

KATONA

35 1983

XXXV. ÉVFOLYAM

MN KATONAORVOSI
KUTATÓ KÖZPONT
SZAKKÖNYVTÁRA

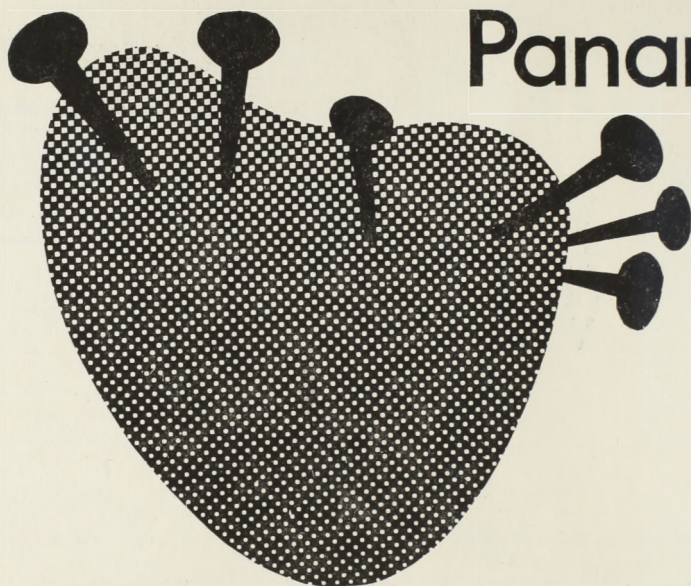
L. sz.: F 8330



HONVÉDORVOS

1983. /1.

1983. JANUÁR—MÁRCIUS



Panangin[®]

injekció
draszé



ÖSSZETÉTEL

1 amp. (10 ml) 400 mg magn. asparagin. anh. (Mg=33,7 mg), 452 mg kal. asparagin. anh. (K=103,3 mg)-ot tartalmaz.

1 draszé 140 mg magn. asparagin. anh. (Mg=11,8 mg), 158 mg kal. asparagin. anh. (K=36,2 mg).

JAVALLATOK

Angina pectoris kezelésében adjuvansként, szív-infarktusból ritmus-zavar esetén és utókezelésében, digitalis okozta ritmus-zavar és intoxikáció, tachyarrhythmia, ventricularis extrasystolia.

ELLENJAVALLATOK

Akút és krónikus veseelégtelenség.

ADAGOLÁS

Naponta 3×2 draszé, vagy 1-2×1-2 ampulla 50—100 ml fiziológiás konyhasóval, vagy 5—10 %-os glucose oldattal felhígítva, lassan intravénásan, vagy cseppinfúzióban. Profilaktikus és fenntartó adagja naponta 3×1 draszé. Szükség esetén sztrofantin, vagy digitalis készítménnyel együtt is adható.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST

A Magyar Néphadsereg katonatorvostudományi folyóirata
XXXV. ÉVFOLYAM, 1983. JANUÁR—MÁRCIUS

TARTALOMJEGYZÉK

- 3 Dr. Novák János o. ezds.: A szolgálatképesség megítélése és statisztikai valószínűsége égési sérülés után
- 19 Dr. Harsányi László o. alez., dr. Vass Zsuzsanna: Adatok a honvédségi fogászati ellátás tervezéséhez
- 23 Dr. Donáth Antal: Az ujjközi redők sebészeti anatómiája a bőrpótlás követelményei alapján
- 33 Dr. Donáth Antal, dr. Nádai Endre: Az ujjközi redők képzésének új módszere művi syndaktyiával végzett bőrpótlás után
- 41 Dr. Cziffer Endre: A scapulatörések konzervatív és műtéti kezelése
- 51 Dr. Versegli Mária: Adatok a dualizmuskori honvédorvosi kar számára alapított tudományos pályázat történetéhez
- 57 Külföldi katonatorvosi folyóiratok közleményei
- 75 A „Honvédorvos” 1982. évi pályázatának eredménye
- 76 Pályázat
- 77 Szerzőink figyelmébe

СОДЕРЖАНИЕ

- 3 Новак Я., полковник м/с: Оценка и статистическая вероятность годности к военной службе после ожогового поражения
- 19 Харшани Л., подполковник м/с, Вашш Ж.: Данные к планированию военного зубоврачебного обеспечения
- 23 Донат А.: Хирургическая анатомия межпальцевых складок в свете требований замещения кожи
- 33 Донат А., Надаи Э.: Новый метод образования межпальцевых складок после замещения кожи искусственным сращением пальцев
- 41 Циффер Э.: Консервативное и оперативное лечение переломов лопатки
- 51 Вершеги М.: Данные к истории конкурса на научные работы, объявленного венгерским военным врачам в эпохе дуалистической монархии
- 75 Результаты конкурса „Honvédorvos” на 1982 год
- 76 Конкурс
- 77 Обращение к авторам

Dr. Novák János orvos ezredes, az orvostudományok doktora

A szolgálatképesség megítélése és statisztikai valószínűsége égési sérülés után

Égési sérülések a XX. század háborúiban egyre nagyobb aránnyal jelentek meg a sebek között, de ez még napjaink helyi háborúiban sem haladja meg a 10%-ot. Igaz viszont, hogy a napalm alkalmazásának kiterjedése az utóbbi évtizedek harci égettjeinek az addiginál magasabb halálozásával és kedvezőtlenebb gyógyeredményekkel járt. A II. világháború végén a két japán város felett robbantott (kis kaliberű) atomfegyver okozta sérülések megoszlása azonban az eddiektől alapvetően eltérő trauma-szerkezetet mutatott. Ennek elemzése egyértelműen arra utal, hogy nukleáris fegyverekkel vívott háborúban bekövetkező sérülések vezető kontingense a termikus sérülés, ráadásul az égések számottevő része mechanikai és/vagy sugársérüléssel kombinálódik. A neutronfegyver megjelenése a sérüléstípusok előfordulási arányát — a sugársérülés súlyának javára — módosította, azonban még így is az égési sérülés lesz várhatóan a legnagyobb kontingens.

Ez a felismerés világszerte az égési (és kombinált) sérülések kísérletes és klinikai kutatásának fellendüléséhez vezetett. Ennek eredményeképpen ma már egy sor olyan új ismerettel és terápiás módszerrel rendelkezünk, melyek a túlélési arányt javítják, funkcionálisan kedvezőbb gyógyeredménnyel kecsegtetnek.

Tekintve, hogy az égési sérülések száma békeidőben is szaporodóban van, a szakemberek figyelme csakhamar a prognózis felé fordult, és több szerző nagy beteganyagon alapuló megfigyelések segítségével prognosztikai számítási módszereket dolgozott ki. Ezek kizárólag a túlélési arányra vonatkoznak. A funkcionális gyógyeredményt illető indexet az égési sérülések vonatkozásában az elérhető irodalomban a KÁDÁR-féle és a NOVÁK és GYENEY által kidolgozott ún. komplex balesetsúlyossági mutatón kívül nem találtam.

A működő hadsereg számára a visszatérő egészségügyi veszteség különösen értékes kontingens, s a későbbi hadműveletek tervezési tevékenysége szempontjából figyelemre érdemes lehet idevonatkozó statisztikai adatok gyűjtése. A polgári élet sérüléseinek és a hadsereg kiképzési időszakában bekövetkezett égéseinek körülményei zömükben egyaránt különböznek a háborús sérüléseképtől. A nukleáris fegyver sérültjei sugárzó hőtől, kisebb arányban a lángalobbant ruházattól és másodlagos tüzeiktől sérülnek. Ruhátüzek ugyan a mindennapi körülmények között is előfordulnak, de az ellátás körülményein (egyszaka-

szos, egyedi, legtöbbször specializált stb.) kívül pl. a ruházat anyagát illetően és a kombinált sérülések elenyésző arányában is különböznek. A tapasztalatok tehát csak megfelelő transzformáció után vetíthetők.

Ezért érdemesnek tűnt az irodalomban fellelhető tényközlő adatokat áttekinteni, s az így összegyűjtött tapasztalatok fényében megvizsgálni a katonai állományú égettek funkcionális gyógyeredményeit. Ehhez a MN Központi Katonai Kórház égési osztály 18 évi működése során ápolott 709 katonai állományú sérült dokumentációját használtam fel.

I. A szakirodalom áttekintése

Az égési sérüléssel foglalkozó szakirodalomban a túlélésre vonatkozó prognosztikai számítási módszereket és egy vagy több intézet tényadatait elemző írásokat bőségesen találhatunk (a fontosabb közlemények bibliográfiáját RÖDRING közli 1979-ben). A különféle matematikai eljárások (és ennek folytán alkalmazásuk is) csak a halálózási arányra nézve nyújt felvilágosítást. Vizsgálják ezen kívül az ápolási napok átlagának alakulását (FLORA, MOORES, ZELLWEGER, mások) statisztikai formulák segítségével. A munkaképtelenség (vagy a keresőképtelenség) vizsgálatára szolgáló mutatót az elérhető irodalomban nem találtam. Az általunk kidolgozott ún. komplex balesetsúlyossági index (NOVÁK és GYENEY) több paraméter felhasználásával egy viszonysszámmal fejezi ki a sérülés (társadalmi termelés szempontjából vett) súlyosságát, de nem alkalmas a rokkantság (szolgálatképtelenség) vizsgálatára. Így nem marad más hátra, mint egyes betegcsoportok adatait összevetni, annak tudatában, hogy a néhány fellelhető közleményben tárgyalt beteganyagoknak nem azonos paramétereik közlik, s így az összehasonlítás elkerülhetetlenül szubjektívvé lesz.

JANZEKOVIC a tangentialis kimetszés bevezetése után úgy találta, hogy 2776 sérült közül műtött 1589 égettnél mindössze 36 esetben alakult ki contractura (ami feltehetőleg munkaképtelenséget okozott). Ismert viszont, hogy a felületesebb égéseket is megoperálja. HUANG 625 betege közül pl. a hónaljat érő égés esetén több mint egyharmad szorult helyreállító műtetre (ez nyilván legalább átmeneti alkalmatlansággal járt volna). E szerző sem közli az égés súlyosságát vagy mélységét. Hasonlóan előbbiekhöz a tanulmány szempontjából nem nyújt támpontot AGHA, illetve DOBBS közleménye sem. JUDENICS a Vinyevszkij Intézet égési osztályának anyagában mély égések eseteinek 50%-ában talált hegeket, melyek helyreállító műtéti beavatkozást igényeltek. FJEDOROVA 8—10%-ot meghaladó mély égés után az esetek 30—40%-ában talált korlátozott ízületi mozgásokat. SZOLOGUB az ízületek tájékának mélyreható égési eseteiben a sérültek egyharmadában látott contracturát.

Értékelhető adatokat közöl CHANG. 51 égett utánvizsgálata során azt tapasztalta, hogy a munka- (kereső) képtelenség 30%-os kiterjedés felett 2,5—4,7 hónapról egy évet meghaladó időtartamra növekedett. 23 állásban volt sérült közül egy vált 100%-os rokkanttá. A kéz- és arcégések munkaképtelensége 4,1—7,1 hónap között ingadozott.

KIBBEE az égési sérülésnek mint pszichológiai stressznek a jelentőségét hangsúlyozza és a rehabilitációban erre nagy súlyt helyez.

Érdemesnek tűnt az utóbbi évtizedek helyi háborúiról szóló beszámolók tanulmányozása, az égési seb testtáji lokalizációjára és a rehabilitációra vonatkozó, további támpontok felkutatása céljából.

A Nagy Honvédő Háború adatai szerint (OPIT) a leggyakrabban a fej és az alsó végtag sérül. Az égéseknek csaknem a fele mélyreható szövetkárosodással járt. A termikus traumák 90⁰/₀-a 10⁰/₀-nál kisebb kiterjedésű volt, további 6⁰/₀-uk nem érte el a 20⁰/₀-os testfelületet. Az esetek 4,5⁰/₀-ában contractura, 1,0⁰/₀-ban trophikus fekély alakult ki. Figyelemre méltó, hogy ezen szövödmények több mint 70⁰/₀-a 10⁰/₀-ot nem meghaladó égések eseteire jutott.

HIRSCHOWITZ az 1973. évi egyiptomi—izraeli háborúban 61, Haifában ápolott égett sérültön 53 arcégést, 58 kézégést talált. 11 eset volt felületes károsodás. A sérülést követő 5. hétig az égették 85⁰/₀-át kibocsátották otthonukba. Ugyanebben a háborúban sérülteket BEN—SIMCHON több év múlva utánvizsgálta, és azt találta, hogy 20⁰/₀-ot meghaladó vegyes mélységű égések után a szervezet hőregulációjának számottevő zavara állt fenn. ADLER szerint az 1973. évi háború súlyos és középsúlyos égetteinek egyharmadánál a rehabilitáció érdekében műtétre volt szükség. Az eddigiekből kitűnik, hogy azonos (?) betegcsoportról írott beszámolók adatai nem vágnak teljesen egybe. Amennyiben más-más kontingensről van szó, az adatok (biztonsággal) nem komparábilisek.

A vietnami háborúból ALLEN közöl gyógyeredményeket egy Japánban telepített kórházból. 1963 égett között 123 halálest fordult elő, a sérültek 27,1⁰/₀-a tért vissza a szolgálatba, a többiek az USA-ba kiürítették.

A Vietnami Néphadsereg napalmsérültjeinek fele-kétharmada még a kórházba érkezés előtt meghalt (DO XUAN HOP, GESTEWITZ, DREJFUS). A visszamaradt károsodások arányáról nem ismeretes pontos adat, de DOLINYIN szerint a leszerelt katonák csaknem fele még sok hónapig igényelt kórházi kezelést.

CURRERI az amerikai hadsereg Központi Kórházában az 1950—1968. években (tehát a vietnámi háború idején is) vegyi sérülés miatt kezelt 111 katonasérült adatait adja közre. Leggyakoribb a felső- és alsó végtag sérülése volt, a sebesültek zöme fehér foszfortól sérült. (A 111 közül 84 külföldön szenvedett sérülést!) Számos mechanikai traumával kombinált eset fordult elő. A termikus égésekhez képest átlagban 1 hónappal hosszabb kórházi ápolás volt szükséges. Leggyakoribb szövödményként az izületi contracturát adja meg. JUHIN katonai kórház égettjei között 18,5⁰/₀-ban előforduló rokkantságról számol be. Rokkantság nélkül is azonban még további 3,5⁰/₀ foglalkozást változtatott. JOKIC a jugoszláv hadsereg 423 égett katonabetegét 97,9⁰/₀-ban szolgálatképesen bocsátotta el, igaz, hogy a sérülések 92,2⁰/₀-a felületes égés volt.

A tanulmány szempontjából legtöbb információt SEJNISZ dolgozatából lehet meríteni. Az 1962—63-ból származó felmérés szerint 373 égett közül 18,5⁰/₀ meghalt, 15,6⁰/₀ alkalmatlanná vált. Korlátozás nélkül katonai szolgálatra alkalmassá nyilvánították e betegkontingens 55,7⁰/₀-át, korlátozással 10,2⁰/₀ át.

Elemelve a fellelhető szakirodalmi közleményeket, összegezésként megállapíthatjuk, hogy a polgári intézetek statisztikai adatai kevéssé (vagy nem) hasonlíthatók össze egymással, s ezért nem szolgálhatnak kiindulópontként a tanulmány címében megadott témához. A háborús tapasztalatok közül a Nagy Honvédő Háború adatai viszonylag régebbiek, az 1973. évi, Közel-Keleti konfliktusról közölt cikkek nem adnak kielégítő választ. Saját adatainkkal történő hasonlításához JUHIN, SEJNISZ és JOKIC dolgozatai alkalmasak (SEJNISZ adatai, sajnos, 1965-ből származnak!).

E három szerző szerint az égették
2⁰/₀-a (JOKIC),

22⁰/₀-a (JUHIN), illetve

44⁰/₀-a (SEJNISZ) vált alkalmatlanná vagy korlátozottan alkalmassá a további katonai szolgálatra. Ennek (a beteglétszám alapján) súlyozott átlaga 21⁰/₀. Figyelembe kell azonban vennünk, hogy más-más intézet, eltérő terápiás elvek szerint kezelt, különböző időszakból származó adatait átlagoltuk.

KÁDÁR vizsgálatában az összes sérüléstípusra vonatkozó alkalmatlanná válás az 1966—1970. években 9 és 40⁰/₀ között ingadozott. GAVALLÉR anyagában az arány (kerekítve) 22⁰/₀-ot tett ki (az időszak 1962—1966).

Úgy tűnik, hogy az előbb hivatkozott három szerző által égettekre nézve tapasztalt arány, bár eltérő időszakban, nagyjából megfelel a MN összesített traumatológiai beteganyagán észlelt relációnak.

II. A szolgálatképességet meghatározó tényezők égési sérülés után

A sérültek hadrafoghatóságát általában a mozgásképesség károsodásának mértéke, illetve helyreállítása határozza meg. A „mozgásképesség” fogalmát itt tág értelemben használom, tehát nemcsak a szűk értelemben vett mozgásszervi korlátozottságot sorolom ide, hanem mindazon állapotokat, melyekben a sérülés előtti fizikai teljesítőképesség mértékét nem lehetett helyreállítani. Ilyen értelemben tehát ide tartozik az az eset is, amikor életmentő transzfúzió szövödményeként májgyulladás zajlott le, s ennek következményeként vált csökkent teljesítőképességűvé a sérült. Hasonlóan előbbihez a mozgásszervek károsodása nélkül is a súlyos hasúri sérülést a harcképességnek kisebb-nagyobb mértékű csökkenése követheti, nem is szólva a mellúri traumáktól, melyek a légzőfunkció károsításával a harcképesség teljes elvesztéséhez vezethetnek.

Előbb említett általános jellemzők természetesen vonatkoznak a termikus sérülésekre is. Minthogy pedig az égési sérülés a mozgásfunkcióval szoros kölcsönhatásban álló bőrt éri, az égésbetegség pedig gyakorlatilag minden szervet és szervrendszert érint, — nem túlzás azt állítani, hogy a harcképesség ideiglenes vagy végleges csökkenése, illetve elvesztése gyakori következménye e traumának.

Míndezek figyelemvételével a hadrafoghatóságot az égési sérülést követően meghatározó (csökkentő) paramétereket az alábbi négy csoportba sorolhatjuk.

1. A bőr állapota az égés régiójában

Az égési sérülés gyógyulhat a bőr funkciójának teljes helyreállításával, elsősorban felületes szövetkárosodás után, de időben végzett sikeres bőrátültetést követően is, a mély égés régiójában.

A bőr állapotát — a hadrafoghatóság szempontjából — alapvetően két tényező befolyásolja: a mozgást korlátozó vagy a *katonai felszerelés és ruházat viselését akadályozó* (nehézítő) *heg* és a mechanikai *behatásokkal szemben megnyilvánuló csökkent ellenállóképesség*. Előbbi nem szorul különösebb részletezésre, bár a derékszija, a fegyver (és más harc felszerelés) viselését korlátozó hegek a mechanikai és lőtt traumák után, kielégítő mozgásfunkció mellett, talán viszonylag ritkábbak az égési sérüléshez képest.

A felületes égés után visszamaradó bőrfelszín minőségét az ún. anatómiai

gyógyulást („hámosodást”) közvetlenül követően még a gyakorlott szakember is nehezen tudja elbírálni. Ezek oka abban rejlik, hogy a hámbevonat helyreállása után az irhában elpusztult (károsodott) rostok csak sok hét után mutatják az életteni viszonyokat. Minthogy a rugalmas rostok rendszere áll helyre később, a külsőre gyógyultnak tűnő bőr kezdetben a megszokottnál rugalmatlanabb, a mechanikai behatásoknak kevésbé ellenálló. E legpregnansabb változások mellett számottevő szerepet játszik a funkciójukban károsodott verejték- és faggyúmirigyek működésének helyreállításához, valamint a hám megerősödéséhez szükséges idő is.

Gyakorlati tapasztalatok szerint a bőr funkciójának helyreállításához, felületes égések esetén is, a sebkezelési időtartamnak mintegy két-háromszorosa szükséges. Ha ehhez még figyelembe vesszük, hogy a spontán hámosodó — de az irhába terjedő — égések után nem ritka a túlburjánzó vagy éppen atrophias heg, magyarázatot nyer az a tény, hogy a hadrafoghatóságról a *hámosodás befejeződésekor nem célszerű végleges érvénnyel állást foglalni.*

Az eddig tárgyalt bőrelváltozások és működési zavarok mellett nem elhanyagolhatók a szubjektív panaszok. Ezeknek verifikálása ugyan sokszor nehéz, de nagy beteganyagon szerzett tapasztalatok igazolják jelentőségüket. A leggyakoribb (és jellemző) panasz a *viszketés érzése*. Objektív alapját valószínűleg a spontán hámosodással elkerülhetetlenül együttjáró — ha mindjárt a mozgás szempontjából jelentéktelen — zsugorodás képezi. E tünet következménye az excoriatio, s az apró hámsérülések — ilyen területen tapasztalható — lassú gyógyulása. Túl ezen figyelembe kell venni a tárgyalt tünetnek a sérült teljesítőképességét (pl. figyelem összpontosító képességét) csökkentő szerepét is.

Végül az arcot érő égési sérülés után az akárcsak átmeneti *kozmetikai hibát* is számításba kell venni. Jelentősebb színeltérés, nem is szólva az alakváltozásról, arra különösebben fogékony pszichéjű egyéneknél a közösségbe történő beilleszkedés szempontjából kedvezőtlen lehet. (Erre az égési sérülés pszichiátriai következményeinek tárgyalásánál még visszatérek.)

A bőrelváltozások jelentősége természetesen *függ a testtájéktól*, ahol kialakulnak. Ebből a szempontból az ízületeket fedő, nagyobb elmozdulásnak, súrlódásnak, valamint a derékszija, lábbeli által vagy más módon nyomásnak kitett bőrrészeket, végül a ruházat által nem fedett, s ezért sérülékenyebb felszínek érdemelnek figyelmet.

2. Az ízületek mozgásfunkciója

E tényező, mint azt e fejezet bevezetőjében is aláhúztam, nem tartozik az égési sérülés sajátos problémakörébe. A mechanikai és lőtt sérülések után az ízületek működészavara a sérüléssel, illetve a terápiával (tartós rögzítés) szorosabban összefügg. Mint az égés utáni hadrafoghatóságot befolyásoló tényező mégis külön említést érdemel.

A végtágéget kísérő tartós izomspasmus és a bőrhegek által okozott mozgáskorlátozottság eredője végül is *önálló komponenssé*, önálló kórosi tényezővé válhat, mely az ízületi tokot, s már a bőr alatt fekvő struktúrákat (pl. idegeket) érintő károsodás miatt a mechanikai sérülésekkel analóg következményekre vezet.

Erdemes azonban felhívni a figyelmet arra a tapasztalatra, hogy *izületkörnyéki* hegek — az ízületet fedő bőr épsége esetén is — okozhatnak korlátozott mozgásfunkcióban.

Jellemző példája ennek a mellkasi vagy a felső végtagon kialakuló, elsősorban a hossz tengelyben fekvő heg. Kialakulásának egyik oka éppen az ízület mozgása kapcsán bekövetkező vongálódás. A seb hossz tengelyére ható húzó erő túlburjánzó, *viszonylag több rugalmatlan rostot tartalmazó heget* eredményez. Mindaddig, amíg az ízületet fedő bőr (példánkban az elülső vagy hátulsó hónaljvonal) rugalmassága engedi, a heg túlburjánzása és az ízületi mozgás beszűkülése klinikailag nem kifejezett. Amint azonban az ízületi mozgás korlátozódik, a hegre gyakorolt kedvezőtlen ingerhatás is nő, s a boszorkánykör rendszerint a harc (munka-) képesség csökkenéséhez vezet.

E mozgászavarok eseteinek zömében viszonylag egyszerűbb plasztikai sebészeti beavatkozással a működési zavar felfüggeszthető. A heg túlburjánzását azonban már sokkal nehezebb megszüntetni, s időben hosszú terápiás folyamat igényel, konzervatív eljárásokkal némelykor nem is sikerül.

3. Az égésbetegség maradványtünetei

Az emberi pathológiában kevés olyan kórkép van, mely a szervek és szervrendszerek olyan kiterjedt és mélyreható elváltozásait idézné elő — mint az égésbetegség. Ez a megállapítás ma már közhelynek számít, a termikus traumát követő munka (harc-) képesség meghatározásában azonban még nem érvényesül kellőképpen. E tekintetben OROSZ idézett előadása jóformán az első nyilvános figyelemfelhívás volt.

Anélkül, hogy elmerülnék az égésbetegség és a maradványtünetek kórtanának részletes elemzésében, ezt a terjedelem nem is teszi lehetővé, néhány, a gyakorlat szerint legjellemzőbbnek tartott elváltozásra kívánok rámutatni.

Az égésbetegségnek ma még obligát velejárója az *anaemia* (annyira, hogy a szakirodalomban „égési anaemiá”-ról szokás szólni). A vörösvérsejt-szám és a haemoglobin mennyisége a vérben felületes és viszonylag kisebb kiterjedésű égések gyógyulása során nem mindig csökken szignifikánsan, finomabb biokémiai vizsgáló eljárásokkal azonban ilyenkor is kimutatható az enzimműködési zavar vagy más elváltozás.

Középsúlyos és súlyos égések után, a sebgyógyulás befejezését követően is fennállnak ezek az elváltozások. Más kérdés természetesen, hogy ennek klinikai tünetei mennyire kifejezettek. A szervezet terhelésére azonban manifesztálódhatnak, mivel a teljesítőképesség tartalékai nagyon csekélyek.

További jelentős maradványtünet a *hőszabályozás zavara*, illetve a külső hőmérséklet változásaihoz történő alkalmazkodási képesség csökkenése (BEN—SIMCHON). Ez a maradványtünet különösen jelentős a katonai szolgálatképesség szempontjából, az öltözetre vonatkozó kötelező előírások miatt.

A fizikai munkavégzőképesség (mint a hadrafoghatóság legfontosabb eleme) jelentős mértékben függ a tüdőfunkció paramétereinek élettani értékeitől. Az égésbetegségnek viszont az esetek felében-kétharmadában fellépő szövődménye az ARDS vagy a pneumonia. Ezért középsúlyos és súlyos égéseket követő egy-két évben a respiratorikus rendszer kisebb-nagyobb zavarával, fertőzéssel szemben nagyobb fogékonyságával és a fizikai munkavégzés során a szervezet megnövekedett oxigénigényének nem teljes kielégítésével kell számolni.

A teljesség megközelítésének érdekében csak felsorolásszerűen történik most említés az égésbetegség során kialakult ún. *Curling-fekélyről*, az általános *tápláltsági fok* csökkenéséről, *endokrin zavarokról*.

4. Pszichiátriai következmények

A bőrelváltozások kapcsán már szó esett a *kozmetikai hiba* miatt előálló pszichikai zavarokról. Csak utalásképpen tartom szükségesnek megjegyezni, hogy e maradványtünet felszámolása elsősorban plasztikai sebészeti beavatkozástól, ennek akadályá esetén tartós pszichoterápiától várható.

E tényező egy másik eleme a *tartós kórházi ápolás* következményeit tartalmazza. Bár e hatások néhány hónap alatt lecsengenek, újabb sérülésektől (s a velejáró kórházi ápolástól) való félelem nem hanyagolható el.

Kétségtelenül legjelentősebb a *tűztől való félelem*. A szakirodalomban keveset tárgyalt jelenségről van szó. Ez érthető is, hiszen a dolgozó ilyenkor rendszerint munkakört változtat, s a probléma a baleset álomban történő ismételt átélésére korlátozódik, bár némely esetünkben ez pszichiátriai kezelést tett szükségessé.

Katonák, s főleg a hadrakelt csapatok állománya számára e tényező nem elhanyagolható. A korszerű háborúnak amúgy is az emberi psziché teljesítőképességének maximumát igénylő jellege nem engedi meg ilyen katona részvételét aktív harctevékenységekben.

Az előbbieken ismertetett, gyakorlati tapasztalatokon alapuló, de elméletileg is megalapozott tényezők számbavétele, súlyuknak a konkrét beteg esetében történő megítélése, de elsősorban a beteg (mint integrált funkciókat ellátó szervezet) teljesítőképességének meghatározása nagy gyakorlatot igénylő orvosi feladat. A mindennapi gyakorlatban ezt a kezelőorvostól beszerzett több-kevesebb kórtörténeti adat és a beteg vizsgálata alapján a felülvizsgálatot végző szakorvos (a polgári életben az OOSZI szakorvosa) végzi. Egettek gyógykezelésében és gondozásában jártas sebész (legtöbbször nem) nem mindig lehet jelen a döntés meghozatalánál. Ezért különösen fontos, hogy a klinikus a hadrafoghatóság felől ítélő orvost, mindazon jelenségekről és kóros paramétereikről tájékoztassa, melyek a döntés alapjául szolgálhatnak.

Fentebb részletezett négy tényező számításba vételével általánosítható az a tapasztalat, hogy középsúlyos és súlyos égés után a katonaszemély hadrafoghatósága átmenetileg vagy (legtöbbször) teljesen elvész. E sommás megállapítás az állománycsoportok, a szolgálatképesség tartalma szerint (háborúban, illetve békében) és az ellátás színvonalának függvényében is változóan érvényes. A szakma szabályai szerint elsődlegesen végleges szakosított ellátásban részesített égési sérülés után, békeidőben, „irodai” beosztású hivatásos katona a lábadozási időszak elmúltával ismét szolgálatképesé válhat, — még középsúlyos szövődménymentes esetben is. Háború esetén e kedvező személyi és tárgyi feltételek nagyrészt hiányoznak, s ezért arra kell számítani, hogy középsúlyos és súlyos égés után a katonaszemély egészségileg alkalmatlanná válik a további katonai szolgálatra.

A kérdés tehát az, hogy hol a határ a középsúlyos — súlyos és a könnyű sérülések között. Itt természetesen nem az elsődleges (a gócban, az orvos előtti vagy az általános orvosi segély helyén történő) osztályozásról van szó, hanem a posztgressziós állapot és a körlefolyás összes jellemzőjének figyelembevételével történő minősítésről. Ebben a vonatkozásban a háborúban várható sé-

rülések számított megoszlására, másfelől a békeidejű tapasztalatokra támaszkodhatunk, az állatkísérleti adatokon túl.

