Bell. 657. rsz. 2. cs. Nr. 383.*

²¹ *Borovszky S.*: Magyarország vármegyéi és városai. Esztergom vármegye. — Bp. Légváros. — 377. p. — *Héjja P.*: A tábori egészségügy Buda visszafoglalása korában. — Bp. 1936. Egy. Ny. — 173. p. — *Schultheisz E.*: Hadseregünk helyzete Buda visszafoglalása idején. — Honvéderős. 1957. IX. 338—341. p. — *Magyary—Kossa Gy.*: Magyar Orvosi . . . i. m. III/424 és 440. p. — *Vüllányi S.*: Néhány lap Esztergom város és megye múltjából. — Esztergom. 1891. Laiszky. — 16. p.

²² *Fraknoi, V.*: Monumenta Vacticana historiam Regni Hungariae illustrantia. Series I—II. — Bp. 1886. — Ser. II. Tom. II. Relationes cardinalis Buonvisi. XCIII—XCVIII., CXXII., CCIII—CCIV. p. — *Károlyi A.*: Buda és Pest visszavívása 1686-ban. — Bp. 1936. Főv. Ny. — 78. p. — *Linzbauer, F. X.*: Codex sanitario-medicinalis Hungariae. I—III. — Buda. 1852—1858. Egyet. Ny. — Tom. I. 134. p.

Inr. Com. Bell. dato 22^{da} Junii 1691. № 505

Inclita Cancellaria Regia Hungarica
Aulica hinc amici significandum, scripsisse
ad hocce Consilium Bellicum Sacre Casarea
Regiaq; Maiestatis Camera Aulica Consiliarium,
Generalem annonae Praefectum, et modernum
Directorem Commissariatibus Generalis apud Exor-
citum in Regno Hungaria existentem, Dominum
Christophorum Vorster, quod milites infirmi
et vulnerati in hospitatu Vörös Martony, insti-
tuto, ex eo Sanitati minime restitui possent,
quod locus ille nimium paludosus, et ideo etiam
ad continuandas, aut augendas infirmitates pro-
clivis, Siccus, angustus sit, ut tanta infirmorum
Copia ibidem nullo modo debite accommodari
possit, adeoque inevitabilem necessitatem requirere,
mentionatum hospitale aliò transferre, et in-
firmos vulneratosq; milites latius hinc inde
in oppida, et pagos magis vicinos versus Budam
situs dislocare.

Qua propter Eadem Cancellaria Regia Hungarica
Aulica hinc amici requiritur, velut haud graua,
satis seria mandata expediri curare, ut Comita-
tus, quorum oppidis, aut pagis similes infirmos,
aut vulneratos milites locare obveniret, eosdem
libenter, et sine renitentia recipere velint, ac
debeant, cui de reliquo Consilium edula Bellicum
ad exhibenda grata officia promptum paratumq;
manet.

Ex Consilio Bellico
Vienne die 22. Junii 1691.
Christophorus Vorster

Joannes Adamus

oldás történelmi érdekessége az, hogy a sebesülteket Buda irányában fekvő városokba és falvakba kellett elhelyezni további kezelés végett. Az ilyen kórházakon kívüli, területi kezelést (Privat-Pflege) osztrák részről elsőként Savoyai Jenő észak-olaszországi hadműveletéből, 1705-ből jegyezték fel)²³ (4. sz. ábra).

Anclita Cancellaria Hungarica Au.
 lita p. hinc anice significandum. Successe.
 Serenissimi Regis Poloniae. Maiestatem opias
 suas Militares, qua, hucusq; in Regno Hungaria
 contra immanes Christianorum Hostes Turcas Au.
 xilio adfuerunt. Resolutumq; exinde esse, ut
 eadem iter suum recta in Regnum Poloniae, (ia;
 coviam versus accelerent. Carum infirmi vero
 una cum impedimentis bellicis in gremium Co
 mitatum. Sarcinensis bellicet, et Repusientis,
 tanquam praefato Regno Polonia villarum pro
 rationatim in hybernia collocentur, et a vi
 giliarum Praefecto Equitum: et Decurione pe
 Libum incipiendó, cum victu Annuitis, mensura

5. sz. ábra. A hazatérő lengyel sereg betegeinek elhelyezése a határmenti magyar megyék városaiban. — OL. Magy. Kanc. A/14.-657. rsz. Nr. 737. (Aláhúzás saját kiemelés.)

Kuriózusként jegyzem meg, hogy Szobieszki serege 1697-ben tért vissza Lengyelországba, betegeit azonban a szomszédos Szepes és Sáros megyék városaiban hagyta vissza, hasonló területi ellátásra. Külön rendeltek a kezeléshez egészségügyi személyi állományt (officiales ad curam dietorium infirmorum)²⁴ (5. sz. ábra).

Evrard részletesen leírta a hollandiai francia—spanyol háborúban 1674—1677 között Marchienne au Pont-ban működő tábori kórházat. Lényegében hasonló jellegű volt, mint a török háborúk kapcsán feljebb ismertetett két tábori kórház. Nem lehet viszont a szerzővel egyetérteni abban, midőn a tábori kórház állományát úgyszólván csak egy 1744—46-os szervezésből visszakövetkeztetéssel állapítja meg²⁵. Nem akarok hasonló hibába esni, mégis szükségesnek tartom, hogy egy eddig nem közölt, 1692-ből származó hazai tábori kórház szervezési tervét (Entwurf) egész röviden ismertessem (6. sz.

²³ Kirchenberger, S.: Geschichte d. k. u. k. österreich—ungar. Mil. San. Wesens. — Wien, 1895. Safaf. — 167. p. — OL. Magy. Kanc. A/14. 657. rsz. Nr. 505.

