

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Fül-orr-gégeklinika
(igazgató: Lampé István dr. egyetemi tanár)

A gégeszeti kettős tumorokról*

TÓTH ÁGNES dr., LAMPÉ ISTVÁN dr.

Közlésre érkezett: 1980. október 14.-én

A szerzők 5 gége- és 1 hypopharynxcarcinoma társulását figyelték meg más lokalizációjú malignus daganattal. Előfordult 3 tüdőcarcinoma, 1–1 krónikus lymphoid leukaemia, malignus lymphoma és malignus mesenchymoma. Az irodalmi adatok áttekintése után tárgyalják a második daganat kialakulását elősegítő feltételezett okokat. Felhívják a figyelmet a multiplex primer malignus tumoros betegek számának gyarapodására és ebből következően a daganatos betegek fokozott megfigyelésére az 5 éves gyógyulási periódus eltelte után is.

A multiplex primer malignus tumorok (továbbiakban: MPMT) előfordulásával mind a világirodalom, mind hazai orvosi szakirodalom egyre gyakrabban foglalkozik. Az egyes esetek diagnosztikus, terápiás problémáinak boncolgatásán túl, érdekes ez a témakör a tumor keletkezésének, immunológiai vonatkozásainak, ill. kezelésének közvetlen és késői eredménye szempontjából is.

Warren és Gates [13] 1932-ben fogalmazták meg a MPMT definícióját: mindegyik daganat malignus legyen, egymástól különállóan helyezkedjenek el, ill. nem lehetnek egymás áttétei. Időbeli előfordulásuk szerint beszélhetünk *szinkron* (egy éven belüli) és *aszinkron* (metakron, egy éven túli) megjelenésről.

A MPMT előfordulási gyakoriságáról sokféle statisztika látott napvilágot, de általában elfogadhatjuk, hogy a malignus tumoros betegek 3–5%-ánál fordul elő két rosszindulatú daganat együtt [10, 12].

Dobsa és Miklós [3] 1976-ban számoltak be a Fül-orr-gégegyógyászat hasábjain kettős primer malignus tumoros betegükről. Dolgozatukban felhívják a figyelmet a kórfolyamat gégeszeti jelentőségének fokozódására.

Az utóbbi években klinikánkon is megsaporodott a kettős malignus tumorral rendelkező betegek száma, erről szeretnénk a továbbiakban ismertetést adni.

Esetismertetés

1. T. J. 69. é. férfi beteg: 1976 januárjában belgyógyászati osztályon kvalitatív vérvék, sternum-punkció, nyirokcsomó biopszia alapján diagnosztizálták jól differenciált sejtes lymphomáját, amely miatt Vinblastin, Endoxan, Prednisolon kezelést kapott. Ekkor még gégeszeti eltérést nem észleltek.

Klinikánkon 10 hónap múlva jelentkezett jobb fülébe sugárzó fájdalmi miatt. Felvételi státusa: fül, orr, orrgarat eltérés nélkül. A hypopharynxban a j. o. sinus piriformist csaknem teljesen kitöltő, egyenetlen felszínű szövetszaporulat volt látható. Egyébként a hangszalagok épek voltak, jól mozogtak. Próbaexcíziót végeztünk, melynek eredménye: Cc-planocellulare keratioides volt (7335/76. Szabó dr.). Fizikális vizsgálattal testszerte borsónyi, babnyi nyirokcsomókat lehetett tapintani, a máj 5 cm-rel haladta meg a jobb bordaívét, a lép nem volt tapintható. Mellkas átvilágítás során a hilusok kiszélesedését, határuk elmosottságát észleltük. A sternum punkció érettszejtes malignus lymphoma kp. fokú csontvelői infiltrációját mutatta. Mindezek alapján malignus lymphomáját IV/A stádiumúnak tartottuk. Első periódusban Vincristinnel szinkronizált Co irradiációt végeztünk a hypopharynx tumor kezelése céljából. Mellékhatásként néhány nap múlva a gégebemenet ödémája alakult ki, amely miatt a tracheotomia elvégzésére került sor. A kúra végére a tumorszövet eltűnt, csak a jobb arytáj inveterált vizenyője maradt meg. 1977. I. 28-án VEP séma szerint kombinált cytosztatikus kezelést kezdtünk, amelyet a beteg jól tűrt. II. 9-én hazaengedtük, mivel a kezelésben két hét szünet következett, otthonában váratlanul exitált. Szekció nem történt, bonclelet nem áll rendelkezésünkre.