A korszerű háborút, általánosan elfogadott nézet szerint, a kombinált sérülések fogják — adott esetben — jellemezni. A kombinált égésekre vonatkozólag nagyon szegényes klinikai irodalommal rendelkezünk (ATAVIN, BEN HUR, BROWN, DERGAN, DIRSA, FITTS, GRISOLIA, KRUPKO, PRUITT, SCHILDT). A közölt adatok egyértelműen arról tanúskodnak, hogy nagyon kedvező személyi és tárgyi feltételek mellett is magas a halálozás és a rokkantság.

Saját beteganyagunk zömmel könnyű sérülteket ölel fel, a néhány súlyos esetben a teljes munkavégző-képességet ritkán sikerült elérni. Olyan kis betegcsoportról van szó, mely a tapasztalatok általánosítására legfeljebb a békeidők körülményeit illetően nyújt lehetőséget. Annyi párhuzam azonban mégis vonható talán, amennyiben a Központi Katonai Kórház égési osztályán a tömegellátásban is alkalmazható módszerek a mindennapos gyakorlat részét képezik.

III. A MN Központi Katonai Kórház égési osztályán 1963—1980. évben ápolt beteganyag adatainak elemzése

709 sérült kórlapanyagát tekintettem át. Közülük 438 esetben (62⁰/₀-ban) minősítette a parancsnok a balesetet *szolgálati eredetűnek*. A tanulmány szempontjából irreleváns a munkavédelmi- balesetmegelőző tevékenység elemzése, de arra viszont utalnom kell, hogy a betegeknek (kerekítve) kétharmadát kitevő kontingens soraiban voltaképpen elenyésző számban (21 fő) fordulnak elő olyan sérülések, melyek a harci sérülésekkel szoros analógiát mutatnak.

Az említett égések közül tizennégy esetben a napalmtűzet imitáló lángfolyosón történő áthaladás során, a védőöltözet nem előírászerű vagy elmulasztott használatából eredt a sérülés. További három esetben a gyakorlat előkészítésében vétett hiba, végül 4 sérültnél tűzérési löszer gondatlan (hibás) kezelése okozta a termikus traumát. Előbbi csoportok tagjai szolgálatképessé, utóbbiak mind a négyen — polgári értelemben is — rokkanttá váltak.

Szolgálati balesetként elismert további égések is mutatnak analógiát a háborús *körülményekkel*. E tekintetben utalni szeretnék arra, hogy az USA Vietnámban működő intervenció seregtestének égési balesetei között viszonylag magas aránnyal (30,7⁰/₀) szerepeltek a hadtáp-területen, ellátó- karbantartó tevékenység során bekövetkezett termikus traumák (CURRERI). Ilyen értelemben végül is mind a 249 esetünk részletes elemzésre tarthatna számot. Minthogy azonban a tanulmány célja a termikus traumának a szolgálatképességre vonatkozó kihatásának vizsgálata, mint jeleztem, eltekintek ettől.

A hadrafoghatóság alakulását az *égési sérülést okozó ágensek* (hőforrások) fényében is célszerű vizsgálni, minthogy ismert a különböző hőátadási módok (pl. vezetéses, sugárzásos) szerepe az égés mélységének alakulásában (LEPENYE). A 709 katonasérülthez vonatkozó adatokat az 1. sz. táblázat mutatja be. Tájékoztató céljából a Termikus Károsodások Információrendszerének (TERI) 5001 sérültről gyűjtött adatait (NOVÁK) is bemutatom.

Az összehasonlításból kitűnik, hogy a két nagy csoport (a polgári életben is) a (fedetlen testrészt érő) lángcsapás és a forrázás. Előbbi azért érdemel figyelmet, mert a rövid ideig tartó magas hőmérsékleti hatás bizonyos analógiát mutat a villanófény égésekkel (utóbbiak az „ívfény” megjelölés alatt szerepelnek) és a sugárzó hő okozta sérülésekkel. Katonai szempontból figyelmet ér-

demelnek még a mechanikai traumával kombinált égések, ezek azonban kis számban fordulnak elő.

1. sz. táblázat

BETEGANYAG MEGOSZLÁSA
A SÉRÜLÉST OKOZÓ HŐFORRÁS SZERINT

Termikus trauma típusa (hőforrás)	MN KKK Égési osztály (709 katonabeteg)		TERI (5001 égett)	
	absz. sz.	megoszlás %	absz. sz.	megoszlás %
lángcsapás (fedetlen testrészek)	266	37,4	1240	24,8
forrázás	164	23,1	1998	39,9
ruhatűz	72	10,2	352	7,0
forró tárgy	51	7,2	391	7,8
vegyszer	48	6,8	209	4,2
bitumen	44	6,2	207	4,1
áramégés	25	3,5	123	2,5
ívfény	11	1,6	163	3,3
sugárzó hő	5	0,7	55	1,1
mechanikai traumával kombinált égés	7	1,0	84	1,7
nem tisztázott egyéb	16	2,3	179	3,6
Összesen:	709	100,0	5001	100,0

Szolgálatképességre gyakorolt kedvezőtlen hatásukat tekintve (2. sz. táblázat) előbbieknél lényegesen magasabb arányt találtam a ruhatűz-esetek között. Ez a — trauma mechanizmusát figyelembe véve: nagy égési felület, a magas hő miatt mély égés — várható jelenség a katonai ruházat e szempontból vett fontosságára (NÓGRÁDI, LEPENYE) is utal. Harctevékenység során, valamint a harci technika karbantartása és a hadtápmunka során a felöltözött ka-

tonát éri a lánghatás, s ilyenkor magas arányú szolgálatképtelenséggel (alkalmatlansággal) kell számolni. A hadtápterületen *nem* harctevékenység során bekövetkezett (a termikus sérülések fogalmkörébe tartozó) vegyianyag-sérülések után is nagyon magas (81,3⁰%) az alkalmatlanság aránya. A ruhatüzek és a vegyianyag sérüléseknek a MN Központi Katonai Kórházban tapasztalt kedvezőtlen (quo ad functionem) prognózisa analógiát mutat ALLEN és CURRERI már hivatkozott tapasztalatával.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy számbeli arányukat tekintve a lángcsapás és a forrázás. míg a hadrafoghatóság tekintetében a ruhatűz és a vegyianyag-sérülések a számottevő sérüléstípusok.

Az összesített szolgálatképtelenségi időtartam tekintetében az egyes hőforrások között számottevő különbséget nem találtam. (Megjegyzendő, hogy a ruhatüzek viszonylag alacsony átlagos szolgálatképességi időtartama abból ered, hogy a halálesetek rövid ápolási ideje is benne foglaltatik az átlagban.)

2. sz. táblázat

SZOLGÁLATKÉPTELENSÉG ARÁNYA ÉS IDŐTARTAMA
(A HÁBORÚS SÉRÜLÉSEK SZEMPONTJÁBÓL JELENTŐSEBB
HŐFORRÁSOK ESETÉN)

Hőforrás	Sérültek száma	Meghalt	A sérültek közül			
			alkalmatlanok		szolg. képessé váltak	
			száma	átl. kórh. áp. időt.	száma	szkpt. időtart.
vegyianyag	48	—	39 (81,3%)	66,8	9	38,4
ruhatűz	72	4	58 (80,6%)	87,9	10	30,5
forrázás	164	—	15 (9,1%)	51,8	149	38,3
ívfény	11	—	1 (9,1%)	68,0	10	46,8
lángcsapás (fedetlen testrészek)	266	—	15 (5,6%)	76,2	251	40,4
többi együtt	148	—	13 (8,8%)	71,5	135	42,1
Összesen:	709	4	141 (19,9%)	75,3	564	41,1

Az a tény, hogy a fedetlen testrészeket érő (és ezért viszonylag kisebb területű) ívfény égések szolgálatképtelenségi időtartama a leghosszabb, arra is visszavezethető, hogy a kezek sérülése után később válik szolgálatképesé a sérült.

Ebben a viszonylatban érdeklődésre tarthat számot a *testtájékok szerinti bontás* (3. sz. táblázat). Ebből kitűnik, hogy az arc izolált égése után legrövidebb a szolgálatképtelenség átlagos időtartama, s legmagasabb a törzs égései után. Utóbbiak zöme ruhatűzből ered. A felső végtag égéseinek 61,2%-a viszont a kezek (és a nyári időszakban az alkar) sérüléséből kerül ki, s itt már hosszú a szolgálatból távol töltött idő, ugyanakkor az alkalmatlanná minősítettek aránya mindössze 8,1%.

Az alsó végtag sérülései utáni hosszú szolgálatképtelenség a katonai láb-beli kötelező viseletével és a katonai szolgálat kapcsán a járóképeség alapvető követelmény jellegével magyarázható. Innen a viszonylag magas (30,3%-os) alkalmatlansági arány is. Hasonló a helyzet a törzségések esetében, ahol a katonai felszerelés viseléséhez ép, mechanikai behatásoknak kellően ellenálló bőr szükséges. Ezért magas itt is az alkalmatlanok aránya: 26,9%.

3. sz. táblázat

SZOLGÁLATKÉPTELENSÉG ARÁNYA ÉS IDŐTARTAMA
AZ ÉGÉSI SEB LOKALIZÁCIÓJA SZERINT

Testtájék	Meghalt	Ideigl. vagy véglegesen an.	Szolgálatképesé vált	Sérültek száma összesen	Szolgálatképesé vált sérültek szolg. képtelenségének átl. időtartama (nap)
egy tájékra terjedő égés arc	—	4	72	76	28,9
felső végtag	—	12	137	149	44,3
alsó végtag	—	57	131	188	47,8
törzs	—	17	46	63	52,1
több tájékot érintő égés arc + felső végtag	—	8	92	100	39,7
többi	4	43	86	133	45,5
Összesen:	4	141	564	709	19,9

Több testtájékot egyidejűleg érő termikus traumák közül a tömegpusztító fegyverek szempontjából (profilégések, melyek a fedetlen testrészetet érik) az arc és a kezek egyidejű sérülése típusosnak mondható. Ilyen értelemben nyilatkozik a BEN HUR is a harcokosiban sérülteket illetően (több mint 50%-nak csak arc és kezégetése volt). Az általam vizsgált betegek 8%-a vált alkalmatlanná, az átlagos szolgálatképtelenségi időtartam nem érte el a 6 hetet.

Összefoglalóan arra a következtetésre lehet jutni, hogy a legmagasabb arányú az alkalmatlanság az alsó végtagok és/vagy a törzs égése után. A szolgálatképesség eléréséhez szükséges idő tekintetében jelentős különbség a testtájékok között nincs, — eltekintve az izolált arcégetések rövidebb időtartamától.

A 709 katonasérült közül négyen haltak meg. Mind a négy égés ruhatűztől eredt, kiterjedése meghaladta a testfelszín 40%-át. Testtájékok szerint vizsgálva a haláleseteket, a Termikus Károsodások Információrendszerének adataihoz képest kedvezőbb képet kapunk (4. sz. táblázat).

4. sz. táblázat

Halálozási arány testtájékok égése szerint

testtájék	halálozási arány	
	katonák	TERI
arc	—	—
felső végtag	—	0,6
alsó végtag	—	2,1
törzs	—	3,8
arc + felső végtag	—	0,5
többi	0,6	9,3

Figyelembe kell vennünk azonban, hogy a polgári betegek között nem elhanyagolható arányban szerepelnek idős és/vagy kisérbetegségük miatt már eleve rossz kórjólátatú sérültek.

A visszatérő egészségügyi veszteség becslése szempontjából kétségkívül legjelentősebb az égés kiterjedése és mélysége, tehát a *sérülés súlyossága szerint* történő áttekintés.

Összehasonlítva a 709 égett adatait az idevonatkozó számvetésekkel, megállapítható, hogy a *felületes égések* szolgálatképességet korlátozó hatása békeidőben — ha kismértékben is — megnyilvánul (5. sz. táblázat). Mintegy 6%-ban váltak e sérültek alkalmatlanná, — igaz, csak ideiglenesen (mindegyikük 1 évre). Az eltérés adódhat a minősítési előírások különbözőségéből is.

A 10%-ot nem meghaladó *mély égések* eseteiben a vizsgált beteganyagban a sérültek közül senki sem halt meg, azonban (kerekítve) 40% vált (zömmel) ideiglenesen alkalmatlanná, szemben a számítások szerint lényegesen alacsonyabb arányban várhatóval. A 10%-nál nagyobb területű égések eseteiben — a hivatkozott prognózissal egyezően — senki sem gyógyult szolgálatképességet elérően, a halálozás természetesen elenyésző arányú a háborúban várhatóhoz képest.

Néhány, *napalm*-gyakorlat kapcsán sérült katona esetéből a háborús tapasztalatokkal párhuzamot vonni nem lehetett, mivel — két kivétellel — a kéz és az arc enyhe sérüléseiről volt szó.

A SZOLGÁLATKÉPESSÉG ALAKULÁSA
SÚLYOSSÁG SZERINT

Mélyégi fokozat	Kiterjedés	Szolgálat- képes	Ideiglenesen (1—2 évre)	Véglegesen	Meghalt
			alkalmatlan		
felületes (I—II. fokú)		420	25	—	—
mély (III. fokú)	<10%	137	81	7	—
	>10%	—	13	14	4
napalm	< 3%	7	—	1	—
Összesen:		564	119	22	4

A katonai kórházak békeidejű tapasztalataival történő összehasonlításból kitűnik, hogy a Központi Katonai Kórházban gyógykezelt égett katonasérültek alkalmatlansági aránya (19,9%) nagyjából megfelel JUHIN eredményeinek (22%). Utóbbi szerző közleménye 1975-ben jelent meg, a tervtanulmány alapjául szolgáló betegek 1963 és 1980 között álltak kezelés alatt, s így az adatok összehasonlíthatók, bár JUHIN betegeinek súlyosságára vonatkozó részletes adatok nem álltak rendelkezésemre. A mi halálozási arányunk mindenestre alacsonyabb.

55 fő csak járóbetegrendelésen állott kezelésünkben. Felületes égésük 17 esetben 10%-nál kisebb kiterjedésű volt. 38 esetben sérült a kéz (is). A szolgálatképtelenségi időtartam 12 esetben haladta meg a 30 napot. Ez az 55 fő lehet az ESH-n vagy a KSK-ban kezelendő égettek modellje, bár előbbit illetően figyelemre érdemes, hogy 10 napnál rövidebb idő alatt mindössze öten váltak szolgálatképesé.

Végül röviden említést érdemel, hogy 60 napot meghaladóan kórházban ápolott 19 égettünk közül mindössze három vált szolgálatképesé. A többieknél már az első hetekben nyilvánvalóvá vált, hogy gyógyulásuk után alkalmatlannak lesznek a további katonai szolgálatra. Ez a tapasztalat, megfelelő transzformációval, a tábori ellátás számára adhat előrejelzést.

IV. Következtetések, javaslatok

1. A szakirodalomban fellelhető, nehezen összehasonlítható és viszonylag kevés adat, valamint a Központi Katonai Kórház égési osztályának adatai meszesemenő következtetések levonására nem, csak óvatos becslésre adnak módot. Úgy tűnik, hogy a MN összes kórházából, *tervszerű gyűjtéssel*, néhány év során több felvilágosítást nyújtó adatokhoz lehetne jutni. Ehhez a Termikus Károsó-

dások Információrendszere kellő szervezeti alapot és részben már kész számítógépes programot nyújt.

2. Elméleti megfontolások, hazai polgári tapasztalatok és saját véleményem egybevetése alapján megfontolásra ajánlom a Kórházbázis és a Katonai Kiürítő Kórházak FÜV Bizottságaiban égés kezelésében viszonylag jártasabb sebész részvételét, a sérültek szolgálatképességének és rehabilitációs lehetőségeinek realis megítélése céljából.

3. Figyelemre méltó tapasztalat, hogy a *felületes égések között is akadt átmeneti alkalmatlanságot okozó sérülés*. Az ún. I. és II. fokú égések sommás megítélése tehát bizonyos veszélyeket rejt magában. A járóbetegek között is tapasztalt átlagos szolgálatképtelenségi időt figyelembe véve feltehető, hogy az ESH-n vagy a HSH-n kevés égettet kezelnek majd gyógyulásáig.

4. A Központi Katonai Kórház beteganyagának adatai szerint tehát a törzs és az *alsó végtag égései* járnak a legnagyobb arányban *alkalmatlansággal*, míg az arc és/vagy a kéz sérülései e tekintetben kedvezőbb prognózist mutatnak. A sérülést okozó ágensek közül a harctevékenység során várható *ruhatüzek* és a hadtáp területén folyó tevékenységgel kapcsolatos *vegyianyag-sérülések* a veszélyesebbek. A *napalm-égésekre* e beteganyag alapján nem lehet nyilatkozni.

5. *10%-nál kisebb kiterjedésű mély égések után a szolgálatképesség* a sérültek jelentős százalékában helyreállítható, ennél súlyosabb égés biztosan alkalmatlanságot okoz.

6. Úgy tűnik, hogy a kórházbázis intézeteiben az égett sérültek alkalmassági foka nagy biztonsággal megítélhető, ennél fogva 60 nap előtt is döntení lehet hátraszállításuk felől. Ez a lehetőség a sérültnek mielőbb a végleges ellátást nyújtó intézetben történő elhelyezését elősegíti.

A Központi Katonai Kórház égési osztályának viszonylag aktív (operatív) terápiás rendszere és általában a gyógyszeres terápia lehetőségei, valamint a személyi ellátottság (mennyiségi és minőségi tekintetben) minden bizonnyal kedvezőbb, mint amire tábori körülmények között számítani lehet. Ezért a tábori ellátás számára levont következtetések elsősorban a fejlődés perspektívájában érvényesek.

IRODALOM

- Adler J.: Abtransport und Behandlung der Verwundeten im Oktober-Krieg 1973. Wehrmed. Wschr. 22:196 (1978).
- Agha R., Benhamla A.: Epidemiology of burns in Algiers. Burns 5:204 (1978).
- Allen B. D., Whitson T. C., Henjyoji E. Y.: Treatment of 1963 burned patients at 106th general hospital, Yokohama, Japan. J. Trauma 10:386 (1970).
- Atavin N. D.: Oszobennosztí tecsenija i lecsenija perelomov szocsetajusciszja sz ozsogami. Vesztn. Hir. 1965:1. szám, 60.
- Ben-Hur N., Soroff H.: Combat burns is the 1973 October war and the anti-tank missile burn syndrome. Burns: 1:217 (1975).
- Ben-Sinchon C., Tsur H., Keren G., Epstein Y., Shapis Y.: Heat tolerance in patients with extensive healed burns. Plast. Reconstr. Surg. 67:499 (1981).
- Brown R. F.: The management of traumatic tissue loss in the lower limb, especially when complicated by skeletal injury. Brit. J. Plast. Surg. 18:28 (1965).
- Chang F. C., Herzog B.: A followup study of physical and psychological disability. Ann. Surg. 183:34 (1976).

- Curreri P. W., Asch M. J., Pruitt jr. B. A.*: The treatment of chemical burns. *J. Trauma* 10:634 (1970).
- Derganc M.*: Experience with multiple burn casualties and treatment of dermal burns. *Proc. R. Soc. Med.* 65:1057 (1972).
- Dírsa A. I., Korobuskon I. G.*: O kombinirovannüh termomechanicseszkkih porazsenijah. *Vesztn. Hir.* 1969:4. szám, 75.
- Do Xuan Hop*: Napalm och fosforbombar. *Napalm c. könyvben*, Raben, Stockholm, 1967.
- Dobbs E. R., Curreri P. W.*: Burns: analysis of results of physical therapy in 681 patients. *J. Trauma* 12:242 (1972).
- Dolinyin V. A.*: Porazsajuscsije dejsztvie napalma i lecsenije posztradavsih. *Kirov Akadémia kiadása, Leningrád*, 1975.
- Drejfusz I.*: Napalm and its effect on human beings. *Prevent the crime of silence c. könyvben*, London, 1971.
- Fitts jr. W. T., Roberts B., Grippe W. J.*: The treatment of fractures complicated by contiguous burns. *Surg. Gynec. Obstetr.* 97:551 (1953).
- Fjedorova B. I., Pecsatikova G. M.*: Pozdnije oszlozsnenija poszle ozsogov. *Klin. Hir.* 1972:8. szám, 4.
- Flora J. D., Davis T. M., Roi L. D.*: Length of stay and survival times for burned patients. *Burns* 5:611 (1978).
- Gavallér L., Diner O., János Gy.*: Katonák baeseteinek elemzési módszere kórházban. *Honvédorvos*, 20:16 (1968).
- Gestewitz H.*: Der Einsatz von Brandbomben der USA Fliegerkrafte gegen die DRV. *Zschr. Milit. Med.* 9:275 (1968).
- Grisolia A., Forest W. J., Peltier L. F.*: The treatment of fractures complicated by burns: an experimental study. *J. Trauma* 3:259 (1963).
- Hirschowitz B., Mahler E.*: The middle-East war — 1973. *Newsletter of the ICPRS*. 1974. május.
- Huang T. T., Balckwell H. J., Lewis St. R.*: Ten years experience in managing patients with burn contractures. *Plast. Reconstr. Surg.* 61:70 (1978).
- Janzekovic Z.*: Early surgical treatment of the burned surface. *Min. Chirurg.* 27:508 (1972).
- Jokic N.*: Some features of burns in the Yugoslav People's Army. *Vojnosan. Pregled* 31:382 (1974).
- Judenics V. V., Griskevics V. M., Szelezneva L. G., Zavljakov Sz. K., Resetov J. A., Zalugovszkij O. G.*: Reabilitacia obozsennüh. *Szovjetszkaja Med.* 1981:4. szám, 115.
- Juhin L. Sz., Ogienko V. Sz., Revzin I. E.*: Rezultati lecsenija bolnüh pereneszsih glubokije ozsogi. *Vesztnik Hir.* 115:78 (1975).
- Kádár P.*: A csapatoknál keletkező sérültek ellátásának néhány problémája. *Honvédorvos*, 25:199 (1972).
- Kádár P.*: A katonai szolgálat alatt keletkező sérülések epidemiológiai elemzése. *Kand. ért. Budapest*, 1976.
- Kibbee E.*: Life after severe burns. *J. Burn Care* 2:44 (1981).
- Krupko I. L.*: Lecsenije zakritüh perelomov szocsetajuscsiszsja sz ozsogami. *Ortop. Traumat. Protez.* 1966:6. szám, 3.
- Lepenye Gy., Novák J.*: A ruházat szerepe az égési sérüléseknél. *Textiltechnika* 24:301 (1972).
- Lepenye Gy., Novák J., Német L.*: Dannie o biofizike termiceszskkih porazsenijej. *Bull. Ekszp. Biol. Med.* 81:547 (1977).
- Moore B., Bahmann M. M., Browning F. S. C., Settle Z. A. P.*: Discriminant function analysis of 500 consecutive burn patients. *Burns* 1:135 (1975).
- Nógrádi L., Radványi V.*: Tartósan lángmentesített „Rába” kelme. *Munkavédelem* 22:15 (1976).
- Novák J., Merkel D., Tichy G.-né, Szabolcsi F.*: National Information System for burns in Hungary. *Előadás az V. Nemzetközi Égési Kongresszuson*, 1978, Stockholm.
- Novák J., Gyeney M.*: Komplex betegsúlyossági index és annak alkalmazási lehetősége a katonaegészségügyi szolgálatban. *Honvédorvos* 32:21 (1980).
- Orosz B.*: Az égéssérültek munkaképességsökkenésének elbírálása. *Előadás a III. magyar Égési Kongresszuson*, 1981. május 21—22., Budapest.

- Pruitt jr. B. A.*: Management of burns in the multiple injured patient. *Surg. Clin. N. Amer.* 50:1283 (1970).
- Röding H., Ruschen B., Sperling P.*: Epidemiologische Untersuchungen über thermische Verbrennungsschaeden in der DDR. *Zbl. Chir.* 104:631 (1979).
- Schildt B. E.*: Mortality rate in quantified combined injuries. *Strahlentherapie* 144:40 (1972).
- Sejnisz V. V.*: Harakterisztika goszpitalnüh kontingentov obozsennüh. *Vojen. Med. Zsurn.* 1965:12. szám, 11.
- Szologub V. K. (szerk.)*: Rukovodsztvo po lecseniju obozsennüh na etapah medicinszkoj evakuacii. *Medicina, Moszkva*, 1979.
- Zellweger G., Ganzoni N.*: Letalitaet und Morbiditytaet bei Verbrennungen. *Helv. Chir. Acta* 45:735 (1978).

Новак Я., полковник м/с:

ОЦЕНКА И СТАТИСТИЧЕСКАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ГОДНОСТИ
К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ ПОСЛЕ ОЖОГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ

Obst. Dr. med. J. Novák: *Die Beurteilung und statistische Wahrscheinlichkeit der Dienstfähigkeit nach Brandverletzungen*

Dr. Harsányi László orvos alezredes, dr. Vass Zsuzsanna

Adatok a honvédségi fogászati ellátás tervezéséhez

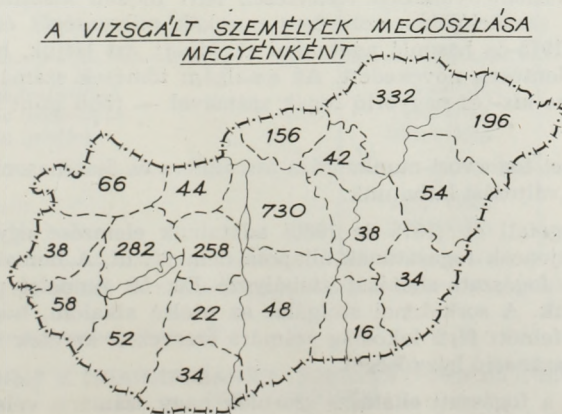
A Honvédorvos 1978/3. számában ugyanezen címen jelent meg közleményünk. Ebben az 1975-ben megvizsgált 2500 újonc fogazatának állapotát rögzítettük. Ezeket egyenként értékelve, kiszámítottuk a 100 fő teljes fogászati szanációjához szükséges fogorvosi munkaóra igényt.

1980-ban megismételtük a vizsgálsorozatot. Újra rögzítettük 2500 újonc fogstatusát és — bementés alapján — az előzetes iskolafogászati kezelést.

Célunk volt értékelni a bevonuló állomány fogazatának állapotát, a 36.013/77. sz. Eü. M. rendelet hatását, a fogorvosi munkaóra szükséglet változását és újabb adatokat szolgáltatni az MN fogorvosi szolgálat részére.

A vizsgálat módszere mindenben (értékelés menete, táblázatok) megegyezett az eredetivel.

A vizsgált állomány bevonulási hely szerinti megoszlását az 1. ábrán tüntettük fel. Az előzetes iskolafogászati kezelés szempontjából bontott adatok a 2. ábrán láthatók. A területi megoszlás arányai lényegesen nem változtak az előző vizsgálathoz képest. Az ép fogazatúak száma (60 fő, 2,4⁰/₀) az 1975-ös adathoz viszonyítva (66 fő, 2,6⁰/₀) alig változott, és a 3. ábra nem mutat eltérést az előzőleg iskolafogászati kezelésben részesültek arányában sem.



1. ábra: A vizsgált állomány területi megoszlása

100 FŐ ELLÁTÁSI IGÉNYE

	1975	1980
Extractio	80,0	83,4
Amalgám tömés	179,5	293,0
Kozm. tömés	76,0	89,3
1 gy. gyökérkez.	13,0	15,8
2 gy. gyökérkez.	18,0	14,5
Fémkorona	270,0	204,1
Kozm. korona	43,0	71,8
Fém hídtest	114,0	61,4
Kozm. hídtest	37,0	88,8
Részleges protézis	26,0	28,3

1. tábla: 100 főre számított ellátási igény

	1975	1980
I. fokú sanatio (extractio)	9,88 ÓRA	13,9 ÓRA
II. fokú sanatio (cons. kez.)	125,8 ÓRA	170,4 ÓRA
III. fokú sanatio (pótlás)	389,4 ÓRA	387,1 ÓRA
I. + II. fokú (acut)	135,6 ÓRA	184,3 ÓRA
Teljes (I. + II. + III.)	525,0 ÓRA	571,4 ÓRA

2. tábla: 100 fő ellátásához szükséges fogorvosi munkaóra

Харшани Л., подполковник м/с, Ваши Ж.:

ДАННЫЕ К ПЛАНИРОВАНИЮ ВОЕННОГО ЗУБОВРАЧЕБНОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Obstl. Dr. med. L. Harsányi und Dr. med. Zsuzsa Vass: Beitrag zur Planung der Zahnbehandlung beim Militär.

Cavinton[®] tableta

ÖSSZETÉTEL

1 tableta 5 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS

A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását.

JAVALLATOK

Ordlisan: különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőzavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimakterium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére.

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrialis insufficientia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.

Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis

thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

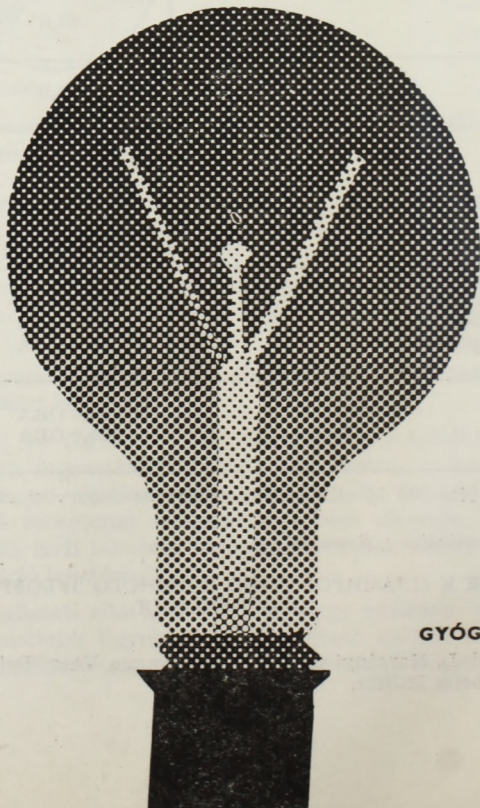
Naponta 3 x 1-2 tabl., a fenntartó adag napi 3 x 1 tabl., hosszabb időn keresztül.