²⁴ OL. Magy. Kanc. A/14. 657. rsz. Nr. 737.

²⁵ Evrand, E.: La primère neutralisation par acte juridique d'un hôpital millitari de campagne. — Rev. Int. Serv. d. Santé. 1967. 40. 745—753., 833—845., 921—936. p.

Endwurf.

Strapsze im Kriegerhospital
 sehr wohl beschaffen ist, auf
 folgenden Entwürf:

1. ober Commisarius.
1. Director.
2. Capelaneu.
2. Auditor der Hospitalen Angelegenheiten.
2. Lehrer der Medicin Bedienung.
2. ober Barbier.
30. unter Barbier & Lehren.
2. ober Apotheker.
6. unter Apotheker & Lehren.
1. Controllor für die Lebensmittel.
1. Auditor der Controllor.
3. Ofenherren.
3. für Pfänder.
3. Chef für alle officier.

6. sz. ábra. Részlet az 1692-ből származó tábori kórház szervezési tervből (Endwurf-Entwurf). — Esztergomi Primási Lt. Acta radicalia. X. o. Fasc. 52. Nr. 196/20. (Aláhúzás saját kiemelés.)

ábra). Az elgondolás a török háborúk sajátosságait vette tekintetbe, ahol a támadási főirány a Duna vonala volt. Nyilván ezért állított be 3 nagyméretű, fedett hajót. (Bárkakkal már a Margit-szigeti tábori kórház is rendelkezett.) Impresszionálhatta a szerzőt (*Dubourg*) a budai kórház gazdag személyi el-látottsága. Ilyen személyi szervezést (hadbiztos, katonai director, 2 orvos, 2 fő- és 30 alsebesz, 6 patikus, 30 betegápoló stb.) csak az 1749. évi osztrák Dienst und Exercier-Reglement tett lehetővé; alkalmazásra csak az 1756—63 közötti hétéves háborúban került sor. Az *Evrard* által felhasznált és az osztrák szabályzat időben csaknem összeesnek²⁶.

Magyarországon a 17. század végén lezajlott törökellenes felszabadító háborúban jelentek meg első ízben a hadseregtípusú tábori kórházak ősi formái. A hadjárat alatt egyébként kiterjedten alkalmazták a csapatkórházakat (segélyhelyeket) és a mély hadtápban is állítottak fel ideiglenes hadikórházakat. Az 1692-ből származó, 14 oldalnyi terjedelmű szervezési és működési terv azt bizonyítja, hogy a török háborúban szerzett tapasztalatok alapján tovább akarták fejleszteni a tábori kórházakat.

²⁶ *Kirchenberger, S.: Geschichte . . . i. m. 168—170. p. — Esztergomi Primási lt. Acta radicalia. X. Nr. 52. cs. 1692. — 149—162. p.*

STUGERON

tabletta

OSSZETÉTEL:

1 tabletta 25 mg cinnarizinumot tartalmaz.

HATÁS:

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktív anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, bradykinin, nicotin) hatását. Ezen anyagok ismétlődő érszűkítő aktivitásának fontos szerepet tulajdonítanak az atherosclerosis kialakulásában. A Stugeron ezen felül fokozza az erekben átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolytikus hatást fejt ki az érfal simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labyrinthus ingerlékenységét.

JAVALLATOK:

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

ADAGOLÁS:

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

MELLÉKHATÁS:

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

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes.

CSOMAGOLÁS:

50 tabletta,

200 tabletta.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
Budapest X.

BESZÁMOLÓ

**a Magyar Sebész Társaság Plasztikai Sebészeti Szakosztálya és a Központi Katonai Kórház közös rendezésében az MNKKK Plasztikai Sebészeti Osztály 20 éves fennállása alkalmából tartott tudományos ülésről
(1975. április 25.)**

Összeállította: **Donáth Antal dr.**

I. rész

Dr. János György orvos-vezérőrnagy házigazdai minőségben köszöntötte a tudományos ülés résztvevőit. Emlékeztetett arra, hogy a Magyar Sebész Társaság Plasztikai Sebészeti Szakosztálya 1958. dec. 13-án ugyanitt, a Kórházban tartotta első tudományos ülését. Idézett az akkori főreferátumból, amely a szakma, illetőleg az osztály célkitűzéseivel, terveivel foglalkozott.

Prof. dr. Szántó György orvos-vezérőrnagy üléselnöki megnyitójában méltatta B. V. Petrovszkij akadémikus szerepét a palasztikai sebészet hazai fejlődésének megindításában és a jubileumát ünneplő osztály munkásságát, amelynek legfőbb jelentőségét abban látta, hogy iskolát teremtett a plasztikai sebészetben és sokat tett az egyéb operatív szakmák, főleg az általános sebészek és traumatológusok továbbképzése érdekében.

Ezután következtek a munkahelyi beszámolók.

Dr. Zoltán János: A plasztikai sebészet jelentősége és helye a magyar egészségügyi ellátásban

A plasztikai sebészet tevékenységének megítélése rendkívül szélsőséges. Sokan azt tartják, hogy a plasztikai sebésznek elsősorban képzőművészeti képességekkel kell rendelkeznie. Ez a felfogás abban az elutasításban kulminál, amelyet a prágai orvostudományi egyetemről kapott a szakma egyik világhírű alapítója, a cseh Burian, akinek azt ajánlották, hogy magántanári képesítése ügyében forduljon a szépművészeti főiskolához. A vélemények másik végletében az a nézet áll, amely szerint a plasztikai műtétek elvégzéséhez semmi más nem kell, csak türelem.