*A Magyar Fül-orr-gégeorvosok Egyesületének Kongresszusán elhangzott előadás alapján (Szeged, 1980. aug. 24–28.)

2. N. F. 64. é. férfi beteg: 1978 februárjában az általános tüdőszűrő vizsgálat során jobb oldali hilusközeli daganatot valószínűsítettek. Ezt követően márc. 7-én a j.o. 6. szegmetnum rezekcióját végezték el. Kszn.: 1679/78. Alacsonyán differenciált bronchogén laphám-cc. a tüdőben (Mikó dr.). Az elváltozást az ében távolították el. Panaszmentesen távozott.

21 hónappal később, 1979 novemberében rekedtség miatt gégeszeten jelentkezett, majd klinikánkra irányították. Státusa: fül, orr, mesopharynx eltérés nélküli. Gége: a jobb gégefelet tumorszövet infiltrálta, a folyamat érintette a nyelvgyököt, epiglottist, sinus piriformist is. Légrés 2-3 mm volt. Nyakon megnagyobbodott nyirokcsomó nem volt tapintható. Excízió: 8916/79. Cc. planocell. nonkeratoides (Mikó dr.). A kiterjedt tumoros folyamat Co irradiációját végeztük el, 60 Gy (6000 rad) gócdózist kapott, amely hatására a tu. lényegesen regrediált, de a terület nem vált tumormentessé. A közben elvégzett mellkas rgt-felvétel és mellkasebészeti konzilium a tüdőben recidívát v. metastázist nem talált.

3. Sz. J. 54. é. férfi beteg: 1978 július végén belgyógyászati kivizsgálás történt gyengeség, fogyás miatt. Az ekkor készített mellkas átvilágítás és felvétel szerint a tüdőben kóros árnyék nem volt differenciálható. Közben gégeszeti vizsgálat is történt nyelési fájdalmi miatt. Státusa: az epiglottis felső 2/3 részét tumorszövet infiltrálta, mely az áhangeszalagokra, hangszalagokra, arytájakra nem terjedt rá. Próbaexcíziót végeztünk, eredménye: 5200/78 Cc. planocell. kerat. laryngis (Krajczár dr.) lett. VIII. 9-én supraglottikus parciális horizontális gégerrezekciót végeztünk j.o. nyaki blockdissectióval kiegészítve. Az elvégzett szövettani vizsgálat szerint a nyirokcsomók és a nyálmirigy tumormentesek voltak (5251/78 Krajczár dr.). A posztoperatív szakban az arytájakon laza vizenyő alakult ki, emiatt a dekanulálás csak későbbi időben volt elvégezhető. Közben jobb oldali bronchopneumonia késleltette a gyógyulást. Az arytájak vizenyős duzzanata miatt eltávolított mikro-laryngoscopiát végeztünk, a géget áttekintettük, illetve a gyulladt nyálkahártyát eltávolítottuk, de a hisztológiai vizsgálat eredménye szerint a gégeben tumorrecidiva nem volt. Három-négy hónapos jó általános állapot, lényeges testsúlynövekedés után 1979 május közepén étvágytalanság, lázas állapot lépett fel. Gégeszeti státusa: az arytájakon lévő enyhe vizenyőn kívül más kóros eltérés nem volt látható, nyakon kóros rezisztencia nem volt tapintható. A p-a mellkasfelvételen a b.o. hilusban kisdiónyi, légyszintenzitású árnyék ábrázolódott. Pulmonológiai osztályon helyezték el, bronchuscarcinomát feltételezve Co irradiációt terveztek, de ebbe a beteg nem egyezett bele. A feltételezett tumor gyorsan növekedett, és mintegy négy hónap alatt a kisdiónyi elváltozás férfiökölnyire nőtt, majd szkeptikus állapotban bekövetkezett az exitus. A család kifejezett óhájának megfelelően boncolásra nem került sor.