GYÓGYSZERKÖLCÖNHATÁS

Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas.

MELLÉKHATÁS

Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST

Dr. Donáth Antal

Az ujjközi redők sebészi anatómiája a bőrpótlás követelményei alapján

Az ujjközi redők bőrének bármilyen okból bekövetkező hegesedése az ujjak terpesztését akadályozó zsugorodáshoz vezet. A kéz működésének e jelentős zavarát a zsugorodást okozó hegek eltávolításával és a hiányzó bőr pótlásával lehet megszüntetni.

Nincs a kézen még egy olyan bőrterület, ahol a helyreállító műtét (bőrpótlás) annyi nehézséggel és nem ritkán kudarccal járna, mint az ujjközi redőben. Erre már a kézsebészet klasszikusai is felhívták a figyelmet (7, 12). Az ujjközi redők területén végzett bőrpótlások gyakran nem kielégítő eredményeit különböző — többségükben megfelelő — sémák (1, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 19, 22, 23, 24, 28, 29, 30, 31), vagy egyéni műtéti eljárások (2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 14, 17, 20, 21, 25, 26, 27) alkalmazásával lehet javítani. E módszerek közös jellemzője azonban, hogy egyediek, nem általánosíthatók, közülük csak nagy tapasztalattal lehet az adott esetre megfelelő eljárást kiválasztani. Ennek oka abban keresendő, hogy az ujjközi redők területén végezhető műtétek — elsősorban bőrpótlások — számára mindezekig hiányzik a legalapvetőbb kiindulási pont, a redők funkcionális anatómiájának ismerete.

Browne és mtsai (6) szerint „az ujjközi redők dinamikus struktúrák, melyek a különböző mozgásoknál változtatják alakjukat. Abdukciókor alakjuk négyszögletes lesz, addukciónál kollabálnak. Dorzovoláris irányban lejtnek. Abdukciókor a maximális feszülés a redő voláris szélén lép fel”. E leírás az ujjközi redőt dorzális struktúrának tartja, palmáris komponenszt nem említ.

Lister és Milward (15) az I. ujjközi redő zsugorodásáról írt munkájukban különválasztják a redő dorzális és palmáris komponensét, de nem beszélnek a többi ujjközi redőről.

Iselin (12, 13) kiemelten elkülöníti a redők kézháti és tenyéri oldalát, és hangsúlyozza, hogy bőrpótlásnál ezt figyelembe kell venni. A redők egyértelmű meghatározását azonban itt is hiába keressük.

Az ujjközi redők az MP (metacarpophalangealis) ízületek, a hüvelykujjnál a nyeregízület közvetlen környezetében található. Az ujjak alapízületeinek mozgásai nagy kiterjedésűek, többirányúak, és az ujjak használata közben igen változatosan bonyolultak lehetnek. Az ujjközi redők bőre hivatott ezen mozgások akadálytalan végrehajtását biztosítani.

Ehhez társul még, hogy a kéz haránt boltozatának mozgásai közben ma-

guk az ízületek is változtatják egymáshoz képest elfoglalt helyzetüket, ami a felszínt borító bőr mozgásait még bonyolultabbá teszi. Ezért tehát funkcionálisan az ujjközti redőkhöz kell számítanunk a hosszú ujjak MP ízületei közötti bőrterületet is. Így kell gondolkodnunk annak ellenére, hogy ezt a bőrterületet a szakirodalom a kézhát bőrének részeként emlegeti és ábrázolja a különböző anatómiai vagy műtéti leírások során. Igaz ugyan, hogy még soha, sehol nem sikerült e sorok írójának olyan leírásra bukkannia, amelyből világosan kiderült volna, hogy hol végződik a kézháti bőr, és hol kezdődnek az ujjközti redők.

A kézhát és az ujjközti redők háti felszínének bőre látható vagy kimutatható határ nélkül megy át egymásba. A kéz mozgásai közben funkcionális egységként viselkednek, és rugalmas alakváltozásukkal biztosítják a mozgások zavartalanságát.

Mivel a hegek minőségét és várható zsugorodásuk mértékét az érintett bőrterületre ható mozgásingerek határozzák meg (31), az ujjközti redők sebési anatómiájának lehető meghatározását a bőrterület mozgásainak oldaláról látszik célszerűnek megközelíteni.

A fenti megfontolások alapján funkcionális egységnek tekinthető bőrterületet (kézhát + az ujjközi redők háti felszíne) előbb egészében tettem vizsgálat tárgyává, majd ezután kíséreltem meg elkülöníteni az ujjközti redőket.

Vizsgálatok

Bunnell (7) szerint: „ökölképzéskor a kézháti bőr mind haránt, mind hosszirányban megnyúlik. A kézhát és az ujjak háti felszínének bőre ökölképzéskor 1/3-dal lesz nagyobb”.

Lényegesnek látszott annak eldöntése, hogy a megnyúlás mértéke hosszirányban vagy harántirányban nagyobb. Ez ugyanis eldönti azt a kérdést, hogy a hegekre, illetve varratvonalakra ható mozgásingerek melyik irányban nagyobbak, azaz melyik irányban várható inkább hipertrófiás hegesedés és kontraktúra.

A kérdés vizsgálatára friss kadaver kezek lenyúzott bőre látszott alkalmasnak, mivel élőben az alkar és az ujjak háti felszínének bőre együtt mozog a kézhát bőrével.

Tíz kadaver kézen végeztem vizsgálatokat. A kézhát és az ujjközti redők háti felszínének bőrét a kézről a szubkutisszal együtt lepreparáltam és deszkára szögezve kifeszítettem. A bőrdarab kifeszítésekor azt tapasztaltam, hogy bármely ponton kezdtem el, és bármely irányban folytattam a bőr kifeszítését (mindig lehető maximális feszülésre törekedve), a bőrdarab minden esetben jellegzetesen egyöntetű alakváltozást mutatott.



1. ábra. Kadaver-kéz háti felszínéről és az ujjközti redők háti felszínéről lepreparált bőr jellemző alakváltozása deszkára történt kifeszítés után.

Ezt az alakváltozást fénykép felvételekkel regisztráltam, és méréseket végeztem. Megmértem a kézen előre berajzolt, kimetszendő terület legnagyobb hosszúságát és szélességét, majd ugyanezt elvégeztem a megfeszített bőrdarabon is.

A különböző nagyságú és proporcionáltságú kezeken a lenyűzött és kifeszített bőr egyöntetűen 20—25%-nyi rövidülését tapasztaltam a kéz hossz tengelye irányában és ugyanennyi megnyúlást harántirányban. Mivel a különbség szembetűnő és egyszerű rátekintéssel is azonnal belátható, feleslegesnek tartottam részletes és mindenképpen pontatlan mértani számításokat végezni. Enélkül is megállapítható, hogy a bőrdarab területe — gyakorlatilag — maximális feszülés mellett sem változott, csak dimenziói változtak meg a bőr rugalmas rostrendszere által megszabott irányban. *A kézhát bőrfelszíne tehát feszüléskor nem lesz nagyobb, mint azt Bunnell hitte.*

A kísérleti tapasztalatokból levont következtetések alapján a kézháti bőr viselkedése a kéz mozgásai közben az alábbiak szerint képzelhető el:

A kézháti bőr maximális megfeszítésekor, vagyis a kéz ökölbeszorításakor a bőr rugalmassága harántirányban „felhasználódik”, a hosszirányban jelentkező deficitet pedig főleg az alkar és részben az ujjak bőrének megnyúlása pótolja. (Ez a megfogalmazás az extrém feszülés helyzetére érvényes, amihez még a csukló volár-flexiója is hozzátartozik. Normális körülmények között azonban a kéz ökölbeszorításakor a csukló dorzál-flexiók helyzetben van, tehát a hosszirányú rövidülés automatikusan kompenzálódik.) A kéz normális használata közben a különböző irányú húzóerők állandó változásával kell számolni, mely a kézháti bőr gyakori alakváltozásával jár.

A kifeszített kadaver-bőr alakváltozása arra enged következtetni, hogy *a kézháti bőr önmagában a kéz harántboltozatának mozgásait és az ujjak terpesztését hivatott biztosítani*, míg a hosszirányú mozgásokhoz szükséges megnyúlásban az alkar és az ujjak bőrével együttesen vesz részt.

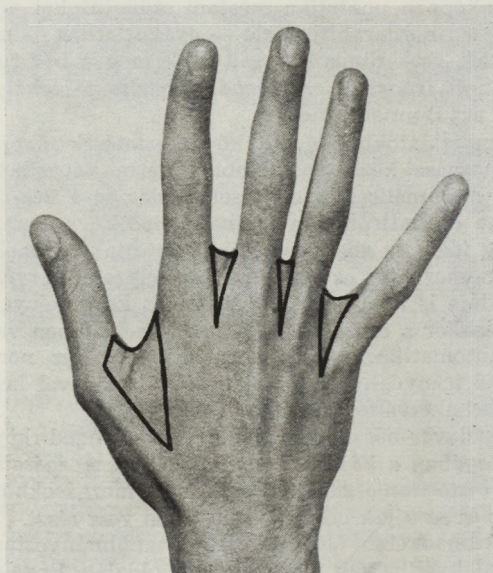
Ezen ismeretek birtokában élő, ép kezeken tanulmányoztam az ujjak és MP ízületek közti bőr alakváltozásait a kéz dorzális oldalán. Ennek alapján igyekeztem meghatározni azokat a tájékozódási pontokat, illetve vonalakat, amelyek segítségével az ujjközti redők funkcionális anatómiai határai megállapíthatók. *A disztális határvonal* adott, és megfelel a redők áthajlási vonalának, ahol a kézháti bőr a tenyéri bőrral találkozik. Az ujjak terpesztésekor e vonal élesen, valódi redő formájában, bőrkettőzet éleként rajzolódik ki. A redők proximális csúcsát a kéz sugarainak mozgásai alapján értelemszerűen a kézközépcsontok bázisának magasságában kellene megjelölni. Mivel azonban a kézközépcsontok proximális szakaszának oldalirányú mozgásai — az I. kézközépcsont kivételével — elhanyagolhatóan csekélyek, a redők *proximális határát* a hosszú ujjaknál a kézközépcsontok nyakának magasságában, a hüvelykujj és a mutatóujj között pedig valóban a két kézközépcsont bázisának találkozási pontjánál jelöltem meg. Ezen önkényesnek látszó meghatározást az a sebészi szemlélet indokolja, mely szerint a sérülést vagy műtetet — főleg bőrpótlást — követő hegesedést a bőrre ható mozgásingerek irányán kívül elsősorban azok nagysága, amplitúdója határozza meg. Ahol a mozgások terjedelme csekély, ott a bőrfelszínre ható mozgásingerek, húzóerők hatása a sebgyógyulást, illetve hegesedést gyakorlatilag nem befolyásolja (31), tehát elhanyagolható.

A hosszú ujjak kézközépcsontjainak nyakától proximálisan a harántirányú mozgások amplitúdója olyan kicsiny, hogy a sebészi gyakorlat számára elhanyagolható.

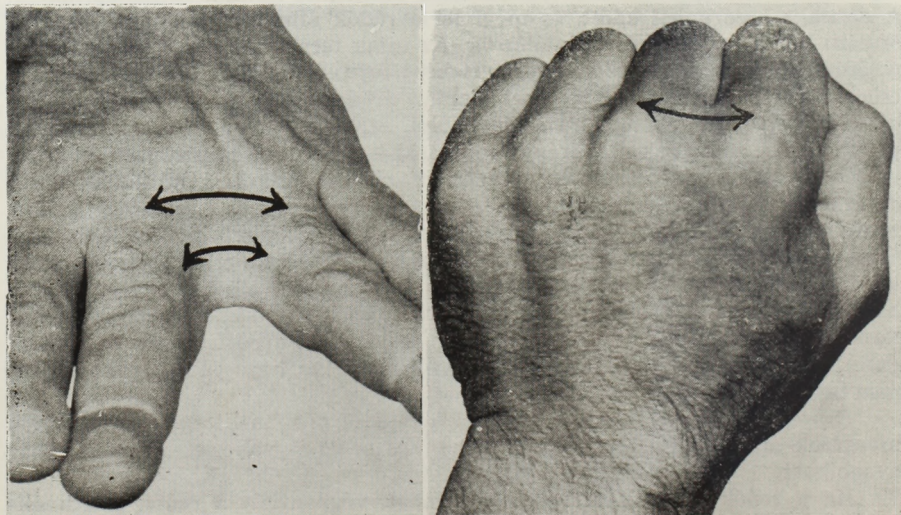
Ha a redők disztális áthajlási vonalának végpontjait a redők proximális határát jelző ponttal összekötjük, háromszögletű bőrterületeket határolhatunk

körül. Ilyen módon rövid alapú és hosszú, keskeny (különösen a hosszú ujjak között) háromszög alakú redőket kapunk, ami statikus nézőpontból meg is felelne az igazságnak (15).

Nem felel meg azonban a *dinamikus szemléletnek*, mely a bőrfelszín is mozgásában, funkciójában ítéli meg. Ezt figyelembe véve megállapítható, hogy az ujjak terpesztésekor, valamint ökölképzéskor a redők kiszélesednek, megnagyobbodnak.



2. ábra. Az ujjközi redők látszólagos, statikus szemlélettel meghatározható alakja.



3. ábra. A redők kiszélesedése: a) az ujjak terpesztésekor, és b) ökölképzéskor.

A redők centrális részét az ujjak között a palmaris fascia rostjai lehorgonyozva tartják, melyek a redők bőrének rugalmas megnyúlási lehetőségét erősen korlátozzák. A kiszélesedést a kézháti oldalon az ujjak alapperccének dorzolaterális felszínét borító laza bőr megnyúlása teszi lehetővé. Ez viszont azt jelenti, hogy *terpesztéskor a redők alkotásához az ujjak bőre is hozzájárul*. Mivel a redő funkciója az, hogy az ujjak terpesztését lehetővé tegye, *funkcionálisan az ujjak bőrének ezt a részét is a redőhöz kell számítanunk*.

Ha ezt megteesszük, azt az eredményt kapjuk, hogy az elméletileg adódó hosszú, keskeny háromszög az áthajlási vonaltól proximális irányban kiszélesedik az ujjak középvonala felé, majd az MP ízületek között elkeskenyedve és csúcspan végződve, ötszögű idom alakját veszi fel. A *tenyéri oldalon* annyiban módosul a helyzet, hogy terpesztéskor a sokkal kevésbé rugalmas palmáris bőr csak minimálisan nyúlik meg. Itt a redők szétnyílása számára valódi bőrtöbblet áll rendelkezésre, mely jól látható zárt ujjak mellett a bőr laza, párnaszerű elődomborodása formájában az alappercek bázisa között.

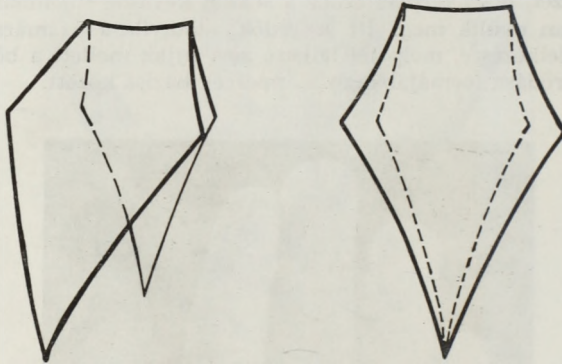


4. ábra. Az ujjak addukált helyzetében, az ujjközi redők tenyéri oldalán, a bőrpárnaszerű elődomborodásai jelzik a redők mozgásai számára rendelkezésre álló bőrtöbbletet.

A redő palmáris lemezének bőre kisebb területű, mint a dorzális, ami érthető is, hiszen a tenyér haránt boltozatát ismerve világos, hogy a boltozat homorú felszínének területe kisebb, mint a domború felszíné. A redők proximális határa itt anatómiailag egyértelműen adott: a disztális tenyéri barázda vonala. Ez éppen megfelel a kézközépcsontok nyaka magasságának.

Megbeszélés

Mindezek alapján az ujjközi redő fogalma a következőképpen definiálható: ujjközi redőnek tekinthetjük azt a palmáris és dorzális, egymás folytatásába eső bőrfelszínt, mely a hosszú ujjak és MP ízületek közötti rést a kézközépcsontok nyakának vonalától az ujjak alappercének közepénél levő áthajlásig, illetve a hüvelykujj és mutatóujj közötti rést a nyeregizület vonalától a hüvelykujj alapperce bázisának magasságában levő áthajlásig takarja. Az ujjközi redők bőrfelszíne két, alapjával egymásnak támasztott ötszögletű idomnak felel meg, melyek csúcsa a kézközépcsontok nyakának vonalában, az I. redőnél pedig a nyeregizület vonalában van.



5. ábra. Az ujjközi redők két, alapjával egymásnak támasztott ötszögű lemezként ábrázolhatók.

A redő dorzális, illetve palmáris lemezének áthajlási vonala — a tulajdonképpeni valódi redő — a hosszú ujjakon az alappercek hajlítási barázdájának vonalában, az I. redőnél pedig a hüvelykujj disztális MP ízületi hajlítási barázdája és a disztális tenyéri barázdá radiális végpontja között ível át.

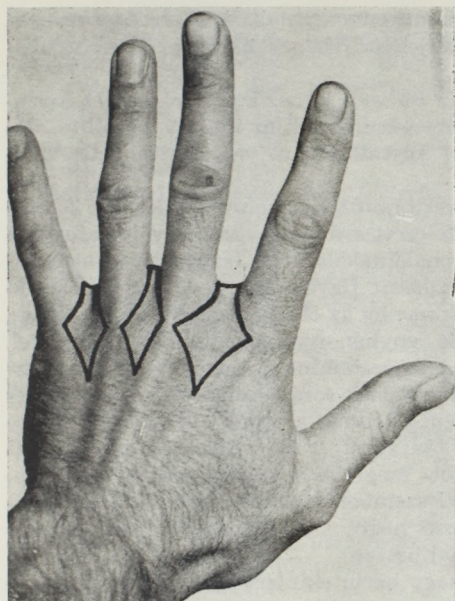
Vizsgáljuk meg ezek után, hogy az ujjközi redők ilyen meghatározása milyen gyakorlati következményekkel jár a bőrpótló műtétek szempontjából. Figyelmünket elsősorban a varratvonalak vezetésének irányára kell összpontosítanunk, mert a bőrpótlás eredményességét elsősorban ez dönti el, függetlenül attól, hogy szabad átültetéssel vagy nyeles lebennyel végezzük-e a bőrpótlást.

Zoltán (21) szerint: „Az izomműködés fő irányára merőlegesen haladó varratvonalra minimális ingerhatást gyakorol a gyógyulási folyamat. Ezt a legkisebb ingerhatásnak kitett irányt erővonalnak nevezzük.”

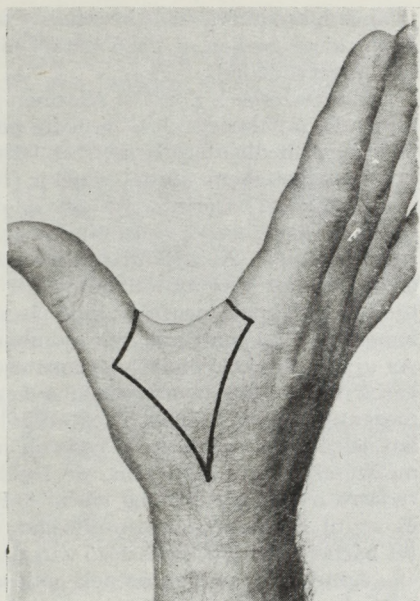
Az ujjközi redő mozgásának fő iránya az abdukció. Az erre merőleges erővonal pontosan a redő hossz tengelyébe esik.

Ha bármilyen műtéti metszést — akár dorzálisan, akár palmárisan — pontosan a redő mértani tengelyében vezetünk, normális sebgyógyulás esetén valóban puha lineáris heg lesz a végeredmény. A tengelyirányú metszés folytatható a kézháton, palmárisan azonban nem keresztezheti a disztális tenyéri barázdát. (Ugyancsak nem keresztezheti az áthajlás vonalát sem.)

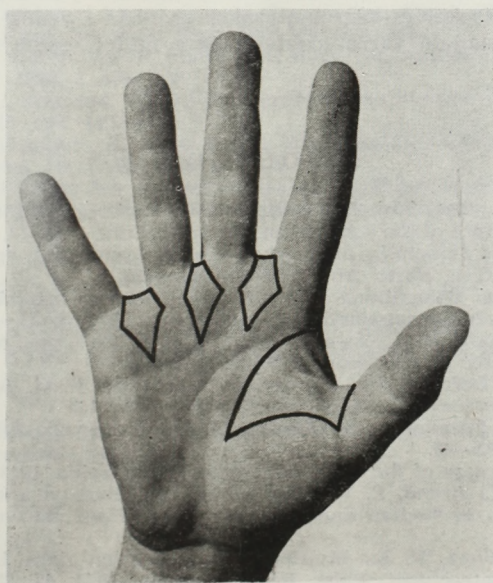
A redők e fő erővonalainak meghatározásakor figyelemmel kell lenni arra, hogy azok a kéz *sugarainak* irányához és nem a kéz hossz tengelyének irá-



a)



b)



c)

6. ábra. A mozgás-dinamikai tényezők alapján meghatározott ujjközi redők ábrázolása.

- a) A hosszú ujjak közötti egyes redők dorzális lemezének alakja az ujjak mozgás-terjedelme szerint különböző.
- b) Az első ujjközi redő alakja a hüvelykujj különleges anatómiai adottságainak megfelelően különbözik a többitől.
- c) A redők tenyéri lemezei hasonló eltéréseket mutatnak.

nyához igazodnak; tehát kraniális irányban konvergálnak. Az I. redő erővonala pedig kissé ívelten, a redő határvonalát jelentő thenar barázda (linea vitalis) ívét követve halad.

E metszések a dorzális felszínen már *Bunnell* klasszikus ábráján (7) is szerepelnek, a palmáris oldalon pedig polgárjogot nyertek az inak helyreállító műteteinél a mediolaterális metszés tenyéri folytatásaként, valamint a neurovaszkuláris szigetlebens átültetésénél is (18).

Zoltán (31) szerint: „ha egy adott testtájon több izomműködés hat a bőrfelszínre, azok eredői és az általuk feltételezett erővonal-irányok változatos rajzolatot adnak”. Az ujjközti redő határvonalainak lefutási iránya az ujjak saját és egymáshoz viszonyított bonyolult mozgásait figyelembe véve a feltételezhető erővonalaknak megfelel; különösen akkor, ha az ötszög oldalait nem egyenes, hanem a redő centruma felé domborodó, enyhén ívelt vonalaknak fogjuk fel. Az ujjak abdukciójának hosszanti erővonala, valamint a flexiós–extenziós mozgások harántirányú erővonalai a kéz használata során szinte mindig együttes mozgásingerként hatnak. Ezek eredőjeként adódnak a redők oldalsó határvonalait jelző ferde vonalak. E vonalak mentén vagy velük párhuzamosan vezetett metszések helyén optimális, de legalábbis megfelelő, túlburjánzásra és zsugorodásra nem hajlamos heg várható. Ezzel szemben biztosan vaszkos, *hipertrófiás* és az ujjak mozgáskorlátozottságát okozó hegre számíthatunk a redő területét bárhol *harántul* keresztező varratvonal helyén.

Az ujjközti redők bőrének pótlása nagy körütekintést igénylő komplex feladat. A megfelelő módszert a redők bőrhányának kiterjedése alapján választjuk ki, a műtét tervezésekor és végrehajtásakor azonban a redők sebészi anatómiájának ismeretén alapuló varratvonalvezetés a műtét eredményességének döntő meghatározója.

I R O D A L O M

1. *Adamson, J. E., Crawford, H. H., Horton, C. E.*: Treatment of dorsal burn adduction contracture of the hand. *Plast. Reconstr. Surg.* 1968, 42, 355–359.
2. *Beasley, R. W.*: Principles and techniques of resurfacing operations for hand surgery. *Surg. Clin. North Am.* 1967, 47, 389–413.
3. *Blauth, W.*: Zur Behandlung der verengten Daumen-kommissur mit der „erweiterten Schwenklappenplastik“. *Handchirurgie* 1976, 8, 71–74.
4. *Bonola, A., Fiocchi, R.*: Cross-arm double flap in the repair of severe adduction contracture of the thumb. *Hand* 1975, 7, 287–290.
5. *Brand, P. W.*: Deformity in leprosy. In: *Cochrane, R. G.* (szerk.): *Leprosy in theory and practice*. 2nd ed. Wright, Bristol, 1964. 485.
6. *Browne, E. Z., Teague, M. A., Snyder, C. C.*: Burn syndactyly. *Plast. Reconstr. Surg.* 1978, 62, 92–95.
7. *Bunnell, S.*: *Surgery of the hand*. Lippincott, Philadelphia, 1948.
8. *Edgerton, M. T., Brand, P. W.*: Restoration of abduction and adduction to the unstable thumb in median and ulnar paralysis. *Plast. Reconstr. Surg.* 1965, 36, 150–164.
9. *Flatt, A. D., Wood, V. E.*: Multiple dorsal rotation flaps from the hand for thumb web contractures. *Plast. Reconstr. Surg.* 1970, 45, 258–262.
10. *Gillies, H., Millard, D. R.*: *The principles and art of plastic surgery*. Little Brown, Boston, Toronto, 1957.
11. *Goumain, A. J., Baudet, J.*: Le lambeau „en araignée” dans la réparation des commissures cicatricielles des doigts. *Ann. Chir. Plast.* 1973, 18, 275–279.
12. *Iselin, M.*: *Chirurgie de la main*. Masson, Paris, 1955.
13. *Iselin, M.*: *Atlas de technique opératoire chirurgie de la main*. Flammarion, Paris, 1958.

14. *Limberg, A. A.*: Local plastic methods of discission of small dorsal and volar interdigital skin folds. *Acta Chir. Plast.* 1960, 2, 33—35.
15. *Lister, G. D., Milward, T. M.*: Skin contracture of the first web space. *Transactions of the Sixth Internat. Congr. of Plast. and Reconstr. Surg.* Masson, Paris, New York, 1976.
16. *Littler, J. W.*: Principles of reconstructive surgery of the hand. In: Converse, J. M. (szerk.): *Reconstructive plastic surgery*. Vol. 4. Saunders, Philadelphia, 1964. 1620—1624.
17. *MacDougal, B., Wray, R. C., Weeks, P. M.*: Lateral-volar finger flap for the treatment of burn syndactyly. *Plast. Reconstr. Surg.* 1976, 57, 167—171.
18. *Manninger J., Varga A., Szabó L., Zolczer L.*: Erzőbőr-pótlás a kézen sziget-lebenyplasztikával. *Magy. Traumatol. Orthop.* 1963, 6, 189—199.
19. *Ménesi L.*: A súlyosan égett kéz helyreállító műtéteivel szerzett tapasztalatok. *Honvéder orvos* 1976, 28, 211—222.
20. *Merkel, D., Donáth A.*: Tenyéri bőrpótlás és interdigitális redőképzés egyetlen lokális lebennnyel. In: Bugyi I. (szerk.): *Plasztikai Sebészet Országos Ankét Szentesen*. 1976. május 7—8. Szegedi ny., Szentés, 1977. 57—58.
21. *Miura, T.*: Use of paired abdominal flaps for release of adduction contractures of the thumb. *Plast. Reconstr. Surg.* 1979, 63, 242—243.
22. *Moncrief, J. A., Switzer, W. E., Rose, L. R.*: Primary excision and grafting in the treatment of third degree burns of the dorsum of hand. *Plast. Reconstr. Surg.* 1964, 33, 305—316.
23. *Planas, J.*: The spider splint. A usefur stabilizer for grafting the dorsum of the hand. *Plast. Reconstr. Surg.* 1962, 29, 356—359.
24. *Schönbauer, H. R.*: Vollhautstreifenplastik bei Narbenkeloiden der Hand nach Verbrennungen. *Handchirurgie* 1970, 2, 88—90.
25. *Shaw, D. T., Li C. S., Richy, W. G.*: Interdigital butterfly flap. *Handchirurgie* 1972, 4, 41—43.
26. *Spinner, M.*: Fashioned transpositional flap for soft tissue adduction contracture of the thumb. *Plast. Reconstr. Surg.* 1969, 44, 345—348.
27. *Tanzer, R. C.*: Correction of interdigital burn contractures of the hand. *Plast. Reconstr. Surg.* 1948, 3, 434—438.
28. *Webster, G. V., Rowland, W. D.*: Skin-grafting the burned dorsum of the hand. *Ann. Surg.* 1946, 124, 449—462.
29. *Wintsch, K., Schneider, K., Ganzoni, N.*: Die Korrektur der Adduktionskontraktur des Daumens. *Handchirurgie*, 1971, 3, 71—76.
30. *Zoltán J.*: A félvastag bőr szabad átültetése. *Medicina*, Budapest, 1960.
31. *Zoltán J.*: Cicatrix optima. *Medicina—Akadémiai*, Budapest, 1974.

Donat A.:

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ МЕЖПАЛЬЦЕВЫХ СКЛАДОК
В СВЕТЕ ТРЕБОВАНИЙ ЗАМЕЩЕНИЯ КОЖИ**

Dr. A. Donáth: *Chirurgische Anatomie der Interdigitalfalten aufgrund der Erfordernisse bei Hauttransplantation*



Stugeron[®] tableta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnarizinumot tartalmaz.

JAVALLATOK

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

ADAGOLÁS

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

MELLÉKHATÁS

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

**KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
BUDAPEST**

Az ujjközi redők képzésének új módszere művi syndaktyliával végzett bőrpótlás után

A hosszú ujjak és/vagy az ujjközi redők többszörös, kiterjedt, mély bőrhiányait egyidejűleg lehet pótolni egyetlen távoli lebennyel és művi syndaktylia képzésével — akár a kéz palmáris, akár a dorzális oldalán. A módszert A. G. Bettmann írta le 1932-ben (3), és ma már klasszikus eljárásként tartjuk számon (4, 7, 8, 13, 15).