Ma már közismert, hogy a palasztikai sebészetnek orvosilag, tehát társadalmilag is legjelentősebb része a helyreállító tevékenység, a szerzett (sérülés, betegség, daganat vagy orvosi kezelés okozta) funkcionális és anatómiai elváltozások korrigálása. Ez műteteink túlnyomó többségének a célja. Ezt követi gyakoriságban a fejlődési rendellenességek korrekciójának csoportja, végül aránylag kevés (kb. 10–15%) az esztétikai, vagy kozmetikai műtétek száma. Ennél a kérdésnél azonban félreérthetetlenül le kell szögeznünk azt, hogy ezen műtétek jelentős hányada nem az egyéni hiúságot kiszolgáló, vitatható jogosultságú luxusműtét, hanem olyan — társadalmilag és egyénileg is egyaránt indokolt — orvosi beavatkozás, amely a serdülő ép emberré fejlődését biztosítja, felnőtt korban pedig psychés zavarok megszüntetését szolgálja, amely zavarok

olyan súlyosak is lehetnek, hogy az egyén szociális magatartását, sőt munkaképességét is befolyásolják. Ezen beavatkozások jogosultságát éppen a szocialista egészségügynek kell elsősorban elismernie, amiben örvendetes módon a katonaeorvosok járnak az élen, akik psychés indikáció alapján utalnak be rendszeresen pl. orr- és fülkagyló műtétekre sorkatonákat.

A szakma első hazai művelője a magyar sebészet megalapítója, Balassa János volt, aki — mint köztudott — akadémiai székfoglalóját 1861-ben éppen plasztikai sebészeti munkásságáról tartotta. Őt követően csaknem egy teljes évszázadon át a plasztikai műtéteket a sebészet nagyjai szinte „hobbyként” művelték. Pólya, Dollinger, Milkó, Verebély, Bakay, Borsos, Hedri és Pommerstein nemcsak végeztek, hanem publikáltak is egy-egy újfajta, vagy érdekesebb plasztikai műtétet. Tájékuhoz kötötten, magas szinten, olykor világhíradalmi elismerést elérve foglalkoztak e műtétekkel a szemészetben Blaskovich, Imre és Kettesy, a fül-orr-gégészetben Réthy Aurél, a szájsebészetben Skaloud Ferenc, bizonyos transplantációs kérdések terén pedig Kubányi Endre.

Az első világháború nálunk is szükségessé tette a helyreállítás centrumának megteremtését, a zseniális Ertl János vezetése alatt. Ez azonban nem tudta létjogosultságát a békeévekre kiterjeszteni, ahogy az a Szovjetunióban, Amerikában és a fejlettebb európai kapitalista országokban történt. Ennek nyilvánvalóan gazdasági és társadalmi elmaradottságunk volt az oka. Szakmánk azonban nemcsak az említett országokhoz viszonyítva maradt el, de a szomszédos népi demokráciákkal összehasonlítva is. Csehszlovákiában három egyetemi klinika és egy akadémiai plasztikai sebészeti kutatóintézet működik, Jugoszláviában három, Lengyelországban kettő, Romániában egy 250 ágyas klinika, nem beszélve a kisebb osztályokról és részlegekről.

Hazánkban gyakorlatilag akkor vált önállóvá a szakma, amikor Borisz Vasziljevics Petrovskij professzor — ma akadémikus és a Szovjetunió egészségügyi minisztere — két évi vendégprofesszorsága idején felhívta az egészségügyi vezetők figyelmét az orvostudomány ezen ágának szükségességére, aminek két önálló plasztikai sebészeti osztály föllállítása lett az eredménye.

A két nagy osztály mellett ma már hat kisebb decentrum is működik hazánkban. A szakellátásra szoruló betegek egy része azonban nem kerül műtetre, vagy nem megfelelő időpontban, a tájékoztatás és irányítás hiányosságai miatt. Az igény pedig folyamatosan nő, azzal arányosan, ahogy — Szántó professzor kifejezésével — korunk epidemiája, a trauma az iparban, mezőgazdaságban és közlekedésben állandóan terjed, a fejlődési rendellenességek száma enyhén emelkedik, az onkológia fejlődik, a dermatológiai szemlélet operatívabbá válik, és szocialista társadalmunkban az anyagi jóléttel és kulturáltsággal együtt növekszik az esztétikai igényesség is.

A szakma képviselői 1958-ban a sebész szakcsoport keretében megalakították a Plasztikai Sebészeti Szakosztályt, 32 taggal. Taglétszámunk ma 128 fő, mert csatlakoztak mindazok a különböző szakmájú sebészek, akik munkaidejüknek csak egy részében, de rendszeresen foglalkoznak a működési területükhöz tartozó plasztikai beavatkozásokkal és akik megfelelő fórumot találnak mondanivalójuk számára a szakosztály rendezvényein.

A szakmabeliek egyéni tudományos munkájáról két jellemző adat: az egyik az, hogy eddig 6 kandidátusi és egy doktori értekezést védtek meg plasztikai sebészeti témakörből. A másik pedig az, hogy a magyar szakemberek — előadásaik, közleményeik és könyveik révén — nemzetközi szinten komoly elismerést értek el.

A szakma önállóságának elismeréséért folytatott küzdelmet a vezető sebészek és fórumok mindenkor haladó és megértő szellemben támogatták. Ennek köszönhető, hogy az Egészségügyi Minisztérium új szakorvosi rendelet-tervezete a plasztikai sebészetet már az önálló szakmák sorában említi. Jelentős feladatunk lesz a szakvizsga anyagának összeállítása és a vizsgára való felkészítés, amit örömmel vállalunk.