4. E. I. 36. é. férfi beteg: 1975-ben jelentkezett a gégeszeten rekedtség miatt. Panaszát a bal hangszalag tumoros elváltozása okozta. (Próbaexcízió: cc. planocell. partim kerat.) A beteg 6250 rad Co irradiációt kapott. Az ismételt kontroll-vizsgálatok során lokális recidiva vagy regionális metastázis nem volt észlelhető.

5 évvel később, az 1980-as tüdőszűrő vizsgálat során a bal hilus felső pólusán zöldsónyi, homogén, kerekárnyékot észleltek, ezért pulmonológiai osztályon helyezték el. Bronchoscopiás vizsgálat, ill. excízió történt, eredménye: Cc. planocell. bronchi. Műtéti kezelés céljából mellkasebészeti osztályra küldték. Az ekkori gégeszeti lelete: jobb gégefél ép. Bal hangszalag, áhangeszalag megvastagodott, egyenetlen, de szövetszaporulat nem látható. Hangszalagok jól mozognak. Nyakon kóros nyirokcsomó nem tapintható. V. 28-án thoracotomiát végeztek, amelynek során láthatóvá vált, hogy a bal felső tüdőlebezyből kiinduló tumor infiltrálta a pericardiumot. A mediastinumban megnagyobbodott nyirokcsomók voltak tapinthatók, ezekből próbaexcíziót vettek, amely metastázisnak bizonyult (3789/80 Cc. planocell. kerat. metast. lymphoglandulae Iványi dr.). A kiterjedt folyamat miatt a műtéti megoldástól eltekintettek a beküldő intézetbe szállították a beteget.

A továbbiakban utalunk klinikánkról már közölt kettős tumoros eseteinkre:

5. K. V. 63. é. férfibeteg: 1972 júliusában került felvétellel rekedtség miatt. A jobb áhangeszalag egész hosszában, az elülső commissura és b.o. áhangeszalag első harmada tumorosan infiltrált. Hangszalagok nem ítéletők meg, azonban a jobb gégefél mozgása erősen korlátozott. J.o. a m. sternocleidomastoideus mellett, az os hyoideum magasságában mogyorónyi, puha rezisztencia. Exc. prob. a j.o. áhangeszalagtájból: Cc. planocell. kerat. Fvs. szám: 18,7 G/l. VII. 28-án totális gégeexstirpáció történt blockdissectióval. A gége szövettani lelete megegyezett az excindátum eredményével, míg a nyirokcsomó CLL-nak megfelelő beszűrtseget mutatott.

Zavartalan posztoperatív szak után az I. Belgyógyászati Klinikára adtuk át. Státusából kiemelendő: máj egy, lép három ujjal haladta meg a bordaívét, testszerte megnagyobbodott nyirokcsomókat lehetett tapintani. Fvs: 330 G/l., a kvalitatív vérvékben 98–74% lymphocytá volt. Gyógyszeresen 1200 mg Degranol kapott iv., és lépbesugárzás történt. Lépe, nyirokcsomói lényegesen megkisebbedtek. Fenntartó kezelésként Prednisolont szedett, így fvs. száma 120–150 G/l között ingadozott. 3 év múlva még jó állapotban jelentkezett vizsgálaton, de azóta újabb adatunk nincs róla [11].

