

## Az uveitis corticosteroid és cytostaticus-immuno- suppressiv kezelése

Fekete Béla dr., Szegedi Gyula dr.,  
Szabó Gábor dr., Petrányi Gyula dr.,  
Bauer Nándor dr. és Gát László dr.

A chronicus, recidiváló endogen uveitis klinikai képe és lefolyása sok tekintetben hasonlít az autoimmun betegségekéhez. Az uvea chronicus gyulladását remissiók és relapsusok tarkítják, a gyulladás hátterében a legtöbb esetben nem lehet mikrobiális kórokozót találni. A beteg serumában praecipitáló antitesteket lehet kimutatni az uvea különböző alkotórészei ellen. Sok esetben a körfolyamat nem reagál a helyi és általános antibioticus kezelésre. A corticosteroid therapia sokat segített az uveitises betegekben, azonban nem oldott meg minden problémát (23, 26, 27). Az esetek egy részében túlságosan nagy a steroidigény, mellékhatások jelentkeznek, más esetekben az uveitis nem reagál jól a steroid terapiára. Az utóbbi években az uveitis gyógyítására kipróbálták az immunosuppressiv hatású cytostaticumokat is, elsősorban azokban az esetekben, amelyekben a corticosteroidokkal nem értek el jó eredményt (5, 17, 19, 22, 29, 35, 36).

Újabban antilymphocyt-globulin kezeléssel is jelent meg közlemény (10, 18).

A corticosteroid és cytostaticus kezelésre elsősorban az endogen (autoimmun?) és az autoimmun betegségekhez társuló uveitisek alkalmasak. Az infectiosus-toxicus uveitisek esetében elsősorban oki kezelés jön számításba.

### Betegeink és módszer

Az uveitises betegek immunosuppressiv kezelését 1970 őszén kezdtük meg. 15 beteget egy évig tartottunk rendszeres megfigyelés alatt. Ez alatt az idő alatt a betegek átlagban két immunosuppressiv kezelést kaptak. Beteganyagunk nem homogén. Eseteink egy részében az uveitis önmagában állt fenn, más esetekben egyéb betegségekhez társult. Különbség volt az uveitis típusában, valamint a kezelés előtti kórlefutásban is (1. táblázat).

Betegeink közös vonása az volt, hogy az általában szokásos kezelésre alig, vagy egyáltalán nem reagáltak, az utóbbi időben több alkalommal recidiváltak. A betegek előzőleg kisebb-nagyobb eltéréssel a következő terapiát kapták: antituberculoticumok, antibioticumok,

Sorszám	Név és nem	Szemészeti diagnózis	Társulás más betegséggel
1.	V. Gy. ♀	Uveitis anterior et posterior o. s.	—
2.	B. F. ♀	Uveitis anterior et posterior o. u.	—
3.	G. M. ♀	Uveitis posterior o. u.	—
4.	K. E. ♀	Uveitis peripherica o. s.	—
5.	H. B. ♀	Uveitis posterior o. s.	—
6.	J. K. ♀	Uveitis anterior et posterior o. u.	TBC pulmonum
7.	R. I. ♀	Uveitis anterior et posterior o. u.	—
8.	V. S. ♀	Uveitis anterior o. u.	Polymyositis
9.	T. S. ♂	Uveitis anterior et posterior o. u.	Phlebitis migrans
10.	P. L. ♂	Uveitis anterior et posterior o. u.	Diabetes mellitus
11.	G. A. ♂	Uveitis posterior o. u.	Thrombophlebitis extr. inf. o. s.
12.	M. J. ♂	Uveitis posterior o. d.	—
13.	Sz. L. ♂	Uveitis posterior o. u.	Mo. Hodgkin
14.	J. B. ♀	Uveitis posterior o. s.	Vasculitis nodosa
15.	F. I. ♂	Uveitis posterior o. u. episcleritis	Rheumatoid arthritis

subconjunctivalis Hydrocortison injecto, kis dosisú steroid kezelés (20—30 mg/die Prednisolon 150—200 mg összmennyiségben), Rheopyrin, vitaminok és helyi pupillatágító kezelés.