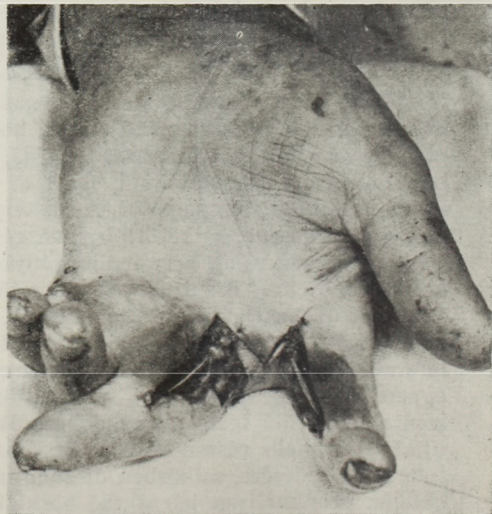
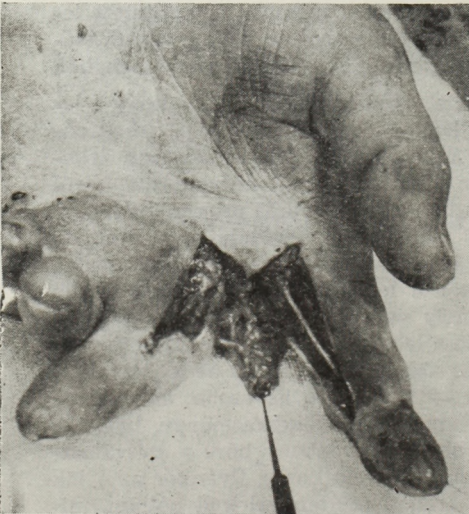
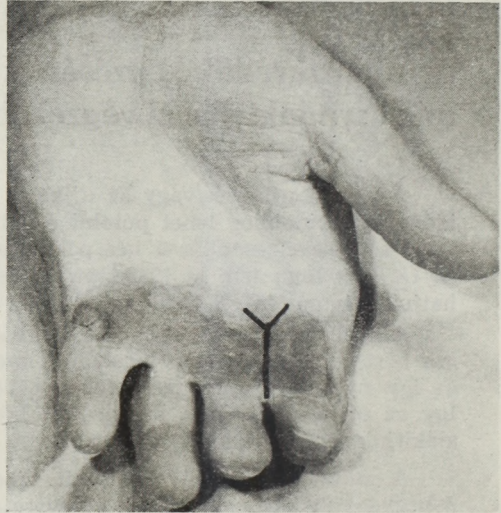
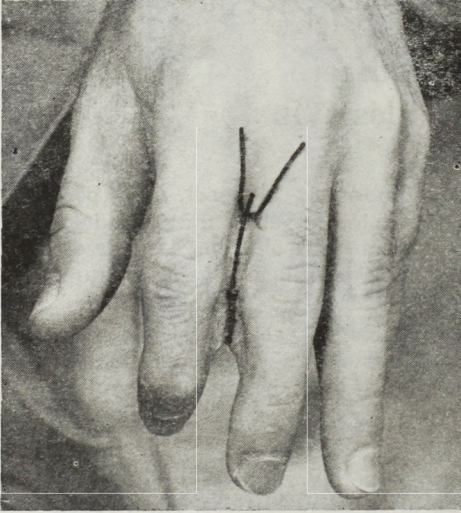
A módszer lényege, hogy az ujjak középvonalaiban a heget felhasítjuk, a heges bőrt mindkét oldalon legalább a mediolateralis vonalig alápreparáljuk, és az így nyert ajtószárnszerű lebenyeket az ujjak között egymáshoz varrjuk. Így az ujjak többszörös, szalagszerű bőrhiányát *egyetlen* közös sebfelszínre alakítjuk át, melyre lebenyt ültetünk.

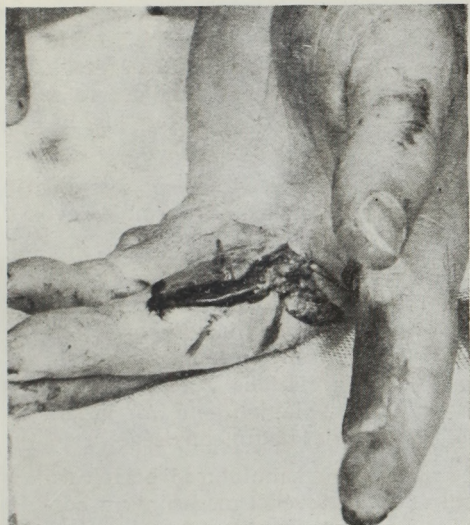
A művi syndaktyliával végzett lebenyes bőrpótlás második fő szakasza a begyógyult lebeny nyelének átvágása és az ujjak szétválasztása. Ha a redők épek, tehát a műtét csak az ujjakra korlátozódik, egyszerű a feladat. Ha azonban a bőrpótlás az ujjközi redők területére is kiterjed, az új redők képzése már sokkal bonyolultabb. Az ujjak szétválasztásakor ugyanis az átültetett lebeny egy részét a redők bőrének pótlására kell felhasználnunk, és gyakran előfordul, hogy emiatt az ujjak fedésére nem marad elegendő bőr a lebenyből.

Tény, hogy a legtöbb szerző hangsúlyozza, és magunk is valljuk, hogy a lebenyt célszerű bőségesre méretezni, hogy legyen elegendő anyag a sebek zárásához az ujjak szétválasztása után (3, 8, 13, 17, 18, 19). A gyakorlatban azonban nehéz ezt megvalósítani, mert az elv alkalmazása ellentmondásba kerül a kéz anatómiai adottságaival. A szétterpesztett ujjak ugyanis proximális irányban konvergálnak, a közöttük levő rések pedig ezzel egyidejűleg szűkülnek. Ugyanakkor az ujjak proximális irányban egyre szélesednek, tehát több anyag kell a fedésükre. Az ujjak szétválasztásakor a lebenynek az ujjakat áthidaló szakaszai biztosítják azt a „tartalékot”, amely szükséges ahhoz, hogy az ujjak bőrhiányát oldalfelé is maradéktalanul fedje a lebeny, és a varratvonal a mediolateralis vonalba kerüljön. Az ellentmondás abban rejlik, hogy ez a „tartalék” éppen abban az irányban — proximálisan — lesz egyre kevesebb, amerről az iránta felmerülő igény egyre fokozódik. Ennek az a következménye, hogy az ujjak proximális részén sokszor kevésnek bizonyul a lebeny bőre a szétválasztott ujjak fedésére, miközben disztálisan felesleg mutatkozik. Ilyenkor az ujjak oldalán proximálisan jelentkező bőrhiányt szabad átültetéssel kell pótolni, mi-

közben a varratvonalak nem kívánatos irányba tolódnak el. Emiatt legtöbbször utólagos hegkorrekció és/vagy további szabad bőráttetés válik szükségessé.

Ennek elkerülésére dolgoztunk ki — egyikünk (D. A.) ötlete alapján — olyan műtéti eljárást, amely alkalmas az ujjközi redők megfelelő pótlására, az ujjak tövén támadt bőrhány fedését pedig szabad áttetés nélkül, a disztális lebenymaradék felhasználásával teszi lehetővé. A művi syndaktyliánál kevés a bőr proximálisan, viszonylag sok a bőr a disztálisan. Módszerünk a bőrmennyiségnek erre az elosztására épül.





A műtét elvi vázlata a következő: az ujjközti redő pótlását a veleszületett syndaktylia oldására kidolgozott lebenyes eljárások (1, 2, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21) kombinációjából kidolgozott saját módosításunkkal végezzük. Ennek lényege két lebeny metszése, melyek közül a nagyobbat mindig arra az oldalra tervezzük, ahol több a bőr, míg a szembülső oldalon metszett kis, háromszögletű lebeny a varratvonalak helyes irányát hivatott inkább biztosítani.

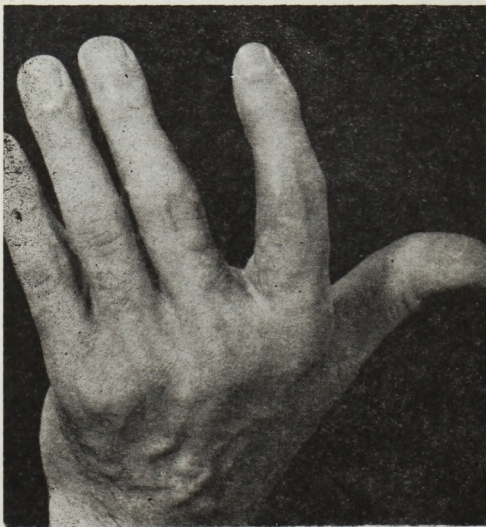
A nagyobb, disztális irányban keskenyedő, négyszögalakú lebeny disztális végét hosszirányban bemetszve, az fecskéfarkszerűen illeszkedik a szemben levő háromszögalakú lebenyhez.

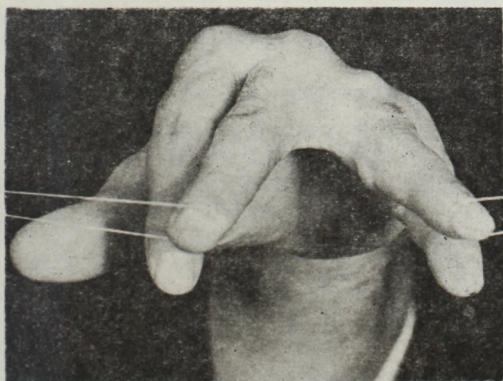
Az így kialakult varratvonalak a redő fő erővonalát hegyesszögben érik el, kétoldalt pedig a redő határvonalának megfelelően haladnak. A lebenyektől disztálisan hosszirányú metszéssel szüntetjük meg a syndaktyliát. Ekkor jól érzékelhető az ujjak tövéénél mutatkozó hiány és a viszonylagos bőrfelesleg az ujjak disztális felén. Ezután az ujjon tapadó lebeny disztális végénél kezdett kettős Z-plasztikát végzünk, ami — a Z-plasztika elve alapján — a „Z” középső szárának irányába helyezi át a kétoldalról mobilizálható bőrmennyiséget.

Így az ujj disztális részének a metszésvonal mentén mutatkozó bőrfeleslege proximális irányba helyeződik át, miáltal az ujjak tövéénél megszűnik a bőrhány.

A kettős Z-plasztikát mindkét ujjon elvégezve feszülésmentes, cikk-cakkos varratvonalakat, illetve hegvonalakat és kellő mélységű és tágasságú redőt nyerünk.

Három-négy hetes időközökben hasonló módon választjuk szét a többi ujjat is. Az így képzett új redők tágassága és alakja a normálisnak megfelelő, az ujjakat pedig mindenütt teljes értékű bőr fedi.





Az ismertetett eljárással eddig három beteg nyolc ujjközi redőjét pótoltuk kifogástalan eredménnyel.

1. Barsky, A. J.: Congenital anomalies of the hand. J. Bone Joint Surg. 1951, 33—A, 35—64.
2. Bauer, T. B., Tondra, J. M., Trusler, H. M.: Technical modification in repair of syndactylism. Plast. Reconstr. Surg. 1956, 17, 385—392.
3. Bettmann, A. G.: Syndactylizing the fingers preliminary to skin grafting. North-west Med. 1932, 31, 70—71.
4. Blackfield, H. M.: Burn contracture of the hand. Surg. Gynecol. Obstet. 1939, 68, 1066—1073.
5. Blackfield, H. M., Hause, D. P.: Syndactylism. Plast. Reconstr. Surg. 1955, 16, 37—46.
6. Buck-Gramcko, D.: Operative Behandlung der angeborenen Fehlbildungen der Hand. Handchirurgie 1975, 7, 53—67.
7. Bunnell, S.: Contractures of the hand from infections and injuries. J. Bone Joint Surg. 1932, 14, 27—46.
8. Bunnell, S.: Surgery of the hand. Lippincott, Philadelphia, 1948.
9. Cronin, T. D.: Syndactylism. Experiences in its correction. Tri-State M. J. 1943, 15, 2869—2871.
10. Cronin, T. D.: Syndactylism: results of zig-zag incision to prevent postoperative contracture. Plast. Reconstr. Surg. 1956, 18, 460—468.
11. Gillies, H., Millard, D. R.: The principles and art of plastic surgery. Little-Brown, Boston, 1957.
12. Gonda A.: A congenitalis syndaktylia. II. rész. Magy. Traumatol. Orthop. 1963, 3, 224—237.
13. Iselin, M.: Chirurgie de la main. Masson-Cie, Paris, 1955.
14. Marumo, E., Kojima, T., Suzuki, S.: An operation for syndactyly, and its results. Plast. Reconstr. Surg. 1976, 58, 561—567.
15. Ménesi L.: Súlyosan égett kéz helyreállító műtéttével szerzett tapasztalatok. Honvéddorvos 1976, 28, 211—222.
16. Morel-Fatio, D.: Traitement plastique des séquelles de brûlures et de plaies de la main. Acta Orthop. Belg. 1958, 24, Suppl. III, 83—105.
17. Morel-Fatio, D., Tubiana, R.: Brûlures des mains. Le traitement tardif lutte contre les cicatrices vicieuses. J. Chir. 1948, 64, 520—536.
18. Rubin, L. R., Shapiro, R. N., Robertson, G. W.: Three fundamental principles of hand surgery. Am. J. Surg. 1950, 80, 57—59.
19. Schneider, W., Vaubel, W. E.: Operative Korrektur pathologischer Interdigitalfalten. Eine neue Schnittführung. Handchirurgie 1980, 12, 31—36.
20. Skoog, T.: Syndactyly. Acta Chir. Scand. 1965, 130, 537—549.
21. Zoltán J.: A syndaktylia mûtéte, különös tekintettel a szorosan összenött ujjak szétválasztására. Magy. Seb. 1956, 9, 209—216.

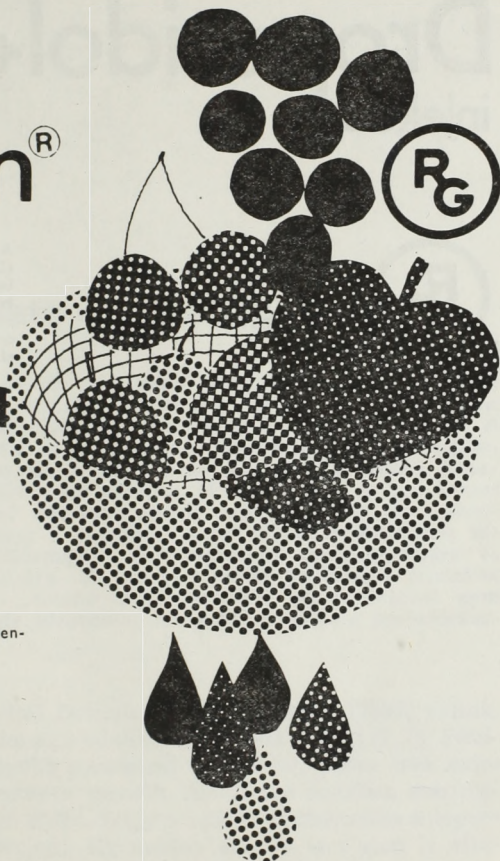
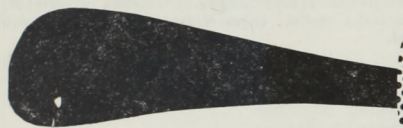
Донат А., Наддау Э.:

NOVÝ METOD OBRAZOVANIA MEJPALECEVÝX SKLADOK
POSLE ZAMECENIA KOŽI ISSKUSTVENNYM SRAČENIEM
PALCEV

Dr. A. Donáth und Dr. E. Náday: *Neue Methode der Interdigitalfaltenbildung nach, mittels artifizieller Syndaktilie ausgeführten Hauttransplantation*

Vitacolan[®]

vitamin emulzió



Polyvitamin készítmény gyermekek és idős, legyengült betegek részére.

ÖSSZETÉTEL

5 ml (egy kávéskanál) tartalma	
Vitamin A	1250 NE
Vitamin B ₁	0,75 mg
Vitamin B ₂	0,85 mg
Vitamin B ₆	1,00 mg
Vitamin C	15,00 mg
Nikotinsavamid	7,50 mg
Panthenolum	1,50 mg
Szorbitol	2,7 g

JAVALLATOK

Alkalmazása indokolt mesterségesen táplált csecsemőknek, amennyiben a táplálék nincsen vitaminnal kiegészítve, fejlődésben elmaradt étvágytalan, kedvetlen gyermekeknek és szoptató anyáknak. Idős és leromlott szervezetű betegek kezelésekor szervesen egészíti ki az egyéb terápiát. Preventív céllal adható kisdedeknek és gyermekeknek, serdülőknak téli és tavaszi hónapokban.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja gyermekeknek naponta egy kávéskanállal (5 ml), serdülő kortól naponta két kávéskanállal (10 ml), vízzel, tejjel, teával, kakaóval hígítva.

MEGJEGYZÉS

Gyermekek D-vitaminnal való kezelése a Vitacolan adása idején is változatlan adagolásban tovább folytatandó!

FIGYELMEZTETÉS

A Vitacolan túladagolása szorbit-tartalma miatt arra érzékeny egyéneknél hasmenést válthat ki. Linolac, Robébi A, Robébi B, Robolact alkalmazása esetén a Vitacolan emulziót a csecsemők nem kaphatják A-vitamin túladagolás veszélye miatt.

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST**

Droperidol+ Fentanyl

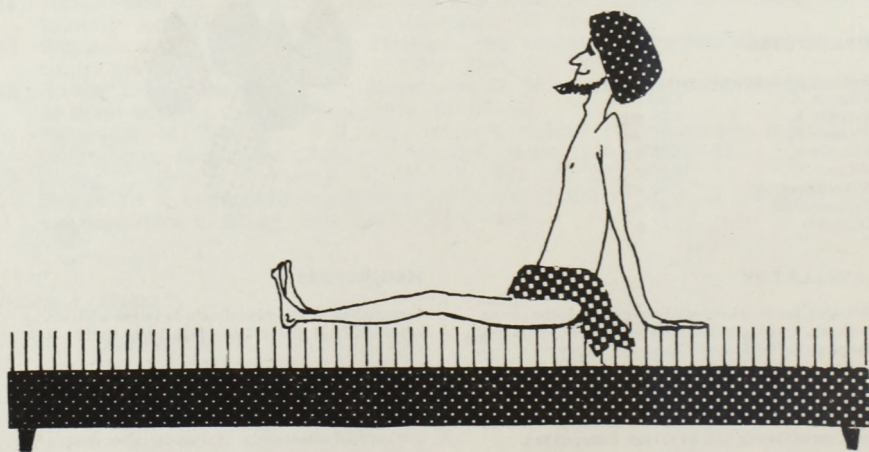
injekció



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST

Az általános érzéstelenítés egy neurolepticum (Droperidol) és egy analgeticum (Fentanyl) együttes adásával is bekövetkezik.

Neuroleptanalgesiában Droperidol-Fentanyl megfelelő arányú elegyével részben megtartott öntudat mellett teljes fájdalommentesség érhető el.



Dr. Cziffer Endre

A scapulatörések konzervatív és műtéti kezelése

A scapulatörés viszonylag ritka sérülés és alapvetően konzervatívan kezelik. A műtéti töréskezelés elterjedése nyomán átértékelődnek a lapockatörés kezelési elvei is. A szerző áttekinti az irodalmat és ismerteti a lapocka különböző töréstípusait, érdekes, ritka eseteket, a műtéti behatolás lehetőségeit, az ajánlott fémanyagokat és egy romos scapulatöréssel sikeresen kezelt saját esetiüket is. Nyomatékosan felhívja a figyelmet a nervus suprascapularis sérülésének fontosságára, az idegvarrat szükségességére és jótékony hatására. A scapulatöréssel foglalkozó irodalom bár említi a „rotator-ideg” sérülését, de varratával nem foglalkozik. Az idegvarrat elmaradása 50%-os funkcióvesztést okoz.

A scapulatörések legelső gyógyítói Desault (1805) és Cooper (1807) voltak. Utánuk kevés információt jegyzett fel az irodalom az 1930-as évekig (7, 8). Findley két közleménye (9, 10) már nagyobb sorozatról számol be. Azóta csak szórványos esetismertetésekkel jelentkeztek a szerzők. Az utóbbi években szaporodik a közlemények száma, különösen azóta, hogy a műtéti töréskezelés a lapockatörések bizonyos típusaira is kiterjedt. Ily módon ezen a területen is vitába szállhattak a konzervatív és a műtéti töréskezelés hívei. Sajnálatos, hogy a magyar nyelvű közlemények száma elenyészően csekély (25, 26, 27).

A scapulatörés viszonylag ritka sérülés. Rowe (2) 1603 vállövi törés és luxatio közül mindössze 54 lapockatörést talált. A sajátos anatómiai viszonyok teszik a lapockát „törésbiztos” csonttá. Sérülése általában direkt traumára következik be. A scapulának két szalagos összeköttetése van, és 17 izom ered, illetve tapad rajta. Az erőteljes izomköpeny, a jó mozgékonyosság és az a képessége, hogy rugalmasan tud a mellkasfalon elcsúszni, kitűnő védelmet biztosít mind a direkt, mind az indirekt traumák ellen. A betegek 80%-ánál társsérülés is található (2, 3). Elsősorban a kulcscsont, a felső bordák és a mellkasi szervek sérülnek. Gyakori a humerus proximalis végének sérülése.

A diagnosztikában két különleges dolgot kell megemlíteni. A lapocka dorsalis borítófasciája igen erős. A vérzés a bőr alatt csak akkor jelenik meg, ha a fascia is elszakad. Izomspasmus, vagy a musculus supraspinatus, infraspinatus és a subscapularis izomzat bevérzése a „rotator-lemez” sérülés klinikai képét mutathatja. Ezért ezt Rowe a rotator-lemez „pseudorupturájának” nevezi. A beteg nem képes a kart abducálni és 90 fokos abductióban a karját megtar-

tani. Az izmok átmeneti paralysisse jöhet létre. A delta-izom posttraumás gyengesége gyakori, de spontán rendeződik.

Tscherne (1) a lapocka sérüléseket így osztja fel:

1. Nyulványtörések: acromion és processus coracoideus
2. Scapulatest törés, beleértve a medialis és caudalis szögletet
3. Scapula-nyak törés
4. Ízületi vápatörés
5. Kombinált formák, romtörések.

A sérülések általában egyoldaliak és mechanikai traumára jönnek létre. A kétoldali scapulatörés nagyon ritka. Az irodalomban egy közölt eset található, amelyben a kétoldali lapockatörést áramütés miatt fellépő izomtétania okozta (4).

A sérülés oka 440 V 60 Hz frekvenciájú váltóáram volt. A sérültnél szívmegeállás nem lépett fel, eszméletvesztése nem volt. A röntgen-felvételek kétoldali romos lapockatörést mutattak. Tekintettel arra, hogy a beteg nem esett el, a törés teljesen az izomcontractiónak tulajdonítható. A váltóáram tetaniát okoz. Előfordul, hogy a tuberculum maius törik le a rotatorlemez tetaniája miatt (5, 6). Az elektromos áram okozta scapulatörésnél feltehetőleg a rhomboideusok, levator scapulae, trapesius, serratus anterior és a triceps görcse szakítja szét a lapockát.

A tünetek felhívják a figyelmet a scapula törésére, bár többszörös sérülés, polytraumatisatio esetén a diagnózis napokig késhet. Az adaequat röntgenfelvételek elengedhetetlenek a pontos diagnózishoz és az esetleges mütéti indicatio felállításához. Ezek magukba foglalják az AP, oldal, ritkán a tangentialis, axillaris és ferde felvételeket, szükség esetén atipusos felvételeket is. Ezek nagyfokú válltáji fájdalom és a beteg általános állapota miatt egyáltalán nem, vagy kellő időben nem készíthetők el. A diagnózisban zavart okozhatnak az acromion epiphysis (os acromiale), az acromioclavicularis (AC) luxatio, vállficam.

Az acromion epiphysis persistens a populatio 15%-ában jelen lehet. Egyéb anatómiai variációk: a fennmaradó coracoid csontosodási centrum és az úgynevezett infrascapularis csont (11). Ezek általában kétoldaliak. A scapula processus coracoideus izolált törése viszonylag ritka, csak néhány közlemény foglalja vele (13, 14), nagy figyelmet általában nem szentelnek ennek a témának. *Froimson* (12) 6 esetet közöl és ismerteti a röntgenezési technikáját, amellyel a törést jól ki lehet mutatni. A standard AP és oldal felvétel nem ad jó rálátást a processus coracoideus basisára. Az abduciált karal végzett axillaris felvétel azonban igen, de a kezdeti nagy fájdalom ezt nem teszi lehetővé. Hanyattfekvő betegen a filmet a sérült válla alá helyezi, és a röntgensövet a beteg feje felől irányítva 45–60 fokos szögben megdönti. Ritkán fordul elő a processus coracoideus stress törése. *Boyer* (15) közölt egy esetet. A sérülés egy trapp-lövőnél fordult elő, aki hetente 200–1000 lövést adott le. *Rask* ugyanitt stresztörést írt le acromionon (16). *Montgomery* a processus coracoideus epiphysis törését közli, amely AC-luxatióval fordult elő (17).

A lapockatörések gyorsan gyógyulnak és a legtöbb töréstípusnál kevés panasz marad vissza. A corpus törésénél a vastos izomköpeny megakadályozza a nagyobb dislocatiót és mint természetes „sinezés” lép fel. Ezeket konzervatív módon kezeljük. Az alapvető elv a korai funkcionális kezelés. Nyugalomba helyező kötések is csak néhány napra indokoltak. A társsérülések miatt, illetve polytraumatizált betegnél a lapockatörés gyakran kezelés nélkül is meggyógyul. A

konzervatív kezelésben az elmúlt években lényeges változás nem történt, újabb szempontok nem jelentkeztek. Russe 100 lapockatörés utánvizsgálatát végezte. Valamennyit konzervatíván kezeltek, csak a durván dislocált acromion és coracooid törésnél tartja indokoltnak a nyitott repositiót és synthesist (18). Eredményei kielégítőek.

A nyúlványok dislocált és az ízületi szöglet töréseit a jelenlegi töréskezelési elvek figyelembe vételével revideálni kell (2, 19, 20, 21). A rosszul gyógyult ízületi törés a vállizület posttraumás arthrosisához, contracturához, állandó fájdalomhoz vezet. A nyak töréseinél a kar a lateralis darabot előre és lefelé húzza, az izomtónus itt rögzíti, a vállöv deformálódik, idegzavarok léphetnek fel.

Műtéti indicatio

A nyílt repositio és a mozgásstabilitás megteremtése osteosynthesissel — az általános szempontokon kívül (társsérülés, életkor, foglalkozás, oldaliság stb.) — a következő esetekben indokolt:

1. Diastasisal járó acromion és processus coracoideus törés
2. Izületi vápa peremtörések váll luxatióval
3. Dislocált vápatörés
4. Erősen dislocált nyaktörés.

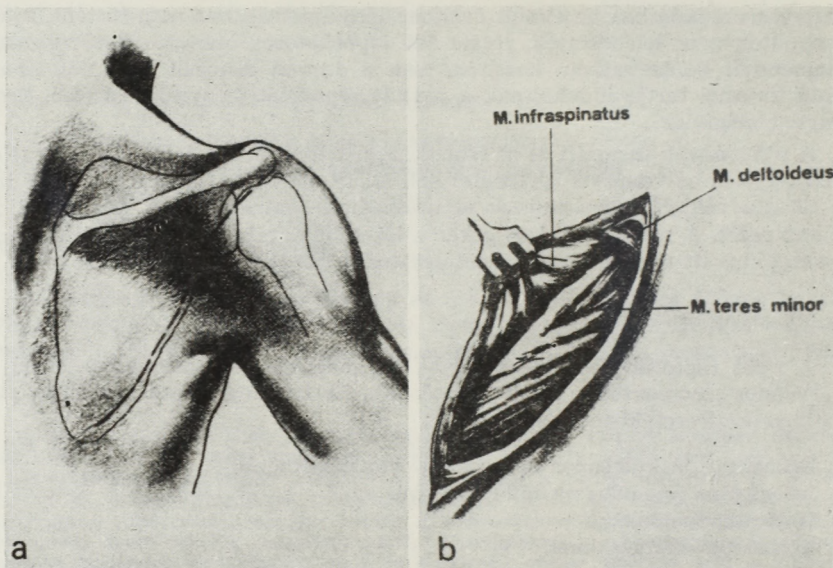
Ganz és Noesberger (22) javasolja, hogy AC-luxatio vagy clavicula törés esetében egyidejűleg azokat is műtéti úton reponáljuk és stabilizáljuk. Öt esetről számolnak be, amelyből egyben volt a törésből eredő nervus suprascapularis sérülés is. Terbrüggen és mtsai (23) is javasolják a műtéti kezelést scapula romtörés clavicula töréssel való együttes előfordulásakor. Ez a vállöv instabilitását jelenti és lehetetlenné teszi a korai funkcionális kezelést. Hét utánvizsgált sérültből 6 panaszmentes, egy esetben nervus suprascapularis sérülést is észleltek, ennek funkcionális eredménye igen rossz volt, a vállizület funkciója 50%-kal csökkent. Az ideg rekonstrukcióját nem végezték el.

A műtéti indikációt a magunk részéről kiegészítjük azzal, hogy indokolt feltárás a nervus suprascapularis sérülése esetén is, habár ennek kórismézése igen nehéz. A későbbiekben esetismertetésünkben erre még visszatérünk.

Mint már említettük, a lapockatörés nem gyakori sérülés, így a műtételeg kezelt esetek száma is alacsony, az összes scapulatörések 6—10%-a. Ezért az elmúlt években a scapula osteosynthesisekről általában csak kazuisztikák jelentek meg.