I. Tumor				II. Tumor						
S.sz.	Név	Életkor I. tu. idején	helye	szöveti lelet	kezelési mód	felism. ideje I. tu. után	helye	szöveti lelet	kezelési mód	túlélési idő a II. tu. felismerésétől számítva
1.	T. J.	69 é.	tüdő	malignus lymphoma IV/A	cytostaticumok	10 hó	hypopharynx	cc.plano-cell. kerat.	szinkronizált irrad. VEP	3 hónap múlva exitus
2.	N. F.	64 é.	tüdő	alacsony diff. bronchogen laphám cc.	műtét	21 hó	j. gége-fél, sin. piriform. nyelvgyök	cc.plano-cell. non-kerat.	Co.irrad.	jelenleg is él (11 hó)
3.	Sz. J.	54 é.	epiglottis	cc.plano-cell. kerat.	műtét	10 hó	b.o. hulus	∅	∅	exitus (4 hó)
4.	E. I.	36 é.	hangszalag	cc.plano-cell. partim kerat.	Co.irrad.	5 év	b.o. tüdő felső lebeny	cc.plano-cell. bronchi	∅	jelenleg él? (3 hó)
5.	K. V.	63 é.	gége	cc.plano-cell. kerat.	műtét	egyidőben	testszerte	krónikus lymphoid leukæmia	cytostaticumok, lép irrad.	3 év múlva még élt
6.	R. M.	49 é.	hangszalag	cc.plano-cell. partim keratosisum	műtét + rtg-be-sugárzás	18 év	j.o.m. sternocleidomastoid. alatt	malignus mesenchymoma	műtét + Co.irrad. + cytostaticumok	exitus (8 hó után)

6. R. M. 67. é. férfit. 49 éves korában a jobb hangszalag középső részén lévő cc.plano-cell. partim kerat. miatt chordectomián esett át, majd 8000 R ortovoltos rtg-terápiában részesült. Ezután 18 évig tünet- és panaszmentes volt. 1979. januárjában a nyak jobb oldalán növekvő tumor miatt jelentkezett a klinikán. A gégeben tumorszövet nem volt látható. A nyak jobb oldalán a m. sternocleidomatoideus alatt kb. diónyi rezisztencia volt tapintható. A feltárás során észleltük a folyamat mediastinumban való terjedését, ezért az eltávolítás nem volt teljes. A szövettani vizsgálat eredménye: Malignus mesenchymoma. A műtét után gyors recidiva következett be. Próbálkoztunk Co irradációval is, de a tu. növekedését megállítani nem lehetett. Ugyiszintén hatástalan volt a palliatív kemoterápia is. A daganat kb. kisgyermekfejnyre nőtt, a pajzsporc jobb lemezét, a gyűrűporcot destruálta, de metasztázist nem adott. A cachectizálódott beteg bronchopneumonia következtében exitált (I. táblázat).

Megbeszélés

Általános rákstatisztikák szerint kb. minden hatodik embernél alakul ki daganatos betegség élete során. 3–5%-nál kettős tumor fordul elő. Martin és mtsai [7] megállapítása szerint a gégetumoros betegek mintegy 6%-ánál fordul elő többszörös tumor. Ez a szám azonban az egyes boncolási statisztikák szerint lényegesen magasabb: 17, sőt 30–40% is lehet [7].

Mi lehet az oka a malignomák többszörös keletkezésének?

Önmagában az átlagos életkor növekedése is kedvez a MPMT-k szaporodásának, hiszen az első tumorból kigyógyult beteg megéri a második tumor létrejöttének idejét.

Másrészt bizonyos daganatlokalisációk gyakoribb előfordulása (pl. tüdő, gyomor stb.) miatt a véletlen is vezethet egyidőben vagy később többszörös daganat keletkezéséhez.

Külső okként a dohányzás egyaránt szerepet játszhat pl. a gége és tüdőcarcinoma kialakulásában (dohányzó). Sok daganatkombinációnál viszont közös külső tényezőt nem lehet bizonyítani, pl. gégecc. és leukosis vagy malignus lymphoma társulásakor.