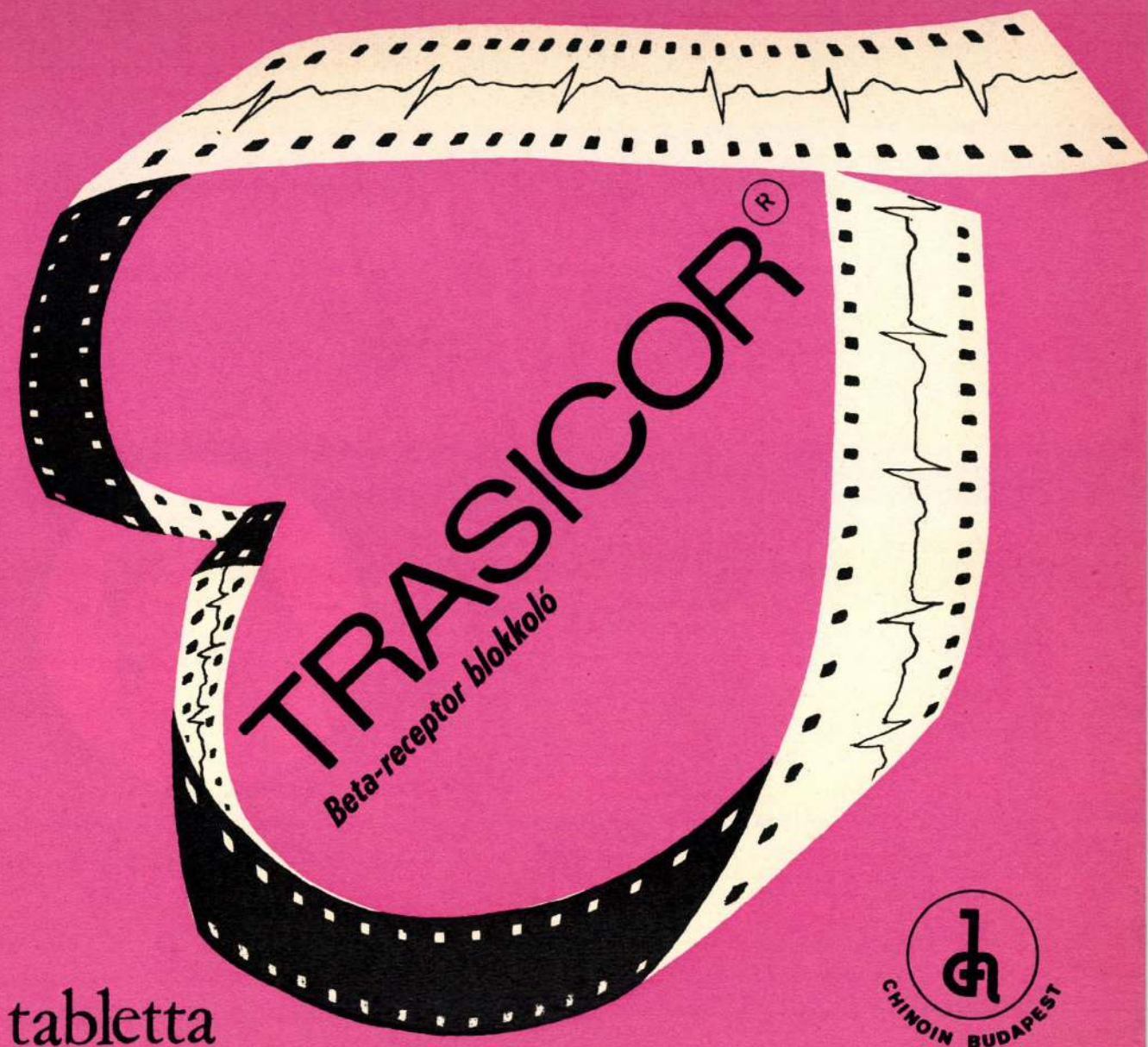
Az immunosuppressiv cytostaticus és steroid kezelés előtt a következő vizsgálatokat végeztük el: részletes anamnesis és status, teljes vérkép, LE-sejt keresés, serum complement szint, Rose-teszt, PTS (paratoluen-sulphonsav) próba, antinuclearis reactio (ANR), serum papír-elfo. és immun-elfo., csarnokvíz immun-elfo. A betegek szemészeti, haematologiai és immunologiai státusát rendszeresen ellenőriztük.