A műtéti behatolás megválasztása:

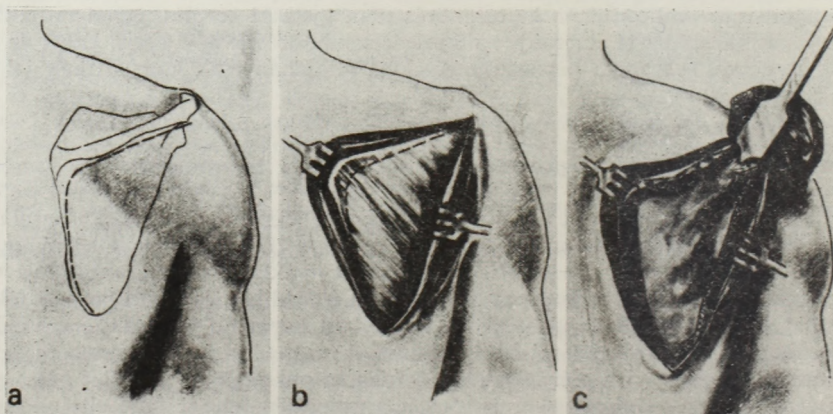
Az első vápaperemhez és a processus coracoideushoz ventralisan hatolunk be a sulcus deltoideo-pectoralison át. Az acromion törésénél direkt bőrmetszést ejtünk a sérülés felett. Az ízületi töréshez és a nyakhoz dorsalis behatolást választunk. Az S-alakú metszés az acromiontól húzódik a lateralis margó felett az alsó szöglethez. (1. ábra). A felső sebzugban keresztül húzódik a musculus deltoideus, melyet a spináról leválasztunk. A musculus infraspinatus és teres minor között behatolva elérhetjük a lateralis scapulaszélt és az ízület hátsó peremét, az ízületi szögletet. A musculus infraspinatus lateral felől eltolva megkímélhető a nervus suprascapularis.



1. ábra

A másik behatolás az acromiontól indul, a spinával párhuzamosan halad, majd lefelé fordul a medialis margó mentén az alsó csúcsig (2. ábra). A bőrmetszés vonalában behajlítjuk a fasciát és az izmokat raspatóriummal az acromion felé felhajlítjuk.

A nervus suprascapularis, amely az incisura scapulae-n lép át és a rotator-lemez izmaiba közvetlenül belép, ugyancsak megkímélhető. A feltárás alkalmas a lapockatest, spina, hátsó vápaperem és a nyak töréseinek ellátására. További lehetőség a rotator-lemez átmetszése a tapadás előtt, és az izmok ily módon való kihajtása, majd az osteosynthesis után a lemez varrata.



2. ábra

Az osteosynthesis megválasztása:

1. Acromiontörés: húzóhurok, vagy húzócsavar és természetesen a coracoclavicularis szalag varrata, illetve pótlása.
2. Processus coracoideus: húzócsavar.
3. Spina scapulae: harmadcsőlemez (KFI).
4. Ventralis és dorsalis peremtörés: húzócsavar.
5. Dislocált vápatörés a margóra is leterjedő háromszögű fragmentum letörésével: húzócsavar. Ha a letört darab nagy, illetve a nyakra terjed: lemez.
6. Legnehezebb probléma az erősen dislocált nyak- és vápatörés, valamint a darabos törés. Először helyreállítandó a test, a spina, a lateralis margó törése, és ezekhez utólag reponáljuk és rögzítjük az ízületi testet, nyakat. Általában KFI lemezeket használunk. A spinára a lemezt az alsó felszínre helyezzük.

Darabos töréseknél mindig keressük fel a nervust és ha elszakadt, varrjuk meg. Amennyiben az idegvarrat elmarad, úgy ne számítsunk jó funkcióra.

Rotator-kiesés tünetei lépnek fel:

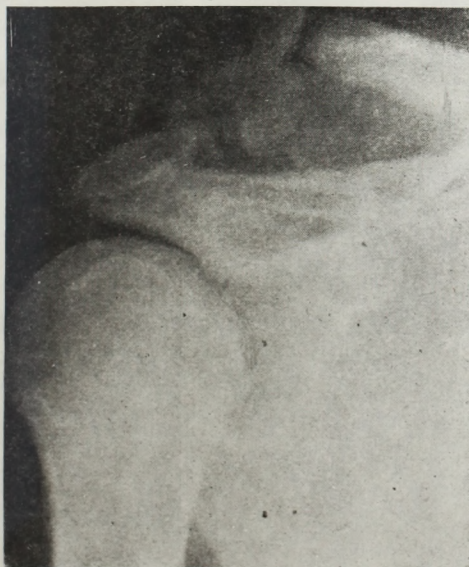
nervus suprascapularis . . . rotator izmok . . . rotator-lemez . . . tuberculum

(laesio)	(bevérzés)	(szakadás)	maius
	(„pseudo”)		törés

A fenti sor bármelyik tagja sérül, hasonló tünetek és funkciókiesés lép fel.

Esetismertetés

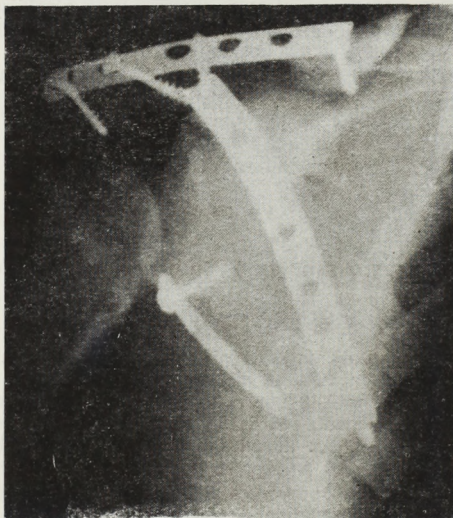
D. G. 21 éves férfi motorkerékpárjával bukott, a jobb vállát ütötte meg. Mentő szállította osztályunkra. Esméletvesztése nem volt. A röntgen felvételen a j. o. clavicula külső harmadának darabos törése látható, 2 cm-es kitérték 90 fokkal elfordult. A scapula testén és nyakán darabos, romos törés. A nyak az ízületi felszínnel együtt ventromedial irányba tolódott el. Az acromion a spináról harántul letört (3. ábra).



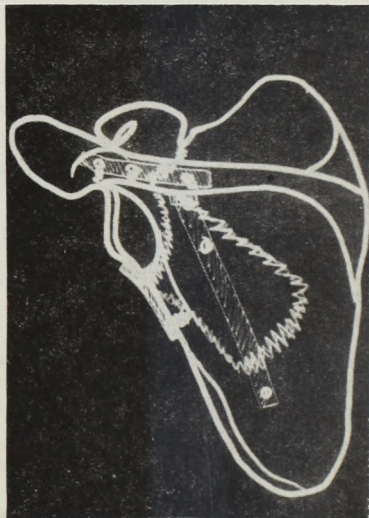
3. ábra

Felvétele után narkózisban megkíséreltük a durván dislocált romos scapula-törés repositióját, ami nem járt kielégítő eredménnyel. Mellkasi contusio miatt örzőbe helyezzük observatóra, légzőtornára. A sérült vállöv lényegesen megrövidült, deformált, duzzadt, abducálni nem tud. A deltaizmot innerválja. A peripherián keringési, beidégzési zavar nem észlelhető. A többi végtag fizikálisan negatív.

A felvételt követő 3. napon — miután mellkasi és hasi sérülést kizártuk — olecranon extenziót helyeztünk fel 4 kg-os húzással. További 2 nap múltán újabb 3 kg-mal növeltük a húzást, mivel a scapulanyak törése továbbra is jelentős dislocatiót mutatott, a nyak a vápával együtt a scapula alá csúszott. Tíznap eredménytelen extenziós kezelés után a felvételt követő 13. napon műtéti feltárás mellett döntünk.



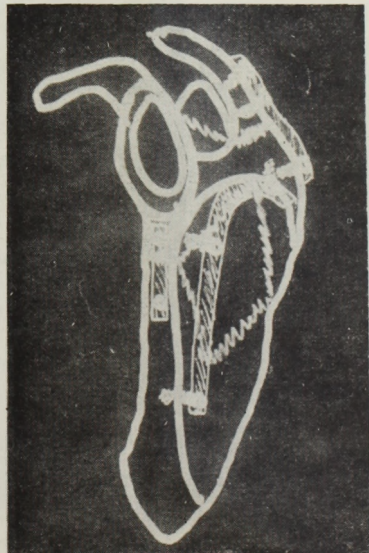
4. ábra



5. ábra

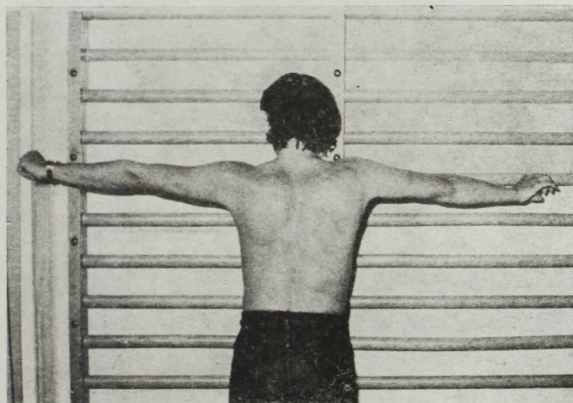


6. ábra

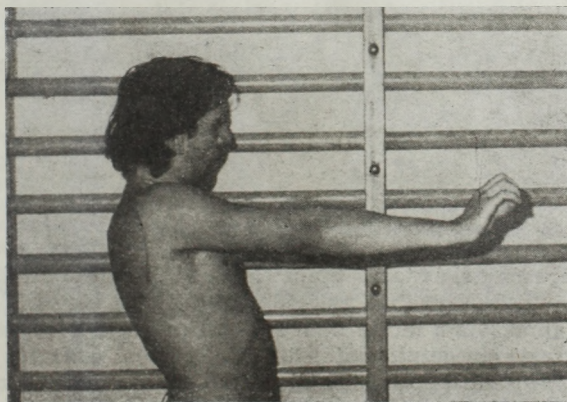


7. ábra

Hátulsó behatolást választunk, a deltát eredésénél részben leválasztjuk a spina-ról és az izmot lateral felé kihajtjuk. A rotációs lemezt tapadási helye előtt átvágjuk és a rotator izmokat medial felé hajtjuk ki. Ekkor látjuk, hogy a corpus kitört darabja élére fordulva a spina tövénél átvágta a nervus suprascapularist. A repositio a sarjszövet eltávolítása után is igen nehezen végezhető csak el. Először KFI lemezzel egyesítjük a spina scapulae törését, majd a corpus darabos törését, és végül reponáljuk a nyakat az ízülettel együtt. Ezt a lateralis margóra erősített lemezzel és csavarokkal rögzítjük helyére (4., 5., 6., 7. ábra).

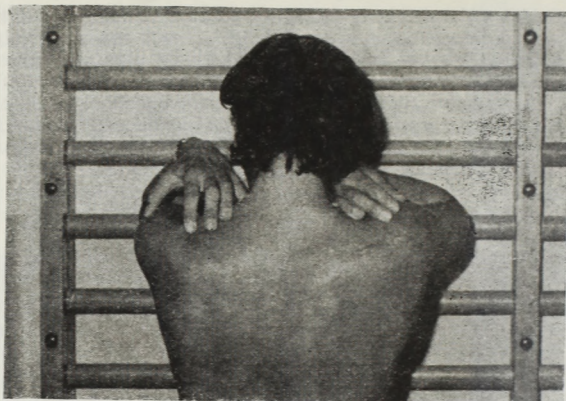


8. ábra

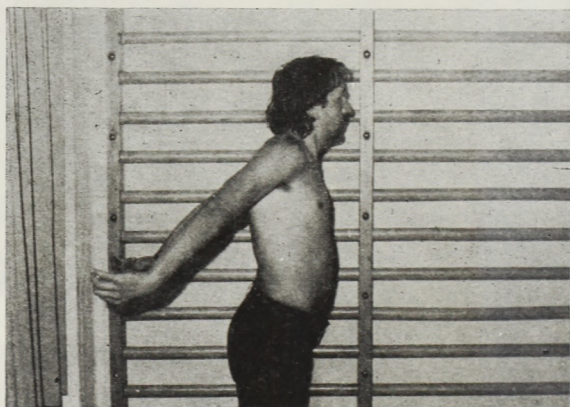


9. ábra

A synthesis mozgásstabil, amiről funkcionális próbával győződünk meg. Az ideg rostjai jól adaptálhatók és 8/0-as öltésekkel fascicularis varratot végzünk, majd rekonstruáljuk a rotator-lemezt és a deltát eredéséhez visszavarrjuk. Műtét után Desault-kötést helyezünk fel. Eseménytelen postoperatív szakot követően a műtétet követő 12. napon kibocsátjuk. Korai funkcionális utókezelését elkezdtük, majd az utókezelés a Központi Baleseti Utókezelőben folytatódott. A beteg rendkívül jól kooperált, és gyakorlatilag egész nap önállóan tornázott. Funkcióját hetente kontrolláltuk. 9 hét után a két váll funkciója között már nem volt lényeges különbség és az elvégzett EMG vizsgálat is teljes gyógyulást mutatott (8—11. ábra).



10. ábra



11. ábra

Egy eset kapcsán nehéz tanulságokat leszűrni, hiszen kontroll nem áll rendelkezésre, így ennek hiányában az irodalom adataira támaszkodhatunk. Esetünkben a váll funkciója a műtét után 9 héttel csaknem 100%-os, érdemes tehát az ideg varratát elvégezni; műtéti indikációt képez a nervus suprascapularis sérülése. A sérülés diagnózisa nehéz, talán a sérülés után végzett EMG-vizsgálat tudná kimutatni, hiszen a funkciókiesés, illetve a tünetek nem specifikusak. Mint fentebb már említettük, lehet rotator-lemez „pseudo-ruptura”, „valódi ruptura”, „csontos” ruptura is. Ha a scapulatörés műtéti kezelése mellett döntünk, keressük fel a nervust és sérülése esetén varrjuk meg.

1. *Tscherne, H., Christ, M.*: Hefte Unfallheilk. 1975, 126, 52.
2. *Rowe, C. R.*: Surg. Clin. North Am. 1963, 43, 1565.
3. *Izadpanah, M.*: Arc. Orthop. Unfallchir. 1975, 83, 153.
4. *Tarquinio, T., Weinstein, M. A., Virgilio, R. W.*: J. Trauma 1979, 19, 132.
5. *O'Flanagan, P. H.*: Injury 1976, 6, 244.
6. *Shaw, J. L.*: J. Bone Joint Surg. 1971, 53—A, 1437.
7. *Hitzrot, J. M., Bolling, R. W.*: Ann. Surg. 1916, 63, 215.
8. *Mencke, J. B.*: Ann. Surg. 1914, 59, 233.
9. *Findlay, R. T.*: Ann. Surg. 1931, 93, 1001.
10. *Findlay, R. T.*: Am. J. Surg. 1937, 38, 489.
11. *Willber, M. C., Evans, E. B.*: J. Bone Joint Surg. 1977, 59—A 358.
12. *Froimson, A. I.*: J. Bone Joint Surg. 1978, 60—A 710.
13. *Benton, J., Nelson, C.*: J. Bone Joint Surg. 1971, 53—A, 356.
14. *Rounds, R. C.*: J. Bone Joint Surg. 1949, 31—A, 662.
15. *Boyer, D. W., Jr.*: J. Bone Joint Surg. 1975, 57—A, 862.
16. *Rask, M. R., Steinberg, L. H.*: J. Bone Joint Surg. 1978, 60—A, 1146.
17. *Montgomery, S. P., Loyd, R. D.*: J. Bone Joint Surg. 1977, 59—A, 963.
18. *Russe, F.*: Hefte Unfallheilkd. 1975, 126, 63.
19. *Friedrich, B., Winter, G.*: Chirurg 1973, 44, 37.
20. *Imatini, R. J.*: J. Trauma 1975, 15, 473.
21. *Magerl, F.*: Helv. Chir. Acta 1974, 41, 225.
22. *Ganz, R., Noesberger, B.*: Hefte Unfallheilkd. 1977, 126, 59.
23. *Terbrüggen, D., Müller, J., Skutella, E.*: Hefte Unfallheilkd. 1977, 126, 62.
24. *Müller, M. E., Allgöwer, M., Schneider, R., Willenegger, H.*: Manual der Osteosynthese. Berlin, Springer, 1977.
25. *Szántó D.*: Ideggyógy. Szle. 1968, 21, 136.
26. *Nagy E., Szabó L., Nagy Z.*: Magy. Traumatol. Orthop. 1967, 10, 29.
27. *Lissauer D.*: Lapockatörés, válficam. Bp., ny. n. 1957.

Циффер Э.:

КОНСЕРВАТИВНОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ЛОПАТКИ

Перелом лопатки встречается относительно редко и, как правило, подлечивается консервативно. С распространением хирургического лечения переломов, переоцениваются и принципы лечения перелома лопатки. Автором дается обзор литературы, рассмотрены различные типы переломов лопатки, приведены интересные случаи, показания к хирургическому лечению, возможности оперативного подхода, рекомендованные металлические материалы и удачно подлеченные случаи разрушенного перелома лопатки из собственной практики. Обращается внимание на значение повреждения надлопаточного нерва, на необходимость и благотворный эффект сшивания концов разорванного нерва. Специальная литература хотя и упоминает повреждение «вращающего» нерва, сшиванием его не занимается. Без сшивания нерва, потеря функции возникает в 50% случаев.

Dr. E. Cziffer: *Konservative und chirurgische Behandlung der Schulterblattfrakturen*

Die Schulterblattfraktur ist eine verhältnismässig seltene Verletzung und wird grundlegend konservativ behandelt. Mit der Verbreitung der chirurgischen Frakturbehandlung wurden auch die therapeutischen Prinzipien der Schulterblattfraktur umgewertet. Autor berichtet über die verschiedenen Frakturtypen des Schulterblatts, gibt seltene Fälle, die chirurgische Indikation, die Möglichkeiten des Operationverfahrens, die empfohlenen Metallmaterialien, sowie ein erfolgreich behandelter Fall einer zertrümmerten Schulterblattfraktur bekannt. Autor betont die Wichtigkeit der Nervus suprascapularis-Verletzung, sowie die Notwendigkeit und günstigen Effekt der Nervennaht. Obwohl die „Rotator-Nerv-“ Verletzung im relevanten Schrifttum erwähnt wird, enthält es keine Angaben über dessen Naht. Wird jedoch keine Nervennaht ausgeführt, verursacht die einen 50%-igen Funktionsausfall.

Klion tabletta · hüvelykúp



ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 250 mg metronidazolomot, 1 hüvelykúp 500 mg metronidazolomot tartalmaz.

ADAGOLÁS

Trichomoniasisban:

Férfinék és nők egyaránt reggel-este 1-1 tabletta (250 mg) 10 napon át. Nők ugyancsak 10 napon keresztül lefekvés előtt 1-1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe. A beteg házastársa, vagy szexuális partnere is fertőzöttnek tekintendő. Tartós gyógyulás csak mindkét fél egyidejű kezelésétől várható.

Giardiasisban:

Felnőtteknek: 5—7 napon át naponta 2×2 tabletta.

Amoebiasisban:

Felnőtteknek:

a) symptoma mentes cisztaürítők esetében 5—7 napon át 2-3 × 2 tabletta.

b) chronikus amoebiasisban (hepatosis esetén is) 5—10 napon át 3 × 2 tabletta.

c) invazív formában, acut amoebas dysenteriában, tünetmentességig 3 × 3 tabletta.

d) amoebás májtályog esetén a megengedhető napi maximális adag 2500 mg (azaz 10 tabletta) egyszerre, vagy 2-3 részletben, 3—5 napon át, az egyéb terápiás lehetőségek alkalmazása mellett.

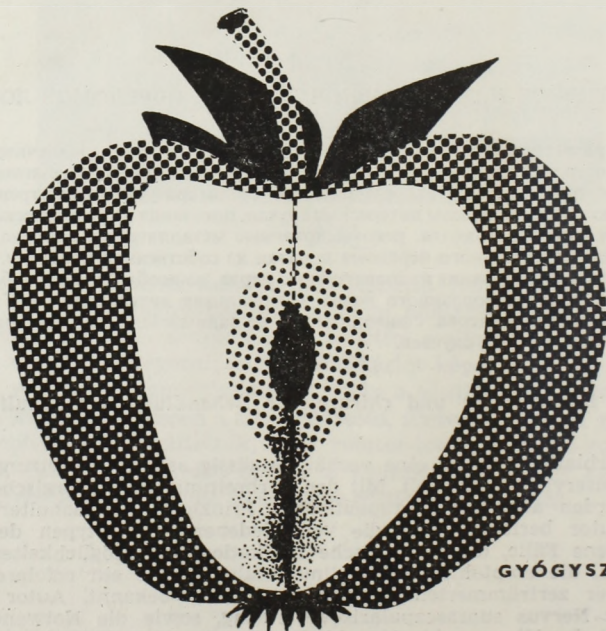
MELLÉKHATÁS

Az orális Klion tabletta alkalmazásakor ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, hányinger, hányás jelentkezhet. Mivel nitroderivátum a Klion, enyhe leukopeniát is okozhat.

FIGYELMEZTETÉS

Klion-kezelés ideje alatt a beteg alkoholt ne fogyasztson, nemi életet ne éljen! A Klionnal egyidejűleg adott antihipertenzív szerek adagját célszerű csökkenteni.

A terhesség első három hónapjában ne adjuk!



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST

Dr. Verseghi Mária

Adatok a dualizmuskori honvédorvosi kar számára alapított tudományos pályázat történetéhez

A tanulmány a dualizmuskori honvédorvosi kar történetének egy kiragadott részepizódjával foglalkozik; megírására az első magyar katonatorvosi szakirodalmi pályázat jóváhagyásának centenáriuma adott okot.

Jó 100 éve, 1881. szeptemberében hagyta jóvá *Szende Béla* magyar királyi honvédelmi miniszter azt az alapítványt (14), amely céljaiban erősen kapcsolódott a magyar nyelvű katonatorvosi irodalom dualizmuskori fejlődéséhez és fejlesztéséhez. Az alapító, *dr. Stern Adolf* honvédorvos (lásd utolsó szövegoldal) 100 aranyat ajánlott fel, amelynek kamataiból a honvédegesztésügy érdekeit szolgáló tudományos pályaművet vagy találmányt óhajtott időről időre megjutalmaztatni. Így szándékozott a kis létszámú, ekkoriban mintegy hatvan főt számláló honvédorvosi kar (2) szakmai érdeklődését fokozni, felkészültségét elmélyíteni, tekintélyét növelni. Az alig 10 éves intézménynek szüksége is volt minden támogatásra, hogy mielőbb az ekkor már európai színvonalú pesti orvosi iskola nyomdokait követhesse, és a közös hadsereg egészségügyi szolgálatának nyomasztó fölényét mérsékelje.

A honvédelmi minisztérium azonban az alapítvánnyal nem tudott vagy nem akart mit kezdeni. A bürokrácia klasszikus példázatát láthatjuk, ha az első pályázat kiírásáig eltelt három évnek főbb állomásait nyomon követjük. Az iratok tanulmányozása révén egyben hű képet nyerhetünk a honvédegesztésügy korabeli helyzetéről is. Az 1879. április 17-én kelt és hitelesített alapító okiratban felajánlott 100 aranynak megfelelő 560 korabeli forintot csak 1880 novemberében helyezték el a Pesti Hazai Első Takarékpénztárban (5). Az összeget Sternnel 1880 decemberében 600 forintra egészítették ki; Stern reklamált: miért nem kamatozott eddig az összeg? Két és fél év kamatait kérte számon a minisztériumtól. A jóváhagyott okirat 1881. szeptember 30-án a Rendeleti Közlönyben (14) jelent meg, ahol a miniszter egyben köszönetet is mondott „eme hazafias” cselekedetért. Decemberben Stern beleegyezett, hogy a 600 forintot kötvényekbe fektessék. Az alapító okiratot (jóvá hagyva!) 1882. március 27-én véleményezésre átküldték a HM ekkor még két honvédorvosból álló egészségügyi csoportjának. *Szuper Lajos*, a beosztott orvos március 29-én írta meg válaszáat, amelynek lényegét következő sorai fejezik ki legtömörebben: „... jelenleg a jutalmat kiadhatónak nem találom. De alig lehet reményelni jövőre is, hogy a

honvédségnél, mely sem kísérletezési, sem gyógykezelési egészségügyi intézetekkel nem rendelkezik, ily találmányok felmerüljenek, vagy ily kérdések gyakorlatilag is megfajthatók legyenek, különben pedig ezeknek haszna csak problematikus volna. ... alig reményelhető, hogy az alapítvány valaha gyümölcsözővé válhatnék". [1. sz. ábra, valamint (6).] *Szuper* lehangoló nézete autentikusnak mondható, ámbár a valóság később nem őt igazolta. A minisztérium tekintélyével azonban az elmarasztaló vélemény ellenére sem férhetett össze, hogy a már szentesített és nyilvánosságra hozott okiratot visszavonják. Ezért az államtitkár szóbeli utasítására *Szuper* május 8-án megfogalmazta a kítüzendő pályakérdést (6) és a Rendeleti Közlöny május 18-i számában meghirdették a pályázatot, amelyet aztán még számos kiírás követett; az utolsó 1913-ban jelent meg. A pályázat — hosszú fennmaradása, időnkénti eredményessége révén — a várakozással ellentétben sikeresnek mondható.

Maga *Stern* is számított a kedvezőtlen hivatalos fogadatra, mert az alapítvány időpontját nagy figyelemmel választotta meg, szövegét körültekintően fogalmazta. A díjkiosztás napjával Ferenc József és Erzsébet királyné ezüstlakodalmának évfordulóját jelölte meg, de az alapítvány kelte „forrón szeretett” atyja 70 éves születésnapjára esett. A felajánlott 100 arany kezelésének felügyeletét a honvédelmi miniszterre bízta. A lojalitás és a „jobbágyi hódolat érzete” mögött azonban hazafiság, szakmaszeretet, hivatástudat húzódott meg. Az uralkodó pár és a miniszter személyének az alapítványhoz történő kapcsolása inkább diplomáciai fogás, mint politikai elkötelezettség jeleként értékelhető. Ezt látszik alátámasztani az alapítvány körüli hároméves huzavona, a majdnem meghiúsított pályázat.

Első feladatként a lábbeli kérdését választotta *Szuper*: „Miként volnának a lábfeltörések a honvédségnél jelenleg használt lábbelik mellett leginkább kikerülhetők?” címmel. Ez a probléma már régen foglalkoztatta az egészségügyi szolgálatot. A különben is szegényesen felszerelt honvédség zömét a gyalogság alkotta: 1882-ben a gyalogságnál 7421, a lovasságnál csupán 2503 katonára szolgált. Tüzérsége csak a közös hadseregnek volt. A honvédelmi minisztérium, hogy a bajokat orvosolja, már 1873-ban szakértő bizottságot nevezett ki a sok panaszra okot adó honvédségi lábbelik hibáinak kiderítésére (10). A lábbeli kérdése a gyalogság gépesítéséig időszerű téma maradt, aktualitását újabb pályázat kiírása (1896) mutatja, fontosságát pedig a tanulmányírók Napóleontól vett mottóval bizonyították: „A hadsereg ereje a katonák menetképességében van.”

Ezzel a pályázattal újra napirendre tűzték a témát. A tanulmányok beküldési határidejének 1882. december 30-át jelölték meg. Követelményként titkoságot — jeligés és idegen kéz másolta dolgozatot kértek —, népszerű és könnyen érthető stílust írtak elő. A nyertes írásmű szerzője még arra is számíthatott, hogy a 100 forintos pályadíjon* kívül szerzői honoráriumában is részesül, ha munkáját cikk vagy „Utasítás” formájában megjelentetik.

1883. április 21-én a Rendeleti Közlönyben hivatalos értesítés tudósított, hogy a pályázatra egyszerre 3 pályamű érkezett be. A nyertes *Spanner Ignác* törzsorvos (ma orvosőrnagy) lett. A másik két dolgozat — pénz több nem lévén — elismerésben részesült. *Tomcsányi Imre* ezredorvosnak (ma orvosszázados) a meghirdetett címmel megírt és elismerést kapott tanulmánya a nagy nyilvánosságot biztosító hadtudományi folyóiratban, a Ludovika Akadémia Közlönye 1883-as évfolyamának augusztusi számában jelent meg. A másik dicséretet ka-

* Ez az összeg egy I. osztályú százados havi fizetésének felelt meg (1).

pott munka és szerzője ismeretlen maradt. *Spanner* évekig porosodó díjnyertes tanulmányát az 1888-ban a Gyógyászat mellékleteként meginduló Honvédorvosban olvashatjuk „*Utasítás a lábfeltörés megátlására címmel*” (12), azzal a szerkesztőségi megjegyzéssel egyetemben, hogy a leírtak megvalósítása most már ne városson annyit magára, mint a munka közlése. A dolgozat valóban hasznos gyakorlati tanácsokat adott századparancsnokoknak, legénységnek, raktárosoknak és az egészségügyi személyzetnek egyaránt, ami még a foltozás technikájára, a kapcák szegésére, a lábmosás gyakorlatiágának meghatározására és természetesen a feltört lábak gyógyítására is kiterjedt.

A Honvédorvos, a „hazai katonatorvosi intézmény tudományos és társadalmi érdekeinek közlönye” megjelenésével az arra érdemes pályázatok nagyobb szakmai közvélemény előtt vizsgálhattak, így a szerzők egyszerre számíthattak anyagi és szakmai-erkölcsi sikerekre. Az igen gyakran cikkihiánnyal küszködő folyóirat szintén sokat nyert az időnként valóban színvonalas pályamunkákkal, amelyek egyben az olvasók továbbképzését és tájékozódását is szolgálták. Egyes pályázók szókimondó bátorsága pedig erkölcsi identitásra ösztönzött, amint ezt az 1889-ben — immár a Honvédorvosban is — meghirdetett pályázatra készült egyik tanulmány tanúsítja. Pályakérdésként a katonaságnál a *hiányos táplálkozásból eredő, harc képtelenséget okozó betegségek* irodalmi feldolgozását tűzték ki. Feladat volt az is, hogy az élelmezés javítására ésszerű javaslatokat tegyenek, természetesen a szabályzatban megszabott költségek betartásával. Formailag ez a pályázat is eredménytelen volt, díjat senki sem kapott, de *Klein Eberhard* ezredorvos kétrészes közleményének (8) időbeli és tárgyköri egyezése elárulja, hogy cikke erre a kiírásra született. A közlemény második részének a címe: „*Elégséges-e a mi katonáink rendes tápláltatása*” is kétségeket ébreszt, hogy a legénység élelmezése kielégítő. *Klein* összehasonlító adatokkal és élettani alapokon bizonyította, hogy a kiszabott fehérszeménység kevés és ennek pótlását csak a kincstár terhére lehet megoldani.