Régi megfigyelés a malignus megbetegedések familiáris halmozódása, még inkább a multiplex tumoros betegek családtagjai között [7]. Ez a tény genetikailag meghatározott rákdiszpozícióra enged következtetni, azonban a HLA-antigének vizsgálata eddig nem hozott eredményt [2]. Barta és mtsai [1] a kettős tumoros betegek celluláris immunitását vizsgálták bőrpróbákkal és lymphocita stimulációs teszttel. 11 betegük közül 5 volt anergiás v. hypergiás a bőrpróbáknál, ill. kilencből hétnek csökkent a lymphocita transzformációs teszt értéke. Azonban tumorspecifikus ellenanyagot eddig még nem sikerült kimutatni.

Az immunstátussal, a szervezet védekezőképességével függhet össze az a megállapítás, miszerint az első tumor kezelése kemoterapeutikumokkal v. irradációval, a szervezet ellenállóképességét gyengíti, így elősegítve egy második daganat keletkezését. Bemutatott eseteink közül erre szolgálhat példaként első betegünk, aki malignus lymphomája miatt kombinált cytostatikus kezelésben részesült, és egy éven belül manifestálódott a hypopharynxban a laphámcc. Az irradáció és alkiláló kemoterápiás szerek leukoemogén hatását pl. kromoszóma aberációk létrejöttével, látens, leukaemiát produkáló ágenszek felszabadításával is magyarázzák [8].

Sugárkezeléssel függhet össze 6. betegünk körlefordulása is. Itt a hangszalagcc. rtg-irradációja után 18 év múlva fejlődött ki egy nagyon speciális szöveti szerkezetű daganat: malignus mesenchymoma. Ezt a tumort radiogén eredetűnek tekinthetjük, mivel a besugárzás után hosszú idővel, a besugárzott régióban keletkezett, a sugártuladagolást a bőr pigmentált, heges, atrófiás volta miatt feltételezhetjük. Annál is inkább elgondolkodtató a radiogén tumorok keletkezésének kérdése, mivel jóindulatú elváltozások irradációja után is kialakulhatnak malignus második tumorok [6].

Co irradáció történt a 4. betegünkönél is azonban az ő esetében 5 év eltelté után a tüdőben észleltük a második tumort, már inoperábilis stádiumban. Lokális recidivát az első daganat helyén a gégeben, ill. nyaki metasztázist nem láttunk. Ennél a betegünkönél a dohányzásnak, mint közös exogén tényezőnek a szerepét tételezhetjük fel.

2. számú betegünkél az időben felismert tüdődaganatot maradéktalanul sikerült eltávolítani, az immunapparátusát gyengítő kezelés sem történt (cytostaticum, irradiáció) mégis kifejlődött a metachron második tumor.

Gunz és Angus [5] megfigyelése szerint a CLL-s betegekben a második malignus folyamat gyakorisága nagyobb, különösen érvényes ez a szolid tumorokra. 5. számú betegünkél gyakorlatilag egy időben került felismerésre a gégecc. és CLL. Elsődlegességet megállapítanunk nem lehet. Feltételezéseként elfogadhatjuk, hogy rejtetten a CLL már korábban fennállt, és mint immundefekt állapot nem tudta megakadályozni az onkogén hatásra létrejövő carcinogenesisét a gégeében.

Kicsit részletesebben kell tárgyalnunk 3. számú betegünk esetét. A kettős tumor kritériumát cáfolhatatlanul akkor teljesítenénk, ha a tüdőben levő elváltozásból szövettani lelet állna rendelkezésünkre. Ugyanis jogosan felmerül a kétely, hogy nem metasztatizál állunk-e szemben. Ez ellen szól, hogy a gégetu. regionális metasztatizist nem adott, a gégecsokban lokális recidiva nem lépett fel, amit a mikrolaryngoscopiás vizsgálatok is kizártak. Martin és mtsai [7] szerint nagyon ritka az a gégecc. amely a regionális nyirokcsomók megkerülésével metasztatizál a tüdőbe. A csökkent ellenállóképességre utalt a gége műtéti területének lassú gyógyulása, gyulladásra, ödémaképződésre való hajlama.