Osztályunk létesítése óta tudatában voltunk annak, hogy három feladatot kell ellátnunk: a gyógyítást, a tudományos kutatást és az oktatást-továbbképzést. Az előző két témával más előadások foglalkoznak. Az oktatás-továbbképzés feladatának ellátásához az alábbi megfontolások alapján láttunk hozzá.

A plasztikai sebészet nem anatómiai tájékuhoz kötött szakma, tárgykörét módszereinek speciális mivolta szabja meg. Ismereteinek, vívmányainak jó ré-

szét — a tájékhoz és a kórformához alkalmazva — a sebészet minden egyes ágában fel lehet használni. Alkalmazásukat rendkívül aktuálissá teszi a sebészet fejlődésének iránya, amely a csonkolásoktól egyre inkább a pótlások, az átültetések felé tolódik el.

Továbbképző munkánkban legtöbb figyelmet egy általunk rendkívül fontosnak tartott kérdésre fordítottunk: ez a bőrrel való bánásmód a sebészeti beavatkozások során. Tapasztalataink szerint ugyanis a sebészek figyelme világszerte a célszerven végzett, egyre nagyszerűbb eredményeket felmutató műtéti tevékenységre összpontosult és eközben némiképpen a háttérbe szorult az oda vezető út szövegeivel való bánásmód kérdése.

Ezen megfontolások alapján arra az elhatározásra jutottunk, hogy oktató munkánkban a plasztikai sebészképzés és továbbképzés mellett legtöbb figyelmet az ideális sebgyógyulást elősegítő, korszerű műtéttechnikai ismeretek, elvek és módszerek népszerűsítésére kell fordítanunk, hogy a sebészek, traumatológusok és egyéb operatív szakmájú orvosok jobb eredményekkel operálhassanak. A témához szervesen hozzátartozik az elsődleges bőrpótlás módszereinek ismertetése, amelynek alkalmazása nélkül az elsődleges sebellátás és a bőrrel összefüggő daganatok műtete nem végezhető korszerűen.

Nehézségeink és hiányosságaink bőven vannak. Ezek közül nem azokról tennék említést, amelyek megszüntetése meghaladja a mi erőnket, hanem elsősorban saját munkánk negatívumaira térnék ki, így pl. propagandánk elégtelenségére. Értem alatta azt a tevékenységet, amelynek feladata lenne közismertté tenni a betegekkel elsősorban kapcsolatba kerülő körzeti és rendelőintézeti orvosok körében a szakma terápiás javallatait és lehetőségeit, valamint a műtétek elvégzésének optimális időpontját. Ezen a helyzeten csakis ismeretterjesztő tevékenységünk javításával lehet változtatni, amelynek céljából fel kell használni az általános orvosokat érintő valamennyi közlési módszert: a továbbképzési fórumokat, tudományos rendezvényeket, folyóiratokat és könyvsorozatokat. Elkélne természetesen némi szervezési segítség is, pl. plasztikai sebészeti rendelések fölállítása nagyobb központokban, megyeszékhelyeken.

Dr. Ritoók László: Plasztikai sebészeti osztályunk működésének rövid áttekintése

Kórházunkban a plasztikai sebészeti munka 1953-ban vette kezdetét, amikor a baleseti sebészeti osztály keretében néhány ágyat biztosítottak erre a célra. Másfél év múlva alakult meg jelenlegi helyén és ágylétszámával az önálló osztály. Kezdetben sűrűn cserélődtek a munkatársak, ma már minden orvos és a legtöbb nővér 10 évnél régebben dolgozik osztályunkon.

20 év alatt több, mint 15 000 beteget gyógyítottunk, köztük szép számban külföldieket, összesen 16 országból. A kezdeti 22 napos átlagos ápolási idő az utóbbi években 16 napra csökkent, ami azért mondható jelentősnek, mert a helyreállító tevékenység igen gyakran műtéti sorozat elvégzését kívánja. Az ambuláns betegforgalom évi 5000 fölött áll.

A kezdeti évekhez képest a műtétek nemcsak számbelileg mutatnak emelkedő tendenciát, de lényegesen több a technikailag komplikáltabb műtét. Evente átlagosan 1000 műtétet végzünk.

Széles körű konziliáriusi és kollaborációs tevékenységet fejtünk ki 10 budapesti klinikával, 6 országos intézettel és 16 közkórházi osztállyal. Ez összesen 12 különböző szakmát jelent. A ritkábban, konzilium céljából fölkeresett intézmények száma természetesen jelentősen nagyobb.

Az osztály fennállása óta bekapcsolódott az Orvostovábbképző Intézet munkájába. A különböző műtéti szakmák orvosai, de főleg sebészek és traumatológusok, két héttől hat hónapig tartó egyéni továbbképzésre jönnek, ezenkívül csaknem évente 30 fő számára csoportos továbbképző tanfolyamokat is indítunk, egyhónapos időtartamban. Ezeken a tanfolyamokon előadásokat, betegbemutatókat, kötözési bemutatókat, műtéttervezési demonstrációkat és megbeszéléseket kapnak a résztvevők, továbbá televízió közvetített műtéti bemutatókat. Az előadott anyag ismeretét és alkalmazását gyakorlati foglalkozáson mélyítjük el. Erdemes megemlíteni a továbbképző előadások megszervezését,

amelynek változása azt szemlélteti, hogyan nőttek fel az osztály orvosai a feladatok megoldására. 1964-ben az osztályvezető 58 óra, az orvosok 36 óra előadást tartottak. 1973-ban az arány: 33, illetőleg 61 óra.