A betegek kezelését általában Prednisolonnal kezdtük. Az autoimmun betegségek gyógyításában szerzett tapasztalatok alapján nagy dosisú („immunosuppressiv”) lökésterapiát adtunk (80 mg/die 4—5 napig, majd egyenletesen csökkentve a dosist, összesen 700—800 mg-ot). A cytostaticumok közül Leupurint (napi 100 mg dosisban, 3000 mg összmennyiségben), Imurant (napi 100 mg dosisban, 3000 mg összmennyiségben) és egy R—74 jelzésű kísérleti szert (1,4-di-metil-oxyethyl-amino, 1,4-didesoxy-m-eritrit) adtunk (napi 60 mg dosisban, 600 mg összmennyiségben). A cytostaticumokat részben egyedül, részben Prednisolonnal kombinálva adtuk.

### Eredmények

A betegek immunserológiai eredményeit táblázatban foglaltuk össze.

A dolgozathoz tartozó referátumok a „Folyóiratreferátumok” Szemészet alrovatában találhatóak.



tabletta

**ÖSSZETÉTEL:** Tablettánként 20 mg Oxprenololum hydrochloricum (1/-o-allyloxyphenoxy/-3-isopropylamino-2-propanolum-hydrochloricum) hatóanyagot tartalmaz.

**JAVALLATOK:** Tachycardiák, az extracardiális eredetűek is (pl. thyreotoxicosis kapcsán), a paroxysmalis tachycardia minden fajtája, ventricularis és supra-ventricularis extrasystolék, a szív ritmusának zavara, valamint digitalis túladagolás és a sympathicus túlstimulálás által okozott szívpanaszok esetében (pl. szívdobogás, tachycardia, hypertkinetikus szív-syndroma). Angina pectoris.

**ELLENJAVALLATOK:** Asthma bronchiale, cor pulmonale, atrioventricularis block, kifejezett bradycardia, a szívelégtelenség bármilyen foka, de egészen könnyű esetekben megfelelő digitalis kezelés után megkísérelhető a csökkentett adagolás.

**ADAGOLÁS:** Egyéni megítélést igényel.

A szív ritmusának zavara esetében az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 2—3-szor 1—2 tablettára (40—120 mg), de szükség esetén ez az adag növelhető napi 4-szer 2 tablettára (160 mg) is. Későbbiek során, ha a kívánt hatást elértük, elégséges, ha az adagolást az egyénenként megállapított csökkentett ún. fenntartó adagokkal folytatjuk.

A sympathicus túlstimulálás által okozott szívpanaszok könnyebb eseteiben a naponta 1—2-szer 1—2 tablettára (20—80 mg) adagolása legtöbbször elegendőnek bizonyul.

Angina pectoris esetében az átlagos kezdeti adagja felnőtteknek naponta 3-szor 1—2 tablettára (60—120 mg), szükség esetén ez az adag napi 3-szor 3 tablettára (180 mg) növelhető, de adott esetben még nagyobb adagok is adhatók.

**MELLÉKHATÁSOK:** Felléphet szívelégtelenség, bradycardia, bronchospasmus. Főleg a kezelés kezdetén nemkívánatos mellékhatások (fáradtság, szédülés, gyomor-, bélpanaszok, hasmenés, hányás) előfordulhatnak. Az utóbbiak általában átmenetiek és csak kivételesen okoznak olyan panaszokat, melyek az adag csökkentését, vagy a kezelés abbahagyását szükségessé tennék.

**FIGYELMEZTETÉS:** A Trasicor csak gondos orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. A szívelégtelenség, vagy nagyfokú bradycardia tüneteinek megjelenésekor az adagolást azonnal beszüntetjük!! Cukorbetegnek antidiabeticum adagját adott esetben csökkenteni kell.