Martin, Glanz és Kleinsasser [7] 17 év alatt 496 gégecc. miatt kezelt beteg közül 45-nél észlelte második, 7-nél harmadik daganat keletkezését. 5 betegnek a gégetu. előtt volt egy másik daganatos betegsége. Fenti szerzők a gégedaganatot relatíve kedvező prognózisa miatt jó indexnek tartják a kettős tumorok megfigyelése szempontjából. A tumoros betegek túlélési idejének növekedésével egyre inkább számolni kell a multiplex malignus tumorok keletkezésével. Ezeknek a betegeknek az életkilátásai viszont igen rosszak, sorsukat főként életkoruk és a második tu. lokalizációja, kezelhetősége szabja meg. Martin és mtsai anyagában a második tu. diagnosztizálása után a 45 beteg közül 25 egy éven belül meghalt.

Saját anyagunkban is igen figyelemre méltó a rövid túlélési idő. Azáltal, hogy a gégecc. után a második tu. gyakran a tüdőben helyezkedik el (Ferlito [4]), igen fontosnak tartjuk ezeknek a betegeknek rendszeres pulmonologiai ellenőrzését (fokozott figyelemmel végzett szűrővizsgálatok), hogy az operábilis stádiumban felismert bronchusc-k is gyógyíthatók legyenek. Nem szabad megelégednünk gyógyult tumoros betegeinkről sem (5 éves túlélés), hiszen nagyobb esélyük van egy második daganatos betegségre, mint az átlagpopulációnak az első daganat keletkezésére. A legkisebb gyanújel esetén részletes intézeti kivizsgálásuk javasolt.

Természetesen amíg a daganatkutatás nem érkezik el a daganatkeletkezés pontos felismeréséig, addig a második tumorok keletkezéséről alkotott elképzeléseink csak sötétben való tapogatózásnak tekinthetők. A gyógykezelést illetően felmerülő problémákat is a kauzális terápia fogja megoldani.

IRODALOM: 1. Bartal A., M. Goldsher, T. Mekori, I. Eliachar, E. Robinson: Ann. Otol. (St. Louis) 88, 311 (1979). – 2. Dellon, A. L., P. B. Chretien, C. Potvin, G. N. Rogentine: Arch. Surg. 110, 156 (1975). – 3. Dobsa T., Miklós Gy.: Fül-orr-gégegyógy. 22, 39 (1976). – 4. Ferlito A., L. Di Bonito: ORL 38, 230 (1976). – 5. Gunz, F., H. B. Angus: Cancer 18, 145 (1965). – 6. Martin G., H. Glanz, O. Kleinsasser: Laryng. Rhinol. 58, 187 (1979). – 7. Martin G., H. Glanz, O. Kleinsasser: Laryng. Rhinol. 58, 756 (1979). – 8. O'Donnell, J. F., H. D. Brereton, F. A. Greco, H. R. Granlneck, R. E. Johnson: Cancer 44, 1930 (1979). – 9. Pap U., Lampé I., Szokol M., Kincses Gy.: Fül-orr-gégegyógy. 26, 106 (1980). – 10. Papp S.: Orvosi Hetil. 116, 27 (1975). – 11. Síró B., Szokol M., Zajác M., Pap U.: Orvosi Hetil. 116, 865 (1975). – 12. Szilágyi I.: Orv. Hetil. 114, 153 (1973). – 13. Warren Sh., O. Gates: Amer. J. Cancer 16, 1358 (1932).