Az 1897-re meghirdetett (13), a legeredményesebbnek mondható pályázatra több dolgozat is beérkezett. Témaválasztása hasonló az első pályázatéhoz: „*irassék le a katonalábbeliek befolyása a menetképességre. Határoztassék meg boncz- és élettani alapon, hogy mily lábbeli felelne meg leginkább az egyes csapatnemeknél a katonai és egészségügyi követelményeknek? Továbbá a katonáknak a főtebbiekben jelzett ellátása, vagy a meglévőeknek esetleges egyszerű javítása mily módon eszközölhető?*” (kiemelés tőlem). Már a cím elolvasása során kiderül, hogy a pályázóktól ekkorra igen színvonalas gyakorlati és tudományos munkát lehetett elvárni, valamint az is, hogy a századvégi meggyorsult gazdasági fejlődés és iparosodás révén a magyar honvédség is nagyobb anyagi lehetőséggel rendelkezett.

A bíráló bizottság — amelyben az alapító maga is részt vett — egybehangozó lelkesedéssel a két „egyformán legjobbnak” tanulmányt javasolta a miniszternek díjazásra. Véleményük szerint a pályaművekkel egyetlen európai társintézmény sem vallott volna szégyent. Hangsúlyozták a honvédorvosok alapos elméleti felkészültségét, tájékozottságát. Ennek ellenére díjat csak *Szöllősy Attila* ezredorvos munkája (17) kapott. *Szepesi Sándor* és *Kovács Áron* ezredorvosok tanulmányait (15, 9) miniszteri elismerő és dicsőítő oklevéllel jutalmazták. *Kovács Áron* munkája később könyvalakban is megjelent. A mai olvasó az elismerés hangján szólhat mindhárom dolgozatról, amelyek a Honvédorvosban és a Ludovika Akadémia Közlönyében nyomtatásban is megjelentek, és amelyek a fiatal honvédorvosi kar nagyarányú fejlődéséről vallottak.

A következő, 1898-ban kiirt pályázattal kapcsolatos, és a Honvédorvosban megjelent értesítés (3) alapján feltételezhető, hogy a bíráló bizottság döntése nem volt tárgyilagos. A nyertes *Tolnay-Hagymássy Béla* dolgozatát a bizottság „a törzsorvosi vizsgákra készülőknek” irodalomként ajánlotta ugyan, de a szokástól eltérően a munka nem jelent meg nyomtatásban. *Fenyő Ármin* pályaművét viszont bárki olvashatta, meggyőződhetett „tudományos belértékéről”, mert a Honvédorvos tizenkét folytatásban publikálta (4). A pályázók tehát nem mindig számíthattak munkájuk objektív értékelésére.

Pályázatokat a századforduló után is meghirdettek a Honvédorvosban és a Rendeleti Közlönyben (1901, 1903, 1904, 1906, 1907, 1911, 1913), de ezek gyakorlatilag alig jártak eredménnyel, pedig a díjat időközben fel is emelték (11). A honvédorvosok előtt tágabb perspektíva nyílt: helyet kerestek és találtak a hazai és nemzetközi tudományos életben is (18).

Az elismerést kapott, vagy bizonytalan sorsú pályatételek között szerepeltek még a következő kérdések: tábori egészségügyi rögtönzések, heveny és krónikus fertőző betegségek elleni védekezés, fogápolás a honvédségnél stb.

A pályamunkák alapján képet nyerhetünk arról, hogy milyen tudományos és gyakorlati kérdések foglalkoztatták a fiatal magyar (kir.) honvédség egészségügyi szolgálatát.

Összesen tizenegyszer hirdettek pályázatot, amelyre nyolc díjazott, illetve dicséretben részesített tanulmány készült. Akadt közöttük olyan munka, amelynek színvonalá alig érte el a hazai orvosi szaklapokban megjelent cikkek átlagát, de az olvasó találhatott irodalmi hivatkozásokkal, szemléletes ábrákkal és táblázatokkal alátámasztott tudományos igényű és értékű közleményt is — ami ebben a korban még korántsem volt megszokott gyakorlat. Mindenesetre az alapítvány elérte célját. Írásra, a problémák megfogalmazására serkentett. A Ludovika Akadémia Közlönyében, majd a Honvédorvosban nyilvánosságot kapó dolgozatok révén, az írott szó hatalmával munkált tovább a honvédegségügyért. Szerepe volt néhány kérdés sokoldalú megvilágításában, valamint kapcsolódott a magyar nyelvű katonatorvosi irodalom bázissteremtő folyamatához.

Stern Adolf (1847—1919) *Istvánffy* (7) és *Szinnyei* adatai (16) szerint jó felkészültségű szakember, világot járt orvos volt. Sebészeti, szülészeti és szemészeti szakképesítéssel rendelkezett. Orvosi pályáját a híres szemész, *Hirschler* asszisztenseként kezdte. Első katonatorvosi tapasztalatait az 1866-os porosz—osztrák háborúban szerezte. Stern, a honvédorvosi kar „szürke eminenciása” 1871-ben került a honvédséghez. Közreműködőként, „tanácsadóként” azonnal bekapcsolódott az egészségügy szervezési munkáiba. Javaslaival, kezdeményező cikkeivel, alapítványával hozzájárult a honvédegségügy fejlődéséhez. Ennek ellenére pályája nem volt éppen sikerekben gazdag: 46 évesen saját kérésére vonult nyugdíjba (1893), majd 1919-ben bekövetkezett haláláig teljes elszigeteltségben élt.

I R O D A L O M

1. *Berkó I.* (szerk.): A magyar királyi honvédség története. Hadtörténelmi Levéltár, Budapest, 1928. 193.
2. *Biró P.*: A magyar királyi honvédelmi ministerium működése az 1877—1890. években. Pallas, Budapest, 1891. II. köt. 131.
3. Értesítés. Honvédorvos, 1898, 12, 30.

4. *Fenyő Á.*: Vízvizsgálati és vízjavító eljárások. Honvédorvos 1899, 12, 25—28, 36—40, 46—47, 49—53, 57—63, 65—67; 1900. 13, 9—12, 17—20, 28—31, 33—37, 49—54, 57—60.
5. HL HM 22. csomó 46690/1881.
6. HL HM 23. csomó 12469/1882.
7. *Istvánffy M.*: A Ludovika Akadémia Közlönyének munkatársai. Ludovika Akad. Közl. 1899, 25, 610—709.
8. *Klein E.*: Van-e a hiányos táplálkozásnak befolyása a harccképességre? (I. rész), Elégséges-e a mi katonáink rendes tápláltatása? (2. rész) Honvédorvos, 1890, 41—43, 49—53.
9. *Kovács Á.*: A gyaloglók lábbetegségei és ezek elhárítása. Honvédorvos, 1897, 10, 33—35, 43—46, 50—52, 59—60, 67—69.; 1898, 11, 1—2 13—15, 17—20, 25—28, 33—36, 45—48.; valamint Franklin Ny., Budapest, 1898.
10. Különfélék. Honvéd, 1873, 7, 236.
11. A M. kir. honvédelmi minister felügyelete alatt álló alapok és alapítványok törzskönyve. I. köt.: Segélyezési és jutalmazási alapítványok és különféle pénz-alapok. Pallas, Budapest, 1914. 501.
12. *Spanner I.*: Utasítás a lábfeltörés meggátlására. Honvédorvos, 1888, 1, 53—56.
13. Stern Adolf dandár-orvos-féle alapítvány. Honvédorvos, 1897, 10, 21—22.
14. Stern Adolf m. kir. honvéd ezred-orvos és honvéddandár orvosfőnök alapítványi levele. Rend. Közl. 1881. 8, 143—145.
15. *Szepessi S.*: A katonák lábbelije. Honvédorvos, 1897, 10, 35—37, 41—43, 53—54, 60—62, 65—67; 1898, 11, 3—4.
16. *Szinnyei J.*: Magyar írók élete és munkái 1—14. köt. Hornyánszky, Budapest, 1890—1914.
17. *Szöllösy A.*: A lábbeli kérdés jelen állása. Ludovika Akad. Közl. 1897, 23, 595—640.
18. *Verseghi Gy.-né*: A honvédorvosi kar vázlatos története 1868—1914 között. Orv. Hetil. 1980, 121, 1709—1712.

Вершеги М.:

ДАННЫЕ К ИСТОРИИ КОНКУРСА НА НАУЧНЫЕ РАБОТЫ,
ОБЪЯВЛЕННОГО ВЕНГЕРСКИМ ВОЕННЫМ ВРАЧАМ В
ЭПОХЕ ДУАЛИСТИЧЕСКОЙ МОНАРХИИ

Работа посвящена одному из эпизодов истории венгерского военно-медицинского состава в эпохе дуалистической монархии. Поводом к освещению данного эпизода служило столетие объявления первого конкурса по венгерской военно-медицинской литературе.

Dr. Maria Verseghi: *Beiträge zur Geschichte der, für Militärärzte gegründeten wissenschaftlichen Preisausschreibung während dem Dualismus*

Die Arbeit beschäftigt sich mit einer, der militärmedizinischen Geschichte entnommenden Episode während dem Dualismus und wurde zum Zentenarium der Approbation der ersten ungarischen militärmedizinischen Facharbeit veröffentlicht.

Külföldi katonai orvosi folyóiratok közleményei

MÉDECINE ET ARMÉES

(Paris), 1981, 9, 1. sz.

- Bremond, J.* stb.: Az úrhajósok orvosi kiválasztása. 9. p.
Farrugia, R. stb.: Gyermekkori lepra Új-Caledóniában. 21. p.
Larroque, P. stb.: Aorta-szűkület Cacchi-Ricci-szindrómában. 27. p.
Vignat, J. P. stb.: Az ocularis manifesztációk szerepe a Behcet-szindrómában. 31. p.
Calvy, H. stb.: Exostosis okozta arteria poplitea thrombosis. 37. p.
Aigle, M.: Amikor az ökológia összhangban van a járványtannal. Leishmaniasisok Francia Guyanában (95 eset kapcsán). 41. p.
Gallais, H. stb.: Cholinesterase-reaktívátor alkalmazása tetanuszban. 47. p.
Pech, P. stb.: A munkától egészségügyi okok miatt távolmaradók személyiségének vizsgálata. 51. p.
Hasselot, N. stb.: A „hamis proteinuriák” felderítése fiatal újoncknál. 59. p.
Eulry, F. stb.: Atípusos migrének. Tünettan és diagnózis. 67. p.

1981, 9, 2. sz.

- Du Bourguet, F.* stb.: Sugárkezelés és kemoterápia okozta akut leukémiák. 101. p.
Fabritius, H. stb.: A sarlósejtes hb AS hatása az Antillákról származó fiatal katonáknál. 111. p.
Ollivier, J. P. stb.: Colo-rectalis tumorok kimutatása Hemocult (R) teszt segítségével. 117. p.
Essioux, H. stb.: A vastagbél- és végbélrákok szűrése. 121. p.
Debrie, J. C. stb.: Histoplasma dubosii okozta laryngealis histoplasmosis. 123. p.
Bahuaud, J. stb.: „Airless” porlasztópisztoly okozta kézsérülés. Gyanta befecskendezése a bal kéz mutatóujjába. 127. p.
Moine, M. stb.: A szívinfarktus retrospektív diagnosztikája emboliás szövődmény alapján. 131. p.
Cornen, L. stb.: Az anesztézia súlyos allergiás szövődményei. 135. p.
Breuil, L. stb.: Az egészségügyi szolgálat tábori vegyvédelmi egységei. 139. p.
Manent, P. J. stb.: Intraocularis implantáció. 143. p.
Bequet, D. stb.: Az epilepsziával szembeni előítéletek. 155. p.

1981, 9, 3. sz.

- Granier, R.* stb.: Izotópos máj- és epevizsgálatok. 193. p.
Epardeau, B. stb.: Mit várhatunk az elektronmikroszkóptól? Lehetőségek és korlátok a tumoros megbetegedések diagnosztikájában. 203. p.
Auregan, G. stb.: Gyomorrák és hypertrophiás osteoarthropathia. 213. p.

- Le Foll, J.* stb.: Anesztetikumok okozta keratopathia. 219. p.
Doury, P. stb.: A calcaneus és a tibia fáradásos törése egy fiatal újoncnál. 227. p.
Douchet, C. stb.: A plantaris intertrigo mikológiai vizsgálata 182 fiatal katonánál. 231. p.
Leguay, G. stb.: Az Apollo és a Skylab űrepülések során észlelt szívritmuszavarok. 235. p.
Vergeau, B. stb.: Interatrialis szeptum-defektusok serdülőkorban és fiatal felnőtteknél. 251. p.
Fromantin, M.: A cukorbetegség osztályozása. 255. p.

1981, 9, 4. sz.

- Lemaire, G.* stb.: A krónikus Co—60 gamma-sugárzás hatása a hím patkányok csírászövetére. 283. p.
Ollivier, J. P. stb.: Az IgA/transferrin arány és az alkoholos májbetegség (103 kórtörténet alapján). 303. p.
Thevenieau, D. stb.: Korai congenitalis syphilis (31 eset 1975 és 1979 között). 307. p.
Auberget, J. L. stb.: Felnőtt korban manifesztálódó congenitalis rekeszsérv. 315. p.
Le Vot, J. stb.: Heveny epehólyaggyulladás echográfiás diagnózisa. 319. p.
Marhic, Ch. stb.: Egyidejű extrauterin és intrauterin terhesség (esetismertetés). 323. p.
Bertrand, L. stb.: Koponya-agyi trauma. Az elektronystagmographia jelentősége a postcommotiós syndroma megítélésében. 341. p.
Chauvet, J. stb.: Nyílt lábsérülések. 351. p.

1981, 9, 5. sz.

- Molinari, D.* stb.: Pleuralis mesothelioma. 381. p.
Marion, J. stb.: Jóindulatú pericarditis acuta (115 megfigyelés kapcsán). 389. p.
Gisserot, D. stb.: Röntgenvizsgálat és terhesség. A prenatális sugárártalom kockázata. 399. p.
Laurent, H. stb.: Akut aorta-dissectio. Egy De Bakey-féle 1. típusú teljes dissectio műtéti megoldása. 409. p.
Ollivier, J. P. stb.: Monoclonalis macroglobulin, cryoglobulin és haemolytikus autoimmun anaemia (esetismertetés). 417. p.
Koulmann, M. stb.: Sjögren-syndroma és salivaris calcinosis. 421. p.
Chateau, J. stb.: Resorcinos kenőcs okozta percutan difenolmérgezések. 427. p.
Herne, N. stb.: Parathyroid adenoma és hypothyreoidismus. Két megfigyelés. 429. p.
Le Coq, J. P. stb.: Egészségügyi kiürítés helikopteren. 433. p.
Cornand, G. stb.: Retroequatorialis myopexiával szerzett tapasztalatok strabismusban. 75 eset. 441. p.
Brisou, B. stb.: A Neisseria gonorrhoeae rutin-diagnózisa. 445. p.
Le Mouel, C. stb.: Terápiás eredmények a zajártalom okozta cochlearis elváltozások kezelésében az elmúlt 5 év során. 449. p.

MILITARY MEDICINE

(Washington), 1981, 146, 1. sz.

- Harrison, W. O.*: A gonorrhoea megelőzése. A profilaxis hatékonysága és költsége. 9. p.
Camp, F. R. stb.: A humán biológiai anyagok figyelő rendszerének modernizálási szempontjai. A humán plazma fokozott szerepe és történelme. 14. p.

- Hoskins, W. J.* stb.: A szülészeti és nőgyógyászati betegek egészségügyi ellátásának regionalizálása az Egyesült Államok Haditengerészeténél. 26. p.
- Massey, E. W.* stb.: Nem traumás mononeuropathia. 30. p.
- Parker, R. A.* stb.: Dohányzást ellenőrző klinika. 38. p.
- Jagoda, A.* stb.: A vizelet megelőzése tengerészeknél. Tanulmány. 42. p.
- Klein, D.* stb.: Allergiás kontakt dermatitisz. Paraphenylenediamine a hajfestékekben. Esetismertetés. 46. p.
- Spinks, G. J.* stb.: Áktív haditengerészek fogászati ellátásának feltételei. 48. p.
- Austin, G. T.*: Kerámia implantátum a szájüregben. 50 p.
- Brodner, R. A.*: Szokatlan Moyamoya-szindróma kezelése az arteria cerebri media és a temporalis superficialis anasztomóza révén. Esetismertetés. 52. p.
- Kies, M. S.* stb.: Recurrens haemolysisel szövődött hereditær spherocytosis. 55. p.
- Espinosa, G.* stb.: Angioimmunoblastos lymphadenopathia. Esetismertetés. 58. p.

1981, 146, 2. sz.

- Masson, E. E.*: Kóros elhízás kezelése gyomor-bypass és gyomorplasztika révén. 91. p.
- Smith, S. B.* stb.: A kóros elhízás sebészeti kezelése. Alkalmazható-e a műtét katonai kórházakban? 95. p.
- Behrs, O. H.*: A hyperthyroidismus műtéti kezelése. 98. p.
- Behrs, O. H.*: A struma és a pajzsmirigyák sebészeti kezelése. 100. p.
- Harrison, T. S.* stb.: Kalcium stimulációs teszt a hasnyálmirigy inzulint termelő szigetsejt-karcinómájának diagnózisában. 103. p.
- Reddick, E. J.* stb.: A parenteralis hyperaliméntatio javallata. 106. p.
- Friesen, S. R.*: Multiglandularis adenomatosis. (Wermer-szindróma). 109. p.
- Friesen, S. R.*: Zollinger-Ellison-szindróma. Kezelési irányelvek. 112. p.
- Custis, D. L.*: Az egészségügyi hálózat regionalizálásának és felosztásának kérdése. 114. p.
- Allen, G. W.* stb.: Széndioxid lézersugár hatása a csontra. 120. p.
- Puglisi, R. C.*: A gyógyszer-szolgálat automatizálása a veterán-gondozás terén. 124. p.
- Drain, C. B.* stb.: A nők szerepe a műtét utáni panaszok orvoslásában. 127. p.
- Khokhar, N.* stb.: Progresszív veseelégtelenség és a vese lymphomás beszűrődése. Esetismertetés. 131. p.

1981, 146, 3. sz.

- Montgomery, G. V.*: Az amerikai Katonaorvosi Társaság 87. évi ülésének köszöntése. 161. p.
- Ewalt, J. R.*: A vietnami veteránokról. 165. p.
- Woodward, T. E.*: Mit köszönhetünk a katonáorvosoknak? 168. p.
- Wind, G.*: Hasnyálmirigy pszeudociszta sikeres kezelése perkután aspirációval. Esetismertetés. 174. p.
- Massey, E. W.* stb.: A rosszindulatú daganatok idegrendszeri manifesztációja. 178. p.
- Rosansky S. J.*: Orvosi konzultáció — a mellőzött tudomány. 181 p.
- Payne, T. F.* stb.: Környezeti ártalom okozta ajakelváltozások aktív katonák között. 186. p.
- Keller, D. L.*: A fogorvos felelőssége a gyermekkori abuzusokért és elhanyagoltságért. 190. p.
- Haburchak, D.* stb.: Akut légzőszervi betegség. Fort Gordon, Georgia (1978—1979). 194. p.
- Kolb, D.* stb.: Ivási szokások vizsgálata, az alkoholisták felkutatása és rehabilitációja. 200. p.

Block, P.: A podiátria helyzete Angliában és az Egyesült Államokban. A fejlődés kontrasztjai. 205. p.

Garcia-Rivera, C.: Spontán cholecystocholedochalis fistula. Esetismertetés. 211. p.

1981, 146, 4. sz.

Chilton, R. J. stb.: Szívbetegék ambuláns rehabilitációja. Az Amerikai Légierő „Wilford Hall” Kórháza programjának ismertetése. 241. p.

Burris, J. B. stb.: Veseátültetés az Amerikai Légierő „Wilford Hall” Kórházában. 243. p.

Wolf, C. R. stb.: Agyi halál. Irodalmi áttekintés. 246. p.

Yeatman, G. W.: Huszonnégy órás telefonos betegosztályozás. Gyermekbetegek ambuláns kezelése. 249. p.

Hsu, Y. H. stb.: Vénán keresztüli endokardiális pacemaker sebészi szempontjai. 254. p.

Lampe, R. M. stb.: Antihisztamin, decongestant és placebo együttes klinikai vizsgálata antibiotikumokkal kezelt akut középfülgyulladás esetén. 259. p.

Jerman, A. C.: A hullamaradványok fogászati azonosítása. Katonai szempontok. 262. p.

Payne, T. F. stb.: Gyakorlatok alatt előforduló fogászati sürgős esetek elemzése. 265. p.

Thornhill, G. L. stb.: Vértranszfúzió és a tasak azonosítása tömeges sérültek ellátása során. 272. p.

Olerund, J. E. stb.: Szérum myoglobulin-szint változás megerőltető gyakorlatok után. 274. p.

Chyatte, C.: Alkoholista tengerészek öngyilkossági szándékának vizsgálata agyi aszimmetria alapján. 277. p.

Spratling, L. stb.: A blastomycosis diagnózisa transbronchialis tüdőbiopsia révén. Esetismertetés. 279. p.

Kossow, A. S. stb.: Unilateralis vese-haematoma. A kumarin-terápia szokatlan szövődménye. Esetismertetés. 281. p.

Mobley, J. A. stb.: Családgondozó modell a texasi Fort Hoodban. 284. p.

Norwood, S. H. stb.: Ambulancián végzett subcutan sphincterotomia interna. 228. p.

Spees, E. K. Egyszerű nyelőcsőtágító eszköz. 290. p.

1981, 146, 5. sz.

Abramson, D. J.: Fájdalmatlan fekélyek kezelése 10⁰/₀-os mercurochrom oldattal. 311. p.

Petty, B. G.: A katonarvosok továbbképzési gyakorlata az USA-ban. A belgyógyász véleménye. 316. p.

Yeatman, G. W.: Szolgálati távollét miatt apát nélkülöző gyermekek problémája. 320. p.

Hartman, K. stb.: Az egészségügyi mentők várható pszichológiai reakciója katasztrófa esetén. 323. p.

Wardinsky, T. D. stb.: Rosszul nevelt és elhanyagolt gyermekek az Amerikai Légierő egyik kórházában. 328. p.

Ozburn, M. S. stb.: Az os pubis fáradásos törése nők kiképzési gyakorlata során. 332. p.

Schutt, D. C.: Oktató célzatú irodalom nyilvántartása egy családgondozó intézetben. 336. p.

Kessler, H. P. stb.: Ibolyántúli sugarak ellen védő anyagok értékelése. 339. p.

Chan, Y. C. stb.: Choledochus-cysta. Esetismertetés. 343. p.

Smith, V. A. stb.: Önpusztító magatartás és ethanol-abusus. Az Egyesült Államok

- Haditengerészetének újonckiképzési problémája. 346. p.
Brown, A. stb.: A fertőzések ellenőrzésének problémája. 348. p.
Mack, J. W. jr. stb.: Endotrachealis tubus és újszülöttkori sürgősség. 354. p.
Berkowitz, R. E.: Felnőttkori hernia costolumbaris. 356. p.
Sung, J. P. stb.: A vena femoralis percutan katéterezése során fellépő és a scrotumba ürülő masszív vérzés. 362. p.

6. sz.

- Datel, W. E. stb.*: Az öngyilkosságok előfordulása az Egyesült Államok Hadseregében 1977—1978 között. 387. p.
Congdon, J. E. stb.: Granulocyta-transzfúzióval történő kezelés. 393. p.
Stock, R. J.: Kis teljesítményű készülék kórszövettani metszetek vitetéséhez. 397. p.
Cowall, D. E. stb.: Krónikus myeloid leukaemia, lymphoblastos krízis, Philadelphia-chromosoma. 399. p.
Reddick, E. J. stb.: A halántéki artéria aneurysmája. Preoperatív diagnózis. 405. p.
Fischer, M. J.: Felső gastrointestinalis vérzések elektrokoagulációja. 407. p.
Thomas, J. G. jr. stb.: Emberen előforduló vampus spectrum marás Panamában: jellemzői, felismerése, kezelése. 410. p.
Zaloga, G.: Az azbesztózishoz kapcsolódó betegségek. Irodalmi áttekintés. 413. p.
Cooley, R. L. stb.: Intra- és extraoralis védőeszköz készítése a herpes labialis megelőzésére. 420. p.
Terezhalmay, G. T. stb.: Fogászati betegek egészségi állapotának kiértékelése. 423. p.
Silsby, H. D. stb.: Kábítószeres és harctéri környezet. Heroin-epidémia. 427. p.
McConnell, M. stb.: Mycobacteriumok előfordulása a fogkőben. 429. p.
Gelnchur, H. stb.: A decubitus gyógyulásával összefüggő bacteriaemia. 432. p.
Bender, D. R.: Hallásromlás és zajártalom a katonaságnál. 434. p.
Frank, D. J. stb.: Recklinghausen-kórban előforduló súlyos gastrointestinalis vérzés. 438. p.
Biggers, R. D. stb.: Érzékeny varicocele. 440. p.

7. sz.

- McCarroll, J. E. stb.*: Újoncbetegségek becslése szűrési adatok alapján. 463. p.
Cook, R. L.: Járványtani módszerek kidolgozása nővérek számára. 469. p.
Shepard, G. H.: Halasztott elsődleges varrat és sebgyógyulás. Klinikai tanulmány. 473. p.
Goebel, J. B. stb.: Egészségügyi tartalékosok a hadseregénél. A behívás szempontjai. 479. p.
Backer, M. H. jr.: Orvostoborzás a haditengerészetnél. 485. p.
Lukas, G. M. stb.: Az epeút akut, purulens gyulladása. 491. p.
James, J. J. stb.: Orvosi beavatkozást nem igénylő vázizomzati rendellenességek el-látásának személyi feltétele. Kiértékelés. 496. p.
Borland, J. J.: A magatartástudomány és az orvostanhallgatók. 500. p.
Reyna, T. M. stb.: Epiduralis haematoma sürgős ellátása. 504. p.
Miller, R. I. jr. stb.: A légierő fogászati klinikáin kipróbált N₂O—O₂-érzéstelenítés alkalmazhatósága a gyakorlatban. 507. p.
Hudson, C. J.: Az agorafóbia katonai jelentősége. 511. p.
Georgeoulakis, J. M. stb.: A tanácsadók szerepe a harci kiképzésben. 513. p.
Kim, S. W. stb.: A konzervatív kezelés szerepe a tompa urétersérülések ellátásában. 516. p.

8. sz.

- Stansell, M. J.*: Klinikai kutatómunka az Amerikai Légierő Keesleri Kórházkomplexumában. 535. p.
- Heckman, G. R. stb.*: „Sürgős” laboratórium (intenzív osztályok laboratóriuma): a központi laboratórium szíve. 539. p.
- Thompson, B. H.*: Az orvosi genetika kérdése az Amerikai Légierő Keesleri Kórházkomplexumában. 543. p.
- Krepesky, W. D. stb.*: Személyiség fejlődését vizsgáló központ tervezése és megvalósítása az Amerikai Légierő Keesleri Kórházában. 545. p.
- Brennecke, C. G.*: Beteg gyermekek érdekképviselete a keesleri kórházban. Átfogó program. 547. p.
- Perlin, E.*: Karcinoembrionális antigének (CEA) és tumordiagnosztika. 549. p.
- Hoiberg, A.*: A rák előfordulása a haditengerészek között. 556. p.
- James, J. J. stb.*: A hepatitis A és B serologiai jelölése az amerikai hadsereg véradójánál. 562. p.
- Delaney, B. P.*: A neurológia kérdése egy katonai kórházban. 569. p.
- Hicks, P. S.*: Katonacsaládok családterápiája. 573. p.
- Schmidt, W. H. stb.*: Fogszakaszok műtét utáni stabilizálása. 577. p.
- Nash, J. L. stb.*: Stressz okozta rendellenességek a Vietnamból visszatért katonák között. A probléma folytatódik. 582. p.
- Rao, S. V. stb.*: A Wilson-kór egyetlen tünete: ismétlődő hasgörcsök. 584. p.
- Clark, M. A. stb.*: Nem diagnosztizált hepatoma ruptúrája során elvérzett kómás beteg. Esetismertetés. 586. p.

9. sz.

- Az Egyesült Államok egészségügyi vezetőinek beszámolója a fejlődésről és a tervekről:
- Myers, P. W.* A légierő egészségügyi szolgálata. 607. p.
- Pixley, C. C.*: A szárazföldi hadsereg egészségügyi főnöksége. 611. p.
- Cox, J. W.*: Haditengerészet. 621. p.
- Custis, D. L.*: Veteránügyek. 623. p.
- Moxley, J. H.*: Hadügyminisztérium. 626. p.
- Johnson, D. E. stb.*: Különböző fegyverzetek bevetése Thaiföldön. Egészségügyi következmények. 632. p.
- Cowan, D. N. stb.*: Mozgó egészségügyi egység. 636. p.
- Bloom, W.*: Betegek egységesített kérdőíves felmérése. 639. p.
- Block, P.*: Diabéteszes lábfekély. Bonyolult probléma, egyszerű terápia. 644. p.
- Dieter, R. A. jr. stb.*: Vénán keresztül történő pacemaker-beültetés — idegi komplikációk: rekedtség és rekeszizombénulás. 647. p.
- Giordano, F. L. stb.*: Heteroszexuális pánik. 650. p.
- Herrera, G. A. stb.*: Antilymphocyt globulin-injekció helyén kiindult histiocytás lymphoma. 652. p.
- DeBoer, J. L.*: Duodenum-kettőzöttség — váratlan műtéti meglepetés. 656. p.