Szép számmal keresték fel osztályunkat rövidebb-hosszabb időre külföldi orvosok, fiatalabb plasztikai sebészekről egyetemi tanárokig tapasztalatszerzés, illetve továbbképzés céljából. Külön említést érdemel szoros együttműködésünk a lipcsei száj- és arcsebészeti klinikával, amely rendszeres egyetemi előadásokban, a német orvosok egyéni továbbképzésében nyilvánul meg. Jelentős eredménye ennek az együttműködésnek egy műtési atlasz megjelentetése, valamint 33 darab 10-től 30 percig terjedő hosszúságú, 16 mm-es színes műtési film.

Osztályunk megalakulása óta rendszeres tudományos munkát végez, amiben nemcsak az orvosok, de a közép-kaderek is részt vesznek. Tudományos munkánk eredményeként eddig 15 könyv és 132 közlemény jelent meg.

Dr. Takács Mihály: A plasztikai sebészet szerepe a katonai egészségügyi ellátásban

Az első világháborúban a haditechnika fejlődése a sérülések számának, súlyosságuk fokának és lokalizációjának jelentős változását idézte elő. Nőtt az arc- és fejsérülések száma és újdonságként jelent meg az égési sérülés nagy tömegben. Mindez szükségessé tette a táborig sebészet új ágának kialakulását. A háborúban szerveződött helyreállító — plasztikai sebészeti intézmények a fejlettebb államokban a békeévekben is fennmaradtak. A második világháború kitörésekor a harcoló hadseregek egészségügyi szolgálatában már szervezetszerűen működtek plasztikai sebészeti osztályok, illetőleg kórházak.

A második világháború után a magyar katonai egészségügyi szolgálat, fennállásának történetében először, plasztikai sebészeti osztályt létesített. Ez a tény a Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatának korszerű szemléletét tükrözi, hiszen a polgári egészségügyi szervekkel szinte egy időben adott teret a szakma működésének.

Az újonnan létesült osztály tevékenységét nemcsak katonasérültek és betegek gyógyítására korlátozza, hanem jelentős mértékben szolgálja az ország polgári lakosságának szükségletét is. Elsőrendű kötelességünknek tartjuk természetesen, hogy a katonai egészségügyi szolgálat által kítűzött speciális feladatokat végrehajtsuk, és részt vegyünk a táborig egészségügyi elvek és ismeretek korszerűsítésében és fejlesztésében. E tevékenységünkben jelentős segítséget jelentett, hogy módunkban állott a távol-keleti és közel-keleti háborúk sebesült-anyagán általunk végzett sok száz műtét eredményét is kiértékelni. Tudományos és továbbképző munkánk egyik különleges feladatköre a helyreállító sebészet irányelveinek, módszereinek és taktikájának kidolgozása, háborús körülményekre. A nukleáris fegyverek korában hatalmas tömegű, egy időben áramló sebesültek új sérülés-fajtáinak ellátására kell felkészülni. Az ilyen különleges körülmények között is alkalmazható módszerek sorát kell kidolgoznunk. Ki kell alakítanunk és kiürítési szakaszokra lebontva a gyakorlat munkaeszközévé kell tennünk az egyszerű, bármely sebész által elvégezhető, kevés felszerelést, minimális anaesthesiát igénylő, primer plasztikai beavatkozásokat, így elsősorban a különböző szabad bőrátültetéseket. Ki kell dolgoznunk a háborús rekonstrukciós sebészeti kompromisszum elméletét és gyakorlatát.

Dr. Ménesi László: A bőrátültetés korszerű módszereinek kialakulása

Századunk kevésbé értékelt, nagy orvosi felfedezése a bőr szabad átültetésének kidolgozása. Az ipar és a közlekedés rohamos fejlődése miatt megsokasodott sérülések ellátása biztonságos, egyszerű és gyors bőrpótló eljárás kidolgozását tette szükségessé, mert a hagyományos nyeles lebenyplasztikák és a Wolfe—Krause-féle teljes vastagságú szabad átültetés nem volt biztonságos, a nagyon gyakori fertőzés rendszerint megghiúsította a műtét sikerét. A hengerlebenyplasztika viszont rendkívül hosszadalmas.

A kor kívánalmainak megfelelő bőrátültetési eljárás századunk második negyedében született meg. Felfedezése az amerikai V. P. Blair és J. B. Brown nevéhez fűződik, pedig a német E. Gohrbandt egy évvel előbb már alkalmazta és közölte, a magyar Kettesy pedig csaknem velük egy időben.

A félvastag bőr szabad átültetése megfelel valamennyi követelménynek. A transplantatum vétele egyszerű és gyors, nem terheli meg a sérültet. A transplantatum nagy mennyiségben, szinte korlátlanul nyerhető és ültethető át, mert rendkívül igénytelen, tehát aránylag rossz vérellátású befogadó helyen is biztonságosan megtapad, és az adó terület spontán gyógyul. A transplantatum rugalmas, nyújtható, megterhelést, funkcionális igénybevételt jól bíró bőrfelszint eredményez.

A félvastag bőr szabad átültetése elsődleges bőrpótlásra is alkalmas, ezért a traumatológiai korszerű ellátás szerves részévé vált. A plasztikai sebészeti gyakorlatban a legkülönbözőbb indikációk alapján ültetik át önállóan a félvastag bőrt. Nyeles lebenyek adó helyének fedésére is felhasználható, ezzel a módszer biztonságossá válik. Sarjfelszinek hámosítására „bélyeg” és „rács” plasztika formájában alkalmazható.