А. Т о т и И. Л а м п е: О двойных опухолях гортани

Авторы наблюдали совместное наличие пяти карцином гортани и одной карциномы гортаноглотки со злокачественными опухолями другой локализации. Имели

место три карциномы легких, одной хронической лимфоидной лейкемии, злокачественной лимфомы и злокачественной мезенхимомы. После обзора литературных данных авторы рассматривают предполагаемые причины, способствующие возникновению второй опухоли. Они указывают на увеличение числа больных со множественными первичными злокачественными опухолями и из этого делают вывод относительно необходимости усиленного наблюдения за опухолевыми больными и после истечения пятилетнего периода выздоровления.

Á. T ó t h and I. L a m p é: Double laryngological tumours

The simultaneous occurrence of 5 laryngological – and 1 hypopharyngeal carcinoma with malignant tumours of other localization has been observed by the authors. Out of them, 3 pulmonary carcinomas, and 1 chronic lymphoid leukaemia, further 1 case of malignant lymphoma and malignant mesenchyma, each, have been observed. After the review of the data of the literature the presumed causes promoting the development of the second tumour are dealt with. Attention is called by the authors to the increase of the number of the multiple primary malignant tumours, – necessitating the increased observation of the tumorous patients even after the 5 years' healing period.

Á. T ó t h und I. L a m p é: Zweifache Tumorerkrankungen in der Hals–Nasen–Ohren–Heilkunde

Verff. beobachteten das gemeinsame Vorkommen von 5 Kehlkopf- und 1 Hypopharynxkarzinom mit malignen Geschwülsten anderer Lokalisation. In 3 Fällen handelte es sich um Lungenkarzinome und in je einem Falle um chronische lymphoide Leukämie, malignes Lymphom und malignes Mesenchymom. Nach einer Übersicht über die Literaturangaben behandeln sie die vermullichen Ursachen, die die Entstehung der zweiten Geschwult begünstigen. Sie machen auf die zahlenmässige Zunahme der Patienten mit multiplexen primären malignen Tumoren aufmerksam und empfehlen demzufolge die gesteigerte Observation von Tumorpatienten, auch über die 5-jährige Heilungsperiode hinaus.

KÖNYVISMERTETÉS

Boenninghaus, H. G.: Hals–Nasen–Ohrenheilkunde für den Allgemeinarzt. 2. átdolgozott kiadás. – Springer-Kiadó. Berlin. Heidelberg, New York. 1980. ISBN 3–540–09786–4 DM 24–, US \$ kb. 13.50

Száz oldalas terjedelméhez képest meglepően alapos „zsebkönyv”, melyet jól áttekinthető, kitűnően tagolt szerkesztésben a Springer-Kiadó a tőle megszokot izléses kivitelben jelentetett meg.

A szerzőnek sikerült elkerülnie minden felesleges terjengősséget, a könyv mégis tartalmaz minden fontosabb kórképet és differenciáldiagnosztikai szempontot, amellyel az általános orvos a fül-orr-gégészeti területen mindennapos munkája során szembekerülhet.

A könyv didaktikusan írja le a vizsgáló eljárásokat és röviden a kezeléseket módjait. Jól sikerült összeállítás, hogy a vezető tünetek köré csoportosítva tárgyalja az egyes szervek betegségeit, azok tüneteit, a található leleteket, a differenciáldiagnosztika szempontjait és a teendőket.

Külön is összefoglalja az ún. fül-tüneteket és a fejfájás differenciáldiagnózisait.

A kórképeknél szembetűnően kiemelésre kerülnek a veszélyek, a komplikációk és a fontos megjegyzendők!

A szerző mindenütt leírja az általános orvos által végezhető kezeléseket és megszabja a határt, ahol a szakorvos, ill. szakintézet közreműködését kell igénybe venni. Utóbbiaknak csak lényegét emeli ki és eltekint a szakellátás részletes leírásától.

A könyv rövid terjedelmében modern, reális súlypontozásával a maga nemében igen értékes.

Czigner Jenő dr.