**CSOMAGOLÁS:** 40 db á 0,02 g tablettára 72,— Ft  
200 db á 0,02 g tablettára 354,— Ft

**MEGJEGYZÉS:** Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik, körzeti-, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik.

R = CIBA-GEIGY AG. BASEL bejegyzett védjegye.

Gyártja: CHINOIN BUDAPEST  
CIBA-GEIGY AG. BASEL licenc alapján.



## draszé

**ÖSSZETÉTEL:** Draszéként 200 mg Tribenosidum (Aethyl-3,5,6-tri-0-benzyl-D-glucofuranosidum) hatóanyagot tartalmaz.

**JAVALLATOK:** Vénás keringési zavarok. Varicositas-syndroma. Haemorrhoidalis panaszok. Mint phlebodynamicum, elősegíti a periphlebitises oedema és a fájdalom gyorsabb csökkenését, sajátos hatásával képes a kórosan megváltozott vénás keringés következményeit jelentősen befolyásolni. Phlebochrombosisok és thrombophlebitisek esetén csupán a szokásos terápia kiegészítésére alkalmazható.

Az anticoagulánsok hatását nem helyettesíti!

**ADAGOLÁS:** Átlagos adagja felnőtteknek kúraszerűen naponta 3-szor 1 draszé (600 mg). A draszét a főtékezősek alatt vagy után megrágás nélkül egészben kell lenyelni. A kúraszerű (több héten át tartó) adagolás, még a panaszok gyors javulása esetében is szükséges lehet.

A kúraszerű adagolás szükség esetén megismételhető, pl. az alsó végtagok foglalkozásból eredő állandó megterhelésekor, különösen a meleg évszakban.

**MELLÉKHATÁSOK:** Adagolása során nemkívánatos mellékhatások (gyomor-bélpanaszok, esetleg a bőr kipirulása, ill. bőrkiütés) előfordulhatnak.

**CSOMAGOLÁS:** 20 db á 0,2 g draszé 64.—Ft  
100 db á 0,2 g draszé 314.—Ft

**MEGJEGYZÉS:** Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik, körzeti-, üzemi- stb. orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartamú gyógykezelésre.

R = CIBA-GEIGY AG. BASEL bejegyzett védjegye.

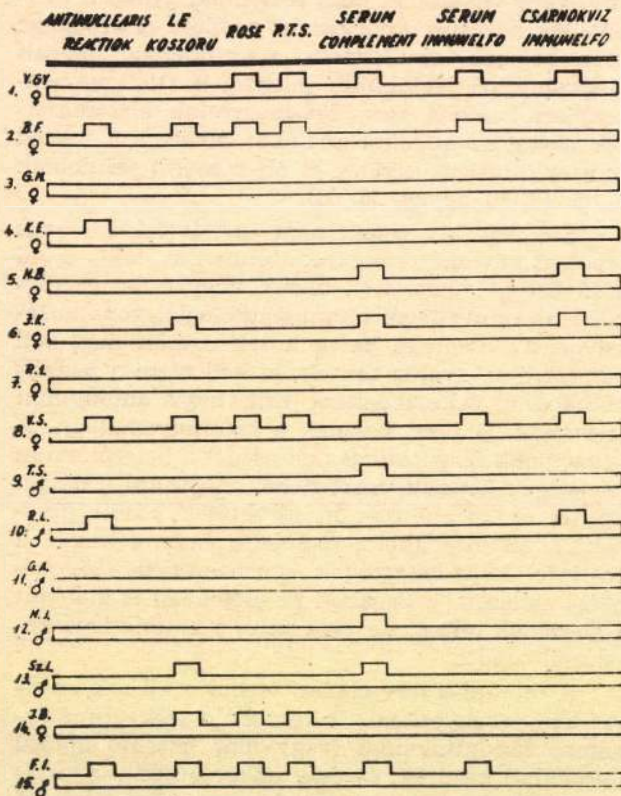
**GYÁRTJA:** CHINOIN — BUDAPEST  
CIBA-GEIGY AG. BASEL licenc alapján.

