

A Szentesi Megyei Kórház

EMLÉKKÖNYVE

Prof. Dr. Bugyi István egyetemi c. tanár
sebészfőorvos 75. születésnapjára

Szerkesztette:

DR. TÓTH CSABA
a sebészeti osztály alorvosa

Lektorálta:
PROF. DR. RUBÁNYI PÁL
egyetemi tanár

A kiadásért felelős:
DR. BACSKAY JENŐ
igazgató főorvos

Az ábrákat DR. TARI GÁBOR,

a fényképeket DR. TÓTH CSABA
készítette

TARTALOMJEGYZÉK

Köszöntjük tanítómesterünket	7
Előszó. Írta: <i>BacsKay Jenő dr.</i>	9
Bugyi István professzor köszöntése. Írta: <i>Prof. Dr. Petri Gábor</i>	11
Dr. Bugyi István az EMBER. Írta: <i>Dr. Hőnig Vilmos</i>	13
Életrajz — Kitérítései	17
Szakirodalmi munkássága	20
közlemények	20
könyvek	22
lektorálások	22
A Szentesi Megyei Kórház Sebészeti Osztályán ápoltságok 1931—1970	24
táblázat	24
grafikonok	25
A Szentesi Megyei Kórház Sebészeti Osztályán végzett műtétek 1931—1970. Összeállította: <i>Tóth Csaba dr.</i>	27
Sürgős, életmentő sebészeti műtétek 1961—1970. Összeállította: <i>Tóth Csaba dr.</i>	47
A Szentesi Megyei Kórház Sebészeti Osztályának földrajzi vonzásterülete. Összeállította: <i>Tóth Csaba dr.</i>	52
A Szentesi Megyei Kórház Sebészeti Osztályán dolgozó szakorvosok 1931—1972. Összeállította: <i>Tóth Csaba dr.</i>	54
A Szentesi Megyei Kórház Sebészeti Osztályáról megjelent dolgozatok 1931—1972. Összeállította: <i>Tóth Csaba dr.</i>	57
ADMONITIONIS CHIRURGICI	61
Házi szokások — Házi szabályok	62
Néhány műtét-technikai megjegyzés mindennapos műtéteinkhez. Összeállította: <i>Tóth Csaba dr.</i>	64
DOLGOZATOK TANÍTVÁNYAITÓL	67
A fogazatok öregedése egy műtét szövődmény tükrében. Írta: <i>Dr. Adler Péter</i>	68
A pancreas ulcerogen tumoráról. Írta: <i>Drexler Miklós dr.</i>	73
Köldöksérvek műtete. Írta: <i>Zsoldos Ferenc dr.</i>	81
Sebészeti feladatok akut pancreatitisben. Írta: <i>Horváth Mihály dr.</i>	86
„Minden kezdet nehéz”. Írta: <i>Dragon Károly dr.</i>	92
Enzym-vizsgálatok („enzym-biopsia”). Írta: <i>Dragon Károly dr.</i>	95
A heveny gyomorátífürödés orvoslása. Írta: <i>Morva László dr.</i>	97
Clavus interdigitalis. Írta: <i>Tari Gábor dr.</i>	102
Zárt combcsont- és medencetörések rejtett vérvesztése. Írta: <i>Badó Zoltán dr.</i>	105
A shock elkülönítő körjelzése. Írta: <i>Mencser András dr.</i>	109
A prostata adenoma műtete osztályunkon. Írta: <i>Tóth Csaba dr.</i>	113
Az emlőrákról. Írta: <i>Elek László dr.</i>	117

„Csak jó ember lehet igazán jó orvos”

KÖSZÖNTJÜK TANÍTÓMESTERÜNKET

75. születésnapján, aki több, mint fél évszázada vette át orvosi diplomáját, aki több, mint négy évtizede helyezte le Szentesen a Bugyi-iskola alapkövét. Itt kezdte kibontakoztatni és itt emelte magas szintre mindazt az ismeretanyagot, amit tanítómesterétől, Manninger Vilmostól tanult és amit külföldi tanulmányútjain szívtott magába. Megmutatta, és ma is naponta bizonyítja, hogy lehet egy vidéki kórházban is maradandót alkotni, magasztosat tenni a beteg emberek százaiért, ezreiért könnyedén, halkan, szerényen, ha van belső indíték, ha van szellemi telítettség, sugárzó emberszeretet.

Gyógyító munkáját a betegek tízezrei áldják, halk szavú, bölcs tanításaiért, példamutatásáért mi vagyunk hálásak. Örömmel tölt el minket, hogy az Ő irányításával, az Ő útmutatása szerint lehetünk beteg embertársaink hasznára.

Óriási sebészti tapasztalatait tükröző, remek stílusú írásait, könyveit a jelen orvostársadalma jól ismeri, keresi. Mi abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy nemcsak olvassuk kitűnő könyveit, hanem mellette élhetünk, dolgozhatunk, közvetlenül Tőle tanulhatunk.

Kívánjuk, hogy még sokáig legyen közöttünk erőben, egészségben, és még hosszú ideig irányítson bennünket

TANÍTVÁNYAI

ELŐSZÓ

Nagy megtiszteltetés és öröm előszót írni ehhez a jubileumi Emlékkönyvhöz, melyet Dr. Bugyi István professzor 75. születésnapja alkalmából ad ki kórházunk.

Az a tény, hogy egész élete, munkássága fél évszázadon át összeforrott kórházunkkal, mindannyiunkat, akik ezt a kórházat szeretjük, ismerjük és érte valamit is tettünk, őszinte és jogos büszkeséggel tölt el.

Azt a kitartó, fáradhatatlan, mindig a betegért, az orvostudományért és a munkatársakért kifejtett munkát, mely orvos-generációk nevelőjévé tette és az egész magyar orvostársadalmon túl, a nemzetközi orvostársadalomban is elismerést váltott ki, döntő mértékben a Szentesi Megyei Kórház falai között, betegágyai mellett és műtőiben végezte. Kórházunk az Ő határtalan embersége, munka- és szakma-szeretete révén lett az egyik legelismertebb vidéki kórház Magyarországon. Ez a fél évszázad egyé tette Őt kórházunkkal, mint ahogy kórházunk is az Ő kórházának vallja magát.

Az emlékkönyv szerzői minden kommentár nélkül fényes bizonyítékait tárják az olvasó elé dr. Bugyi István professzor orvosi és emberi értékeinek, eredményeinek. De nemcsak egy jubileumi megemlékezés dokumentuma ez a könyv, hanem a hála, az őszinte szeretet és tisztelet megnyilvánulása is az orvos, a tanítómester, a tudós és mindenekfölött a bölcs és emberséges ember felé. Azé a szeretet, mely felé árad nemcsak a könyv szerzői, a kórház dolgozói, hanem egész országunk szakemberei, társadalmi és politikai életünk vezetői, s nem utolsósorban a betegek ezrei felől.

*Dr. Bacskay Jenő
igazgató főorvos*

BUGYI ISTVÁN PROFESSZOR KÖSZÖNTÉSE

A Bugyi István professzor tiszteletére tanítványai munkáiból összeállított emlékkönyv elé bevezetőt írni igazán megtisztelő feladat, mely könnyű is, nehéz is egyben. Könnyű azért, mert az Ünnevelt eddigi életében és munkájának gazdag termésében keresés nélkül is bőven találni a kiemelésre alkalmas és az ünnepi alkalomhoz méltó mozzanatokot; nehéz, mert ezek akkora bőségben vannak, hogy bajos kiválasztani belőlük azt, amelyik ehhez a szívderítő és ritka alkalomhoz a leginkább illik és alkalmas egy hosszú, eredményekben bővelkedő, hazai viszonylatban szinte egyedülálló sebészorvosi életpálya jellemzésére.

Vajon mi tartozik hozzá egy kemény munkában eltöltött sebészélet teljességéhez: a sikeresen operált és kezelt betegek sokezres tömege, a tudomány szak fejlődésével való szüntelen és egész korszakot átölelő lépéstartás, a munka színhelyéül szolgáló intézmény kitartó és céltudatos fejlesztése, az ernyedetlen és magasszínvonalú tudományos tevékenység, az önálló személyes munkastílus kialakítása, a hűséges tanítványok hosszú sorának felnevelése, a társadalmi igények következetes érvényesítése a szűkebb szaktevékenységen belül, a kor műveltségének befogadása és a környezetre való kivetítése, az emberi meggyőződés és jellem szilárdságának megőrzése egy számos változásnak kitett forrongó történelmi időszakban? Talán mindez a sok többi között, amit ez a felsorolás nem tartalmaz. Az, ami mégis szerepel ebben a felsorolásban, nem kevés és csak igen-igen keveseknek adatott meg. Bugyi István ezen igen-igen kevesek egyike: egyéniség a legjavából, mondhatni unicum a maga nemében. Szerencsésnek mondhatják magukat azok, akik ismerik és így az egyéniségének hatása alá kerültek, hiszen példakép valamennyiünk számára.

Minden méltatás szükségképpen szubjektív és így magam is azt emelem ki, ami a számomra a legbecsesebb a sok érték közül.

Bugyi professzor a sebészetet, a kés művészetét és a gyógyítás tudományát a legavatottabb mesterek oldalán tanulta, de az átvett ismereteknek nemcsak megőrzője lett, hanem áthasonította őket, gyarapította, továbbfejlesztette, egyénivé gyúrta át és ebben a tevékenységében soha meg nem állt. Soha meg nem szűnt tanulni, szomjúságát az újra és a jobbra semmi nem csillapította le, és bár hosszú sikeres pályája alatt a kiváló mesterek tanítványából kiváló tanítványok mesterévé vált, maga véges-végig tanuló maradt a szó legnemesebb értelmében: azon túl, hogy elfogytak a *személyes* mesterek, akiktől tanulhatott volna, a *tudományt magát* választotta mesteréül.

Nehéz elég magasra értékelni azt az ügybuzgalmat és tudányszeretetet, mely egy nagyon elfoglalt kórházi sebészfőorvost képessé tett a sebészet egyre szélesedő területén akkora irodalmi tájékozottság megszerzésére és olyan elmélyedésre, mely Bugyi Istvánt kétkötetes nagy sebészeti tankönyvének megírására alkalmassá tette. Ezek a tulajdonságok, nemkülönben a gyakorlat és a sebészet hétköznapi iránti

különleges érzék tükröződik abban a kisebb méretű, de nagyszerű kötetben is, mely a „Repetitorium chirurgiae” címet viseli.

Működését a szerénységnek és az igényességnek sajátos ötvözete jellemzi: a legkorszerűbb sebészi ismeretek és széles orvosi műveltség birtokában nem a szokványos karrier vonzotta, nem nagy állásokra tört, sőt ezeket mindig elhárította. Bel- és külföldi kiképzése után elhagyta a fővárost, hazament szülővárosába, Szentestre, melynek kórháza akkoriban nem sok jóval büszkélkedhetett és a legnagyobb nehézségek közepette szívós munkával nemcsak a maga osztályát, hanem az egész kórházat emelte fel olyan színvonalra, mely azt minden tekintetben a legjobbak egyikévé tette és így példát mutatott arra, hogy az akarat, a hozzáértés, a kitartás és az odaadó ügyszeretet milyen csodákra képes.

A magatartás közvetlensége és őszinte szerénysége az Ünnepeletnek egyik jellemző sajátossága: a szerénységnek ezt a fokát és formáját csak azoktól fogadjuk el gyanakvás és hátsó gondolat nélkül, akiknek valóban „van mire szerénynek lenniük”.

Ezen a magatartáson mitsem változtatott az a sok megtiszteltetés és magas kitüntetés, melyben a társadalom részesítette. Megmaradt szentesi osztálya élén, megmaradt sebésznek, orvosnak, embernek: Bugyi István megmaradt Bugyi István-nak. Ennél nagyobb elismeréssel nem is ünnepelhetnők. Az elismerésnél csak Iránta érzett szeretetünk lehet nagyobb.

Egyéniségének kiegyensúlyozottsága, kivételes emberi kedvessége és szeretetre-méltósága, kedélyének rendíthetatlensége élő példája annak, amire Horatius tanított bennünket: „Aequam memento rebus in arduis servare mentem haud secus in bonis.” Bizonyára nem utolsó sorban ez magyarázza, hogy ezen a szép jubileumon töretlen munkakedvben és a fiataloknak is díszére való friss erőben köszönhetjük a 75 éves Bugyi Istvánt. Kívánhatnánk-e jobbat, mint azt, hogy az emberi kor végső határáig örvendeztessen meg bennünket mindavval a széppel és jóval, ami ennek a nagyszerű embernek az egyéniségéből ránk sugárzik?

Petri Gábor

DR. BUGYI ISTVÁN — AZ EMBER

Dr. Hönig Vilmos

*„... ahol az emberszeretet, ott van az orvos
hivatásszeretete is“.*

Hippokrates

Prof. dr. Bugyi Istvánról, a sebészről, a tudósról, a kiváló kórház-szervezőről több ízben emlékeztek már meg és nyilván ezen Emlékkönyv többi fejezete is foglalkozik ezirányú értékes munkásságával.

Amikor felkérést kaptam arra, hogy dr. Bugyi István 75. születésnapja alkalmából kiadandó Emlékkönyv számára írjak, a könyv szerkesztője nem véletlenül bízta rám annak eldöntését: szakmai, vagy élményeimre épült anyaggal kívánok-e kapcsolódni a könyv fejezeteihez; nem volt vitás, hogy ez utóbbit választom.

Emlékeket, epizódokat szeretnék felidézni azon kapcsolat alapján, amely Bugyi István és közöttöm az idők folyamán kialakult. Ez a visszaemlékezés szándékosan nem foglalkozik a Kossuth-díjas kórház-szervező, a „Kiváló orvos”, a sebész-professzor munkásságával, annak ellenére, hogy pontosan tudom és ismerem ez irányú ténykedését és több ízben volt alkalmam tapasztalni, mit jelent Bugyi István a szentesi kórház fiatal sebész- és traumatológus orvosai számára is.

Én ezúttal más oldalról kívánom Bugyi Istvánt bemutatni, hiszen nem kevesebbet köszönhetek neki, mint az életemet, Bugyi Istvánnak — az EMBERNEK. És 75. születésnapján engedessék meg nekem egy rövid visszaemlékezés azokra az időkre, amikor ő ember tudott maradni a földkerekség legnagyobb embertelenségében. Azok közé tartozom ugyanis, akinek alkalmá volt megismerni és hosszú időn át, nap mint nap tapasztalni Bugyi István tevékenységét abban az időben, amikor a törvényt vált aljasság és embertelenség uralt mindent és irányította az emberek gondolkodását és magatartását.

1942. májustól 1945. januárig, mint úgynevezett belügyi munkaszolgálatos orvos dolgoztam a szentesi kórházban. Amikor megérkeztem, mint teljesen idegen, fiatal orvos, nem volt más „ajánlólevelem” a kórház igazgatójához, mint a munkaszolgálatra szóló behívóm. És nem tudtam többet a kórház igazgatójáról, mint azt, hogy kiváló sebész. De hogy milyen rendkívüli egyéniséggel állok szemben, arra csak a későbbiek során jöttem rá.

Először akkor, amikor az orvosi ebédlőben, ahol az orvosok 6—8 személyes asztaloknál ültek, nekünk — egy másik munkaszolgálatos kollégámmal — az ebédlő sarkában külön terítettek. Két nap múlva 4 teríték volt az asztalon — nem újonnan érkezett munkaszolgálatosok részére, hanem Bugyi tanár úr és felesége számára, akik így akartak enyhíteni a sértő megkülönböztetésen.

Ekkor 1942. májust írtunk és hogy ennek, valamint további hasonló jellegű intézkedéseinek reá nézve nem lettek súlyosabb következményei, azt egyrészt hallatlan tekintélyének köszönhetette, másrészt annak a tiszteletnek és szeretetnek, amellyel az egész város körülvette.

Ezzel nem azt akarom mondani, hogy a szentesi kórházban nem voltak olyanok, akik nem értettek egyet Bugyi István nézeteivel és elveivel, de a fentiek miatt

kényszerítve érezték magukat azokat elfogadni. A lényeg minden esetre az ő egyéni-ségéből és humánumból fakadó légkör volt.

Nem sokkal a kórházba érkezésem után megbízott a központi ambulancia vezetésével is, amely funkcióját tekintve, egyik legfontosabb területe volt a kórháznak, és amelyet addig — betegséégig — első felesége vezetett. A betegek innét kerültek az egyes osztályokra, az ambulancia jelentette tehát az összeköttetést a város és a kórház között. Ezért és más hasonló jellegű intézkedései miatt többször feljelentették; fenti intézkedésén azonban csak akkor volt hajlandó változtatni, amikor azzal érveltem, hogy nekem lehet kellemetlenségem az ambulancián levő beosztásom miatt.