10. sz.

- Mendelson, J. A.*: Sérült betegek újraélesztéséhez használt plazmapótszerek választéka. 677. p.
- Traverso, L. W. stb.*: Harci sérültek Észak-Thaiföldön — különös tekintettel az aknarobbanás okozta sérülésekre: az amputáció kérdése. 682. p.
- Flynt, J. R. stb.*: Klimax után kialakult, tapintható petefészek-syndroma. 686. p.

- Krumpe, P. E.*: stb. Időszakos túlnyomásos lélegeztetés helyett sikeresen alkalmazott aerosol-kezelés. 689. p.
- Black, R. J.*: Láb- és bokabetegségek előfordulása a tartalékosok évi kiképzése során. 694. p.
- Glover, M. U.* stb.: A bal kamra pseudoaneurysmájának diagnózisa kétdimenziós echocardiographiával. 696. p.
- Huget, E. G.* stb.: A korona és a híd ötvözetek elektrokémiai jellemzői. 699. p.
- Hayne, S.* stb.: Nemi erőszak áldozatainak kezelése egy katonai kórházban. 703. p.
- Yeager, R. A.* stb.: A gyomor reaktív lymphoid hyperplasiája. (Pseudolymphoma.) 707. p.
- Beale, P. P.* stb.: A kórházi kibocsátás tervezési folyamata; a probléma interdiszciplináris megközelítése. 713. p.
- Wittich, A. C.* stb.: Az Eagle—Barett-syndroma prenatalis diagnózisa. 717. p.
- Mathis B. J.* stb.: Foghiányos állkapocs, valamint a trigeminális és faciális neuralgia összefüggése. 719. p.
- Riley, T. L.* stb.: Plasmapheresis alkalmazása myasthenia gravis esetén. 724. p.
- Manning, F. J.* stb.: A Nyugat-Németországban állomásozó amerikai katonák feleségeinek munkába állítása és ennek kedvező hatása. 726. p.
- Arroyo, J. C.*: Bakteriális eredetű meningitisnek tűnő intracerebralis haematona. 730. p.
11. sz.
- Zumoff, B.*: Endogén hormonális faktorok szerepe a koronáriabetegségben. Irodalmi áttekintés. 755. p.
- Christenson, P. J.* stb.: Áttétes vesekarcinóma: 20 év beteganyagának értékelése az Amerikai Haditengerészet Központi Kórházában. 761. p.
- Huget, E. F.* stb.: Kevés alapanyagú fém fogászati formák pontossága. 764. p.
- Reynolds, R. d.* stb.: Az áttételes emlőkarcinóma kemoterápiája. 767. p.
- Dembert, M. L.* stb.: Hideg időjárás okozta megbetegedések előfordulása az amerikai haditengerészek és tengerészgyalogosok között. 771. p.
- Hoeffler, D. F.* stb.: A haditengerészet és tengerészgyalogság egészségügyi vesztesége. az I. világháborútól a vietnami konfliktusig. Összehasonlító vizsgálat. 776. p.
- Massey, E. W.* stb.: Epstein—Barr-vírus és az akut, nem traumás mononeuropathiák. 780. p.
- Kossow, A. S.*: Óriási húgyhólyagkő. Esetismertetés. 783. p.
- Seyfert, A. E.* stb.: A melanoma műtéti szempontjai: osztályozás, kimetszés és prognózis. 785. p.
- Cooley, R. L.* stb.: Az ibolyántúli, az infravörös és fluoreszkáló fény hatása a helyi érzéstelenítő oldatok pH-jára. 788. p.
- Aker, F.* stb.: Intraoralis és extraoralis radiológiai vizsgálatok összehasonlító eredményei. 792. p.
- Creel, S. M.*: A hétköznapi élet és a szociális stresszorok problémája egy katonai közösségben. 797. p.
- Rauch, T. M.* stb.: A gyógyszerterári szolgálat áttekintése a katonai kórházakban. 803. p.

12. sz.

- Howe, E. G.*: Az orvosi etika és a katonarvosok. 837. p.
- Johnson, D. E.* stb.: Orvosi ellátás egy thaiföldi menekülttáborban. 842. p.

- Frank, M. stb.*: A szolgálati távollétek és az ebből adódó pszichés problémák a családban. 846. p.
- Renaud, M. T.*: A családszemponthoz vezető szülői válaszok értékelése. 850. p.
- Mangelsdorff, A. D. stb.*: Katonai munkaegészségügyi felügyeleti program. 853. p.
- Khokhar, N.*: Krónikus tüdőbetegségben előforduló arrhythmia és akut légzési elégtelenség. 856. p.
- Hooper, R. R.*: Katonai környezetben előforduló tömeges megbetegedések problémája. 859. p.
- Basta, P. J.*: A készséges és az engedetlen hemodializált beteg. 863. p.
- Gum, R. A.*: Javaslatok az időjárás viszonyosságok ellen védő katonasapka tervezésére. 868. p.
- Rosenheim, H. D.*: Szolgálati előírások pszichológusok számára; szerepük az egészségügyben. Áttekintés és elemzés. 874. p.
- Steahly, L. P.*: A súlyos szemsérülést azonnal követő vitrectomia. 877. p.
- Andrews, R. J. stb.*: Circumcisio egy általános beteggondozó intézetben. 880. p.
- Kossow, A. S.*: A bulbus urethrae sérülésének felmérése és kezelése. 882. p.
- Woods, L. R.*: Új vezetői megközelítés: a katonai fogászat. 886. p.

REVUE INTERNATIONALE DES SERVICES DE SANTÉ DES ARMÉES
DE TERRE DE MER ET DE L'AIR

(Liège), 1981, 54, 1. sz.

- Evrard, E.*: Az ürrepülési stressz pszichológiai tényezői. Az ember alkalmazkodása az ürrepülés körülményeihez. 11. p.
- Arabatzis, G.*: A vértranszfúzió háborúban. 31. p.
- Roue, R. stb.*: Az alkoholizmus okai és motiváló tényezői a hadseregben. 39. p.

1981, 54, 2. sz.

- Henane, R.*: A nők alkalmazásának fiziológiai korlátai a hadseregben. 103. p.
- Angelides, A.*: Gyógyszer-abúzus és kóros személyiség szerkezet a hadseregben. 113. p.
- Hafner, B.*: Az alkoholizmus és a megelőzés a Szövetségi Fegyveres Erőknél. 119. p.
- Otto, U.*: Alkoholizmus a svéd fiatalok körében. 123. p.

1981, 54, 3. sz.

- El-Gibali*: Az 1977. október—novemberi Rift Valley fever járvány epidemiológiai vizsgálata katonáknál. 199. p.
- Skampardonis, G. stb.*: Kardiális problémák a hadseregben. 205. p.
- Zimmerl, H.*: Az alkoholizmus és a katonai szolgálat Ausztriában. 211. p.
- Toweh, D. B.*: Az alkoholizmus problémája a libériai fegyveres erőknél. 213. p.
- Malone, J.*: A felvilágosítás mint a megelőzés egyik eszköze. (Az alkoholizmus problémája Írországból) 217. p.

1981, 54, 4. sz.

- Cristiau, P.*: Az alkoholisták felkutatása. 287. p.
- Kotsifopoulos, P. N.*: A fertőző betegségek preventív kemoterápiája. 301. p.
- Bassano, J. L.*: A munka—pihenés ciklus zavarai. 305. p.
- Apostolou, G. stb.*: A vena cava inferior elzáródása külső kompresszió után, hason fekvő helyzetben. 311. p.

1981, 54, 5. sz.

Bernard, J. G.: Fiatalkori alkoholizmus és a megelőzés módjai. 383. p.

Cantalice Lipke, R.: Kóros személyiség szerkezet. 395. p.

Kontoyannis, P. N.: Preventív kemoterápia poszttraumás vagy posztoperatív sebek esetén. 403. p.

Papathanasiou, P.: Tömeges sérültellátás. Katasztrófamedicina. 409. p.

1981, 54, 6. sz.

Dubourg, Ch.: Alkoholizmus elleni kampány a Fegyverkezésügyi Fődirektorátus egyik intézményében. 487. p.

Rocha Bastos, R.: Katonák kardiológiai vizsgálata. 495. p.

Wassonis, D. stb.: Elsősegély a harcmezőn. Az elsősegélynyújtó és osztályozó állomás feladatai. 501. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL

(Moszkva), 1981. 1. sz.

Komarov, F. I.: A katona-egészségügyi szolgálat tevékenységének összegezése a 10. ötéves tervben és a hadsereg egészségügyi biztosításának tökéletesítésével kapcsolatos további feladatok. 3. p.

Szpicsev, V. P.: A csapat orvosok szakképzettségi színvonalának emelése. 18. p.

Anoskin, I. G. stb.: Az oktatói gárda kinevelése az orvosegyetem katonai tanszékén. 21. p.

Furszov, B. A. stb.: A televízió felhasználása az oktatásban. 23. p.

Evdokimov, A. E. stb.: Túlterhelés okozta csontrendszeri betegségek katonáknál. 25. p.

Beljaev, V. L. stb.: Kisebb végbélműtétetknél alkalmazott kombinált anesztézia. 28. p.

Macnev, A. A.: A reanimációs folyamat hálótervezése kamrai fibrilláció esetén, intenzív terápiás osztályon. 31. p.

Sevcsenko, Ju. L.: Az artériás vér bakteriológiai vizsgálatának jelentősége a bakteriális endocarditis diagnosztikájában. 35. p.

Saposnyikov, O. K. stb.: A psoriasis gyógykezelésének hatása a betegek immunológiai mutatóira. 37. p.

Kolesznyikov, L. V.: A mycoplasmosis immunprofilaxisa. 40. p.

Ribalko, V. V. stb.: A tuberkulózisos eredetű pleuritis exsudativa szerológiai diagnosztikája. 45. p.

Rimarczuk, A. A.: A sugárzási tényezők közegészségügyi-higiénés értékelése terápiás céllal alkalmazott radonfürdőknél. 47. p.

Lapajev, E. V. stb.: A barometrikus nyomás változásának maximálisan megengedett sebességértéke. 50. p.

Vavilov, M. P. stb.: A hajózók testsúlynövekedésének megelőzése. 53. p.

Novikov, V. Sz. stb.: Az endoszkópos vizsgálat terjedelmének előrejelzése. 58. p.

Kirkin, E. M. stb.: A lumbosacralis radiculitisek szanatóriumi gyógykezelésének hatékonysága. 60. p.

Beljahovszkij, M. V. stb.: A gyógykezelés taktikája heveny cholecystitis esetén. 62. p.

Demenko, V. D. stb.: Az arcidegyulladás gyógykezelése. 63. p.

Szultanov, M. Ju. stb.: A gyulladás elleni szemcseppek összetétele. 65. p.

- Szokolovics, G. E.* stb.: A műtét időpontjának megválasztása lábsérüléseknél. 24. p.
- Krilov, N. L.* stb.: A peritoneális dialízis veszélyei peritonitis diffusa esetén. 27. p.
- Gembickij, E. V.* stb.: Organofoszfát mérgezések okozta légzéscsökkentés. 29. p.
- Latis, V. N.* stb.: A histamin és a histaminopexikus index meghatározásának jelentősége Imurannal kezelt asthma bronchiale esetén. 32. p.
- Agafonov, V. I.* stb.: Az inaktivált influenza-formolvakcina profilaktikus hatása. 36. p.
- Novozsilov, G. N.*: A szervezet hőállóképességének fokozása. 39. p.
- Altuhov, V. G.* stb.: Az adagolt fizikai terhelés hatása az anyagcsere-folyamatokra, a levegő magas széndioxid-koncentrációja mellett. 43. p.
- Knyiga, V. V.*: A hajózó felkészültségi szintjének meghatározása a repülőgép műszerfalának információs modelljével. 47. p.
- Bannih, Ju. N.*: A kombinált koponya-agyi traumák klinikuma. 52. p.
- Karapovszkij, M. I.* stb.: A nasalis liquorrhoea operatív kezelése. 53. p.
- Sevrigin, B. V.* stb.: Az arcüreggyulladás orbitalis és intracranialis szövődésményei. 55. p.
- Mednyikov, B. L.* stb.: A jobb és a bal kamra izomzatának contractilis funkciója heveny tüdőgyulladásban. 57. p.
- Zincsenko, A. P.* stb.: Heveny tüdőgyulladásban fellépő neurológiai zavarok fiataloknál. 58. p.
- Gorbunov, V. A.*: Az orrtrauma zárása. 63. p.
- Sifrin, I. A.*: A humán gamma-globulin profilaktikus hatása vírusos májgyulladásban. 74. p.

- Baranovszkij, G. Ja.* stb.: A sebesültek és betegek vasúti kiürítése a Nagy Honvédő Háború idején. 9. p.
- Ivascsenko, I. K.*: A közegészségügyi-járványügyi ellátás megszervezése a Szibériai Katonai Körzet csapatainál a háború éveiben. 11. p.
- Zsuravlev, A. F.*: Az oktatói gárda szakmai felkészítésének útjai és módjai az orvosegyetem katonai tanszékén. 13. p.
- Gunyin, M. D.*: stb.: Az oktatóképzés módszertana a katonai tanszéken. 15. p.
- Lescsenko, I. G.* stb.: A gennyes sebfertőzésekben szenvedő betegek vizsgálatának és gyógykezelésének metodikája a körzeti katonai kórházban. 17. p.
- Liszicin, K. M.* stb.: Az optimális infúziós-transzfúziós terápia kritériumai masszív vérvesztés esetén. 19. p.
- Svedov, K. P.*: Az általános érzéstelenítés távlatai a szájsebészetben. 23. p.
- Arzsancev, P. Z.* stb.: Csontplasztika alsóállkapocs-hiányok pótlására. 26. p.
- Olejnijk, I. I.* stb.: A celluláris immunitás mutatói szívinfarktusos betegeknek. 30. p.
- Radzinszkij, A. G.* stb.: Isoniazid-oldat express iv. infúziója a tüdőtuberkulózis komplex terápiájában. 34. p.
- Fomickij, V. I.*: Ultrahang-aeroszol az elsődleges intrathoracalis tuberkulózis gyógykezelésében. 36. p.
- Gavrjutyin, V. M.* stb.: A munkakörülmények közegészségügyi-higiénés vizsgálatának sajátosságai nyomdákban. 38. p.
- Zaharczenko, M. F.* stb.: Az ózonkoncentráció növelése a lakóhelyiségek levegőjében. 41. p.

- Paszтусenkov, A. V. stb.*: A vibrotaktilis szignalizáció felhasználása a maximálisan megengedett repülési terhelésnél. 43. p.
- Kondrakov, V. M.*: A szív- és érrendszer funkcionális állapotának értékelése coronaria-sclerosisban. 50. p.
- Barna B.*: Narkotikumgőzők abszorpciója a műtők levegőjében. 60 p.
- Sohor, K.*: A kardiális ellenanyagok meghatározásának jelentősége szívinfarktusban. 62. p.

1981. 4. sz.

- Szigyelnyikov, A. I.*: A csapatorvos tudományos munkája. 12. p.
- Minykov, G. V.*: A járványvédelmi intézkedések megszervezése és végrehajtása a katonai egységeknél. 20. p.
- Litkin, M. I.*: A szepszis pathogenezeise és gyógykezelésének elvei. 26. p.
- Kaplan, A. V. stb.*: A politraumák osztályozása és gyógykezelésük elvei. 30. p.
- Filippov, P. O. stb.*: A vena cava superior tartós katéterezése az intenzív terápia gyakorlatában. 33. p.
- Vjazickij, P. O. stb.*: Akut destruktív pneumoniák intenzív terápiája. 36. p.
- Gogin, E. E. stb.*: A click-szindróma. 39. p.
- Finogejev, Ju. P.*: Aeroszol-terápia heveny légúti megbetegedéseknél. 43. p.
- Szerov, G. D.*: Speciális táptalaj enterobaktériumok kimutatására. 45. p.
- Saternyikov, V. A.*: Az ésszerű táplálkozás. 47. p.
- Szulimo-Szamujllo, Z. K. stb.*: A testezés hatása a szervezet hőállóképességére. 51. p.
- Lukjanova, N. F. stb.*: A repülés közben hibát vétő hajózók individuális-pszichológiai jellemzői. 54. p.
- Saposnyikov, O. K. stb.*: Antimikrobás fehérmemű. 58. p.
- Sapkin, V. I. stb.*: A szellemi teljesítmény értékelése neurológiai szindrómákban. 59. p.
- Szenyenko, A. N. stb.*: A dohányzás hatása a szív- és érrendszerre. 64. p.
- Kugyinov, A. V.*: A pszichohigiéne és a pszichoprofilaxis a csapatorvosi gyakorlatban. 66. p.

1981. 5. sz.

- Maraszanov, R. A. stb.*: A sebesült és beteg német hadifoglyok egészségügyi ellátása a Nagy Honvédő Háború éveiben. 19. p.
- Efimov, V. V. stb.*: A katonakórházak és a katonai alakulatok közötti kapcsolat erősítése. 23. p.
- Szoszedko, Ju. I.*: A kórtörténet mint jogi okmány. 27. p.
- Liszicin, K. M.*: A perforált gyomor- és nyombélfekély diagnosztikája és gyógykezelése. 30. p.
- Szokolovics, G. E. stb.*: A lábszárcsontok lőtt diafizis töréseinek gyógyítása extrafocális oszteoszintézissel. 35. p.
- Poljakov, V. A. stb.*: Fényképezés infravörös és ultraibolya fényben — új módszer a sérült szövetek életképességének megállapítására. 39. p.
- Konjajev, B. V. stb.*: A szívinfarktusos betegek fizikai rehabilitációja. 42. p.
- Beljakov, V. D. stb.*: Az immunprofilaxis fejlődésének távlatai a csapatoknál. 48. p.
- Lobzin, V. Sz. stb.*: Az elektroenkefalográfia és a pszichofiziológiai módszerek felhasználása az operátorok alkalmassági vizsgálatában. 52. p.
- Zgoda, N. V.*: A túltápláltság hatása a hajózók szervezetének funkcionális állapotára. 55. p.
- Nyecsaj, A. I. stb.*: A nyombélfekély gyógykezelése vagotomiával. 59. p.
- Carev, N. I. stb.*: Késői másodlagos vérzés subcutan vesesérülésnél. 61. p.

- Viszockaja, G. Sz. stb.*: A betegek fizikai aktivizálása heveny szívinfarktus után. 63. p.
- Goncsar, D. I.*: Nem inhalációs általános érzéstelenítés a sebészeti gyakorlatban. 67. p.
- Ohrimenko, N. N. stb.*: Cysticercosis cerebri. 69. p.
1981. 6. sz.
- Maraszanov, R. A. stb.*: A német lakosság egészségügyi biztosítása a Nagy Honvédő Háború befejező szakaszában és a háború után. 16. p.
- Kizima, N. L.*: Egészségügyi szakharcászati gyakorlat előkészítésének metodikája és levezetése EÜZ részvételével. 20. p.
- Kolesznyikov, I. Sz. stb.*: Varrat nélküli (ragasztásos) pneumopexia a tüdő- és a mellkasi sebészetben. 28. p.
- Derjabin, I. I. stb.*: Az immunitási mutatók alakulása súlyos traumáknál. 31. p.
- Szergienko, N. F. stb.*: A vérzések megelőzése prosztatektómiánál. 33. p.
- Sasztin, I. V. stb.*: Radioizotóp szcintigráfia és computer tomográfia az adrenalis daganatokkal és hyperplasiával összefüggő endokrin hypertonia diagnosztikájában. 36. p.
- Malij, V. P.*: Az antibakteriális terápia hatékonysága pseudotuberkulózisban. 40. p.
- Feldman, Ju. M. stb.*: Az antibiotikumok és a kemoterápiás szerek iránti érzékenységek gyors meghatározása. 42. p.
- Ivanov, Ju. A. stb.*: A szervezet funkcionális állapota a forró, nedves környezethez való alkalmazkodás során. 44. p.
- Nazarkin, V. Ja.*: Barohypertensio. 46. p.
- Lozinszkij, V. Sz. stb.*: A repülőnövendékek megtanítása a túlnyomásos oxigén melletti légzésre és beszédre. 49. p.
- Gluhov, Ju. D.*: Paranephritis acuta. 63. p.
- Eszin, Sz. K. stb.*: A panaritium gyógykezelése. 65. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT

(Melsungen), 1981, 25, 1. sz.

- Gärtner, F.*: Az arcsérülés pszichés hatása. 1. p.
- Schumann, K. stb.*: A hangszalag innervációs zavara és kezelése. 6. p.
- Röhl, R. stb.*: A béta-haemolyzáló Streptococcus A-, B-, C- és G-csoportjának előfordulása a katonák pharynx-vizsgálata során. 9. p.
- Schick, P. stb.*: Lokális besugárzás és letalitás. 14. p.
- Flach-Wilken, B. stb.*: Háborúra tartalékolt élelmiszerkészlet egészségkárosító nehézfém-tartalmának — ólom, kadmium, réz — kvantitatív polarográfiás vizsgálata. 18. p.
- Mahlberg, F. A.*: A fékezőernyőt csomagoló technikai urea okozta toxikus kontakt ekzémája. 23. p.

1981, 25, 2. sz.

- Weiss, M. stb.*: A fizikai terhelés hatása az immunrendszer működésére. 33. p.
- Weidinger, G. stb.*: Sugár- és kombinált sérülések nukleáris katasztrófa esetén. Kóreléptani, diagnosztikai és terápiás adatok. 38. p.
- Beck, A.*: A repülés és késői gerincoszlopkárosodás. 44. p.
- Simm, K. J.*: Arc- és homloküreg-gyulladás kórisméje és kezelése. 51. p.
- Dollinger, H. C.*: Akut vírushepatitisz. 54. p.
- Molitor, H.*: A toxikus és hepatikus porphyrinuria kvantitatív fluorometriás diagnózisa. 58. p.

1981, 25, 3. sz.

Korting, H. C.: Meningococcus-hordozó fiatal katonák vizsgálata — különös tekintettel az állapotváltozásra. 65. p.

Schumann, K. stb.: Heges gégeszűkület kezelése. 82. p.

Bähren, W.: Mellkasi szervek komputer tomográfiája. 85. p.

Fischer, H.: A német egészségügyi szolgálat az I. világháború alatt és után. 91. p.

1981, 25, 4. sz.

Gurnhofer, H.: A Bundeswehr Egészségügyi Szolgálatának 25 éve. A nyolcvanas évek perspektívája. 97. p.

Wedel, K.-W.: Az orvos mint a Bundeswehr egészségügyi tisztje 1956—1981 között. 102. p.

Schulz, C.-D.: 25 éves fogorvosi szolgálat a Bundeswerhrnél. 107. p.

von Hein, D.: Állategészségügyi szolgálat a Bundeswerhben. 110. p.

Walther, W.: A katonai gyógyszerészet 25 éve a Bundeswehr Egészségügyi Szolgálatában. 113. p.

Berger, W. G.: A Bundeswehr Egészségügyi Szolgálatának krónikája. 117. p.

Adams, H.-A.: Hajóorvosi tevékenység egy rombolón. 123. p.

1981, 25, 5. sz.

Schumann, K. stb.: Friss gégesérülés és kezelése. 129. p.

Meyer, F. stb.: Akut és krónikus hallásromlás Urográfin-kezelése. 133. p.

Stumpfe, K.-D.: Pszichogén syncope a csapatorvosi gyakorlatban. 137. p.

Nätscher, W. stb.: A 40 év feletti búvárok és a tengeralattjárók legénységének fizikai teljesítőképessége. 142. p.

Gall, H.: Pattanásos katonák. 147. p.

Moerchel, J.: Van Swieten és Brambilla. A császár háziorvosai és vezető osztrák katonarvosok a 18. században. 153. p.

1981, 25, 6. sz.

Fleischner, G.: Az alsó végtag „fáradásos” területe a Bundeswehr katonáinál, különös tekintettel a calcaneus „fáradásos” pontjaira. 163. p.

Heinicke, F.: A sorkatonák vércsoportja, betegsége és a betegségek lefolyásának összefüggési vizsgálata. 181. p.

Paul, M.: A Bundeswehr Egészségügyi Szolgálatának bevetése polgári katasztrófák esetén. 189. p.

Schell, F.: A tábori egészségügyi felszerelések új anyagai. 194. p.

1981, 25, 7. sz.

Jung, K. stb.: A hosszútávúfutás szerepe a repülők egészségügyi felkészítésében. 209. p.

Steinmann, R. stb.: A patella törésének műtéti kezelése és eredményessége. 213. p.

Schumann, K. stb.: A trachea-sérülés és -szűkület kezelése. 220. p.

Beierdörffer, H.: Az acne vulgaris benzoilperoxiddal történő kezelése. 231. p.

Miederer, S. E.: Az ulcus pepticum gyógyszeres kezelése. 234. p.

Dieckhöfer, K.: A pszichikai alkalmasság problémája történelmi szempontok alapján. 240. p.

Schultze, R.: Új elgondolás a Bundeswehr Egészségügyi Szolgálatára és a polgári egészségügyi infrastruktúra kapcsolatáról. 246. p.

1981, 25, 8. sz.

- Hawickhorst, H.*: A „Wehrmedizinische Monatsschrift” fejlődése. 258. p.
Wedel, K.-W.: A katonaeorvostan múltja, jelene. 263. p.
Fischer, W. H.: Immunprofilaxis katasztrófák esetén. 271. p.
Bock, K. H.: Az anaesthesia helyzete a Bundeswehr Egészségügyi Szolgálatán belül, tábori viszonyok közepette és képzésének kötelezettsége védelem esetére. 277. p.
Hammer, U.: A száj- és arcsebészet katonaeorvosi jelentősége. 283. p.
Seemann, K.: Haditengerészeti és bűvárvostan mint a katonaeorvostan alkotó eleme. 293. p.
Boos, G. stb.: A Bundeswehr nyomozó kutyái és a *Brucella canis*-fertőzés lehetősége. 295. p.
Krauss, H. J.: A katonai gyógyszerészet 25 éve a szakirodalom tükrében. 299. p.
Fischer, H.: A német egészségügyi szolgálat tapasztalatai az 1939—1945-ös háborúban és a modern egészségügyi szolgálat. 310. p.

1981, 25, 9. sz.

- Keinhanss, G.*: A környezeti hatás (zaj, vibráció) vizsgálata doziméter segítségével. 315. p.
Fallen, H.: Az elektromos ritmusszabályozó javallata, működése és komplikációi. 327. p.
Kuhlwein, A. stb.: Inhalációs allergének elleni hiposzzenibilizációs terápia. 335. p.
Mahlberg, F.-A.: A katonaeorvosok — orvosok és a katonák nevelése. 341. p.
Adams, H.-A.: Rombolón végzett sebészeti és anaesthesiologiai munka. 345. p.
Junghans, C.: *Mycosis fungoides* — két eset ismertetése. 352. p.

1981, 25, 10. sz.

- Scheunert, W.*: Tartalékos katonaeorvosok kiképzése és továbbképzése. 369. p.
Jansen, G.: Nagy intenzitású zaj hatása az emberi szervezetre. 371. p.
Schumann, K. stb.: Modern fülsebészet. 380 p.
Lewer, M. stb.: 1—1 arányban kevert 0,5%-os izobárikus bupivacainnal és 4%-os hiperbárikus Mepivacainnal végzett spinális anaesthesia, 396. p.
Beutler, F. U. stb.: Perzisztens leukocitózissal szövődött macroamylasaemia egy esete. 401. p.
Herrmann, F.: A waterlooi ütközet egyesített hadseregeinek csapatorvosi szolgálata az 1815. jún. 16—18. között folyó harcok során. I. 406. p.

1981, 25, 11. sz.

- Petermann, Chr. stb.*: Mediastinoscopia — egy hasznos módszer az intrathoracalis megbetegedések diagnosztikájában. 417. p.
Reichel, W. stb.: Ferde törésű fibula cerclage elv szerinti oszteoszintézise. 423. p.
Salomon, F. stb.: Malignus hyperthermia — syndroma, amelyet ismerni kellene. 428. p.
Bähren, W.: A férfi medence komputer tomográfiája — anatómia, javallat, a módszer korlátai. 442. p.
Herrmann, F.: A waterlooi ütközet egyesített hadseregeinek csapatorvosi szolgálata az 1815. jún. 16—18. között folyó harcok során. II. 457. p.

1981, 25, 12. sz.

- Siebertz, H. stb.*: A szövetségi honvédelmi miniszter katonaeorvosi tudományos tanácsadó testületének ténykedése és hatása a haderőre. 473. p.
Heuwinkel, R. stb.: A clavicula-műtétek indikációja és hibalehetősége. 481. p.

Bartlema, H. C.: A légionárius betegség epidemiológiája. Irodalmi áttekintés. 495. p.

Pöllmann, L.: Az odontogén arcüregbetegségek kezelése. 507. p.

Knerr, W.: Az articulo talocruralis friss és régi sérülésének kezelése. 510. p.

ZEITSCHRIFT FÜR MILITÄRMEDIZIN

(Greifswald), 1981, 22, 1. sz.

Goldbach, J.: A 25 éves Nemzeti Néphadsereg. 2. p.

Balabucha, P. P.: Barátság és együttműködés. 4. p.

Rehwald, D. stb.: Magasabb színvonalú és eredményes egészségügyi biztosítás a harc-készség fokozására. 5. p.

Rehwald, G. stb.: A higiénés — járványvédelmi biztosítás néhány szempontja az egészségvédelem szervezése során. 8. p.

Gestéwitz, H. R. stb.: Az optokinetikus nisztagmusz kvantitatív és kvalitatív vizsgál-
latának kutatási tapasztalatai. 11. p.

Werner, G. stb.: Kiválasztott betegcsoport rendelőintézeti gondozása. Belgyógyászati
tapasztalatok. 18. p.

Lochmann, G. stb.: A kéztődenerváció szerepe a kéz ízületi fájdalmának kezelésében.
20. p.

Heber, J. stb.: A kísérletes traumás — haemorrhagiás shock befolyásolása RES-affi-
nis szerekkel. 23. p.

Weigend, Chr.: Járványgócok vizsgálata. 28. p.