Kétségtelen tény, hogy Zoltán professzor és osztálya elméleti, gyakorlati és oktató munkájának köszönhető, hogy a félvastag bőr szabad átültetésének módszere hazánkban közismert, általánosan alkalmazott munkamódszerré vált. Az eljárást nemcsak népszerűsítettük, de számtalan változtatással, műtétechnikai újítással, az indikációs terület szélesítésével, új, kombinált módszerek kidolgozásával tökéletesítettük is, és így hozzájárultunk a korszerű bőrpótló eljárások fejlesztéséhez.

Dr. Czeti István: Új eljárásaink kritikai elemzése

A magas szintű korszerű gyógyító munka alapfeltétele a rendszeres önképzés, a szakirodalom állandó követése. Osztályunkon 68 szakfolyóiratot figyelve gyűjtjük a bennünket érdeklő cikkeket. A kötetekbe foglalt különlenyomatok száma meghaladja a húszezret; ezek használhatóságát jól működő regiszter teszi könnyűvé.

Az irodalomban megismert és jónak ítélt új módszereket meghonosítjuk, az eseteknek megfelelően módosítjuk és továbbfejlesztjük.

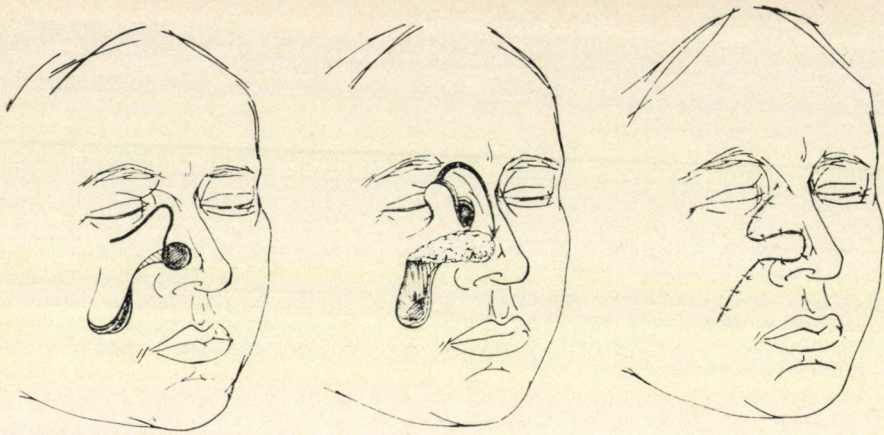
A nomenklátúra egységesítése érdekében a műtéti újdonságokat a saját gyakorlatunkban a következőképpen osztályozzuk: *eredeti módszer*nek nevezzük azt az új műtétet, amely valamely elvi újdonságot hoz. *Új eljárás*nak nevezzük az eredeti módszer alkalmazását új területen, új javallattal, más formában vagy más testtájon. Végül *módosítás*nak nevezzük az eljárás valamely technikai részletekérdésének megváltoztatását.

E felosztás értelmében az osztályunkon az elmúlt 20 év folyamán kidolgozott számos műtéti újdonság közül új módszerként tartjuk nyilván például az antethoracalis oesophagus áthatoló hiányának zárására kidolgozott műtétet, az amputált női emlő pótlására használt öt különböző műtétet, valamint a női bimbóudvar pótlásának módszerét.

Az orr helyreállító sebészetében több saját eljárásunk és módszerünk van. Ezek közül a zsugororr korrekciójára leírt új műtéti eljárást, az orrszárny col-lapsus okozta légzési nehézség műtéti megszüntetését, az orrhát áthatoló körülírt hiányának zárására kidolgozott kétféle módszert említjük meg (1. ábra). Az új eljárások sorába tartozik például az irhalemez felhasználása tüdőelölesés, tüdő-sérv megszüntetésére, valamint a tracheomalatia miatt beesett tracheafal kiemélése „irha-parittyával”.

Új műtéti eljárásaink jó részét a világirodalom is megemlíti, átvette, sőt módosították és más testtájon is sikerrel alkalmazták ezeket. Heidelbergi gyermeksebészek (Waldemar és Heckel) például az antethoracalis oesophagus hiányának zárására kidolgozott módszert hypospadiasis műtéte utáni urethrafistula zárására alkalmazták.

Természetesen vannak olyan műtéti eljárásaink és elméleti meggondolásaink is, amelyek nem állták ki az idő próbáját, amelyeket mi magunk megváltoztatni



kényszerültünk. Az orrcsúc és orrszárnyak pótlására alkalmazott hengerlebenszplasztikánkat például az utóbbi időben a Schmid által leírt módszer szorította ki saját gyakorlatunkból.

A hatvanas években a lebenyek tervezésére a szélesség és hosszúság arányán kívül bevezettük, mint új tényezőt, a lebenyvastagságot. A kritikus vérellátású területeken, elsősorban az alsó végtagon területszámítást alkalmaztunk a lebenyek tervezésében. Ezek a számítások a klinikai gyakorlatban később nem váltak be maradéktalanul. Megfigyeléseinkből kiindulva bevezettük a lebenyek kritikus hosszúságának fogalmát, amelyre a lebeny szélessége nincs hatással. Megállapítottuk, hogy a lebeny hosszának egyedüli döntő meghatározója a lebeny nyelében futó erekben levő vérnyomás. Klinikai megfigyelésekre alapozott elméleti megfontolásainkat később Rollin és Bruce állatkísérleteiben láttuk igazoltnak.

Dr. Donáth Antal: A kézsebészeti ellátás osztályunkon

A kéz sebészete ma már önálló disciplina. Szervezetszerű elkülönülése azonban még folyamatban van, önállósult kézsebészet csak a legfejlettebb és legnagyobb szakmai hagyományokkal rendelkező országokban alakult ki. A kézsebészet és a plasztikai sebészet fejlődése során közös gyökerekből táplálkozott, lényegében azonos elvek és módszerek megtestesítője mindkét szakma.