Az ábrán látható kiemelkedő téglalapok képviselik a kóros értékeket. Az immunserológiai vizsgálatokat akkor tartottuk pozitívnak, ha:

1. az ANR titere 1:16 fölött volt (passiv haemagglutinatio);
2. az LE sejt praeparatumban több típusos kóros volt látható;
3. A Rose-próba titere 1:32 fölött volt;
4. a serum complement titer 20 haemolyticus egység alatt volt,
5. a serum electrophoresisben paraprotein volt látható, vagy ha quantitative valamelyik immunglobulin fractio lényegesen megsza- porodott;
6. a csarnokvíz immunoelectrophoresisben — az uveitis típusára bizonyos mértékben jellemző — praecipitációs csíkok jelentek meg (37).

II. táblázat

**AZ UVEITISES BETEGEK IMMUNSEROLÓGIAI EREDMÉNYEI**



Látható, hogy kettő kivételével minden beteg pozitív volt valamilyen szempontból. Megfigyeltük, hogy az immunserológiai negatív, vagy a mérsékelt pozitív betegek kevésbé jól reagáltak az immunosuppressiv kezelésre, mint a kifejezett pozitívítást mutatók.

Az immunosuppressiv kezelés hatását a szem gyulladási jelenségeire és a visusra a következő táblázat mutatja.

A táblázat a megfigyelési periódus (1970 novemberől 1971 novemberig) kezdetén és végén le- rögzített szemészeti statusokat mutatja. Látható, hogy az exsudatív jelenségek jól reagáltak a keze-

lésre. A visus javulása mérsékelt volt. Ennek az volt az oka, hogy az előző gyulladásos szubok már definitív uvea-károsodást okoztak.

A therapiás eredményeket a következő táblá- zatban tüntettük fel.

„Teljes remissión” azt értjük, hogy az exsuda- tív tünetek és az üvegtesti homályok teljesen meg- szűnnek. „Részleges remissio” jelzéssel azokat az eseteket illettük, amelyekben bizonyos fokig javul- tak a fenti tünetek, de mindig észlelhető volt a gyulladási aktivitás, és a beteg visusa nem javult. A „Hatástalan” oszlopban szereplő számok egy-egy kezelési típus eredményére vonatkoznak. Az egyik gyógyszerre nem reagáló uveitis egy másik gyógy- szerre, vagy gyógyszer-kombinációra rendszerint kedvezően reagált.

**Megbeszélés**

A szem gyulladásos betegségeiben a phacogen uveitis és a sympathias ophthalmia pathogenesisé-

III. táblázat

**A szem statusának változása immunosuppressiv kezelés után**

	Visus		Exsudatív jelenségek		Üvegtest	
	Előtt	Után	Előtt	Után	Előtt	Után
1. V.G.Y.	1,0 0,8	1,0 1,0	+++	—	borús	tiszta
2. B. F.	0,3 0,01	0,4 0,07	+	—	borús	tiszta
3. G. M.	0,02 0,1	0,04 0,2	+	—	tiszta	tiszta
4. K. E.	1,0 0,1	1,0 0,3	+	—	tiszta	tiszta
5. N. B.	1,0 0,4	1,0 0,4	+++	—	borús	tiszta
6. J. K.	0,02 0,03	0,4 0,1ü	+++	—	borús	tiszta
7. R. I.	0,3 1,0	1,0 1,0	+	—	borús	tiszta
8. V. S.	0,8 1,0	1,0 1,0	+	—	tiszta	tiszta
9. T. S.	0,3 1,0	1,0 1,0	+++	+	borús	enyhén borús
10. P. L.	0,15 0,3	0,15 0,9	++	—	borús	tiszta
11. G. A.	0,08 0,8	0,2 1,0	+++	+	borús	enyhén borús
12. M. J.	0,2 0,9	0,4 0,9	+	—	tiszta	tiszta
13. Sz. L.	0,01 1,0	0,03 1,0	+	—	borús	enyhén borús
14. J. B.	1,0 0,2	1,0 0,5	++	—	enyhén borús	tiszta
15. F. I.	0,9 1,0	0,8 0,9	++	—	enyhén borús	tiszta



ben tekinthető bizonyítottak, hogy a kórfolyamat kialakulásában és lefolyásában kóros immunfolyamatoknak is szerepük van (4, 15, 24, 32). A szem különböző alkotórészeivel szemben antitesteket lehet kimutatni a serumban agargel praecipitációs és passiv haemagglutinációs módszerekkel (3, 6, 7, 11, 12, 13, 16, 28, 33). Az autoimmun betegségekhez társuló uveitis úgy fogható fel, hogy adott esetben a polysystemás betegség kóros jelenségeinek egyik színhelye a szem.