A továbbiak során alkalmam volt Bugyi Istvánt olyan oldaláról és olyan ténykedéseiről is megismerni, amelyek már komoly veszéllyel járhattak volna reá nézve. Számos szentesi üldözöttet a börtönből hozatott ki, vett fel a kórházba és operált meg. Majd ezt követően, az előírásokon messze túlmenő ideig tartotta ezeket a szerencsétleneket a kórházban, hogy ezzel átmenetileg vagy végleg a börtöntől, illetve a rájuk váró majdnem biztos haláltól megmentse.

Ezen kívül is számos üldözöttet vett fel és bújtatott a kórházban, köztük orvosokat, orvostanhallgatókat, sőt betegként is felvett köztudottan egészségeseket is, vállalva az ezzel járó igen komoly veszélyt.

1944. elején hivatalosan megszűnt munkaszolgálatosi kirendelésem, ami azt jelentette volna, hogy a kórházat el kell hagynom. Állást azonban nem kaphattam, lakásom már nem volt, és ebben a kétségbeesett, kilátástalan helyzetemben ismét Bugyi István volt az, aki megtalálta a módját a segítségnek. Az addig folyósított segédorvosi fizetést természetesen nem adhatta tovább, de lakást és ellátást biztosított a kórházban, amiért véleménye szerint munkámmal fizettem.

Újabb intézkedése, még utólag visszaemlékezve is, szinte megdöbbentően hat. Egy napon hivatott és közölte velem, hogy miután parancsot kapott, hogy a kórházban egy hadikórházat kell felállítani, melynek feladata a frontról ideirányított sebesültek ellátása, illetve továbbszállításukig való kezelése lesz, ezen hadikórház vezetésével engem bíz meg. Hónapokon keresztül vezettem ezt a hadikórházat, melyet az akkor kb. 1 éve épített Tüdő pavilonban létesítettünk. Ezen intézkedés következtében egy — még visszaemlékezve is — alig elképzelhető helyzet állott elő. 1944. nyarat írtuk és én, a munkaszolgálatos — rendőrileg hivatalosan nyilvántartott orvos — vezettem a hadikórházat és irányítottam a sokszor igen súlyos állapotban levő amputált és más sebesült tisztek, katonák kezelését. Azt is meg kell említenem, hogy ezen idő alatt számomra lényegében semmiféle kellemetlen esemény nem történt. Így azt mondhatom, hogy Bugyi István intézkedése és elgondolása helyesnek bizonyult.

Meg kell említenem Bugyi Istvánnak egy más irányú, végtelen tapintattal megoldott segítségét, amit egy akkor a szentesi kórházban dolgozó — jelenleg egyik egyetemi tanárunk — érdekében kifejtett.

Nevezett külföldi diplomával rendelkező orvos volt, akinek a nosztrifikálását nem engedélyezték. Ezért, midőn el kellett hagynia a kórházat, semmiféle működési, illetve megélhetési lehetősége nem maradt. Ahogyan én hallottam, külföldi szaklapok közleményeit fordította egyes orvosok részére. Ebből éldegélt. Bugyi István úgy segítette rajta, hogy évenként több alkalommal meghívta a szentesi kórházba, névleg, hogy a kórszövettan metszeteit rendezze, amiért lakást és ellátást biztosított számára. Valójában pedig erre az időre berendelt néhány speciális orvosi ellátást igénylő beteget — akik előzőleg nála jelentkeztek — és az illető kollégával kezeltette őket, aki ennek a területnek elsőrendű szakértője volt. Mindez természetesen komoly

jövedelmet is jelentett a szakmai siker mellett a nevezett orvos részére. Bugyi István még a segítségben is ennyire tapintatos és figyelmes tudott lenni.

Szentes 1944. október 9-én szabadult fel. Nem sokkal ezután elkerültem Szentesről, egy olyan ember megtisztelő barátságát érezve magaménak, amely csak nagyon keveseknek juthatott osztályrészüül.

Éppen ezért 1946 elején senki sem állott közelebb hozzám, hiszen ő tett meg a legtöbbet életbenmaradásomért — felkértem házassági tanúmnak, ezzel is demonstrálni akarva hozzátartozásomat.

Bugyi Istvánnak 1946-ban ajánlották fel a Szegedi Orvostudományi Egyetem sebészeti tanszékét, majd későbbi években a debreceni katedrát. Egyiket sem fogadta el. Ma már nem érdemes azon elmélkedni, hogy helyes vagy helytelen volt-e az, hogy ezen katedrákat visszautasította. Az ő sebészi nagysága, iskolát teremtő egyénisége alapján ezt semmi esetre sem lehet helyeselni. Szentes és a szentesiek számára bizonyára így volt jobb. A magyar sebészet szempontjából feltétlenül hiányt jelent. Különösen annak alapján merem ezt állítani, mert alkalmam volt több ízben megfigyelni és tapasztalni, hogy mit jelent Bugyi István jelenléte a szentesi kórház sebész- és traumatológus fiatal orvosai számára. Sokoldalú, színes egyénisége rányomja bélyegét a kórház mai fiataljaira és így nem véletlen, hogy számos tudományos ülésen, az általa irányított „ifjú gárda” kimagasló, értékes előadásával, közleményeivel országoszerre mind ismertebbé válik.

Az élet azonban nemcsak az eddig felsorolt különleges események sorozatából áll és valakinek az egyéniségét természetesen nem csupán az olyan kimagasló események jellemzik, amiket eddig felsoroltam. A mindennapos együttélés és együtt dolgozás hangulata és annak jó vagy rossz irányba való formálása legalább olyan jelentőséggel bír, mint a természetszerűleg ritkábban előforduló különleges esetek. Ezek a mindennapok is érdekesek és említésre méltóak egy olyan ember jellemzéséhez, mint amilyen dr. Bugyi István.

A mellette töltött 2 és fél év alatt soha nem hallottam tőle egy hangos szót, de még egy komolyabb értelemben vett szidást sem. Nem láttam őt tulajdonképpen sohasem dühösnek és mégis az osztályán és az egész kórházban kifogástalan rend uralkodott, teljes fegyelem volt. Harmonikus egyénisége nyomta rá bélyegét a kórház munkájára és ezen belül a sebészeti osztályra is. Az igazságtalanságot és a jogtalanságot nem tudta elviselni. Az akkor tomboló jogtalansággal szemben úgy viselkedett, hogy amit ő jogtalannak és igazságtalannak tartott, azt egyszerűen nem vette tudomásul és az ilyen irányú intézkedéseket tulajdonképpen nem is hajtotta végre. Szelíden, csendesesen és bölcsen ment a maga szabta úton, amely a becsületességet és a tisztességet tartotta egyedül szem előtt és ebben a szemléletben vezette és irányította munkatársait is. Ez a mély bölcsesség, amelyet az igazságérzet és a humánus hatott át, ez jellemének legfőbb vonása, ez vezette őt a múltban és vezeti a jelenben is.

Nem volna teljes ez a feljegyzés, illetve ismertetés, ha kihagynám azt a — Bugyi István jelleméhez szorosan hozzátartozó — tényt, ami talán egy kicsit meglepően is hangzik, hiszen egy komoly és köztisztületben álló professzorról van szó, hogy végtelenül szeret, vagy legalábbis szeretett játszani. Ez a játék — a szó nemes értelmében — voltaképpen a mindennapi gondok közötti kikapcsolódást, pihenést jelentette számára. Eire akkor jöttem rá, amikor a szentesi kórházban dolgoztam és Bugyi tanár úr rendszeresen dél felé jött csak be a kórházba, ekkor kezdett operálni, majd vizitelt és rendszerint a késő délutáni, illetve esti órákban fejezte be kórházi munkáját. Maga a bejövetel sem volt mindennapi: „híres kerékpárján” — amit egyébként az egész városban ismertek — jött be a kórházba, miközben újságot

olvasott. Autóját ritkán használta. Egy alkalommal megkérdeztem tőle, hogy tulajdonképpen miért jön be ilyen későn, erre azt válaszolta, hogy nem lustálkodásról van szó. Ő korán felkel, de szeret munka előtt filmeket, diákat vetíteni és saját szavait idézve: „eljátsza az időt”. Hozzátette még, hogy ő tulajdonképpen éjszaka szeret dolgozni és olvasni, mert akkor teljes a nyugalom és semmi sem zavarja. Rendszeresen hajnali 4—5 órakor feküdt le. Lehet, és valószínű, hogy ez az időbeosztás azóta megváltozott, de a játék, vagy mai szóval élve a „hobby” éppúgy hozzátartozik egy-egy egyéniség jelleméhez és jellemzéséhez, mint a komoly és produktív munka.

Egy másik játékos esemény, amire visszaemlékezem, a következő:

Egyik vasárnap délelőtt találkoztam a kórház parkjában Bugyi Istvánnal, amint a kórházat átszelő Kurca-patak hídjára vezető lejtős út tetején állt és egy filmfelvevő gépet erősített kerékpárjának kormányára. Megkérdeztem, hogy ezzel mi a szándéka? „Trükkfelvételt akarok csinálni” — válaszolta. Hogyan? — kérdeztem. „Ropant egyszerűen, azért rögzítettem a filmfelvevő gépet a kormányra, mert úgy gondolom, hogy most felülök, ezen a lejtőn végighajtok és közben filmezni fogok”. Ez egyben azt jelentette, hogy az 1 m-nél alig szélesebb hídra, az elég meredek lejtőről fog komoly sebességgel ráhajtani anélkül, hogy közben a kormányt fogná, de még az utat sem tudta nagyon figyelni, hiszen közben filmezett. Kicsit aggódtam a „vakmerő filmoperátor” testi épségéért, de semmi baj nem történt, a felvétel elkészült.

Véleményem szerint a nemes értelemben vett játék egy-egy ember jellemének, egyéniségének szoros tartozéka, kiegészítője és bizonyos fokig ismertető jele is. Azt hiszem, hogy Bugyi István nem veszi rossznéven, ha a sok komoly, sőt komor emlék között néhány sort szenteltem a — véleményem szerint — szorosan az egyéniségéhez kapcsolódó „játékosságnak” is.

És most, 75. születésnapján, amikor hosszú, boldog életet kívánok, amikor azt szeretném, ha még sokáig, az emberi kor legvégső határáig gyógyítana, tanítana és mélységes humánusát még sok orvosnemzedék ismerhetné meg, tisztelettel és szeretettel meghajtom fejem ez előtt a nagy ember előtt és megköszönöm neki, hogy mellette tanulhattam meg a sebészet alapjain kívül azt is, hogy válságos időkben, a veszélyeket is vállalva, hogyan kell EMBERNEK maradni.

ÉLETRAJZ

Szentesen született, 1898. január 3-án. Testvére nem volt. Középiskoláit Szentesen (egy évet Budapesten) végezte, 1915-ben, 17 éves korában kapta meg a szentesi állami gimnázium érettségi bizonyítványát. 1915-től 1920-ig a budapesti Tudomány Egyetem orvosi fakultásának volt hallgatója, ahol 1920. november 21-én 22 éves korában avatták orvosdoktorrá. Már első éves korában vonzódott a sebészethez, szabad idejében Dollinger professzor előadásait hallgatta rendszeresen. Később nála is szigorlatozott.

Doktorrá avatása után egy évig a bécsi II. számú sebészeti klinikán volt műtő-növendék, onnét hazatérve a szegedi egyetem sebészeti klinikáján 2 éves tanfolyamot végzett, majd vizsgát téve megkapta sebész-műtői oklevelét.

Műtő-növendék korában lefordította W. Kühl: „Handbuch der Narkose und Vorbereitungen von Operationen” 300 oldalas szakkönyvét. (1923-ban jelent meg a Franklin Társulat kiadásában.)

Sebész-műtői oklevele birtokában egy éves külföldi tanulmányútra ment Német- és Franciaországba, ahol a legkiválóbb sebészeti klinikákon töltött egy vagy két hónapot. München—Würzburg—Frankfurt a M—Göttingen—Kiel—Berlin, ahol a legkiválóbb német sebészek (Sauerbruch — König — Schmieden — Stich — Anschütz — Bier — Hildebrand) munkáját tanulmányozta, majd Párizsban az akkor élenjáró francia sebészeket (Gosset — Ombrédanne — Faur — Legeau) láthatta munka közben.

Tanulmányútját a budapesti Új Szent János kórház sebészeti osztályára történt kinevezése szakította meg. Hét évig dolgozott a székesfővárosi Új Szent János kórház sebészeti osztályán Manninger professzor mellett segéd-, alorvosi, majd végül adjunktusi minőségben. Ez idő alatt több tudományos dolgozata és két évkönyve jelent meg nyomtatásban.

1931. január 1-én vette át Csongrád megye Közkórháza sebészeti osztályának vezetését. Első évi munkásságáról a sebészeti osztály megszervezéséről, üzemének elindításáról 200 oldalas Évkönyvben számolt be.

1932—1944-ig tagja volt a Deutsche Chirurgische Gesellschaft-nak.

1933-ban a kórház igazgatójává nevezték ki. Ettől az időponttól kezdve dolgozik a megye szentesi közkórházában igazgató-sebész-főorvosi minőségben. Igazgató-sága idején szervezi a kórházat korszerű egészségügyi intézménnyé. Kialakítja az új bel-, elme-, bőr-, nőgyógyászati, tbc és gyermekosztályokat. Új prosecturát és központi laboratóriumot létesít, korszerű konyhát építtet.

1944. októberében a harci cselekmények elől Budapestre ment apja Károly-körúti lakására. Átvészelve Budapest ostromát, 1945. március 16-án tért vissza Szentesre, az orosz városparancsnok kocsit küldött érte és ezzel jött haza. Itthon az „igazolós bizottság” egyhangúlag igazolta és ismét átvette a kórház vezetését.

Már Budapesten tevékenyen részt vett az orvosi szakirodalom növelésében, melyet jelenlegi munkahelyén is tovább folytatott. 75 dolgozata jelent meg bel- és külföldi szaklapokban, és 9 könyve. Ezek közül „A sebészorvos” c. 400 oldalas könyvéért a Herczel Manó-émlékdíjjal és éremmel tüntette ki az Orvosegyet.

1939-ben a közegészségügy terén folytatott munkásságáért *egészségügyi főtanácsosi* címet kapott.

1940-ben szakirodalmi munkásságáért *egyetemi magántanárrá* habilitálta a Szegedi Tudományegyetem.

A felszabadulás előtt politikai pártnak tagja nem volt, 1948 tavaszán lépett be a Magyar Dolgozók Pártjába, melynek azóta rendes tagja.

A Magyar—Szovjet Művelődési Társaság megalakulásakor őt szemelték ki az elnöki tisztségére. Ezt 1948-ig betöltötte, amikor is díszelnökké választották meg. Tagja az Orvos-egészségügyi Szakszervezetnek. A Szakszervezet tudományos csoportjának elnöki tisztségét tölti be ma is. A felszabadulás óta tizenegy nagy sikerű országos tudományos ankétot rendezett Szentesen. A kórházban megszervezi és vezeti a rendszeres, havonkénti tudományos üléseket. Kilenc évig aktív tagja volt az ETT-nek.

Tagja a Magyar Sebész Társaságnak, a Magyar Urologusok és Nephrologusok Társaságának.

1949-ben a felszabadulás óta végzett orvosi és közegészségügyi munkája elismerésül *Kossuth-díjjal* tüntették ki.

1952-ben a Magyar Tudományos Akadémiától az *orvostudományok kandidátusa* tudományos rendfokozatot kapta meg.

1956. július 2-án a *Magyar Népköztársaság kiváló orvosa* címet kapta.

1961-ben jelent meg két kötetben, 2000 oldalon élete legnagyobb munkája, a „Gyakorlati sebészet” a Medicina kiadásában.

1962 óta az Akadémiai Kiadó gondozásában megjelenő, 5 kötetes Orvosi Lexikon sebészeti szakszerkesztője.

1962. december 31-én a Magyar Népköztársaság Elnöki Tanácsa a *Munka Érdemrend* arany fokozatával (*Vörös Csillag érdemrend*) tüntette ki.

1966-ban a Szegedi Tudományegyetem a *c. egyetemi tanár* (professzori) címet adományozta.

1968-ban a Magyar Népköztársaság Elnöki Tanácsa a *Munka Érdemrend* arany fokozatával másodízben tüntette ki.

1970-ben a Magyar Népköztársaság Elnöki Tanácsa 50 éves orvosi működése félév százados mezején a *Munka Érdemrend* arany fokozatával harmadízben is kitüntette.

1970 decemberében „Arany Diplomát” kapott.

Kisebb kitüntetések:

1952: OKLEVÉL az Országos Béketanácstól

1954: OKLEVÉL a Hazafias Népfronttól

1955: EMLÉKLAP a Magyar—Szovjet Társaságtól

1960: EMLÉKÉREM „Hűséggel a nép egészségéért”

1970: EMLÉKLAP 25 éves egészségügyi helytállásáról

1970: OKLEVÉL és Arany koszorús jelvény a Magyar—Szovjet barátság ápolása terén végzett munkáért.



„Arany Diploma” 1970.