Az ország egyetlen kézsebészeti osztálya az Országos Traumatológiai Intézetben működik, Manninger professzor vezetésével. Kiemelkedő szakmai, szervező és oktató munkája nemcsak hazánkban közismert, de nemzetközi tekintélynek örvend.

Kétségtelen azonban, hogy hazánkban plasztikai sebészek kezdtek először korszerűen kézsebészettel foglalkozni és plasztikai sebészeti munkában (Érczy M.—Zoltán J.: „Részletes plasztikai sebészet”) találkozhatunk először magyar nyelven a modern kézsebészet alapelveit és módszereit összefoglaló fejezettel. Ezt követően három évvel később jelent meg Kós Rudolf: „A kéz sebészete” című kitűnő könyve.

Mi magunk is műveljük és szakmánk egyik legfontosabb területének tekintjük a kézsebészetet. Összes műtéteink 25,46⁰/₀-a kézműtét, ami azt jelenti, hogy minden műtéti napra legalább egy kézműtét esik. Műtéti tevékenységünk a kézsebészet csaknem teljes spektrumát felöleli, de nem foglalkozunk — csak konziliáriusi tevékenység szintjén — a sérülések elsődleges ellátásával és a heveny, fertőzőes eredetű gyulladásokkal.

Az elmúlt 20 év alatt végzett 3412 kézműtét az alábbi megoszlást mutatja: bőrpótlás: 20⁰/₀, inműtét: 19,1⁰/₀, Dupuytren contractura műtéte: 18,6⁰/₀, excisiók: 14,3⁰/₀, ízületi műtét: 11,8⁰/₀, idegműtét 10,2⁰/₀, csonkplasztika: 4,2⁰/₀, fejlődési rendellenesség és egyéb: 1,6⁰/₀.

A bőrpótlások módszerei az alábbi megoszlást mutatják: szabad átültetés: 36⁰/₀, lokális lebenyplasztika: 21⁰/₀, távoli lebenyplasztika: 19⁰/₀. Nem kimondot-
tan bőrpótló műtét, de ebbe a csoportba soroltuk a Z plasztikát is, amely 23⁰/₀-ot
tesz ki. Az ínműtétekben a hajlító és a feszítő ínak műtéte: 3:2. Az ízületeken
végzett műtétek nagyobbik fele (6,1⁰/₀) arthrodesis, a többi az ízület aktivizá-
lására irányuló beavatkozás.

(A beszámolót lapunk következő számában folytatjuk.)

DROPERIDOL

injekció

intravénás használatra

ÖSSZETÉTEL:

10 ml-es ampullánként 25 mg Droperidolt tartalmaz.

HATÁS:

A butyrophenonok csoportjába tartozó neurolepticum, mely fő hatása mellett a shockot kivédő, a légzőközpontot stimuláló és antiemetikus hatást is kifejti.

JAVALLATOK:

Műteti előkészítés, különösen idős vagy leromlott, rossz általános állapotú betegeknél.

ADAGOLÁS:

Műteti előkészítésre: 2,5–5 mg (1–2 ml).

Műteti érzéstelenítésre: 5–12,5 mg (2–5 ml) i. v.

Az anaesthesia fenntartására 2,5–5 mg Droperidol adagolható i. v. injectió vagy cseppinfúzió formájában.

A postoperatív szakban 2,5–5 mg (1–2 ml) adagolható intramuscularisan. Ez az adag szükség esetén 6 óránként megismételhető. A neurolept analgesiában Fentanylal együtt szokás alkalmazni.

MELLÉKHATÁSOK:

Depressio, vérnyomáscsökkenés, extrapyramidalis tünetek, elsősorban az átlagosnál nagyobb dosis alkalmazása kapcsán fordulhatnak elő.

FIGYELMEZTETÉS:

A Droperidol kizárólag olyan gyógyintézetekben alkalmazható, amelyekben oxygen-belélegeztető berendezés, valamint a reanimatio valamennyi eszköze állandóan rendelkezésre áll.

CSOMAGOLÁS: 5×10 ml-es ampulla.

**Budapest X.
KÖBANYAI GYÓGYSZERÁRUGYAR**

Dr. Farkas József orvos alezredes

Beszámoló angliai tanulmányútról

A Brit Orvostovábbképző Szövetség Orthopaediai Intézet által megrendezett tanfolyam első része Londonban és a környéki kórházakban, második része Nottinghamshireben zajlott le. Az első napon *Nissen* üdvözölte a kontinens 13 államának összesen 30 képviselőjét és elmondta, hogy éppen 20 éve annak, hogy ő, mint a Royal National Orthopaedic Hospital vezetője beindította és évről évre megszervezte ezt a kurzust a kontinens sebészei részére. Jelenleg — ő már nyugdíjban — tanítványai vezetik a tanfolyamot, melynek célja a tapasztalatcsere.

A napi programok során előadások hangzottak el az orthopaedia és a helyreállító traumatológia legfontosabb kérdéseiről, konzultációkkal kibővített betegbemutatókon vettünk részt a műtéti és rehabilitációs osztályokon. Ezeket az egyes intézetek, illetve osztályok vezetői tartották, de a tanfolyam résztvevőinek is lehetőségük volt általuk választott témákból előadásokat tartani.