IV. táblázat

Az uveitis gyógyításában elért therapiás eredmények

Gyógyszerek	Teljes remissio	Részleges remissio	Hatástalan	Kezelések száma
Prednisolon ....	8	6	1	15
R-74 .....	2	1	1	4
Prednisolon + R-74 .....	3	1	1	5
Leupurin.....	—	1	1	2
Prednisolon + Leupurin.....	1	1	—	2
Imuran .....	1	2	—	3
Összesen .....	15	12	4	31

A chronicus endogen uveitisszel kapcsolatban is felmerült az autoimmun aetiológia lehetősége (1, 2, 4, 9, 12, 20, 24, 27, 34). Általában autoimmun betegségre akkor gondolunk, ha valamely szerv, vagy szövet progressiv tönkremenését észleljük, autoantitestek mutathatók ki a serumban, és egyéb ismert aetiopathogenesis nem bizonyítható, viszont más autoimmunnak feltételezett kórképpel is társul (polysystemás alak). A betegség autoimmun eredetének bizonyítása és gyógyítása érdekében a diagnosztika minden eszközét: anamnesis, symptomatologia, lefolyás, autoantitestek kimutatása, immunhistologia, immuncytologia, valamint az ex juvantibus steroid és cytostaticus-immunosuppressiv therapia eredményét fel kell használni. Ezek alapján az endogen uveitisszel kapcsolatban elmondható, hogy:

1. ismert mikrobás aetiológia nincs (15, 20, 24, 30);
2. a szem progressiv, remissiókkal és relapsusokkal tarkított tönkremenését észleljük, klinikai lefolyása hasonlít egyéb autoimmun betegségekéhez (1, 4, 8, 9, 14, 20);
3. az esetek egy részében uvealis antigenek elleni praecipitáló antitesteket lehet kimutatni (3, 7, 13, 16, 28, 33);

4. corticosteroidokkal és cytostaticumokkal remissio érhető el, az antibioticumok hatástalanok (5, 17, 19, 22, 23);

5. az endogen uveitis valószínűleg úgy viszonyul a polysystemás autoimmun betegségekhez társuló uveitishoz, mint egy organspecificus autoimmun kórkép viszonyul a polysystemás kórfolyamatokhoz.

Az endogen uveitis tehát a szem szervspecificus autoimmun betegségének tekinthető, s mint ilyen legtöbbször egyedül jelentkezik, de azért nem ritkán egyéb autoimmun betegekkel is társul. Ezt a feltételezést többek között megerősítik a therapiás eredmények is; az endogen uveitis ugyanúgy reagál a corticosteroid és a cytostaticus kezelésre, mint a polysystemás tünetekkel együtt előforduló uveitis.

Ilyen megfontolások alapján határoztuk el, hogy az uveitises betegek egy részét immunosuppressiv kezelésben részesítjük. Főleg olyan betegekre esett a választás, akik a szokásos kezelésekre alig, vagy egyáltalán nem reagáltak, gyakran recidiváltak, visusuk progressiven romlott. A kezelésbe vett betegek gyulladási szemetüneteit sikerült megszüntetni, legtöbbjük jelenleg is (1971 november) remissióban van. Eredményeink alátámasztják azokat az irodalmi adatokat, amelyek a steroid és a cytostaticus kezelés jó effectusáról számolnak be (5, 17, 19, 22, 29, 35, 36).