SZAKIRODALMI MUNKÁSSÁGA

KÖZLEMÉNYEK

1. Az intravénás resorcin kezelés septikus megbetegedések esetén Orvosi Hetilap 1927.
2. 100 epekőműtét. Orv. Hetil. 1928.
3. Drainage vagy tamponade a hasüregben? Orv. Hetil. 1928.
4. Lustrum. Budapest Székesfőváros Új Szent János Kórháza Sebészeti Osztályának Évkönyve. 1929.
5. Embermájakon végzett biopsziás vizsgálatok. Uo. 1929.
6. A caecalis obstipatio kérdéséhez. Uo. 1929.
7. A hasüri diagnostika nehézségei. Uo. 1929.
8. Jackson epilepsia — agykéregfagyasztás. Uo. 1929.
9. Műtéttel gyógyított teljes szájzár. Uo. 1929.
10. A nem gümőkóros gyennymellkasanál használatos orvoslási eljárásunk. Uo. 1929.
11. Szegycsontresectio rák miatt. Uo. 1929.
12. Tüdőtályogok. Uo. 1929.
13. Rekeszsérülés okozta hashártyagyulladás Singer-canule behelyezésekor. Uo. 1929.
14. Rekeszizom daganat. Uo. 1929.
15. Gyomorzárszűkületet okozó gyomorzárizomdaganat. Uo. 1929.
16. Spiegel-sérv kizáródás. Uo. 1929.
17. Drainablak okozta közvetett bélelzáródás. Uo. 1929.
18. Tompa erőművi behatásra keletkezett bélsérülésekről. Uo.
19. Az abdomino-sacralis végbélrák műtéteinkről. Uo. 1929.
20. Mélyenülő sigmarák háromszakaszos műtété. Uo. 1929.
21. Radiális bénulás műtété inátvarrásokkal. Uo. 1929.
22. Aktinomykosis eseteinkről. Uo. 1929.
23. Sporotrichosis eseteinkről. Uo. 1929.
24. A sepsis orvoslása tüzes vassal. Uo. 1929.
25. Francia sebészek. Uo. 1929.
26. Látogatás a sajnáparti remeténél. Uo. 1929.
27. Az idült lábszárfekély orvoslása. Orv. Hetil. 1933.
28. Mikrospinalis érzéstelenítés. Orv. Hetil. 1933.
29. A modern műtő. Magyar Kórház 1933.
30. Lúgmérgezés. MOOSZ Hivatalos Lapja, 20. szám, 1933.
31. Mikrospinale Anaesthesie. Der Chirurg 1934.
32. Hasznos apróságok a betegápolás köréből. Magyar Kórház 1934.
33. Über die Radikaloperation des Hallux valgus. Der Chirurg 1934.
34. Bauchfellentzündung — Bauchhöhlenschluss. Der Chir. 1934.

35. Hashártyagyulladás — Hasüregzárás. Orv. Hetil. 1936.
36. Időszerű kérdések a végbélrák sebészi orvoslásában. Orvosképzés 1936.
37. Zur chirurgischen Behandlung des Mastdarmkrebses. Zentralblatt für Chirurgie. 1936.
38. Vereinfachte Lokalanästhesie bei einigen typischen Operationen. Zentralbl. f. Chirurgie. 1937.
39. Injekciós oldatok és műszerek sterilizálása. Orv. Hetil. 1939.
40. Véglegesített másodorvosokat a közkórházak operatív osztályaira. Magyar Kórház 1940.
41. Ein zweizeitiger Behandlungsweg offener Frakturen. Zentralbl. f. Chirurgie. 1942.
42. A heveny gyomorátfűródás konzervatív műtéte. Orv. Hetil. 1942.
43. Csövescsontok gennyes gyulladásainak tartózkodó kezelése. Orv. Hetil. 1942.
44. Die konservativ-chirurgische Behandlung des akuten Pleuraempyems. Zentralbl. f. Chirurgie. 1942.
45. A heveny gyomorátfűródás műtéte. (Válasz) Orv. Hetil. 1942.
46. Beitrag zur Behandlung der Magerperforation. Der Chirurg 1942.
47. Konservatismus in der Behandlung der akuten Osteomyelitis der langen Röhrenknochen. Der Chirurg 1942.
48. Trigeminus neuralgia. Orv. Hetil. 1942.
49. Tartózkodó álláspontok a sebészetben. Manninger Emlékkönyv. 1943.
50. A heveny gennymellkas orvoslása. Uo. 1943.
51. Epehólyagiírtás gomblyukmetszésből. Orvosok Lapja 1948.
52. A panaritium orvoslása. Orvosok Lapja 1949.
53. Prostatektomia retropubica. Magyar Sebészet. 1950.
54. Könyöktáji törések. Orv. Hetil. 1950.
55. A mellékvese velőállományának eltávolítása. Orv. Hetil. 1953.
56. A cardiopasmus sebészi orvoslása. Orv. Hetil. 1953.
57. Adatok a phaeochromocytoma kórismézéséhez. Gyermekgyógyászat 1955.
58. A gyomorfekély Billroth-I műtéte. Orv. Hetil. 1955.
59. Orvosi orthographia. Orv. Hetil. 1955.
60. Die Magengeschwür-Operation nach Billroth-I. Der Chirurg 1959.
61. A gyomor és duodenum sebészetének időszerű kérdései. Magyar Sebésztársaság, coreferaum. 1959.
62. A rákbetegség időszerű gyakorlati kérdései. Orvosképzés XXXV. évf. szeptember, 1960.
63. Zsirembolia. Orv. Hetil. 1961.
64. Prostatektomia retropubica. Der Chirurg 1962.
54. A farkastorok. Orv. Hetil. 1964.
66. Kliniko-pathologiai konferencia, Mayo Clinic. Orv. Hetil. 1965.
67. Csonttörések gyógyulása a gyermekkorban. Orv. Hetil. 1965.
68. Korszakok, átalakulások a sebészetben. Orv. Hetil. 1968.
69. Die unvermeidlichen tödlichen Komplikationen der Magenresection. Der Chirurg 1968.
70. A gyomorresectio elkerülhetetlen halálos szövődményei. Magyar Sebészet 1968.
71. Mao-Tse-tung gondolata a jelenkor kínai orvostudományában. Orv. Hetil. 1969.
72. Korszakok, átalakulások a sebészetben. Természet Világa. 1969.

73. Találkozásom a telepátiával. Természet Világa 1969.
 74. Cholecystotomia — az epekőbetegség conservatív műtété. Orv. Hetil. 1970.
 75. A sebészi kézfertőtlenítés Orv. Hetil. 1972.

KÖNYVEK

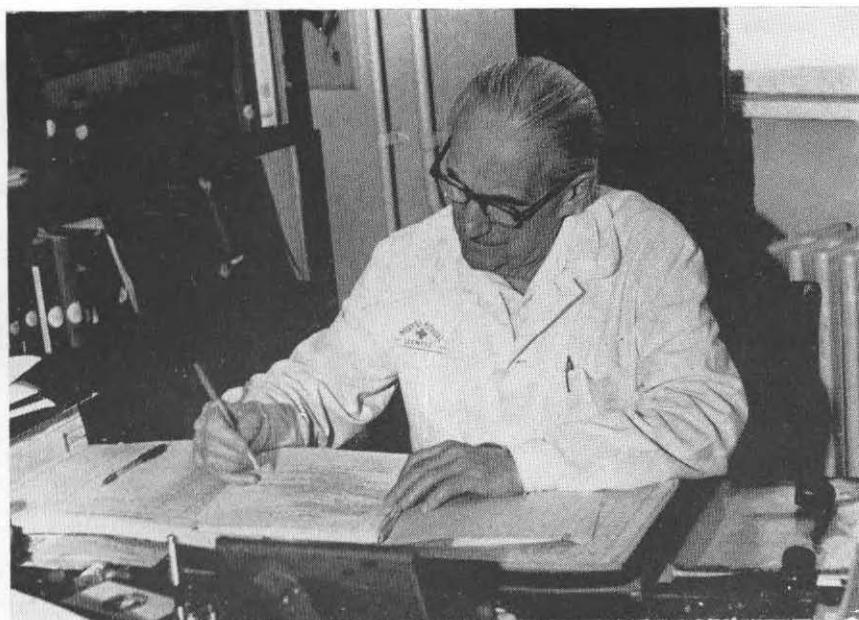
- A narkózis és a műtési előkészületek kézikönyve. 342 old. 1923.
 Jelentés az Új Szent János Kórház sebészeti osztályának működéséről. 55 old. 1928.
 Budapest Székesfőváros Új Szent János Közkórház sebészeti osztályának Évkönyve 244 old. 1929.
 Csongrádvármegye Közkórháza sebészeti osztályának Évkönyve 180 old. 1932.
 General Outline of the Course in Practical Surgery 30 old. 1934.
 A sebészorvos Fundamenti studii chirurgici 406 old. 1939.
 Manninger Emlékkönyv 188 old. 1943.
 Gyakorlati sebészet I. II. köt. 2000 old. 1960/61.
 Repetitorium chirurgiae 425 old. 1971.

SAJTÓ ALATT:

- Orvosi Lexikon 5 kötet (sebészeti szerkesztő).
 Gynaecologiai sebészet Bp. János Kórház Évkönyve
 Életmentő, sürgős sebészi műtétek Orv. Hetil.

LEKTORÁLÁS (KÖNYVEK)

- Drobní—Incze*: Surgery of the rectum.
Petri—Kovács: A műtési előkészítés és műtét utáni kezelés anyagszerevonatkozásai.
Kun Erzsébet: Mosolygó medicina
Drobní: Belsősebészet.



Munka közben I.

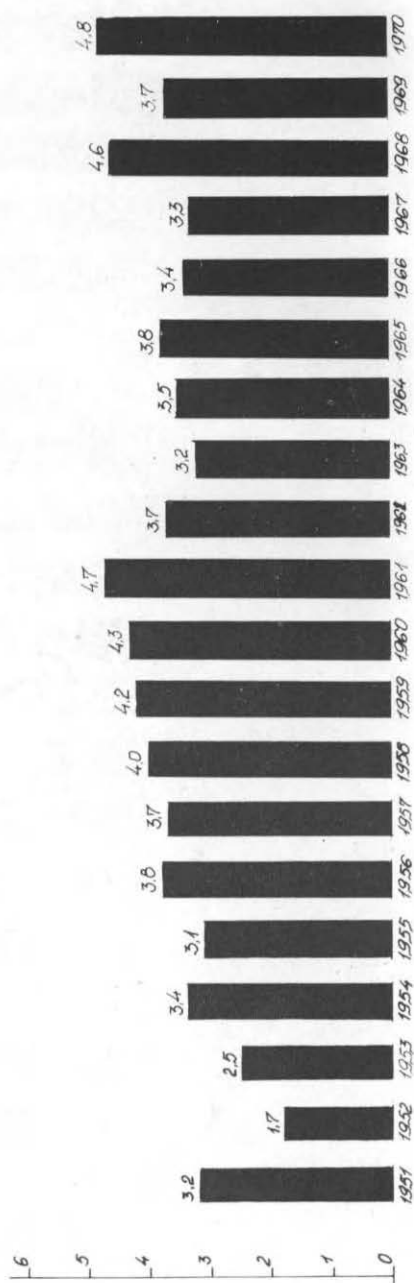
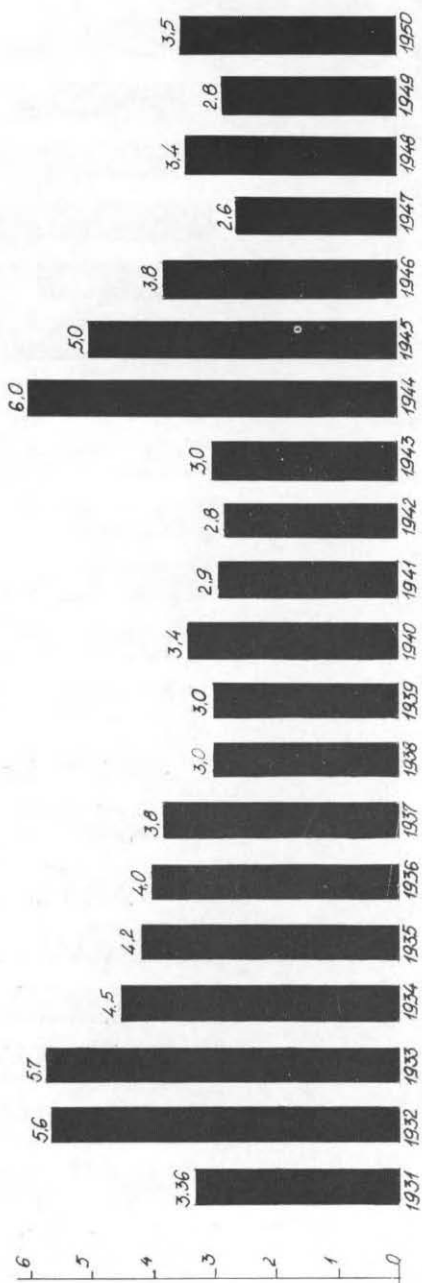
**A SZENTESI MEGYEI KÓRHÁZ
SEBÉSZETI OSZTÁLYÁN ÁPOLT BETEGEK
1931—1970-ig**

Év	Betegforgalom	Műtétek száma	Ápolási napok száma	Halálozás %
1931	1110	955	10 644	3,3
1932	2187	1070	5 000	5,6
1933	2410	1109	4 700	5,7
1934	3123	1211	5 900	4,5
1935	3305	1240	6 400	4,2
1936	3266	1163	6 300	4,0
1937	4021	1324	7 900	3,8
1938	4513	1445	10 400	3,0
1939	4557	1469	10 000	3,0
1940	4587	1387	10 500	3,4
1941	4821	1685	10 900	2,9
1942	5014	1776	11 000	2,8
1943	5160	1346	12 800	3,0
1944	4691	933	12 400	6,0
1945	3994	899	10 300	5,0
1946	4797	1215	11 300	3,8
1947	2831	1602	12 600	2,6
1948	2513	1516	15 200	3,4
1949	2126	1767	17 300	2,8
1950	1987	1884	16 900	3,5
1951	2042	1893	18 300	3,2
1952	2055	2108	19 519	1,7
1953	1971	1718	19 593	2,5
1954	1786	1422	20 510	3,4
1955	1819	1506	19 959	3,1
1956	1905	1434	20 783	3,8
1957	2073	1668	22 036	3,7
1958	1783	1643	17 883	4,0
1959	1968	1741	19 233	4,2
1960	2377	2009	22 311	4,3
1961	2456	2021	22 650	4,7
1962	2621	2194	23 627	3,7
1963	2362	1902	22 558	3,2
1964	2186	1769	22 060	3,5
1965	2270	2032	22 217	3,8
1966	2218	2160	22 079	3,4
1967	2007	2102	21 585	3,3
1968	2005	1975	20 893	4,6
1969	1831	1923	20 993	3,7
1970	1617	1890	19 622	4,8

MŰTÉTEK SZÁMA 1931 - 1970-IG



HALÁLOZÁS % 1931 - 1970 - IG



A SZENTESI MEGYEI KÓRHÁZ SEBÉSZETI OSZTÁLYÁN VÉGZETT MŰTÉTEK

1931—1970-ig

Összeállította:

Tóth Csaba dr.

1. Ambulans műtétek

ablatio unguis, atheroma, bursektomia, clavus, cornu cutan., corpus alienum, csontvelő trepan., cysta epidermoides, cysta saliv. labii inf., digitus hamatus, epicondylitis, epithelioma, fibroma, frenulum breve linguae, -- praeputii, ganglion, gynaecomastia, incisiók, izombiopsia, haemangioma cutis, hygroma, keloid, leukoplakia labii, lipoma, naevus pigmentosus, necrektomia, neurofibroma, neopl. cutis, nyirokcsomóexcisió, oleogranuloma, papilloma, próbaexcisiók, sequestromia, Tu. regio axill., verruca.