Több alkalommal, más és más szakembertől hallhattunk műtéti filmbemutatóval kiegészített előadásokat a szigetországban kiterjedten alkalmazott ízületi protézisekről. Ezzel kapcsolatban többen is hangsúlyozták, hogy a beteg igényeinek szem előtt tartása mellett a jól kidolgozott műtéti technikától és a megfelelő minőségű implantátumoktól várható csak jó eredmény. Emellett bemutatták a hosszú csöves csontok lassú progressziójú malignus tumorai esetében alkalmazott fém-, és polyaethylén implantátumokkal szerzett tapasztalataikat is, melyeket szigorúan válogatott esetekben az amputáció elkerülésére használnak.

A sérült ízületek fizikális és rtg. vizsgálatainak részleteit többen is kifejtették. Szívesen alkalmazzák a kettős kontraszt arthroraphiát elsősorban meniscusszakadások bizonyítására. Ezt akár ambuláner is elvégzik több mint 90 százalékos biztonsággal.

Teljes napi program keretében számoltak be a gerinc deformitásairól, az ágyéki gerincszakasz fájdalmainak anatómiai alapjairól és a csigolyák fertőzőes elváltozásairól. A skoliosis jelenlegi kezeléséről 2000 eset kapcsán *Manning* számolt be, kihangsúlyozva, hogy a preoperatív kezelés során a torna, a gipszcorsett és fűző alkalmazása mellett jó tapasztalatokat szereztek a koponya-medence csontos vázásra szerelhető distractiós ún. halo-apparátussal, melyet az utóbbi 3 évben alkalmaznak. A stabilizáló műtét a *Moe* által módosított Hibbsfusio, melyet a Harrington-féle distractiós rúddal végeznek. Ez utóbbi darabos csigolyatörések műtéti stabilizálásában is jól bevált. *Sullivan* számolt be a chymopapainnal szerzett tapasztalatairól, melyet 2500 csigolya-porckorong degeneratív elváltozás kapcsán észlelt. A gerincoszlop fertőző betegségeinek zöme tuberculozotikus eredetű és osteomyelitist okoz. Ezek konzervatív kezelését, míg a nem tuberculozotikus infect folyamatok műtéti megoldását és a postoperatív halo-apparatus alkalmazását hangsúlyozták.

A sérülések utáni functiozavarok megszüntetése is gyakori témája volt a tanfolyamnak. Az operatív töréskezelést (A—O systema) sokkal ritkábban alkalmazzák, mint a kontinens országaiban. Ehelyett az extenzió és gipszkötésben stabilizált töréskezelést helyezik előnybe az ízületek minél korábbi mozgatójának hangsúlyozásával. A nagy kiterjedésű roncsolt végtágtöréseket külső rögzítéssel kezelik.

zítóval (Wagner-féle) stabilizálják és jó eredményeket érnek el. Az eléggé gyakori végtag állületek kezelésében a fémlemezket (módosított Lane-lemez) használják. Nagy súlyt helyeznek a sérültek rehabilitációjára, melynek érdekében minden kórházban szakszerűen irányított rehabilitációs részleg és utókezelő működik, ahová a betegek kórházi kibocsájtásuk után is bejárhatnak kezelésre.

Néhány egyszerű és a hazai gyakorlatban is használható eszköz keltette fel még a figyelmet. Ilyen a könnyű és jól mozgatható traumatológiai ágy, a decubitus ellen használt báránybőr, a gipsz helyett használt polymer műanyagok, az ápoláshoz használt shamponok és puderek, valamint néhány egyszerű, a betegmozgatásnál használt fogás.

A tanfolyam igen hasznos és tanulságos volt számunkra. Az előírt programot az esti órákban rendezett hivatalos és magánösszejövetelek tarkították, melyeken további lehetőség nyílt szakmai eszmecserekre. A szállítás, az ellátás, az időpontok betartása nem ment mindig zökkenőmentesen, de ez a tanfolyam értékéből semmi lényegeset nem von le.

honvédorvos

SZERKESZTI A SZERKESZTŐ BIZOTTSÁG

Főszerkesztő: Dr. Vámos László orvos vezérőrnagy, az orvostudományok kandidátusa
Szerkesztőségi titkár: Dr. Wittek László orvos alezredes

Szerkesztő bizottsági tagok:

Dr. Bíró György orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa,
Dr. Nagy György orvos alezredes, az orvostudományok kandidátusa,
Dr. Manninger Jenő orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa

Rovatvezetők:

Dr. Bíró György orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa.
Dr. Bernát Iván ny. orvos ezredes, az orvostudományok doktora,
Dr. Kurucz Tibor gyógyszerész alezredes, a gyógyszerésztudományok kandidátusa,
Dr. Manninger Jenő orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa,
Dr. Sántha András orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa,
Dr. Sugár Béla orvos ezredes,
Dr. Tabák Péter orvos alezredes,
Dr. Takáts László ny. orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa

Szerkesztőség:

Budapest XIII., Róbert Károly krt. 44. MN. Központi Kórháza.

Telefon: 405-744.

Postacím: 1553 Budapest, Pf. 1.

Kéziratok a szerkesztő bizottság titkárának küldendők (dr. Wittek László o. alez.)
a szerkesztőség címén.

Kiadja a Zrínyi Katonai Kiadó, Budapest VIII., Kerepesi út 29/a.

Postacím: 1553 Budapest, Pf. 31.

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (Bpest V., József nádor tér 1. Telefon: 180-850. Postacím: Posta Központi Hírlapiroda, 1900 Budapest) közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

Előfizetési díj: 1 évre 64,- Ft; ¼ évre: 16,- Ft

Lapengedély száma 9031/1948. T. M.

Megjelenik negyedévenként

Egyes szám ára 16,- Ft.

Index: 25376