Eseteink kis száma nem jogosít fel általános érvényű következtetésekre, azonban az, hogy mind a 15 beteg javult, arra biztat, hogy érdemes foglalkozni az uveitisek immunopathológiai vonatkozásaival. Az uveitises beteg kezelése előtt meg kell határozni az uveitis típusát, ki kell zárni a banális kórokokat, valószínűsíteni kell, hogy autoimmun jelenségek is részt vesznek a szemfolyamatban. A legnagyobb diagnosticus nehézséget a heteroimmun jelenségek képezik, mert nehéz megvonni a határt köztük és az autoimmun történések között (ilyenek: a fertőzésekkel kapcsolatos heteroallergia, a postinfectiosus betegségek és a necroticus szövetek elleni „allergia”). Ezekben az esetekben is indokolt a steroidok adása, de csak célzott antibioticus kezeléssel együtt.

A therapiás terv elkészítésekor a nil nocere elvet kell érvényesíteni: a kezelést a legkevésbé ártalmas Prednisolonnal (vagy más hasonló hatású steroiddal) kezdjük, és csak akkor adjunk cytostaticumokat, ha a steroidokkal nem értünk el kellő hatást, vagy túlságosan nagy a beteg steroidigénye, ill. a steroid therapia melléküneteket okoz. A cytostaticumok közül előnyben részesítettük az R-74-et, ami az esetek nagy részében hatásos volt.

Hangsúlyozzuk a korai aktív therapia jelentőségét. Azok az uveitises betegek javultak a legjobban, akik a korai stádiumban kaptak kezelést. Természetes, hogy a régi hegek, tönkrement részek erre a kezelésre nem regenerálódhatnak. A nagy valószínűséggel autoimmun eredetű endogen uveitis steroid és cytostaticus immunosuppressiv kezelésének fontosságát aláhúzza az a tény is, hogy az SLE-s, nephrosisos, polymyositises, rheumatoid arthritises betegek túlélési ideje, tüneteinek sú-

lyossága éppen ezeknek a therapiás elveknek a következetes alkalmazása következtében javult meg az utóbbi években.

Végül felhívjuk a figyelmet, hogy — tekintettel a steroid és a cytostaticus therapia ismert mellékhatásaira — a komplex immunosuppressiv kezelést csak intézetben szabad kipróbálni rendszeres haematologiai, szemészeti és belgyógyászati ellenőrzés mellett.

**Összefoglalás.** A szerzők 15 chronicusan recidiváló uveitis immunologiai vizsgálata alapján valószínűsítik az endogen uveitis autoimmun aetiológiáját. Az alkalmazott steroid és cytostaticumok kombinációjával elért eredmények alapján steroid refractaer esetekben a komplex immunosuppressiv kezelést javasolják.

**IRODALOM:** 1. *Algreve, P., Ogonklin:* Lakartidringen. 1970, 67/26, 3005. — 2. *Aronson, S. B., Hogan, M. J., Zweigart, Ph.:* Arch. Ophthal. (Chicago) 1963, 69, 105. — 3. *Aronson, S. B. és mtsai:* Arch. Ophthal. (Chicago) 1964, 72, 621. — 4. *Böke, W.:* Immunopathologie des Auges. Karger, Basel, 1968. — 5. *Buckly, Ill. C. E., Gibbs, Jr. P.:* Arch. Intern. Med. 1969, 29, 124/1. — 6. *Burns, R. M.:* Arch. Ophthal. (Chicago) 1967, 77, 777. — 7. *Dieckhues, B.:* Ber. dtsch. ophthal. Ges. 1965, 67, 184. — 8. *Calabro, J. J. és mtsai:* Arthr. and Rheum. 1970, 4, 406. — 9. *François, J. van Oye:* Oftalmol. Klin. Univ. Gent. 1969, 25/22, 1138. — 10. *Fuchs, J.:* Klin.