1931-ben	187 műtét	1951-ben	408 műtét
1932-ben	156 műtét	1952-ben	363 műtét
1933-ban	134 műtét	1953-ban	220 műtét
1934-ben	170 műtét	1954-ben	95 műtét
1935-ben	201 műtét	1955-ben	82 műtét
1936-ban	236 műtét	1956-ban	87 műtét
1937-ben	246 műtét	1957-ben	155 műtét
1938-ban	308 műtét	1958-ban	197 műtét
1939-ben	330 műtét	1959-ben	312 műtét
1940-ben	313 műtét	1960-ban	351 műtét
1941-ben	406 műtét	1961-ben	236 műtét
1942-ben	505 műtét	1962-ben	232 műtét
1943-ban	198 műtét	1963-ban	234 műtét
1944-ben	150 műtét	1964-ben	270 műtét
1945-ben	185 műtét	1965-ben	265 műtét
1946-ban	249 műtét	1966-ban	483 műtét
1947-ben	274 műtét	1967-ben	422 műtét
1948-ban	256 műtét	1968-ban	412 műtét
1949-ben	329 műtét	1969-ben	383 műtét
1950-ben	339 műtét	1970-ben	410 műtét

Összesen: 10 615 műtét

2. Amputatio femoris, -cruris, -pedis, -humeri, -antebrachii, -manus

1931—1940-ig	59 műtét
1941—1950-ig	111 műtét
1951—1960-ig	109 műtét
1961—1970-ig	200 műtét

Összesen: 479 műtét

3. *Amputatio phalangis, -digiti*

1931—1940-ig	78 műtét
1941—1950-ig	153 műtét
1951—1960-ig	104 műtét
1961—1970-ig	65 műtét

Összesen: 400 műtét

4. *Amputatio penis*

1931—1970-ig	24 műtét
--------------	----------

5. *Antrotomia*

1931—1970-ig	5 műtét
--------------	---------

6. *Anus praeternaturalis (colostomia) készítés, ill. zárás*

1931—1940-ig	36 műtét
1941—1950-ig	77 műtét
1951—1960-ig	139 műtét
1961—1970-ig	224 műtét

Összesen: 476 műtét

7. *Apicolysis*

1931—1970-ig	3 műtét
--------------	---------

8. *Appendektomia*

1931-ben	131 műtét	1951-ben	259 műtét
1932-ben	148 műtét	1952-ben	263 műtét
1933-ban	149 műtét	1953-ban	272 műtét
1934-ben	192 műtét	1954-ben	263 műtét
1935-ben	227 műtét	1955-ben	322 műtét
1936-ban	179 műtét	1956-ban	258 műtét
1937-ben	194 műtét	1957-ben	360 műtét
1938-ban	233 műtét	1958-ban	306 műtét
1939-ben	207 műtét	1959-ben	273 műtét
1940-ben	208 műtét	1960-ban	371 műtét
1941-ben	250 műtét	1961-ben	412 műtét
1942-ben	208 műtét	1962-ben	392 műtét
1943-ban	182 műtét	1963-ban	342 műtét
1944-ben	135 műtét	1964-ben	328 műtét
1945-ben	132 műtét	1965-ben	332 műtét
1946-ban	180 műtét	1966-ban	382 műtét
1947-ben	237 műtét	1967-ben	437 műtét
1948-ban	241 műtét	1968-ban	380 műtét
1949-ben	242 műtét	1969-ben	347 műtét
1950-ben	243 műtét	1970-ben	329 műtét

Összesen: 10 546 műtét

9. *Arthroplastica, synovektomia*

1931—1970-ig	36 műtét
--------------	----------

10. *Atresia ani congen.: proktotomia, plastica*

1931—1970-ig	12 műtét
--------------	----------

11. *Biopsia hepatis*

1931—1970-ig	90 műtét
--------------	----------

12. *Caecostomia*

1931—1970-ig	2 műtét
--------------	---------

13. *Ca. labii inf.: excisio cuneiformis s. plastica sec. Jaesche*

1931—1940-ig	90 műtét
1941—1950-ig	89 műtét
1951—1960-ig	48 műtét
1961—1970-ig	88 műtét

Összesen:	315 műtét
-----------	-----------

14. *Calculus vesicae urinariae: sectio alta*

1931—1940-ig	17 műtét
1941—1950-ig	25 műtét
1951—1960-ig	36 műtét
1961—1970-ig	36 műtét

Összesen:	114 műtét
-----------	-----------

15. *Cardiomyotomia sec. Heller*

1931—1970-ig	7 műtét
--------------	---------

16. *Ca. recti: exstirpatio; resectio*

1931—1940-ig	15 műtét
1941—1950-ig	40 műtét
1951—1960-ig	95 műtét
1961—1970-ig	154 műtét

Összesen:	304 műtét
-----------	-----------

17. *Castratio (orchiektomia, epididymektomia)*

1931—1940-ig	34 műtét
1941—1950-ig	29 műtét
1951—1960-ig	43 műtét
1961—1970-ig	62 műtét

Összesen:	168 műtét
-----------	-----------

18. *Cirrhosis hepatis: op. sec. Talma*

1931—1970-ig 1 műtét

19. *Cholecystektomia*

1931-ben	40 műtét	1951-ben	47 műtét
1932-ben	37 műtét	1952-ben	64 műtét
1933-ban	37 műtét	1953-ban	46 műtét
1934-ben	46 műtét	1954-ben	38 műtét
1935-ben	32 műtét	1955-ben	68 műtét
1936-ban	46 műtét	1956-ban	49 műtét
1937-ben	20 műtét	1957-ben	50 műtét
1938-ban	32 műtét	1958-ban	51 műtét
1939-ben	36 műtét	1959-ben	50 műtét
1940-ben	31 műtét	1960-ban	56 műtét
1941-ben	33 műtét	1961-ben	49 műtét
1942-ben	42 műtét	1962-ben	101 műtét
1943-ban	11 műtét	1963-ban	97 műtét
1944-ben	21 műtét	1964-ben	85 műtét
1945-ben	4 műtét	1965-ben	81 műtét
1946-ban	18 műtét	1966-ban	114 műtét
1947-ben	30 műtét	1967-ben	95 műtét
1948-ban	28 műtét	1968-ban	81 műtét
1949-ben	58 műtét	1969-ben	86 műtét
1950-ben	36 műtét	1970-ben	69 műtét

Összesen: 2015 műtét

20. *Cholecysto-duodenostomia s. — gastrostomia*
Choledochoduodenostomia s. — gastrostomia

1931—1970-ig 116 műtét

21. *Colektomia totalis s. hemicolektomia*

1931—1970-ig 16 műtét

22. *Costa cervicalis*

1931—1970-ig 1 műtét

23. *Cysta (fistula) colli med. s. lat.: exstirp.*

1931—1970-ig 112 műtét

24. *Cysta dermoides sacralis: exstirp.*

1931—1960-ig	50 műtét
1961—1970-ig	107 műtét

Összesen: 157 műtét

25. *Cysta echinococci (hepatis, abdominis, thoracis) marsupialisatio*
1931—1970-ig 23 műtét
26. *Cysta ovarii torquata s. rupta: exstirp.*
1931—1970-ig 71 műtét
27. *Decapsulatio renis*
1931—1970-ig 9 műtét
28. *Decorticatio pulmonum*
1931—1970-ig 1 műtét
29. *Defectus cranii plastica*
1931—1970-ig 2 műtét
30. *Diverticulum duodeni: resectio*
1931—1970-ig 2 műtét
31. *Diverticulum Meckeli: diverticulektomia*
- | | | |
|--------------|-----------------------|----------|
| 1931—1970-ig | gyulladás miatt | 9 műtét |
| 1931—1970-ig | perforatio miatt | 5 műtét |
| | strangul. ileus miatt | 7 műtét |
| Összesen: | | 21 műtét |
32. *Diverticulum vesicae urinariae: exstirp.*
1931—1970-ig 3 műtét
33. *Dupuytren contractura: exstirp. aponeur. palm.*
1931—1970-ig 19 műtét
34. *Elephantiasis cruris: op. s. Kondoleon*
1931—1970-ig 2 műtét
35. *Embolektomia*
1931—1970-ig 9 műtét
36. *Empyema thoracis: drainage (Singer-canule)*
- | | |
|--------------|----------|
| 1931—1940-ig | 52 műtét |
| 1941—1950-ig | 41 műtét |
| Összesen: | 93 műtét |

37. <i>Enucleatio bulbi</i>	1931—1970-ig	6 műtét
38. <i>Epicystotomia</i>	1931—1970-ig	32 műtét
39. <i>Epispadiasis penis: plastica</i>	1931—1970-ig	1 műtét
40. <i>Érvarrat</i>	1931—1970-ig	8 műtét
41. <i>Exstirpatio laryngis</i>	1931—1954-ig	2 műtét
42. <i>Exstirpatio menisci</i>	1931—1970-ig	19 műtét
43. <i>Exstirpatio parotis</i>	1931—1954-ig	30 műtét
44. <i>Exstirpatio tali</i>	1931—1970-ig	1 műtét
45. <i>Extractio dentis + resectio radices</i>	1931—1970-ig	214 műtét
46. <i>Extrophia vesicae urinariae: op. s. Coffey-Mayo</i>	1931—1970-ig	2 műtét
47. <i>Faux lupina: reconstructio, plastica</i>	1931—1970-ig	84 műtét
48. <i>Fibromyoma uteri: exstirp.</i>	1931—1970-ig	23 műtét
49. <i>Fissura ani: Récamier-tágítás + elektrocoagulatio</i>	1931—1940-ig	41 műtét
	1941—1950-ig	78 műtét
	1951—1960-ig	153 műtét
	1961—1970-ig	176 műtét
	Összesen:	448 műtét

50. *Fistula ani: exstirp.*

1931—1940-ig	63 műtét
1941—1950-ig	115 műtét
1951—1960-ig	156 műtét
1961—1970-ig	226 műtét

Összesen: 560 műtét

51. *Fistula vesico-vaginalis, -vesico-rectalis, -recto-vaginalis*

1931—1970-ig	4 műtét
--------------	---------

52. *Fracturák (1954—1965-ig a véres műtétet igénylő esetek)*

1931-ben	81 eset	1951-ben	234 eset
1932-ben	125 eset	1952-ben	255 eset
1933-ban	160 eset	1953-ban	121 eset
1934-ben	188 eset	1954-ben	15 eset
1935-ben	192 eset	1955-ben	8 eset
1936-ban	142 eset	1956-ban	10 eset
1937-ben	242 eset	1957-ben	15 eset
1938-ban	235 eset	1958-ban	13 eset
1939-ben	225 eset	1959-ben	25 eset
1940-ben	305 eset	1960-ban	23 eset
1941-ben	297 eset	1961-ben	21 eset
1942-ben	355 eset	1962-ben	11 eset
1943-ban	298 eset	1963-ban	12 eset
1944-ben	240 eset	1964-ben	12 eset
1945-ben	169 eset	1965-ben	2 eset
1946-ban	135 eset	1966-ban megnyílt	
1947-ben	213 eset	a Balesetsebészeti	
1948-ban	155 eset	Osztály	
1949-ben	216 eset		
1950-ben	267 eset		

Összesen: 5017 eset

53. *Gastrektomia totalis (Thoracolaparotomiás feltárás)*

1964—1970-ig	38 műtét
--------------	----------

54. *Gastro-entero-anastomosis*

1931—1940-ig	14 műtét
1941—1950-ig	36 műtét
1951—1960-ig	79 műtét
1961—1970-ig	89 műtét

Összesen: 218 műtét

55. *Gastrostomia (Witzel, Kader)-gastrotomia*

1931—1940-ig	69 műtét
1941—1950-ig	50 műtét
1951—1960-ig	54 műtét
1961—1970-ig	41 műtét

Összesen: 214 műtét

56. *Glomus caroticum exstirp.*

1931—1970-ig	1 műtét
--------------	---------

57. *Hallux valgus*

1931—1940-ig	59 műtét
1941—1950-ig	75 műtét
1951—1960-ig	295 műtét
1961—1970-ig	406 műtét

Összesen: 835 műtét

58. *Herniotomia (inguin., fem., umbil., paraumbil., par. abd. ...)*

1931-ben	129 műtét	1951-ben	319 műtét
1932-ben	194 műtét	1952-ben	354 műtét
1933-ban	164 műtét	1953-ban	420 műtét
1934-ben	235 műtét	1954-ben	373 műtét
1935-ben	211 műtét	1955-ben	381 műtét
1936-ban	162 műtét	1956-ban	338 műtét
1937-ben	237 műtét	1957-ben	380 műtét
1938-ban	228 műtét	1958-ban	374 műtét
1939-ben	200 műtét	1959-ben	348 műtét
1940-ben	184 műtét	1960-ban	358 műtét
1941-ben	206 műtét	1961-ben	303 műtét
1942-ben	225 műtét	1962-ben	520 műtét
1943-ban	250 műtét	1963-ban	433 műtét
1944-ben	128 műtét	1964-ben	388 műtét
1945-ben	101 műtét	1965-ben	353 műtét
1946-ban	206 műtét	1966-ban	369 műtét
1947-ben	279 műtét	1967-ben	376 műtét
1948-ban	294 műtét	1968-ban	405 műtét
1949-ben	310 műtét	1969-ben	384 műtét
1950-ben	293 műtét	1970-ben	337 műtét

Összesen: 11 749 műtét

59. *Homloküreg-feltárás: op. s. Jansen—Ditter*

1931—1970-ig	2 műtét
--------------	---------

60. *Hydrocephalus internus s. externus: op. s. Anton—Bramann*

1931—1970-ig	3 műtét
--------------	---------

61. *Hydrokele testis s. funiculi: op. s. Bergmann, Winkelmann*

1931-ben	15 műtét	1951-ben	19 műtét
1932-ben	15 műtét	1952-ben	23 műtét
1933-ban	10 műtét	1953-ban	8 műtét
1934-ben	17 műtét	1954-ben	11 műtét
1935-ben	13 műtét	1955-ben	14 műtét
1936-ban	10 műtét	1956-ban	13 műtét
1937-ben	17 műtét	1957-ben	15 műtét
1938-ban	7 műtét	1958-ban	24 műtét
1939-ben	17 műtét	1959-ben	25 műtét
1940-ben	10 műtét	1960-ban	22 műtét
1941-ben	15 műtét	1961-ben	24 műtét
1942-ben	26 műtét	1962-ben	32 műtét
1943-ban	15 műtét	1963-ban	27 műtét
1944-ben	6 műtét	1964-ben	34 műtét
1945-ben	12 műtét	1965-ben	15 műtét
1946-ban	17 műtét	1966-ban	19 műtét
1947-ben	25 műtét	1967-ben	24 műtét
1948-ban	24 műtét	1968-ban	19 műtét
1949-ben	20 műtét	1969-ben	19 műtét
1950-ben	19 műtét	1970-ben	26 műtét

Összesen: 723 műtét

62. *Hypertonia essentialis: op. s. Durante*

1931—1970-ig 24 műtét

63. *Hypospadiasis penis: op. s. Denis Browne*

1931—1970-ig 30 műtét

64. *Ileo-cystoplastica*

1931—1970-ig 1 műtét

65. *Ileo-transversostomia* (end to side; side to side; Mylard—Sonnenburg)

1931—1970-ig 83 műtét

66. *Ileus mechanicus*

1931-ben	— műtét	1951-ben	13 műtét
1932-ben	4 műtét	1952-ben	10 műtét
1933-ban	4 műtét	1953-ban	13 műtét
1934-ben	10 műtét	1954-ben	19 műtét
1935-ben	5 műtét	1955-ben	7 műtét
1936-ban	4 műtét	1956-ban	8 műtét
1937-ben	1 műtét	1957-ben	7 műtét
1938-ban	9 műtét	1958-ban	4 műtét
1939-ben	7 műtét	1959-ben	10 műtét
1940-ben	9 műtét	1960-ban	13 műtét

1941-ben	11 műtét	1961-ben	8 műtét
1942-ben	12 műtét	1962-ben	17 műtét
1943-ban	12 műtét	1963-ban	15 műtét
1944-ben	3 műtét	1964-ben	18 műtét
1945-ben	7 műtét	1965-ben	9 műtét
1946-ban	9 műtét	1966-ban	22 műtét
1947-ben	13 műtét	1967-ben	25 műtét
1948-ban	11 műtét	1968-ban	19 műtét
1949-ben	7 műtét	1969-ben	18 műtét
1950-ben	2 műtét	1970-ben	17 műtét

Összesen: 412 műtét

67. *Incontinentia urinae: op. s. Alridge*

1931—1970-ig 1 műtét

68. *Inplantatio hypophysis*

1931—1970-ig 13 műtét

69. *Irhalebeny plastica*

1931—1970-ig 63 műtét

70. *Kolporrhaphia anterior (propter cystokele)*

1931—1970-ig 3 műtét

71. *Labium leporinum*

1931—1970-ig 119 műtét

72. *Laminektomia*

1931—1970-ig 29 műtét

73. *Laparotomia explorativa (pancreatitis ac., tu. abd. inop., onkotomia)*

1931-ben	23 műtét	1951-ben	33 műtét
1932-ben	20 műtét	1952-ben	32 műtét
1933-ban	17 műtét	1953-ban	34 műtét
1934-ben	21 műtét	1954-ben	29 műtét
1935-ben	19 műtét	1955-ben	47 műtét
1936-ban	21 műtét	1956-ban	34 műtét
1937-ben	21 műtét	1957-ben	48 műtét
1938-ban	23 műtét	1958-ban	36 műtét
1939-ben	29 műtét	1959-ben	58 műtét
1940-ben	23 műtét	1960-ban	79 műtét
1941-ben	57 műtét	1961-ben	52 műtét
1942-ben	53 műtét	1962-ben	71 műtét
1943-ban	23 műtét	1963-ban	63 műtét

1944-ben	30 műtét	1964-ben	50 műtét
1945-ben	26 műtét	1965-ben	57 műtét
1946-ban	45 műtét	1966-ban	38 műtét
1947-ben	59 műtét	1967-ben	55 műtét
1948-ban	40 műtét	1968-ban	60 műtét
1949-ben	39 műtét	1969-ben	56 műtét
1950-ben	28 műtét	1970-ben	51 műtét