Hollenbach, K. stb.: Katonaorvosi feladatok a csapatok munkahigiénés biztosítására.
32. p.

Stremmel, D. stb.: Új méregtörvény az NDK-ban. Egészségügyi szolgálati jelentősége.
37. p.

Polte, G.: A katonaorvostan történetéből: A századorvosi tarisznyától az orvosi tás-
káig. 39. p.

Kolmsee, P.: 100 évvel ezelőtt. 41. p.

Stuka, R.: Ajánlások az „Egy szovjet katonaorvos emlékei” c. műhöz. II. rész. 41. p.

Winkelmann, R. stb.: Egészségügyi csapatok közötti fegyverbarátság. 43. p.

Kuchenbuch, H. S. stb.: Egy lakóterület forradalmi hagyományának ápolása. 45. p.

1981, 22, 2. sz.

Jähn, S.: A pionír Gagarin tette és az azóta eltelt 20 év űrhajózása. 50. p.

Fritze, H.: Orvos-biológiai vizsgálatok a kozmoszban; jelenlegi és jövőbeni jelentő-
sége. 51. p.

Haase, H.: Az űrrepülés 20 éve és az űrorvostan. 52. p.

Pröhl, W. stb.: Az első audiometriás vizsgálatok egy űrállomáson. 60. p.

Haase, H. stb.: A legénység intrakután parciális oxigénnyomása rövid ideig tartó űr-
repülés alatt. A SZU és az NDK közös űrhajózási programjának eredményei.
63. p.

Tigranjan, R. A. stb.: Űrhajósok katekolamin anyagcseréje. Vizsgálati eredmények
a „SZOJUZ 29—SZALJUT 6—SZOJUZ 31” űrhajókomplexumon. 66. p.

Handt, M. stb.: Az időfaktor szerepe a kozmonauták orvosi ellenőrzése során. 70. p.

Vaic, H. stb.: A légi összeköttetés elemzése és a kozmonauták munkaképességének
megítélése. 73. p.

Vaic, H. stb.: Terhelési skála — lehetőség az űrhajósok munkaképességének megítélé-
sére. 76. p.

- Malz, W. stb.: A limfocita-regenerációs kísérletek eredménye és további kiegészítő vizsgálatok. 80. p.
- Vorob'ev, E. I.: A „SZALJUT—6—SZOJUZ” űrhajókomplexumon 1979-ben folytatott orvosi-biológiai vizsgálatok eredményei. 82. p.
- Baranski, S. stb.: A terheléses fizikai teljesítőképesség mérése és a visszacsatolás elvén szabályozott szívfrekvencia vizsgálatok. 86. p.
- Mehner, R. stb.: Az űrhajósok fülészeti problémái. 87. p.
- Wirth, D. stb.: A túlterhelés elviselésének becslése. 89. p.
- Nevskaja, G. F. stb.: Az ember szellemi teljesítőképességének vizsgálata a különböző testrészek besugárzása után. 90. p.
- Mjasnikov, V. I. stb.: Hosszan tartó űrrepülés orvosi-pszichológiai biztosításának aktuális feladatai. 92. p.
- Kozerenko, O. P. stb.: A SZALJUT 6 űrhajósainak készített zenei és video program. 95. p.
- 1981, 22, 3. sz.
- Steiner, E. R. stb.: A kiképzés és a nevelés minőségének, hatékonyságának alapjai. 98. p.
- Schossee, S. stb.: Katonák gyöki kompressziós szindrómájának műtéti kezelése. Korai eredmények. 100. p.
- Ballschuh, G. stb.: Kiválasztott belgyógyászati rendelőintézeti betegek csoportos egészségügyi nevelése. 102. p.
- Mayland, J.: Egységesített terheléses EKG. Ischaemiás szívbetegség diagnózisa. 105. p.
- Garrasch, B. stb.: Az intenzív osztályok diagnosztikai munkájának stratégiája és költsége. 107. p.
- Gromoll, H. W.: Elektromiográfiás diagnosztikai lehetőségek a klinikai gyakorlatban. 109. p.
- Wagner, V. stb.: Goodpasture-szindróma morbiditás katonaköteles korúak között. 114. p.
- Müller, H. stb.: A gyomor hipotóniás kettős kontraszt vizsgálata. 116. p.
- Trapp, R.: A nagy toxicitású karbamát mint potenciális harcanyag. 119. p.
- Schmechta, H. stb.: A klinikai gyakorlatban alkalmazott egyszerű gyorsteszt a véralkohol koncentrációjának megítélésére. 122. p.
- Polte, G. A katonaoorvostan történetéből: 40 évvel ezelőtt — az 1941. augusztus 23-án kelt egészségügyi parancs. 124. p.
- Stuka, R.: Ajánlások az „Egy szovjet katonaoorvos emlékei” c. műhöz. III. rész. 126. p.
- Miehle, D.: Lőtt csonttörések külső fixátorral történő kezelése. I. rész. 128. p.
- Quies, W. stb.: Meghatározott népességcsoport egészségügyi állapotának elemzése és ellenőrzése. 131. p.
- Brauer, G. stb.: A pszichikai-fizikai teljesítőképesség és a katonai tevékenység követelménye. 132. p.
- Wiezorek, W. D.: Az NDK Katonaoorvosi Társasága Lipcsei Regionális Csoportjának 14. ülése. 133. p.
- Wiezorek, W. D.: Az NDK Katonaoorvosi Társasága Lipcsei Regionális Csoportjának 15. ülése. 133. p.
- Richter: Az NDK Katonaoorvosi Társasága Drezdai Csoportjának 17. tudományos rendezvénye. 134. p.
- Schwarzer, R.: Tudósítás a katonaoorvosi fakultás volt hallgatóinak találkozójáról. 134. p.

1981, 22, 4. sz.

- Gestewitz, H. R.*: Gondolatok a Szocialista Egységpárt X. üléséről. 146. p.
- Böhländ, P. stb.*: A Lipcsei Marx Károly Egyetem orvos- és fogorvostan hallgatói katonatorvosi kiképzésének tapasztalatai és eredményei. 148. p.
- Wolff, H. R.*: 10 éves az NDK Katonaorvosi Társasága. 152. p.
- Mecklinger, L.*: Az egészségügyi miniszternek az NDK Katonaorvosi Társasága 10 éves fennállása alkalmából elmondott üdvözlő beszéde. 154. p.
- Gestewitz, H. R.*: Az NDK Katonaorvosi Társasága elnökének 1981. március 13-án Potsdamban megtartott ünnepi rendezvényen elhangzott előadása. 155. p.
- Faust, G. stb.*: A koronária megbetegedésének korai felismerése. 159. p.
- Zange, H.*: A szív- és érrendszeri betegség szűrési és megelőzési módszerének megbízhatósága. 162. p.
- Biermann, J.*: Négyhetes szív és érrendszeri kúra alatt folytatott komplex kezelés. 166. p.
- Gromoll, H. W.*: A vállizületi traumás sérülések kezelése. 167. p.
- Lindau, K. P. stb.*: A venasectio módosított technikájának jelentősége. 171. p.
- Schmoll, P.*: Fáradásos törés katonaköteles korban. 173. p.
- Günther, H. stb.*: Preoperatív akut normovolémiás hemodilúció 5%-os glukóz-infúzióval; klinikai eredmények. 175. p.
- Barnick, P.*: Glomerulonefritisz. 179. p.
- Dressler, G. stb.*: A fegyveres testületeknél szolgáló fogorvosok halláskárosodása. 183. p.
- Langer, U.*: A tiszti hajózó állomány pszichológiai kiválasztásának rendszere. 185. p.
- Stuka, R.*: Ajánlások az „Egy szovjet katonatorvos emlékei” c. műhöz. IV. rész. 187. p.
- Lange, M. stb.*: Újítómozgalom az egészségügyi szolgálaton belül. 189. p.
- Rehe, R. stb.*: A fegyveres erők egészségügyének fejlődése. 190. p.

1981, 22, 5. sz.

- Goldbach, J.*: A higiénés-járványügyi biztosítás feladatairól. 194. p.
- Schumann, H. stb.*: Fertőző betegségek morbiditási és epidemiológiai analízise. 196. p.
- Schulze, L.*: Az előírásoknak megfelelő sterilizálás az egyes csapatrészek és egységek egészségügyi pontjain. 199. p.
- Rudolph, H. stb.*: Gondolatok az egészségnevelés hatékonyságáról. 201. p.
- Seidel, W.*: Alkalmassági vizsgálatok elemzésére szolgáló módszerek. 203. p.
- Bräuer, G.*: Pszichofiziológiai módszerek a katonatorvosi alkalmassági vizsgálatok során. 206. p.
- Funke, P. stb.*: Hő okozta stresszek a csapatorvosi gyakorlatban. 209. p.
- Lorentz, F. W.*: A sinusitis chronica kezelésének és megelőzésének aktuális problémája. I. rész. 213. p.
- Schmidt, V.*: Az orrsövénytumor műtétjének katonatorvosi indikációja. 217. p.
- Gehrlicher, W. stb.*: Katonák sugárgomba betegsége. Kazuisztikai adalék. 219. p.
- Geidel, H. stb.*: Tűzoltók lábán előforduló bőrbetegségek. Kórokok, gyakoriság, megelőzés. 221. p.
- Werner, E.*: Pneumoniás szövödmények előfordulása az 1980 tavaszán lezajlott grippejárvány során. 224. p.
- Döhler, G.*: Az anyagi-egészségügyi biztosítás problémája Kambodzsában. 226. p.
- Hippe, F. stb.*: A sebesültszállító eszközök fejlődésének története. 233. p.
- Köstler, W. stb.*: A szovjet fegyverbarátainkkal szoros szövetségben. 235. p.
- Degner, H.*: Nővérek a kiegészítő kórházakban. 237. p.

1981, 22, 6. sz.

- Schmeisser, G.*: Az NDK Katonaorvosi Társaság lehetősége az orvosi és tudományos társaságok munkájának támogatására. I. rész. 242. p.
- Eschke, P.* stb.: A fertőzés elleni védelem aktuális terve. Klinikai szempontok. 243. p.
- Steffen, H.*: Az agy vérrellátási zavarának diagnosztikája és kezelése. Idegsebészeti szempontok. I. rész. 248. p.
- Pawlak, K.*: Gerincszlopbetegségek és alkalmasság. 251. p.
- Scheibe, J.*: Kimerítő fizikai terhelés utáni elváltozások. 252. p.
- Preis, W.* stb.: Hipertónia és narkózis. 254. p.
- Emmaus, R.* stb.: Geofizikai faktorok hatása az ember — gép rendszerre. Irodalmi áttekintés. 257. p.
- Hofmann, P.*: Az úgynevezett idiopátiás spontán pneumothorax diagnosztikája és kezelése. 261. p.
- Kaliski, D.*: A kardiopulmonális újraélesztés időszerű szempontjai. 263. p.
- Hallmann, B.* stb.: Vesekearcinóma — cisztakarcinóma — veseciszta. Esetismertetés. 264. p.
- Niedergesäss, G.* stb.: A fő tünet: fitymaszűkület. Diagnózis és terápia. 265. p.
- Casper, H. D.* stb.: Az anyagi-egészségügyi eszközök tárolásának javítása a hőtani törvények figyelembe vételével. 268. p.
- Hornei, R.*: Ésszerű adattárolás és visszakeresés specifikus deszkriptor-rendszer (te-zaurusz) alkalmazásával. 271. p.
- Schmidt, W.* stb.: Leukocyturia — bizonyos kórképek fő tünete. 273. p.
- Scheidler, K.*: A gyors orvosi segély berlini rendszerén belül működő sürgős orvosi csoport bevetése. 277. p.
- Polte, G.*: Pirogov (1810—1881) halálának 100. évfordulójára kiadott emlékérem. 279. p.
- Kolmsee, P.*: Emlékezés a 45 évvel ezelőtt Spanyolországban megalakult nemzetközi egészségügyi szolgálatra. 280. p.
- Hippel, F.* stb.: A karantén történelmi és aktuális jelentősége. 283. p.

A „Honvédorvos” 1982. évi pályázatának eredménye

A Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanácsa az 1982. évre meghirdetett tudományos pályázatra beérkezett munkák közül az alábbiakat részesítette díjazásban:

I. díj: 4 000,— Ft.

Dr. Gyeney Mária, dr. Merkel Dagmár: A termikus károsodások magyarországi információs rendszere.

Dr. László Imre o. őrgy.: Hadsereg hadműveleti manővercsoport egészségügyi biztosításának sajátosságai.

Dr. László Imre o. őrgy.: Napalm fegyverek és az általuk okozott sérülések jellemzői.

Dr. Riskó Zoltán: Mély fertőzött sebek feltisztításának újabb lehetőségei.

Dr. Székelyhidi Lajosné: Monoaminoxidáz aktivitásváltozásának vizsgálata neutron besugárzott kísérleti állatok agyában és májában.

II. díj: 3 000.— Ft.

Dr. Dávid Gábor ny. o. alez., Dobronyi István, dr. Szklenárik György o. őrgy.: Dimetoát hatása a szérum-protein frakciókra.

Dobronyi István, Barcs István, dr. Szklenárik György o. őrgy.: Lincomycin hatása a humorális immunstátuszra. (Klinikai-, modell- és állatkísérletes vizsgálatok.)

Dr. Gyeney Mária: Az egészségügyi és gazdasági rendszer közötti analógiák, az iparvállalati informatika adaptálhatósága.

Dr. Kispál Mihály o. alez.: A honvédorvosi utánpótlás szervezési kérdései.

Dr. Kovács László o. alez., dr. Ürögi József o. zds.: A sorállomány között végzett táplálkozás-egészségügyi vizsgálatok tapasztalatai.

Dr. Naszlady Attila, dr. Simon Pál o. zds.: Korszerű személyi egészségügyi adathordozó — adatkulcs — felépítése és működése.

Dr. Szklenárik György o. őrgy., Dobronyi István, dr. Merkel Dagmár, dr. Novák János o. zds.: Az immunoglobulinok mennyiségének vizsgálata nemspecifikus gammaglobulin kezelés alatt.

III. díj: 1 500,— Ft.

Dr. Villányi Ferenc o. alez.: A csapategészségügyi szolgálat és a katonai kórház — rendelőintézetek közötti kapcsolat fejlesztésének, korszerűsítésének néhány kérdése.

Jutalom: 1000,— Ft

Dr. Lukács György o. zds.: Kétrétegű ragasztott „vég a véghez” típusú vékony- és vastagbél anasztomózis MK—7-es ragasztó felhasználásával.

Pályázat

A Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanácsa és a HONVÉDORVOS szerkesztő bizottsága az 1983. évré

PÁLYÁZATOT HIRDET

olyan tanulmányok megírására, amelyek a katonaeorvostudomány fejlődését elősegítő kérdéseket dolgoznak fel, és hozzájárulnak az e téren jelentkező aktuális elméleti és gyakorlati feladatok megoldásához.

Pályázati feltételek

1. Csak eredeti, nyomtatásban meg nem jelent és kifejezetten a pályázat céljára készített tanulmányokat lehet benyújtani.
2. Egy szerző legfeljebb két tanulmánnyal pályázhat.
3. A pályamunkának 1983. október 1-ig kell beérkeznie — „Pályázat” megjelöléssel — a következő címre: a Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanács Titkársága (Központi Katonai Kórház 1553 Budapest, Pf. 1. XIII., Róbert Károly krt. 44.)
4. Egy-egy tanulmány terjedelme — a papír egyik oldalára gépelve — ne haladja meg a 20 gépelt oldalt. A tanulmányt két példányban kell beküldeni, mellékelve a kidolgozás során felhasznált irodalom jegyzékét és az összefoglalást is. A tanulmány lehet nyílt és titkos minősítésű.
5. A tanulmányokat csak jeligével lehet beküldeni. A pályázó nevét, alakulatát, lakáscímét és annak postai irányítószámát egy — kívülről szintén jeligével ellátott — lezárt borítékban kell feltüntetni. Névvvel ellátott vagy a szerző kilétét felfedő tanulmány a pályázatban nem vehet részt.
6. A díjazott és jutalmazott tanulmányok közzétételének jogát a szerkesztő bizottság fenntartja magának. Erről a szerkesztőség a szerzőt értesíti. A közzététel a szerzőt külön honorárium illeti meg. A pályázat bírálatáról a szerkesztőség csak abban az esetben ad tájékoztatást, ha a tanulmány a folyóiratban is közzétételre kerül. Kéziratot a szerkesztőség nem küld vissza.

Pályadíjak:

I. díj:	4000,— Ft.
II. díj:	3000,— Ft.
III. díj:	1500,— Ft.

A pályázatok eredményét a Honvédorvos közölni fogja.

a MNOTT elnöksége
és a Honvédorvos szerkesztő bizottsága

Szerzőink figyelmebe!

NYOMDAI KORREKTÚRAJELEK ÉS AZOK ALKALMAZÁSA

A kefelevonatot a korrektor után rendszeren a szerző is átjavítja. A korrektúrán a helytelen betűket vagy ~~jeleket~~ ^{jeleket} különböző alakú ~~jelekk~~ ^{jelek} athúzzuk és ezeket a jeleket a sorral egyvonalban a margóra is rávezetjük s a jelek mellé írjuk az oda való helyesbítést. A szövegrészbe iktatott javítást a szedő nem veszi figyelembe.

Félreértés elkerülése céljából egymáshoz közelebb levő soroknál más-más jeleket használunk. Ilyen rúna szerű jelek: $\uparrow, \downarrow, \leftarrow, \rightarrow, \leftarrow\leftarrow, \rightarrow\rightarrow, \leftarrow\leftarrow\leftarrow, \rightarrow\rightarrow\rightarrow, \curvearrowleft, \curvearrowright, \curvearrowup, \curvearrowdown, \circlearrowleft, \circlearrowright$

Az összevonásnak, ábsztválóasztásnak és minden szűkítésnek, tágításnak ezek a jelei: $\downarrow, \uparrow, \downarrow, \uparrow, \downarrow, \uparrow, \downarrow, \uparrow$ vagy: $\leftarrow, \rightarrow, \leftarrow\leftarrow, \rightarrow\rightarrow, \leftarrow\leftarrow\leftarrow, \rightarrow\rightarrow\rightarrow$

Ha a sorok között a távolság a kelletténél kisebb vagy nagyobb, a bővítő- vagy szűkítőjelek alkalmazásával adunk utasítást a térköz bővítésére vagy szűkítésére.

A hiányzó betűt úgy jelöljük be, hogy az előtte vagy mögötte levőt athúzzuk és a margóra írjuk az athúzottat is, meg a hiányzót is.

Hiányzó szóval ^{valamely} jel egyszerű alkalmazásával, értelemzavar kerülése céljából bővítő-, esetleg szűkítőjellel ellátva írunk be.

Ha egyes betűk vagy szavak feleslegesek, azokat ~~kielelő~~ ^{kielelő} jelekkel jelezdéljük.

Rossz szórend esetén a szavak számozásával a helyes szórendet jelezzük. Könnyebben áttekinthető a javítás, ha a számozás helyett jelezzük kanyarintással, a rossz szórend helyesbítését. Az esetleg idegen sorba tévedt szavakat nyíllal jelezzük (bekanyarintjuk) s helyüket. Ez a jelzés mód azonban csak akkor ajánlatos, ha az eltévedt szók egymás mellett vannak. Komplikáltabb esetben világosabb a számozás.

Előfordulhat, hogy a nyomdában egyes betűfajba idegen típusú betűk keverednek, az ilyeneket és a sérült betűket is kettős aláhúzással jelöljük a margón.

Hogya egy-egy szót vagy mondatot más betűfajából (antiqua = közönséges, kurzív = dölt, kapitälchen stb.) vagy ritkítottat közönségesen kívánunk szedetni, azt a korrektúrán aláhúzzuk s a margóra írjuk az utasítást.

Fordított betűket fordítójellel, egészen felfordítottakat (blokkáltakat) köznánséges hibaként jelölünk. \int Ez a jelzés (\int) új bekezdést (új sort) jelent.

Míg a főlösleges bekezdést kanyarintással jelezzük.

A betűk, szavak vagy sorok között esetleg előforduló foltok vagy vonalak eltüntetésére kettős kereszttel adunk utasítást.

[Rövidebb vagy kijebb álló sorokat jelzünk itt. Ezek helyre] igazítását két függőleges vonallal is elrendelhetjük. Az elgömbült sorok helyreigazítását két vízszint vonallal jelöljük.

→ jelekkel

↑ ↓

← →

↑ ↓

↑ vagy mondatot

↓ elle

→ ↓

Lü 14

Lt 1m

↓ ↓

↓ ↓

— kurzív!

— onom ritkíttra

∫

#

] ki!

==
L es

↑ ↓ T ↓

↑ ritkíttra!

↑ S

x o

[ki!

||

A kéziratokat 2 példányban kérjük a szerkesztőségi titkár címére küldeni:

Dr. Giacinto Miklós orvos ezredes
HONVÉDORVOS Szerkesztősége,
1553 Budapest, Pf. 1.
Központi Katonai Kórház
Róbert Károly körút 44. sz.

A *dolgozatok formai előírása* a gyors és pontos közlést szolgálja. A közleményt gépeltessük A/4 méretű szabványos lapokra, 2-es sorközökkel, oldalanként 30 sorral, soronként 60 leütéssel. A dolgozat valamennyi összetevőjét (szerzők és a közlemény címe; összefoglalás; köszönetnyilvánítás; bibliográfia; táblázatok; ábrák, a számozott ábrákhoz és táblázatokhoz készített szöveg) különálló oldalakon kezdjük, de a fenti sorrendben folyamatosan oldalszámozzuk.

Az érdemi tudományos munkában résztvevő *szerzők* teljes nevükön, doktori címükkel (dr.), katonai rangjukkal, tudományos fokozatukkal szerepeljenek. A közlemény származási helyét — fejlécként — csak a polgári intézményeknél dolgozók esetében tüntessük fel, pl.: Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet (főigazgató: Dr. Tariska István).

A *dolgozat címe* legyen rövid és informatív, pontosan fedje a tartalmat.

A *cikk összefoglalása* 3 példányban készüljön. Terjedelme ne legyen több 15 sornál, rövidítést ne tartalmazzon és csak a lényegét foglalja össze. Célja a gyors tájékoztatás.

A *közlemény szövege* a mondanivaló logikai struktúráját kövesse. Hosszabb kéziratot tanácsos részekre osztani, fejezetcímekkel ellátni. Nyomdai szedésformák megválasztásával még szembetűnőbben tagolhatjuk a szöveget. Az aprószedést a szöveg bal oldalán mellé húzott vonal és a „petit” szó jelzi. A dőlt betűs szedés egyszeri, a félkövér kétszeri aláhúzással jelölendő.

Irodalmi hivatkozások („Irodalom” alcímmel jelöljük): Mivel a folyóirat-cikkeknek a legritkább esetekben (pl. ritka kórképeknél) feladatuk az adott témakör teljességére törekvő irodalmi feldolgozása, csak a dolgozat lényegi megállapításait, új diagnosztikai módszereket alátámasztó, illetve leíró és a valóban elolvasott munkákra hivatkozzunk. Gondoljunk arra, hogy az olvasó a fontosabb forrásművek alapján esetleg alaposabban szeretne tájékozódni, amit a terjedelmes és pontatlan bibliográfia megnehezít.

A szerkesztőség a *folyóiratcikkek* bibliográfiai leírására két lehetőséget nyújt:

1. A szerzők neve és a megjelenés adatai; három szerzőig mindegyik nevét kiírjuk, háromnál több szerző esetén csak az első nevet írjuk ki, a társszerzőkre az „és mtsai” rövidítéssel utalunk. A szerző(k) nevét egyszer aláhúzzuk (*kurzív szedés*), majd a kettőspont után a folyóirat rövidítése (lásd az Index Medicus orvosi bibliográfia januári számaiban) kerül. A megjelenés évszáma, *kötetszáma* (*egyszer aláhúzva*) után a kezdő oldalszámmal zárjuk az adatokat. Pl.:

Tóth P., Horváth Z., Molnár E.: Orv. Hetil. 1983, 124, 439.

Sebő J. és mtsai: Orv. Hetil. 1983, 124, 449.

2. A másik változat szerint valamennyi szerző nevét megadjuk. Ezt követi a közlemény címe, a folyóirat rövidített neve, a megjelenés éve, a kötettség (egyszer aláhúzva), majd a cikk kezdő és záró oldalszáma. (Az Orvosi Folyóiratkiadók Nemzetközi Irányító Bizottsága előírásához igazodva.) Pl.:

Hartung, G. H., Foreyt, J. P., Mitchell, R. E., Mitchell, J. G., Reeves, R. S., Gotto, A. M.: Effect of alcohol intake on high-density lipoprotein cholesterol levels in runners and inactive men. JAMA 1983, 249, 747—750.

Ügyeljünk arra, hogy a két változatot ugyanazon dolgozatnál sohasse keverjük!

Könyvekre egységesen és az alábbi sorrendben hivatkozunk mindkét esetben: a szerző(k), illetve a szerkesztők neve — az utóbbinál zárójelben szerk. rövidítés szerepeljen —, a cím, a kiadó, a kiadás helye, éve és a vonatkozó oldalszám. Amennyiben a teljes műre hivatkozunk, oldalszámot nem írunk. Pl.:

Kovalevszkij, E. I.: Glaznue boleznj. 2. izd. Medicina, Moszkva, 1980.

Moll, J. M. H. (szerk.): Ankylosing spondylitis. Churchill, Edinburgh, 1980.

Fáber V.: A lőfegyver és hatása. In. Somogyi E. (szerk.): Igazságügyi orvostan. Medicina, Budapest, 1964. 171.

Az irodalmat a szerzők nevének alfabetikus rendjében, sorszámmal ellátva állítjuk össze. A közlemény szövegében csak az irodalomjegyzék sorszáma hivatkozunk zárójelben.

Táblázatok: A táblázatokat római számjelekkel jelöljük, folyamatosan, a cikkben kívánt megjelenés sorrendjében. Minden táblázatot külön lapra kell gépelni. A táblázat A/4 méretű legyen. A táblázat feliratát a lap tetejére írjuk.

Ábrák: Fehér-fekete hibátlan ábrák kerülhetnek kinyomtatásra, ésszerű számban. Számozásuk arab számjegyekkel történik. Kizárólag A/4 méretű, vagy annál kisebb ábrákat küldjünk be, amelyek akkor is szemléletesek, ha azokat megfelelő nagyságúra kicsinyítjük. Védjük az ábrákat postai szállításkor. Ne rongáljuk felszínüket csipeszekkel, tűszúrásokkal vagy erősen rányomott tollal végzett írással hátlapjukon. A hátlapon jelöljük a cikken belüli megjelenés sorrendjében az ábrák számát, a szerző nevét, és nyíl mutasson a kép felső része felé. Fényképek fényes papírra készüljenek, lehetőleg 9×12 cm-es méretben, legyenek szegélytelenek. Vonalas rajzok, diagrammok és grafikonok átlátszatlan fehér lapon homogén fekete vonalakkal készüljenek, vagy világos kékekkel vonalazott koordináta papíron. Készülékek illusztrálására a vo-

nalas rajz rendszerint jobb, mint a fénykép. Minden ábrán a betűjelzésnek szakszerűeknek kell lennie, elég nagyoknak ahhoz, hogy olvashatók legyenek akkor is, ha a megfelelő nagyságra kicsinyítik őket és legyerekek arányosak az illusztrált anyaggal.

Az ábrák helyét a szövegben külön sorban jelöljük: kézírás számára (például képlet részére) legalább két sort kell kihagyni.

Az ábrák szövegét egy külön lapon, sorszámokkal ellátva gépeljük.

Levelek a szerkesztőhöz kézirat formájában küldendők be.

A helyesírásnál is figyeljünk a következetes írásmód használatára!

Írányadóként Brencsán János: Új orvosi szótára használható (Akadémiai K. Budapest, 1983.). A szótárban nem szereplő kifejezések írásmódjának megállapításához a bevezetőben szereplő „Tájékoztató az orvosi helyesíráshoz” c. fejezet szempontjait alkalmazzuk.

Értesítés

A Magyar Orvostörténeti Társaság (MOT) Katonaegészségügyi Szakosztálya szeretne lendületet adni munkájának, ezért kéri az orvos és gyógyszerész elvtársakat, hogy kapcsolódjanak be tevékenységébe. Akinek már most van előadási anyaga, esetleg cikknek alkalmas tanulmánya, a szakosztály elnökét keresse meg levélben (Larencz László gy. százados. Pécs, Pf. 250. Nagy Sándor laktanya. —7 6 0 1). Cikk közvetlenül a Honvédorvos szerkesztőségének is beküldhető.

honvédorvos

Főszerkesztő: Dr. Horváth István orvos ezredes

Szerkesztőségi titkár: Dr. Giacinto Miklós orvos ezredes

Szerkesztő bizottsági tagok:

Dr. Benkő György gyógyszerész alezredes

Dr. Bernát Iván ny. orvos ezredes

Dr. Birkás János orvos alezredes

Dr. Bíró György orvos ezredes

Dr. Hajdú Béla orvos ezredes

Dr. Hideg János orvos ezredes

Dr. Kurucz Tibor gyógyszerész alezredes

Dr. Manninger Jenő orvos vezérőrnagy

Dr. Tabák Péter orvos alezredes

Dr. Takáts László ny. orvos ezredes

Szerkesztőség:

Budapest XIII., Róbert Károly körút 44. MN. Központi Kórháza. Telefon: 401-144.

Postacím: 1553 Budapest, Pf. 1.

Kéziratok a szerkesztő bizottság titkárának küldendők (Dr. Giacinto Miklós orvos ezredes), a szerkesztőség címén.

Kiadja a Zrínyi Katonai Könyv- és Lapkiadó, 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 (Budapest V., József nádor tér 1. Telefon: 180-850. Postacím: Posta Központi Hírlap Iroda, Budapest 1900) közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Előfizetési díj: 1 évre 108.— Ft.

Lapengedély száma: 9031948. T. M.

Megjelenik negyedévenként.

Egyes szám ára: 27.— Ft.

Index: 25376 HU ISSN 0133-879. X.

83.2708/2-01 — Zrínyi Nyomda, Budapest. Felelős vezető: Vágó Sándorné vezérigazgató