Mbl. Augenheilk. 1969, 154/6, 777. — 11. *Gamble, C. N. és mtsai:* Arch. Ophthal. (Chicago) 1970, 84/3, 321. — 12. *Goreczky L., Németh L.:* Klin. Mbl. Augenheilk. 1967, 150, 197. — 13. *Hallet, J. W. és mtsai:* Arch. Ophthal. (Chicago) 1962, 68, 168. — 14. *Kimura, S. J. és mtsai:* Trans. Amer. Ophthal. Soc. 1966, 64, 291. — 15. *Koliopoulos, J., Seitaniodes, B.:* Oftal. Chron. 1969, 6/2, 57. — 16. *Kudo, H.:* Acta Ophthal. Jap. 1969, 73, 1299. — 17. *Lazar, M. és mtsai:* Amer. J. Ophthal. 1969, 67, 383. — 18. *Lazar, M. és mtsai:* Amer. J. Ophthal. 1969, 67/6, 952. — 19. *Newell, F. W. és mtsai:* Amer. J. Ophthal. 1966, 61, 1250. — 20. *Norn, M. S.:* Acta Ophthal. (Kbh.) 1969, 47/2, 346. — 21. *Martinet, A. C.:* Ther. Umsch. 1969, 26/6, 346. — 22. *Mathews, J. D. és mtsai:* Brit. J. Ophthal. 1969, 53/5, 327. — 23. *Millett, Jr. F. E., Giles, C. L.:* Eye. Ear. Nose. Thr. Monthly. 1969, 48/8, 456. — 24. *Perkins, E. S., Wood, R. M.:* Brit. J. Ophthal. 1964, 48, 61. — 25. *Rahi, A. H. S.:* Brit. J. Ophthal. 1970, 54, 441. — 26. *Raymond, T. K.:* Amer. J. Ophthal. 1970, 70, 6. — 27. *Raymond, L. F.:* Ann. Allergy. 1969, 27/5, 242. — 28. *Remky, H.:* Bull. Soc. franç. Ophthal. 1965, 78, 401. — 29. *Rosset, E. és mtsai:* Ophthalmologica. 1968, 156, 218. — 30. *Schlaegel, Jr. T. F., Weber, J. C.:* Brit. J. Ophthal. 1969, 53/6, 425. — 31. *Segawa, K., Smelser, G. K.:* Invest. Ophthal. 1969, 8/5, 497. — 32. *Sjögren, H.:* Acta Ophthal. (Kbh.) 1969, 46, 201. — 33. *Suie, T. és mtsai:* Amer. J. Ophthal. 1963, 56, 232. — 34. *Maumenee, A. E., Silverstein, A. M.:* Immunopathology of uveitis. The Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1964. — 35. *Wirostko, E., Halbert, S.:* Exp. Med. 1962, 116, 653. — 36. *Wong, V. G., Hersh, E. M.:* Tr. Am. Acad. Ophthal. Otol. 1965, 69, 279. — 37. *Bereczky F. és mtsai:* Megjelenés alatt.

# SALVUS ALKA- LIKUS GYÓGY- VÍZ

Évről évre emelkedik az egész világon a gyomorbetegség száma. A gyomorbetegségek keletkezésének megelőzésében, illetve kezelésében értékes segítséget nyújt a Salvus gyógyvíz.

A tapasztalatok szerint a Salvus gyógyvíz a gyomor fokozott savértékeit közömbösíti.

Étkezés előtt két órával fogyasztva csökkenti a gyomornedv-elválasztást. Gyomorhurut esetében a Salvus gyógyvízzel végzett ivókúra hozzájárul a panaszok megszüntetéséhez.

Ha a gyomorhurut kezelését elhanyagolják, akkor a folyamat aktiválódik és előbb-utóbb sor kerülhet a fekély megjelenésére.

A fekélybetegség rendkívül elterjedt. Gyógyítására sokféle gyógyszert ajánlottak. Nagy részük az idők folyamán feledésbe ment.

A Salvus gyógyhatásának kiértékelésére klinikai vizsgálat után kerültek a betegek egy gyógyintézetbe. Négy hétig álltak ápolás alatt, gyógyszert nem szedtek, ulcusos étrendet kaptak. 3-szor napjában Salvus gyógyvizet fogyasztottak. 28 beteg adatai szerint 16 esetben eltűnt a fekélyfészek, a panaszok elmúltak és a betegek súlyukban gyarapodtak. Megállapítható, hogy a Salvus gyógyvízzel végzett ivókúra terápiás eredménye — a gyógyulások arányszáma — nem marad el egyéb kezelési eljárások mögött.

A Salvus gyógyvíz a légcsőhurutos megbetegedésekben is rendkívül hatásos.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.