Összesen: 1599 műtét

74. *Lobektomia*

1931—1970-ig 2 műtét

75. *Luxatio coxae congen.: op. s. Spitzzy—Lorenz*

1931—1970-ig 18 műtét

76. *Luxatio humeri habitualis: op. s. Hegemann*

1931—1970-ig 1 műtét

77. *Nephrektomia*

1931—1940-ig 52 műtét

1941—1950-ig 79 műtét

1951—1960-ig 113 műtét

1961—1970-ig 78 műtét

Összesen: 322 műtét

78. *Nephropexia*

1931—1970-ig 11 műtét

79. *Nephrostomia*

1931—1970-ig 7 műtét

80. *Neuralgia nervi trigemini: inj. alcoholica; op. s. Frazier*

1931—1970-ig 34 műtét

81. *Neurexairesis s. neurotripsia nervi phrenici*

1931—1970-ig 84 műtét

82. *Nodi haemorrhoidales*

1931-ben 10 műtét

1932-ben 10 műtét

1933-ban 12 műtét

1934-ben 22 műtét

1951-ben 41 műtét

1952-ben 60 műtét

1953-ban 91 műtét

1954-ben 62 műtét

1935-ben	26 műtét	1955-ben	68 műtét
1936-ban	22 műtét	1956-ban	75 műtét
1937-ben	19 műtét	1957-ben	70 műtét
1938-ban	26 műtét	1958-ban	63 műtét
1939-ben	25 műtét	1959-ben	62 műtét
1940-ben	24 műtét	1960-ban	91 műtét
1941-ben	25 műtét	1961-ben	73 műtét
1942-ben	27 műtét	1962-ben	91 műtét
1943-ban	23 műtét	1963-ban	72 műtét
1944-ben	19 műtét	1964-ben	64 műtét
1945-ben	17 műtét	1965-ben	58 műtét
1946-ban	15 műtét	1966-ban	65 műtét
1947-ben	26 műtét	1967-ben	78 műtét
1948-ban	34 műtét	1968-ban	53 műtét
1949-ben	45 műtét	1969-ben	70 műtét
1950-ben	40 műtét	1970-ben	43 műtét

Összesen: 1817 műtét

83. *Omentektomia*

1931—1970-ig 7 műtét

84. *Orchidopexia*

1931—1970-ig 105 műtét

85. *Osteomyelitis femoris s. tibiae: felvésés, sequestrotomia*

1931—1940-ig	103 műtét
1941—1950-ig	138 műtét
1951—1960-ig	38 műtét
1961—1970-ig	— műtét

Összesen: 279 műtét

86. *Osteosynthesis*

1931—1970-ig 96 műtét

87. *Osteotomia (propter genu varum)*

1931—1970-ig 4 műtét

88. *Pectenosis*

1931—1970-ig 7 műtét

89. *Perforatio ventric. s. duod.: op. s. Graham ; Neumann*

1931-ben	1 műtét	1951-ben	21 műtét
1932-ben	2 műtét	1952-ben	26 műtét
1933-ban	5 műtét	1953-ban	14 műtét

1934-ben	2 műtét	1954-ben	15 műtét
1935-ben	5 műtét	1955-ben	16 műtét
1936-ban	8 műtét	1956-ban	25 műtét
1937-ben	11 műtét	1957-ben	12 műtét
1938-ban	10 műtét	1958-ban	17 műtét
1939-ben	20 műtét	1959-ben	15 műtét
1940-ben	17 műtét	1960-ban	18 műtét
1941-ben	11 műtét	1961-ben	32 műtét
1942-ben	8 műtét	1962-ben	21 műtét
1943-ban	15 műtét	1963-ban	13 műtét
1944-ben	5 műtét	1964-ben	16 műtét
1945-ben	5 műtét	1965-ben	13 műtét
1946-ban	10 műtét	1966-ban	33 műtét
1947-ben	5 műtét	1967-ben	22 műtét
1948-ban	8 műtét	1968-ban	15 műtét
1949-ben	10 műtét	1969-ben	16 műtét
1950-ben	10 műtét	1970-ben	12 műtét

Összesen: 540 műtét

90. *Phimosis: semicircumcisio, op. s. Schloffer*

1931—1940-ig	52 műtét
1941—1950-ig	77 műtét
1951—1960-ig	79 műtét
1961—1970-ig	144 műtét

Összesen: 352 műtét

91. *Plastica auriculi*

1931—1970-ig	20 műtét
--------------	----------

92. *Plastica mammae*

1931—1970-ig	2 műtét
--------------	---------

93. *Plastica nasi*

1931—1970-ig	25 műtét
--------------	----------

94. *Plastica oesophagi*

1931—1970-ig	16 műtét
--------------	----------

95. *Plastica pyeli s. ureteris*

1931—1970-ig	29 műtét
--------------	----------

96. *Plastica pylori*

1931—1970-ig	38 műtét
--------------	----------

98. „Platz—Bauch”: *sutura secundaria*

1931—1970-ig	48 műtét
--------------	----------

97. <i>Plastica vaginae</i>	1931—1970-ig	2 műtét
99. <i>Pneumothorax artificialis</i>	1931—1970-ig	20 műtét
100. <i>Polypus nasi: exstirp.</i>	1931—1970-ig	21 műtét
101. <i>Polypus recti: exstirp.</i>	1931—1970-ig	66 műtét
102. <i>Polypus urethrae (caruncula): exstirp.</i>	1931—1970-ig	21 műtét
103. <i>Polypus ventriculi: gastrotomia, exstirp.</i>	1931—1970-ig	13 műtét
104. <i>Proctotomia (propter atresia ani, -strictura recti, neopl. recti)</i>	1931—1970-ig	16 műtét
105. <i>Prolapsus recti: op. s. Ekehorn</i>	1931—1970-ig	24 műtét
106. <i>Prostatektomia</i>		
op. s. Freyer:	1931—1948-ig	116 műtét
	1948—1970-ig	8 műtét
op. s. Lidszkij—Millin:	1948—1970-ig	393 műtét
perinealisan:	1931—1970-ig	1 műtét
	Összesen:	518 műtét
107. <i>Pruritus ani: op. s. Ball</i>	1931—1970-ig	17 műtét
108. <i>Pseudocysta pancreatis: cysto-gastrostomia sec. Juras</i>	1931—1970-ig	9 műtét
109. <i>Pulmonektomia</i>	1931—1970-ig	2 műtét
110. <i>Pyelotomia, ureterotomia</i>	1931—1970-ig	217 műtét

111. *Relaparotomia*

1931—1970-ig 18 műtét

112. *Resectio caeci*

1931—1970-ig 61 műtét

113. *Resectio costae*

1931—1970-ig 26 műtét

114. *Resectio genus (propter gonitis tuberculosa)*

1931—1970-ig 2 műtét

115. *Resectio intestini (tenuis, crassi)*

1931—1940-ig 43 műtét

1941—1950-ig 54 műtét

1951—1960-ig 86 műtét

1961—1970-ig 166 műtét

Összesen: 349 műtét

116. *Resectio mandibulae*

1931—1970-ig 3 műtét

117. *Resectio prostatae endourethralis*

1931—1970-ig 8 műtét

118. *Resectio scapulae (propter sarcoma)*

1931—1970-ig 1 műtét

119. *Resectio (s. incisio) urethrae, urethrotomia*

1931—1970-ig 38 műtét

120. *Resectio ventriculi*

1931-ben	10 műtét	1951-ben	27 műtét
1932-ben	11 műtét	1952-ben	52 műtét
1933-ban	14 műtét	1953-ban	71 műtét
1934-ben	18 műtét	1954-ben	97 műtét
1935-ben	12 műtét	1955-ben	82 műtét
1936-ban	10 műtét	1956-ban	107 műtét
1937-ben	10 műtét	1957-ben	78 műtét
1938-ban	20 műtét	1958-ban	65 műtét
1939-ben	10 műtét	1959-ben	66 műtét
1940-ben	17 műtét	1960-ban	54 műtét

1941-ben	19 műtét	1961-ben	87 műtét
1942-ben	22 műtét	1962-ben	79 műtét
1943-ban	13 műtét	1963-ban	108 műtét
1944-ben	11 műtét	1964-ben	97 műtét
1945-ben	14 műtét	1965-ben	85 műtét
1946-ban	24 műtét	1966-ban	109 műtét
1947-ben	16 műtét	1967-ben	96 műtét
1948-ban	23 műtét	1968-ban	99 műtét
1949-ben	36 műtét	1969-ben	82 műtét
1950-ben	27 műtét	1970-ben	78 műtét

Összesen: 1956 műtét

121. *Ruptura s. perfor. vesicae urinariae: sutura*

1931—1970-ig 5 műtét

122. *Salpingektomia*

1931—1970-ig 59 műtét

123. *Sectio caesarea*

1931—1970-ig 1 műtét

124. *Spina bifida s. meningokele*

1931—1970-ig 15 műtét

125. *Splenektomia*

1931—1970-ig 78 műtét

126. *Stenosis pylori congen.: op. sec. Weber—Ramstedt*

1931—1970-ig 44 műtét

127. *Struma: resectio subtotalis*

1931-ben	5 műtét	1951-ben	29 műtét
1932-ben	4 műtét	1952-ben	39 műtét
1933-ban	10 műtét	1953-ban	32 műtét
1934-ben	7 műtét	1954-ben	38 műtét
1935-ben	8 műtét	1955-ben	44 műtét
1936-ban	6 műtét	1956-ban	33 műtét
1937-ben	11 műtét	1957-ben	35 műtét
1938-ban	15 műtét	1958-ban	32 műtét
1939-ben	24 műtét	1959-ben	20 műtét
1940-ben	15 műtét	1960-ban	18 műtét
1941-ben	22 műtét	1961-ben	34 műtét
1942-ben	18 műtét	1962-ben	42 műtét
1943-ban	22 műtét	1963-ban	24 műtét

1944-ben	8 műtét	1964-ben	17 műtét
1945-ben	7 műtét	1965-ben	9 műtét
1946-ban	26 műtét	1966-ban	12 műtét
1947-ben	32 műtét	1967-ben	13 műtét
1948-ban	29 műtét	1968-ban	12 műtét
1949-ben	37 műtét	1969-ben	18 műtét
1950-ben	22 műtét	1970-ben	12 műtét

Összesen: 841 műtét

128. *Sutura hepatis s. lienis (propter ruptura)*

1931—1970-ig 17 műtét

129. *Sympathektomia*

1931—1970-ig 32 műtét

130. *Syndaktylia: plastica*

1931—1970-ig 21 műtét

131. *Szeg eltávolítás (velőürből, combnyakból)*

1931—1970-ig 59 műtét

132. *Tendo-raphia, -plastica*

1931—1970-ig 192 műtét

133. *Thoracoplastica*

1931—1970-ig 22 műtét

134. *Thoracotomia*

1931—1970-ig 49 műtét

135. *Tonsillektomia*

1931-ben	106 műtét	1936-ban	42 műtét
1932-ben	94 műtét	1937-ben	73 műtét
1933-ban	111 műtét	1938-ban	50 műtét
1934-ben	62 műtét	1939-ben	35 műtét
1935-ben	32 műtét	1940-ben	15 műtét
1941-ben	45 műtét	1956-ban	39 műtét
1942-ben	38 műtét	1957-ben	51 műtét
1943-ban	63 műtét	1958-ban	52 műtét
1944-ben	25 műtét	1959-ben	73 műtét
1945-ben	40 műtét	1960-ban	90 műtét
1946-ban	63 műtét	1961-ben	94 műtét
1947-ben	100 műtét	1962-ben	38 műtét
1948-ban	79 műtét	1963-ban	8 műtét

1949-ben	94 műtét	1964-ben	6 műtét
1950-ben	82 műtét	1965-ben	3 műtét
1951-ben	93 műtét	1966-ban	7 műtét
1952-ben	120 műtét	1967-ben	5 műtét
1953-ban	35 műtét	1968-ban	4 műtét
1954-ben	48 műtét	1969-ben	6 műtét
1955-ben	32 műtét	1970-ben	9 műtét

Összesen: 2062 műtét

136. *Torticollis: tenotomia*

1931—1970-ig 25 műtét

137. *Tracheostomia*

1931—1970-ig 34 műtét

138. *Transduodenalis sphincterotomia*

1931—1970-ig 12 műtét

139. *Transplantatio cutis*

1931—1970-ig 361 műtét

140. *Trepanatio cranii*

1931—1970-ig 72 műtét

141. *Tumor mammae*

1931-ben	9 műtét	1951-ben	33 műtét
1932-ben	9 műtét	1952-ben	31 műtét
1933-ban	12 műtét	1953-ban	41 műtét
1934-ben	7 műtét	1954-ben	31 műtét
1935-ben	12 műtét	1955-ben	20 műtét
1936-ban	7 műtét	1956-ban	27 műtét
1937-ben	17 műtét	1957-ben	32 műtét
1938-ban	22 műtét	1958-ban	29 műtét
1939-ben	17 műtét	1959-ben	47 műtét
1940-ben	11 műtét	1960-ban	34 műtét
1941-ben	14 műtét	1961-ben	51 műtét
1942-ben	18 műtét	1962-ben	57 műtét
1943-ban	31 műtét	1963-ban	57 műtét
1944-ben	11 műtét	1964-ben	31 műtét
1945-ben	19 műtét	1965-ben	42 műtét
1946-ban	14 műtét	1966-ban	43 műtét
1947-ben	26 műtét	1967-ben	48 műtét
1948-ban	20 műtét	1968-ban	36 műtét
1949-ben	19 műtét	1969-ben	42 műtét
1950-ben	29 műtét	1970-ben	51 műtét

Összesen: 1107 műtét

142. *Tumor retroperitonealis: exstirp.*

1931—1970-ig 48 műtét

143. *Tumor vesicae urinariae*

sectio alta, elektroexstirp. s. resectio

1931—1970-ig 178 műtét

cystektomia + op. sec. Coffey—Mayo

1931—1970-ig 9 műtét

Összesen: 187 műtét

144. *Vagotomia*

1931—1970-ig 38 műtét

145. *Vena cava inferior ligatura*

1931—1970-ig 1 műtét

146. *Varicektomia*

1931-ben	6 műtét	1951-ben	45 műtét
1932-ben	8 műtét	1952-ben	57 műtét
1933-ban	5 műtét	1953-ban	30 műtét
1934-ben	8 műtét	1954-ben	34 műtét
1935-ben	7 műtét	1955-ben	43 műtét
1936-ban	4 műtét	1956-ban	31 műtét
1937-ben	5 műtét	1957-ben	52 műtét
1938-ban	5 műtét	1958-ban	59 műtét
1939-ben	1 műtét	1959-ben	43 műtét
1940-ben	7 műtét	1960-ban	68 műtét
1941-ben	13 műtét	1961-ben	84 műtét
1942-ben	9 műtét	1962-ben	112 műtét
1943-ban	13 műtét	1963-ban	94 műtét
1944-ben	11 műtét	1964-ben	51 műtét
1945-ben	4 műtét	1965-ben	47 műtét
1946-ban	8 műtét	1966-ban	51 műtét
1947-ben	12 műtét	1967-ben	52 műtét
1948-ban	16 műtét	1968-ban	56 műtét
1949-ben	25 műtét	1969-ben	56 műtét
1950-ben	40 műtét	1970-ben	52 műtét

Összesen: 1324 műtét

147. *Varicokele: plexus pampiniformis resectio*

1931—1970-ig 118 műtét

148. *Vasektomia*

1931—1940-ig 125 műtét

1941—1950-ig 297 műtét

1951—1960-ig 412 műtét

1961—1970-ig 131 műtét

Összesen: 965 műtét

149. *Vese polus resectio*

1931—1970-ig 16 műtét

150. *Vomerotomia*

1931—1970-ig 1 műtét



Munka közben II.

SÜRGŐS, ÉLETMENTŐ SEBÉSZI MŰTÉTEK 1961. JAN. 1—1970. DEC. 31-IG

Összeállította:

Tóth Csaba dr.

Sok szó esik az átlagos emberi életkor kitolódásáról. Míg századfordulónkban 40—50 esztendő volt az átlagos életkor, ma 68, sőt nők esetében 70 év körül jár.

Ezzel kapcsolatban rámutatnak az orvostudomány felfelé ívelésére, a megelőzés és gyógyítás vívmányaira. Említik a csecsemőhalálozás csökkentését, a pusztító járványok megfékezését, a higiénikus életkörülmények megteremtését és sok minden mást, de egyetlen szó nem esik a sebészet közreműködéséről, pedig amikor a mai átlagos életkorról beszélünk, nem feledkezhetünk meg a chirurgiáról sem, amelynek lényeges szerep jut az élet meghosszabbításában — s erről kevés szó esik.

A kimutatásban figyelmen kívül hagytuk balesetsebészeti osztályunk munkáját, az életmentésen túlmenőleg az ápolási idő csökkentését, a rehabilitációt, amellyel a sérült visszaállítható a termelő munkába.

I. Appendicitis ac. perforativa, peritonitis univ. — appendektómia (342 beteg)

Életkor:	gyógyult		meghalt	
	férfi	nő	férfi	nő
40 év alatt	148	72	1	2
40—60 év közt	45	22	1	2
60 év fölött	28	17	3	1
Összesen:	221 (64,4%)	111 (32,6%)	5 (1,5%)	5 (1,5%)

(Csak hasfal-drain, hasüreg minden esetben zárva.)

II. Hernia (inguin, umbil., femor., par. abd.) incarceration. — herniotómia (322 beteg)

Életkor:	gyógyult		meghalt	
	férfi	nő	férfi	nő
40 év alatt	43	14	1	—
40—60 év közt	35	43	—	4
60 év fölött	79	86	6	11
Összesen:	157 (48,8)%	143 (44,4%)	7 (2,2%)	15 (4,6%)

**III. Hernia (ingu., umbil., femor., par. abd.) incarc. + necrosis
intestinalis — resectio intestinalis + herniotomia
(29 beteg)**

Életkor:	gyógyult		meghalt	
	férfi	nő	férfi	nő
40 év alatt	—	—	—	—
40—60 év közt	1	5	—	1
60 év fölött	3	10	3	6
Összesen:	4 (13,8%)	15 (51,7%)	3 (10,3%)	7 (24,2%)

**IV. Perfor. ventric. s. duod. — sutura sec. Graham
(193 beteg)**

Életkor:	gyógyult		meghalt	
	férfi	nő	férfi	nő
40 év alatt	65	3	1	—
40—60 év közt	67	2	1	1
60 év fölött	39	3	8	3
Összesen:	171 (88,6%)	8 (4,1%)	10 (5,2%)	4 (2,1%)

**V. Perfor. ventric. s. duod. — resectio sec. Billroth-I, II.
(6 beteg)**

Életkor:	gyógyult		meghalt	
	férfi	nő	férfi	nő
40 év alatt	2	—	—	—
40—60 év közt	2	—	—	—
60 év fölött	2	—	—	—
Összesen:	6 (100%)	—	—	—

VI. Ulcus ventric. s. duod. haemorrh. — resectio ventric.
(19 beteg)

Életkor:	gyógyult		meghalt	
	férfi	nő	férfi	nő
40 év alatt	2	—	—	—
40—60 év közt	3	—	—	—
60 év fölött	6	2	4	2
Összesen:	11 (58,00%)	2 (10,5%)	4 (21%)	2 (10,5%)

VII. Perfor. intestini (tenui s. crassi) — sutura s. resectio
(27 beteg)

Életkor:	gyógyult		meghalt	
	férfi	nő	férfi	nő
40 év alatt	7	2	1	—
40—60 év közt	3	2	—	—
60 év fölött	8	2	1	1
Összesen:	18 (66,7%)	6 (22,2%)	2 (7,4%)	1 (3,7%)

VIII. Ileus mechanicus — laparotomia bélresectio nélkül
(143 beteg)

Életkor:	gyógyult		meghalt	
	férfi	nő	férfi	nő
40 év alatt	12	8	2	2
40—60 év közt	18	15	2	1
60 év fölött	34	21	13	15
Összesen:	64 (44,7%)	44 (30,8%)	17 (11,9%)	18 (12,6%)

	férfi			nő		
	gyógyult	meghalt	össz.	gyógyult	meghalt	össz.
Adhaesio	27	6	33	15	5	20
Strangulatio	16	4	20	8	3	11
Tu. (stenotizáló)	9	5	14	11	5	16
epékő						
Obturatorio polypus	3	1	4	6	3	9
scibala						
Volvulus, torsio	8	1	9	2	1	3
Invaginatio	1	—	1	2	1	3

IX. Ileus mechanicus — laparotomia, bélresectioval
(25 beteg)

Életkor:	gyógyult		meghalt	
	férfi	nő	férfi	nő
40 év alatt	2	1	—	—
40—60 év közt	3	4	—	2
60 év fölött	2	7	1	3
Összesen:	7 (28%)	12 (48%)	1 (4%)	5 (20%)

	férfi			nő		
	gyógyult	meghalt	össz.	gyógyult	meghalt	össz.
Adhaesio	1	—	1	3	3	6
Strangulatio	3	—	3	2	—	2
Tu. (stenotizáló)	2	1	3	4	1	5
Volvulus, torsio	—	—	—	1	1	2
Invaginatio	1	—	1	2	—	2

X. Perfor. cholecystae — cholecystektomia
(8 beteg)

Életkor:	gyógyult		meghalt	
	férfi	nő	férfi	nő
40 év alatt	—	—	—	—
40—60 év közt	1	—	—	—
60 év fölött	2	3	—	1
Összesen:	3 (37,5%)	3 (37,5%)	—	2 (25%)

XI. Acut has — exploratio — nőgyógyászati műtét
(13 beteg)

	gyógyult	meghalt
Cysta ovarii torquata	5	1
Cysta ovarii rupturans	3	—
Graviditas extrauterina	3	—
Pyosalpinx perforativa	1	—

Halálozás
(110 beteg)

Életkor:	férfi	nő
40 év alatt	6	5
40—60 év közt	4	12
60 év fölött	39	44

Összesen:	49	61
	(44,5%)	(55,5%)

Életmentő műtéteink

Összes operált:	1 160	100,0%
gyógyult:	1 050	90,5%
meghalt:	110	9,5%

A SZENTESI MEGYEI KÓRHÁZ SEBÉSZETI OSZTÁLYÁNAK FÖLDRAJZI VONZÁSTERÜLETE

- | | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 1. Alpár | 45. Felgyő | 89. Nagymágocs |
| 2. Arad | 46. Ferencszállás | 90. Nagyrév |
| 3. Árpádhalom | 47. Földeák | 91. Nagyszénás |
| 4. Ásotthalom | 48. Gádoros | 92. Nagytőke |
| 5. Bačka Topola | 49. Gátér | 93. Nádudvar |
| 6. Baks | 50. Gerendás | 94. Ófehértó |
| 7. Baktalórántháza | 51. Gyoma | 95. Orgovány |
| 8. Balástya | 52. Gyopáros | 96. Orosháza |
| 9. Barcs | 53. Gyula | 97. Öcsöd |
| 10. Békés | 54. Hódmezővásárhely | 98. Pálmonostora |
| 11. Békéscsaba | 55. Hunya | 99. Petőfiszállás |
| 12. Békéssámson | 56. Jászládány | 100. Sándorfalva |
| 13. Békésszentandrás | 57. Jászszentlászló | 101. Sövényháza |
| 14. Bokros | 58. Kakasszék | 102. Subotica |
| 15. Bócsa | 59. Kardoskút | 103. Szabadszállás |
| 16. Budaörs | 60. Kaszaper | 104. Szank |
| 17. Budapest | 61. Kecel | 105. Szarvas |
| 18. Bugac | 62. Kecskemét | 106. Szeged |
| 19. Bükkaranyos | 63. Kengyel | 107. Szeghalom |
| 20. Cegléd | 64. Kiskőrös | 108. Szegvár |
| 21. Cibakháza | 65. Kiskunfélegyháza | 109. Szelevény |
| 22. Csabacsüd | 66. Kiskunmajsa | 110. Szentetornya |
| 23. Csanádapáca | 67. Kisújszállás | 111. Székkutas |
| 24. Csanádpalota | 68. Kondoros | 112. Szolnok |
| 25. Csanytelek | 69. Kungyalu | 113. Tatabánya |
| 26. Csap | 70. Kunszentmárton | 114. Tiszaföldvár |
| 27. Csákvár | 71. Kútvolgy | 115. Tiszafüred |
| 28. Cserebökény | 72. Lajosmizse | 116. Tizsakürt |
| 29. Cserkeszőlő | 73. Lakitelek | 117. Tizsakécske |
| 30. Csépa | 74. Lapistó | 118. Tizsasas |
| 31. Csongrád | 75. Magyartés | 119. Tizsaug |
| 32. Csorvás | 76. Makó | 120. Tizsaújfalu |
| 33. Csurgó | 77. Martfű | 121. Tizsavárkony |
| 34. Debrecen | 78. Mártély | 122. Tószeg |
| 35. Derekegyház | 79. Mátészalka | 123. Tótkomlós |
| 36. Dévaványa | 80. Medgyesegyháza | 124. Tömörkény |
| 37. Dombóvár | 81. Mesterszállás | 125. Törökszentmiklós |
| 38. Dóc | 82. Mindszent | 126. Újszász |
| 39. Döbrököz | 83. Miskolc | 127. Üllő |
| 40. Dunaújváros | 84. Monok | 128. Városlőd |
| 41. Elek | 85. Mosonmagyaróvár | 129. Veszprém |
| 42. Endrőd | 86. Nagyecsed | 130. Vrbas |
| 43. Eperjes | 87. Nagykopáncs | 131. Zsombó |
| 44. Fábíánsebestyén | 88. Nagykőrös | |

A SZENTESI MEGYEI KÓRHÁZ SEBÉSZETI OSZTÁLYÁN DOLGOZÓ SZAKORVOSOK 1931—1973-IG

Összeállította:

Tóth Csaba dr.

Dr. Böröcz Antal

sebész szakorvos

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1931—1934

meghalt

Dr. Michailovits Lehel

sebész szakorvos

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1931—1952

meghalt

Dr. Csiki Ernő

sebész szakorvos

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1934—1940

jelenleg: Lutherstadt Eisleben (NDK) sebészfőorvos

Dr. Moldován Jenő

sebész szakorvos

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1937—1944

jelenleg: az Országos Orvosszakértői Intézet Másodfokú Orvosi Bizottságának
sebész főorvosa, Debrecen

Dr. Adler Péter

Facharzt f. Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde, Wien.

tudományos fokozata: az orvostudományok doktora

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1940—1942

jelenleg: a Debreceni Orvostudományi Egyetem Stomatologiai Klinikájának
professzora

Dr. Tomczyk Boleslaw

sebész szakorvos

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1941—1946

jelenleg: Lengyelországban főorvos

Dr. Hönig Vilmos

sebész és traumatologus szakorvos

tudományos fokozata: az orvostudományok kandidátusa

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1942—1945

jelenleg: az Országos Traumatologiai Intézet igazgató h.

Dr. Rein György

sebész és traumatologus szakorvos

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1945—1948

meghalt

- Dr. Lakos István*
sebész szakorvos
a sebészeti osztályon töltött ideje: 1946—1954
meghalt
- Dr. Zsoldos Ferenc*
sebész szakorvos
a sebészeti osztályon töltött ideje: 1947—
jelenleg: a Szentesi Megyei Kórház Sebészeti Osztályán főorvos
- Dr. Horváth Mihály*
sebész szakorvos
a sebészeti osztályon töltött ideje: 1951—1962
jelenleg: a Kalocsai Városi Tanács Kórház, Sebészeti Osztályának ov. főorvosa
- Dr. Deák Ferenc*
sebész szakorvos
a sebészeti osztályon töltött ideje: 1952—1956
meghalt
- Dr. Dragon Károly*
sebész és traumatologus szakorvos
a sebészeti osztályon töltött ideje: 1953—1966
jelenleg: a Szentesi Megyei Kórház higiénikus főorvosa
- Dr. Gila Mátyás*
sebész szakorvos
a sebészeti osztályon töltött ideje: 1956—1960
jelenleg: Szentes, körzeti orvos
- Dr. Morva László*
sebész és anaesthesiologus szakorvos
a sebészeti osztályon töltött ideje: 1956—1963
jelenleg: Tataháza, körzeti orvos
- Dr. Drexler Miklós*
sebész szakorvos
a sebészeti osztályon töltött ideje: 1957
jelenleg: a Fővárosi VIII. ker. Balassa János Kórház I. Sebészeti Osztályának ov. főorvosa
- Dr. Tari Gábor*
sebész és traumatologus szakorvos
a sebészeti osztályon töltött ideje: 1960—1971
jelenleg: a Szentesi Megyei Kórház Traumatologiai Osztályán főorvos
- Dr. Badó Zoltán*
sebész és traumatologus szakorvos, levelező aspiráns
a sebészeti osztályon töltött ideje: 1961-1969
jelenleg: a Szentesi Megyei Kórház Traumatologiai Osztályának mb. ov. főorvosa
- Dr. Mencser András*
sebész és traumatologus szakorvos
a sebészeti osztályon töltött ideje: 1963—
jelenleg: a Szentesi Megyei Kórház Sebészeti Osztályának alorvosa

Dr. Vágó Zsolt

sebész és traumatológus szakorvos

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1963—1968

jelenleg: az Országos Traumatológiai Intézet tudományos munkatársa

Dr. Tóth Csaba

sebész és urológus szakorvos

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1964—

jelenleg: a Szentesi Megyei Kórház Sebészeti Osztályának alorvosa

Dr. Elek László

sebész szakorvos

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1968—

jelenleg: a Szentesi Megyei Kórház Sebészeti Osztályának segédorvosa

Dr. Bertényi Szabolcs

a sebészeti osztályon töltött ideje: 1970 —

jelenleg: a Szentesi Megyei Kórház Sebészeti Osztályának segédorvosa.

Dr. Bugyi István jun.

a sebészeti osztályon eltöltött ideje: 1972 —

jelenleg: a Szentesi Megyei Kórház Sebészeti Osztályának segédorvosa

A SZENTESI MEGYEI KÓRHÁZ SEBÉSZETI OSZTÁLYÁRÓL MEGJELENT DOLGOZATOK 1931—1972-IG*

Összeállította:

Tóth Csaba dr.

1. *Michailovits Lehel*: Hús esztendő sebészete (1920—1940) Manninger Emlékkönyv, 1943, Budapest, Rényi Kiadó 77—90.
2. *Moldován Jenő*: A hadosztálysegegyhely sebészete Orv. Hetil. 1944.
3. *Bugyi István—Zsoldos Ferenc*: A mellékvese velőállományának eltávolítása (Medullaektomia suprarenalis sec. Durante) Orv. Hetil. 1953, 94, 16, 429—432.
4. *Bugyi István—Zsoldos Ferenc*: A cardiospasmus sebészeti orvoslása Orv. Hetil. 1953, 94, 21, 573—576.
5. *Zsoldos Ferenc—Lakos István*: Spontán gyomorrepedés Orv. Hetil. 1954, 95, 21, 586—587.
6. *Bugyi István—Horváth Mihály—Zsoldos Ferenc*: A gyomorfejkély „Billroth I.” műtete (371 gastroduodenostomia tapasztalatai) Orv. Hetil. 1955, 96, 32, 869—877.
7. *Horváth Mihály*: Epeszivárgás ép epeutakon Orv. Hetil. 1958, 99, 11, 380—382.
8. *Bugyi István—Horváth Mihály—Zsoldos Ferenc*: Die Magengeschwür-Operation nach „Billroth I.” Erfahrungen auf Grund von 662 Gastro-Duodenostomien. Chirurg, 1959, 30, 2, 66—74.
9. *Dragon Károly—Pataky Ilona*: C-reaktív protein vizsgálatok sebészeti kórképekben. Orv. Hetil. 1960, 101, 41, 1453—1454.
10. *Dragon Károly*: Transaminaze vizsgálatok jelentősége a commotio diagnosztikájában. — Kivonat. Magy. Traumatol. 1961, 4, 3—4, 178.
11. *Morva László*: Kis és nagysebészeti beavatkozások Lidocain érzéstelenítésben. Gyógyszereink, 1961, 11, 3, 25—28.
12. *Morva László*: Coecumtorsio. Magy. Seb. 1961, 16, 6, 376—379.
13. *Bugyi István—Dragon Károly*: Prostataktomia retropubica. Chirurg, 1962, 33, 6, 271—273.
14. *Dragon Károly—Pataky Ilona*: Enzym-vizsgálatok („enzym-biopsia”) koponyatraumákban. Orv. Hetil. 1962, 103, 29, 1358—1359.
15. *Dragon Károly—Pataky Ilona*: Enzym-Biopsie bei Schädeltraumen. Zbl. Chir. 1962, 87, 38, 1636—1638.
16. *Dragon Károly—Pataky Ilona*: CRP-Untersuchungen bei chirurgischen Krankheitsbildern. Zbl. Chir. 1962, 87, 38, 1638—1641.
17. *Morva László*: Vinydan-bóditás. Magy. Anaesth. 1963, 2, 4, 292—296.
18. *Zsoldos Ferenc*: Meggyógyítható-e gyorsan a nyombél- és vékonybélispolyp? Magy. Seb. 1963, 16, 4, 229—231.
19. *Horváth Mihály*: Postresectió eredmények és panaszok elemzése a világirodalom tükrében. Orvosképzés, 1963, 38, 420—435.

* Bugyi István dolgozatainak jegyzékét ld. 20. oldalon

20. *Horváth Mihály*: Ritosept alkalmazása a sebészi therápiában. *Magy. Seb.* 1963, 16, 368—371.
21. *Morva László*: A heveny gyomorátífúródás orvoslása. *Orv. Hetil.* 1963, 104, 12, 548—550.
22. *Dragon Károly—Badó Zoltán*: Végbélrákot utánzó izolált rectum neurinoma. *Magy. Seb.* 1964, 17, 1, 55—57.
23. *Dragon Károly*: Die Bedeutung der Transaminase-Untersuchungen in der Diagnostik der Kommotionen. Internationale Konferenz für Traumatologie. Budapest, 1964, 137—138.
24. *BacsKay Jenő—Horváth Mihály*: Csecsemőkori pemphigoid megelőzése Ritosepttel. *Gyógyszereink.* 1964, 14, 136—138.
25. *Dragon Károly—Pataky Ilona*: Serum-Glutaminsav-Oxalecetsav-Transaminase (SGOT) vizsgálatok sebészeti kórképekben. *Orv. Hetil.* 1966, 107, 31, 1457—1458.
26. *Badó Zoltán*: A „valódi vakbélgyulladás”-ról. *Magy. Seb.* 1966, 19, 3, 174—178.
27. *Badó Zoltán*: Enteritis necrotisans. *Orv. Hetil.* 1967, 108, 36, 1711—1713.
28. *Tóth Csaba*: Szövődményes valódi Littre-sérv. *Magy. Seb.* 1967, 20, 4, 249—251.
29. *Badó Zoltán—Tóth Csaba*: Keringő vérmennyiség célzott pótlása nagyobb műtétek előtt. *Orv. Hetil.* 1967, 108, 38, 1800—1801.
30. *Zoltai Zoltán—Tari Gábor—Tóth Csaba*: Epontol narcosis az ambulans sebészetben. A Magyar Anaesth. és Rean. Társaság Vándorgyűlése, Kecskemét, 1967. Budapest, 1967, 189—191.
31. *Badó Zoltán*: A homeostasis jelentősége a sebészetben. *Magy. Seb.* 1967, 20, 6, 337—344.
32. *Zsoldos Ferenc*: A csuszamlásos sérvről. *Orv. Hetil.* 1968, 109, 38, 2084—2085.
33. *Tóth Csaba—Lévai Ferenc*: Chirurgische Erfahrungen mit der ¹³¹J-Bengalrosa-Untersuchung der Leber und Gallenwege. *Zbl. Chir.* 1968, 93, 25, 870—873.
34. *Lévai Ferenc—Tóth Csaba*: Összehasonlító vizsgálatok a szokásos májfunctiós próbák és a Radio-Bengalrose Test között. *Orv. Hetil.* 1968, 109, 32, 1751—1752.
35. *Lévai Ferenc—Tóth Csaba*: Májbetegek direct májfunctiós próbáinak összehasonlítása Radio-Bengalrose-Testtel. *Orv. Hetil.* 1968, 109, 32, 1753—1754.
36. *Tóth Csaba*: Izotópos májfunctiós próbák Epontol narcosis hatására. *Cs. M. Tud. Biz. díjnyertes pályamunkája*, 1968.
37. *Dragon Károly—Badó Zoltán*: Célzott vérpótlás vérzéses shock eseteiben. Az Országos Mentőszolgálat Jubileumi Emlékülésének Beszámolója 1948—1968. Budapest, 1968, 77—79.
38. *Badó Zoltán*: Izotópos vérvolumen vizsgálatok rákos betegeken. Kivonat. A Magyar Onkológusok Társasága ülése, Budapest, 1968, 80—81.
39. *Bugyi István—Badó Zoltán—Tari Gábor*: A gyomorresectio elkerülhetetlen halálos szövődményei. *Magy. Seb.* 1968, 21, 3, 145—151.
40. *Bugyi István—Badó Zoltán—Tari Gábor*: Die unvermeidlichen Tödlichen Komplikationen der Magenresection. *Chirurg.* 1968, 39, 6, 277—281.
41. *Tóth Csaba*: A májfunctio Epontol-narcosisban (¹³¹J Rose-bengallal végzett vizsgálatok) *Orv. Hetil.* 1969, 110, 8, 404—406.
42. *Badó Zoltán—Tóth Csaba*: Vérvolumen vizsgálatok sebészeti betegeken. *Orv. Hetil.* 1969, 110, 16, 889—890.
43. *Tóth Csaba—Lévai Ferenc*: Tapasztalatok a máj és epeutak ¹³¹J-bengal-rose vizsgálatával. *Magy. Seb.* 1969, 22, 6, 361—364.

44. *Tóth Csaba—Tari Gábor—Badó Zoltán*: Tapasztalataink Plasztubollal. Gyógyszereink, 1969, 19, 12, 256—258.
45. *Tóth Csaba—Kovács Terézia*: Ulcus cruris hypertonicum. Bőrgyógyászati Szemle, 1969, 45, 6, 276—279.
46. *Tóth Csaba*: ¹³¹J Bengalvörös alkalmazása az epeútelzáródások diagnosztikájában. Cs. M. Tud. Biz. díjnyertes pályamunkája, 1969.
47. *Tóth Csaba*: Sebészet. Tankönyv eü. szakiskolák számára. Az Egészségügyi Minisztérium és a Medicina Könyvkiadó pályázatán II. díjat nyert pályamunka. 1969. 96 oldal. (Orv. Hetil. 1970, 31. szám.)
48. *Badó Zoltán*: Rákos betegek vérhiányának műtét előtti felmérése. Magy. Seb. 1969, 22, 6, 365—370.
49. *Badó Zoltán*: Bedeutung und Praxis der präoperativen Wiederherstellung der Homöostase. Zbl. Chir. 1970, 95, 9, 281—289.
50. *Tóth Csaba—Zoltai Zoltán*: Nervus abducens paresise mint a lumbalis anaesthesia szövödménye. Anaesth. Cikk gy. 1970, 3, 2, 30—32.
51. *Tóth Csaba*: Az epehólyag csavarodás. Magy Seb. 1970, 23, 4, 247—249.
52. *Tóth Csaba*: A heveny gyomorátífürődés sebészetéhez. Orv. Hetil. 1970, 111, 52, 3071—3073.
53. *Tóth Csaba*: Irhalebeny beültetéssel szerzett tapasztalataink. Cs. M. Tud. Biz. díjnyertes pályamunkája, 1970.
54. *Repetitorium chirurgiae*, Szegedi Nyomda, 1970, 425 oldal.
55. *Tóth Csaba—Kovalovszky Lajos—Csipő László*: Műtét után gyógyult Pseudomonas aeruginosa (pyocyaneus) okozta vastagbél átfürődés. Orv. Hetil. 1971, 112, 22, 1285.
56. *Tóth Csaba—Tari Gábor—Badó Zoltán*: Tapasztalataink irhalebeny-plasztikával. Magy. Seb. 1971, 24, 5, 287—293.
57. *Badó Zoltán—Benkó Gábor—Imre József*: Nyombélfekélyes betegben korai gyomorrák. Magy. Seb. 1972, 25, 1, 60—64.
58. *Tóth Csaba—Kovalovszky Lajos—Csipő László*: Dickdarmperforation durch Pseudomonas-aeruginosa — (pyocyanea) Infektion — Kinderärztl. Prax. 1972, 40, 3, 118—121.
59. *Tóth Csaba*: Prostataktomia retropubica. Cs. M. Tud. Biz. díjnyertes pályamunkája, 1972.
60. *Tóth Csaba*: Életmentő, sürgős sebészi műtétek. Cs. M. Tud. Biz. díjnyertes pályamunkája. 1972.
61. *Badó Zoltán—Benkó Gábor—Imre József*: Früher Magenkrebs bei einem Kranken mit Duodenalgeschwür. Zbl. Chir. 1972, 97, 1584—1587
62. *Kovalovszky Lajos—Badó Zoltán*: Bélátfürődást okozó purpura abdominalis (Schönlein—Henoch) Magy. Seb. 1972, 25, 309—310

ADMONITIONIS CHIRURGICI

HÁZI SZOKÁSOK — HÁZI SZABÁLYOK

„Operatio non sit gravior ipso morbo.”

*

Jódtincturát nem használunk. A bőrfelszínt metilénkéssel festett aceton-alkohol spray-vel fertőtlenítjük.

*

Az operáló ujjak ne érintsék a beteg bőrét.

*

A bőrmetszés határozott, éles legyen, ne pedig szálkás, szakadozott.

*

Lassú, megfontolt mozdulatokkal operáljunk, kerülve minden felesleges mozdulatot.

*

A műtéttel nem *sietni*, hanem *haladni* kell.

*

A műtő jelszava: CSÖND!

*

Műszerrel dolgozzunk, s ne ujjal!

*

Általában csak szabályos („hajós”) csomót alkalmazzunk.

*

Vérzés esetén alapszabály: nyugalom!

*

Nincs az a súlyos vérzés, ami tampon-rányomással meg nem fékezhető.

*

A vér eltávolítására törlés helyett ne szívót használjunk, mert csak tovább provokálja a vérzést: törölni kell!

*

Ne roncsoljuk, marcangoljuk a szöveteket, élesen dolgozzunk.

*

Sebzárás előtt a zsírtörmeléket töröljük ki a sebből!

*

Minden túlszoros csomó hibás!

*

A bőrvarrat laza legyen, csak egyeztesse a bőrszéleket. Az ilyen varrat akár hetekig bent maradhat, nem „vág át”.

*

Bőrvarratkor úgy kell öltetni, hogy pontosan egyeztessen a lazán megkötött csomó.

*

Az asszisztens a behelyezett fonalakat ne marokra fogja egy csomóba, hanem külön-külön, ujjai közé.

*

Ha nem találtuk el a vérző eret, az érfogót nem vesszük le, aláfogunk.

*

Műszert nem hagyunk szét a betegen, mindig visszatesszük a műszerelő asztalkára.

*

A kampónak azért van nyele, hogy azt fogjuk.

*

Mosakodásnál karmoljunk bele a szappanba.

*

A másodasszisztens ha nem tudja mit csináljon — töröljön!

*

Az asszisztens kötelessége a jó feltárás biztosítása, erénye a mozdulatlanság.

*

Ha asszisztens vagy, ne operálj: segíts!

*

Az igazán jó asszisztens az, aki a műtétet végzővel állandó szellemi co-operációban van.

NÉHÁNY MŰTÉT-TECHNIKAI MEGJEGYZÉS MINDENNAPOS MŰTÉTEINKHEZ

Összeállította:

Tóth Csaba dr.

1. Sérvműtétek

Hibát követünk el akkor, ha egy kisgyermek *veleszületett lágyéksérvét* a legklasszikusabb *Bassini-műtét*tel oldjuk meg, vagy bármi más különleges plasztikai megoldást végzünk. Gyermekeknél ugyanis még nem fejlődött ki a lágyékszatórna, ennek következtében nincs elülső, sem hátsó fala. Miért teremtsünk mesterségesen rosszabb helyzetet a sérvtömlő kiirtása után, mint amit a természet alakítana ki. Nem kell semmiféle plasztika a tömlő eltávolítása, nyakának bekötése után. Ha a külső ferde hasizom bőnyéjét felhasítottuk (ami 4—5 éves korig felesleges), egyszerűen összevarjuk, és ezzel kész is a veleszületett gyermekkori lágyéksérvműtete.

Felnőttkorban *indirect lágyéksérvműtét*ben sem végezzük a klasszikus Bassini-műtétet. A ferde lágyéksérvek esetén az inguinalis szatórnában futó sérvtömlő mögött, a lágyékszatórna hátsó fala teljesen ép. Nem cselekszünk helyesen, ha ezt az ép hátsó falat mesterségesen próbáljuk erősíteni. E sérvtípusnál a tömlő kiirtása után a lágyékszatórna mellső falának plasztikája jogos, éspedig úgy, hogy a pilléröltések a tuberculum pubicum periosteumán is keresztülhaladjanak.

A *Bassini-műtét* jogos a *felnőttkori egyenes lágyéksérvek* műtétekor. Ez esetben nem a funiculus mentén, hanem a lágyékszatórna belső hátsó falán bújik ki a sérv, tehát a tömlő visszahelyezése után meg kell erősíteni mind a hátsó, mind a mellső falát.

Hibalehetőséget rejt magában a *köldök körüli* terület is. A műtét után keletkező hasfali sérvek megelőzése végett — felső, ill. alsó — hasmetszéskor kerüljük a köldök közelségét! Metszésünk ne közelítse meg a köldökgyűrűt! A köldök magasságban húzódik a hasfal „pántja”, amely 6—8 cm széles övként szerepel. Ha ezt az övszerű erővonalat megbontjuk, igen gyakran kifejlődik a köldök körül a „hegsérvműtét”, amely nehezen hozható rendbe és restructio után gyakori a kiújulás. Felső és alsó hasmetszéskor tehát ne közelítsük meg a köldököt két harántujnyi távolságnál közelebb! Ha műtét közben szükségesnek látszik a feltárás bővítése, inkább harántul vágjuk át a rectus izmot, mint a köldök felé hosszabbítsuk középső metszésünket.

A postoperatív hasfali sérvek és a recidiv sérvek gyakori oka a szabálytalan *csomózás*. Ennek technikáját el kell sajátítani és következetesen alkalmazni, mert a nem szabályos, ún. asszony csomó köhintésre, hányingerre könnyen felbomlik és már a műtét utáni órákban megveti a hegsérvműtét alapját. Ún. „hajós-csomó”-ra van szükség hasfalzáráskor.

Szabályként felállítható, hogy rtg-vizsgálattal kimutatott *hiatus hernia* esetén is ajánlatos elvégezni a cholecystographiát, valamint az egész béltractus rtg-vizsgálatát, éppen olyan megfontolás alapján, mint *epigastriális sérv* esetén gyomorfekélyt kell keresni, nem az okozza-e betegünk panaszait.

2. Gyomor- és nyombélműtétek

Ha mód van rá, *Billroth I*-es resectiót végzünk. Ha különösebb akadályba ütközne a gastro-duodenostomia, akkor a resectiót Pólya—Reichel vagy Hofmeister—Finsterer módszerrel fejezzük be.

Vagotomiát (totalis vagy selectiv) drainage kiegészítéssel (pylorus plastica, GEA) ritkán végzünk.

Perforatio ventriculi ill. duodeni esetén *Graham-módszert* alkalmazzuk: csepleszplomb rávarrás. Csak elvétve végzünk gyomorresectiót heveny átfúródás esetén.

A gyomorfekély műtétének *varróanyaga* kizárólag catgut.

Cardia tumor esetén thoracolaparotomiával tárunk fel.

3. Appendicitis—appendektomia

Behatolásunk: *Lanz-metszés*, a kozmetikailag szép, vonalas heget biztosító Langer-vonal mentén.

Perforált appendix, gennyes hashártyagyulladás esetén is teljesen *zárjuk a hasüreget*, csak praeperitonealisan drainezünk.

4. Vékonybél, vastagbél, végbél daganatok

Vékonybél resectio után end-to-end anastomosis.

Caecum vagy colon ascendens daganat esetén resecaljuk a tumoros bélszakaszt, vagy hemicolectomiát végzünk ileo-transversostomiával. Az anastomosis end-to-side. Újabban Mylard—Sonnenburg módszert is alkalmazzunk.

Ileostomiát vagy *caecostomiát* soha nem készítünk.

Colon transversum, ill. *a flexura* tumorok esetén resectio, majd end-to-end anastomosis, anus prae nélkül. Fontos a bél kifogástalan műtéti előkészítése.

Sigma tumorok, *rectum* daganatok esetén bevezető műtét: exploratio és két-nyílású anus prae készítés. Második ülésben resecalunk vagy exstirpálunk. Harmadik ülésben — resectio után — zárjuk az anus prae-t. Az anus praeternaturalis nélkül készített primer sigma, ill. rectumresectionnak nem vagyunk hívei. Amennyiben mód van rá, az első két ülést összevonjuk.

A sigma-, ill. végbél anastomosisokat szívesen végezzük a feledésbe merült Mylard—Sonnenburg technikával is.

Végbélrák műtéteknél nincs standard műtét, esetenként választott technikával operálunk. (*Miles, Lloyd—Davies, Hochenegg, Babcock, Bacon, Swenson.*)

5. Anus prae

készítésénél: legtöbbször csak gumicső aláhúzással biztosítunk, hogy a kihelyezett kacs ne csússzék vissza.

zárása: subfascialisan, praeperitonealisan.

6. Nodi haemorrhoidales

Általában *Langenbeck-műtét*, az eredményei igen jók. A *Lockhart—Mummery* műtétet is szívesen alkalmazzuk. *Whitehead-műtétet* nem végezzük.

7. *Fissura ani*

Erélyes, de kíméletesen végzett sphincter-tágítás után a fissura alapját diathermiás szikrakéssel megérintjük.

8. *Fistula ani*

Legbiztosabb módszer a sipolyjárat feltárása és a seb alapjának coagulálása. (A záróizmot egy, esetleg két helyen is élesen át lehet vágni.) A sebet tamponáljuk (a sebnak alapjáról kell besarjadni). Nem szabad engedni a bőrfelszín idő előtti összetapadását, mert recidiva következhet be.

9. *Pancreatitis, ill. acut pancreas necrosis*

tárul szemünk elé az „acut has” exploratiójakor. Azonnal zárjuk a hasüreget (drain nélkül!) és conservative kezeljük a beteget.

10. *Ca. mammae*

A következő műtéti típusokat végezzük:

- excisio tumoris
- amputatio simplex
- exstirpatio radicalis

11. *Cysta dermoides sacralis*

Tökéletes kiirtása után a sebet lehetőleg teljesen zárjuk (esetleg vékony drainnyílásig).

12. *Hallux valgus*

Legjobban bevált a fejecs-resectio *Hueter—Gocht* szerint. *Schede* műtét (bütyök levésés) nem oldja meg az öregujj hibás állását, és utána sok a panasz.

13. *Prostata*

- *adenoma* műtete a „prostatektomia”, helyesebben az adenoma eltávolítása. 1949-ig csak Freyer-műtét
- 1949-től javarészt Lidszkij—Millin-műtét

A ballonkatheter megjelenése óta ismét több Freyer-műtétet is végzünk: a prostata ágyba betesszük a feltöltött ballont és primaeren zárjuk a hólyagot.

— *carcinoma* esetén kétoldali intracapsularis orchiektomiát (protheticus orchiektomia) végzünk és paradox hormon kezelést kap a beteg. Rendszeresen ellenőrizzük serum-savanyú phosphatase-t és medence-gerinc rtg-felvételt készítünk.

DOLGOZATOK TANÍTVÁNYAITÓL

A FOGAZAT ÖREGEDÉSE EGY MŰTÉTI SZÖVŐDMÉNY TÜKRÉBEN

Dr. Adler Péter

Klinikai tapasztalatok epidemiológiai feldolgozása és matematikai elemzése során oly eredményeket kaptunk, melyekből több-kevesebb fenntartással arra lehetett, ill. kellett következtetni, hogy a rágószerv egyes részeinek korral járó változása (más szóval: „öregedése”) férfiakon-nőkön eltérő ütemben folyik. Több vidéki gyógyintézetből nyert adatok összesítésekor *Szabó Csabával* együtt azt találtuk (1), hogy a felső második kisőrlő, első és második nagyőrlő gyökere — az extractiók számához viszonyítva — 16—30 éves férfiakon mintegy kétszer gyakrabban tolódott a sinus maxillarisba mint azonos korú nőkn. 31—40 éves korban a fiatalabbakhoz mérten e műtéti szövődmény gyakorisága férfiakon mintegy felére csökkent, nőkn viszont gyakorlatilag nem változott; e korcsoportban tehát férfiakon és nőkn azonos. A 41—55 éves korcsoportban az előzőhöz viszonyítva mindkét nemben nagyjából azonos mérvű további csökkenést észleltünk. Hasonló arányokat találtunk *Horváth Lászlóval* és *Orosz Istvánnal* együtt végzett elemzés során (2), melynek tárgya az első és második alsó és felső nagyőrlő, mindkét alsó és felső kisőrlő, valamint a felső szemfog műtétes gyökéreltávolításának (vésésének) ugyancsak az extractiók számához viszonyított gyakorisága volt. Ez a vizsgálat meglepő eredményt hozott abból a szempontból, hogy egyrészt a Debreceni Stomatológiai Klinikán, másrészt a Budapesti Központi Stomatológiai Intézetben végzett műtétes gyökéreltávolításokból („vésésekből”) számított szövődmény-gyakoriság korral járó változásának iránya ennek ellenére jól egyezett, sőt mérve sem különbözött lényegesen, hogy a két intézményben az ez okból műtöttek megoszlása férfiakon-nőkön, az említett három korosztály és a különböző fogféleségek között statisztikailag szignifikánsan eltérőnek bizonyult. — Mindeme vizsgálatokban a végzett műtétek számát nem az extractiók (ismeretlen és a rendelkezésünkre álló lehetőségeken belül meg sem állapítható) valós számához viszonyítottuk, hanem Balmazújvároson a lakosság „véletlen számok” alapján (random selection) választott reprezentatív hányadán végzett felmérés során nyert, foganként, nemenként és 5—5 életévet felölelő korcsoportonként értékelt adatokból (statisztikailag megengedhető simítás után) számított extractiós gyakorisághoz (3). Az így értékelt három műtétes beteganyagon mutatkozott azonos „trend” aligha magyarázható e közös tényezővel; e tényező ui. a *Szabóval* végzett felmérésben a műtéti rizikót kifejező törtnek a számlálójában áll, a *Horváthtal* és *Orosszal* végzett elemzésben pedig a nevezőjében. Egyébként azonban érdemben azonos változásokat talált Leedsben *McGregor* (4) minden ugyanazon gyógyintézetben bekövetkezett intraalveolaris gyökértörést és minden ugyanott végzett extractiót figyelembe vevő adatfeldolgozása során is.

Ezekből a számításokból arra következtethetünk, hogy az életkor haladtával mind (a műtétes eltávolításra szoruló) gyökértörések, mind a sinus maxillarisba tolt gyökerek száma — azaz eme két extractiós szövődmény észlelt gyakorisága, ill. rizikója — csökken. Az adatok birtokában azt igyekeztünk kideríteni, hogy a foga-

zat és a fogakat rögzítő szövetrendszer (fogágy — parodontium) mely parameterei függhetnek össze a rizikó csökkenésével, különösképpen ennek férfiakon és nőknél eltérő ütemben mutatkozó jellegével. E paraméterek nyilván a fogazat öregedését tükrözik. — Az alábbiakban a rendelkezésünkre álló számadatok birtokában ezeket a causalis összefüggéseket próbáljuk taglalni.

1. táblázat

**Egy- és többgyökerű fogak átlagos vésési rizikóindexe
férfiak és nők különböző korcsoportjában
Debrecenben, ill. Budapesten végzett vésések alapján
(Adler, Horváth és Orosz adataiból)**

	Debrecen			Budapest		
	16—30 éves korcsoport	31—40	41—55	16—30 éves korcsoport	31—40	41—55
<i>Férfiak</i>						
egygyökerű fogak	1,366	1,225	0,226	1,290	1,086	0,292
többgyökerű fogak	2,620	0,911	0,508	2,573	1,437	0,592
<i>Nők</i>						
egygyökerű fogak	0,507	0,736	0,291	0,403	0,812	0,190
többgyökerű fogak	1,072	1,029	0,536	0,944	0,888	0,445

Az egygyökerű fogak közé soroltuk a felső szemfogot és a második, valamint a két alsó kisőrlőt; a többgyökerűek közé alul-felül mindkét nagyőrlőt, valamint a felső első kisőrlőt.

1. Mindkét műtétes beavatkozás extractiós szövödmény („gyökértörés”) következménye; ezért kellett a műtétek észlelt gyakoriságát az extractiók (becsült) számához viszonyítani.

1,1. Nyilvánvalónak tűnik, hogy a gyökértörés gyakorisága ceteris paribus az egyes fogak gyökereinek számától függ; közismeretű, hogy többgyökerű fogat általában nehezebb extrahálni mint egygyökerűt. A sinusba tolt gyökerek gyakoriságát illetően egyenes arányt találtunk a három érdemben érintett fog gyökereinek átlagos száma és a műtéti rizikó között; a gyökérvésések számát illetően azonban nem. Ennek kézenfekvő oka, hogy a betört foggyökér műtéti eltávolításának javallata más a maxillában és a mandibulában. Míg a sinus maxillaris vetületébe eső fogak intraalveolarisan tört gyökerét lege artis minden esetben műtétes feltárással kell eltávolítani, addig pl. az alsó nagyőrlők egyik betört gyökerét (ha a másik „kijött”) szabályosan a Schlemmer-emelővel távolítjuk el. Felméréseinkből ennek ellenére az derült ki, hogy a vésési rizikó többgyökerű fogakon nagyobb mint egygyökerűeken; az alsó nagyőrlőkön pl. lényegesen nagyobb mint a felső második kisőrlőn.

2. Mindennapos klinikai tapasztalat, hogy fiatal nőknél könnyebb az extractio mint azonos korú férfiakon. Ennek számos oka lehet, közülük legalább kettő könnyen quantitálható:

2,1. Nőknél a fogak — így a gyökerek — hosszmérete is kisebb mint férfiakon; így a nő fogait kevésbé rögzíti a csontos alveolus és a parodontium többi szövete.

2.2. Általában könnyebben sikerül a fogat a fogazat oly quadránsából eltávolítani, amelyből egy vagy több fog már hiányzik, mint hiánytalan, zárt sorból. A nő fiatalabb korban kezdődő és nagyobb mérvű szuvasodásának következménye, hogy a 15. életév betöltésével több foghíjas nőt találunk mint férfit. Kiterjedt és szövödményekkel járó caries folytán főként az egyébként nehezen eltávolítható multicuspidált, többgyökerű fogakat extrahálják gyermek- és serdülőkorban, amikor e beavatkozás csak elvétve jelent műtéttechnikai nehézséget.

2.3. Lényeges szerepe lehet a 16—30 éves nők kisebb műteti rizikójában annak a körülménynek is, hogy a nemi érés során s a nemi érettség idején a nő csontváza jobban megőrzi mintegy gyermekének mondható jellegét (7). A férfi arckoponyáján nemcsak a másodlagos nemi jellegzetességek helyén képződik új, több és keményebb csont, hanem egybeült is; a férfi nagyobb izomereje a fogak közvetítésével csontképző ingerként tevődik át a parodontiumra is, s ennek következtében masszívabb fogmedernyúlványa alakul ki, ami az egyes fogak eltávolítását megnehezíti.

3. Röviden vázoljuk az extractio közben bekövetkező gyökértörés lehetőleg maximálisan egyszerűsített mechanizmusát: Extractio során a fogat az alveolusban rögzítő collagen rostokat kell elszakítani. Ha eme rosttömeg együttes szakítási szilárdsága nagyobb mint a dentinből álló, cement-borította gyökér hajlítási szilárdsága, következik be a gyökértörés; létrejöttét befolyásolja a gyökér hossza, ill. a gyökérfelszín kiterjedése, a gyökér alakja, többgyökerű fog esetén a gyökerek párhuzamos, ill. divergens volta, de az alveolus csontos falának a szilárdsága is. Ha ti. extractió kísérlet közben az alveolus falán következik be törés, megváltozik az egész erő-ellenállás-rendszer, mely a fogat helyéből kimozdítani, ill. helyén tartani igyekszik, s ennek következtében általában könnyebbé válik a fog eltávolítása. A következőkben két, ill. három tényező szerepét próbáljuk elemezni: a gyökérhártyarostok ktapadására szolgáló — ún. „klinikai” — gyökér hosszának (L), a fog eltávolításával szembenálló, sok tényezőtől összetevődő ellenállásnak (R), valamint ennek egyik komponensként többgyökerű fogakon a gyökerek divergentiájának (D) a befolyását.

3.1. Az ún. „klinikai gyökér” hossza a kor haladtával törvényszerűen, bár nem egyenletesen csökken. Válogatatlan populáció felmérése során kiderült, hogy a csontos alveolus lebontása férfiakon fiatalabb korban kezdődik, gyorsabban halad, és éppen ezért férfiakon nagyobb gyakorisággal mutatkozik kóros (praecox) foglazulás, mint nőknél (5).

3.1.1. *Durva becsléssel* feltételezhetjük, hogy a 16—30 éves kortól a 31—40 éves korig férfiakon az eleve hosszabb gyökér 1/4 része veszt el rögzítő funkcióját; nőknél az eleve 10%-kal rövidebb gyökérnek további 10%-a; 41—55 éves korú férfiakon-nőknél egyaránt csak mintegy a fél gyökérhossz szolgál collagen rostok tapadására. Minthogy nem a gyökér hossza, hanem a gyökérfelszín kiterjedése a mérvadó a tapadó rostok tömegét illetően, a fog szilárdan-tartása szempontjából a gyökérhossz négyzetét vehetjük figyelembe. Ha a 16—30 éves férfiak egygyökerű fogainak átlagos gyökérhosszát s -rögzítettségét vesszük egységként, a gyökérhosszból adódó rögzítettség 31—40 éves férfiakon ennek kb. 9/16, 41—55 éveseken kb. 1/4 része; nőknél a 16—30 éves korosztályban ennek mintegy 80%-a, 31—40 éveseken kb. 2/3, 41—55 éveseken pedig mintegy 1/4 része.

3.1.2. A debreceni felmérésben nyert számadatokat véve alapul, R értékét ezek szerint az alábbiakban állapíthattuk meg: Ha 16—30 éves férfiakon 1, akkor nőknél csak mintegy 0,50. A 31—40 éves korban férfiakon 1,60-ra, nőknél 0,80-ra növekszik; 41—55 éves korban férfiakon mintegy 0,6-ra csökken, nőknél azonban változatlanul mintegy 0,8 marad. E meglepő számok aránylag könnyen érthetők. A kor

haladtával ui. növekszik a kollagen rostok szakítási szilárdsága, s egyben keményebbé, merevebbé válik az alveolus csontos fala. Ez mutatkozik a 16—30 évesekkel szemben a 31—40 éveseken számított nagyobb R-értékben. A további öregedés során ugyan mind a kollagen rostokban, mind az alveolus csontozatában folytatódik a megkezdődött „megszilárdulás”, egyidejűleg azonban lényegesen csökken a csontos alveolus mélysége, aminek folytán pl. a gyökér apicalis harmadának gyakori görbülete sokkal kisebb extractió akadályt képez. A kollagen rostok egyre inkább csak a gyökér keskenyedő apicalis portióján tapadnak; össztömegük ennél fogva feltehetően nagyobb mértékben csökken a gyökérhossz négyzeténél. A megbeszélte adatok tükrében úgy tűnik, hogy a gyökérfelszín bizonyos kiterjedésén alul gyakorlatilag nincs meg a gyökértörés lehetősége. E tényező jelentőségére fejtegetéseink 4. pontjában még visszatérünk.

Hogy a 41—55 éves korcsoportban nőknél nagyobb mértékben mutatkozik az ellenállás az extractióval szemben mint férfiakon, talán annak jeleként vehető tudomásul, hogy a nők e korcsoportjában bekövetkező, férfiakon csak kezdődő szaporodóképességet tükrözi.

3.2. Többgyökerű fogakon további számításokkal megközelítően jellemezhető a resistencián (R) belül a gyökér-divergentia (D). A 16—30 éves korcsoportban a többgyökerű fogak átlagos vésési rizikója férfiakon-nőknél egyaránt mintegy kétszerese az egygyökerűekre számítottak. Ebben egyrészt a több gyökér együttesen nagyobb felszíne, tehát a gyökérhátyarostok nagyobb tömege jut kifejezésre, másrészt a divergáló gyökök nehezült evulziója a nyaki tájon szűkebb alveolus-bemeneten át. A 31—40 éves korosztályban nőknél ez az arány mintegy másfélszeresre csökken; férfiakon pedig a többgyökerű fog átlagos veszélyeztetettsége az egygyökerű fogak rizikójának mintegy háromnegyedére. E meglepő eredményt nem egykönnyen tudjuk magyarázni. Férfiakon eme korosztályban a többgyökerű fogak fracturárizikója a 16—30 évesekénél alig több mint harmadára csökkent, nőknél viszont csak mintegy 10%-kal. — Ezekből az adatokból támpontot nyertünk a gyökér-divergentia (D) befolyásának mérvére. Ezt 16—30 éves férfiakon 1-nek véve, a 31—40 éveseken mintegy 0,4-re, a 41—55 éveseken pedig 1-nél valamivel többre becsülhetjük; nőknél a 16—30 és a 41—55 éves korcsoportban egyaránt 1-re, a 31—40 éveseken mintegy 0,8-ra. — Számításaink meglepő eredménye, hogy a gyökér-divergentia befolyása átmeneti csökkenés után idősebbekben újból nagyobb lesz. A számításokat annak ki nem mondott feltételezése alapján végeztük, hogy a csontos alveolus lebontásának üteme, nemkülönben a parodontium megszilárdulása (R) a fogazat minden tagján azonos; e két feltételezés közül legalább az elsőnek számos klinikai megfigyelés ellentmond. Ha férfiak többgyökerű fogain a limbus gyorsult lebontását tételezzük fel, aminek folytán gyökérhosszuk már a 31—40 éves korban 1/2-re csökkenne, D számított értéke mintegy 0,9-re növekednék; így eltűnnék a férfiakon és nőknél előbb számított feltűnő különbség, amely egyébként csak a 31—40 éveseken mutatkozott.

3.2.1. A gyökérvésés rizikóindexeinek értékváltozásaiból sok fenntartással arra lehet következtetni, hogy férfiakon a többgyökerű fogak gyökerei a nyak közelében erősebben divergálnak mint nőknél; a limbusnak 31—40 éves korban már manifestálódó lebontása következtében az extractiót nehezítő tényezők közül férfiakon a gyökér-divergentia túlnyomó részben eltűnik. Nőknél e jelenség nem, ill. csak lényegesen kisebb mértékben mutatkozik. Férfiak és nők foggyökereinek ilyen jellegű alakbeli különbségét eddig nem mutatták ki; ismeretes azonban, hogy férfiakon (az alsó kisörlőkön) gyakrabban észlelhetők mind a gyökök, mind a gyökércsatornák számának plusz-variánsai mint nőknél (6).

3,2,2. Érdekes számítási eredmény, hogy a 41—55 éves korcsoportban férfiakon-nőkön egyaránt kétszeres átlagos vésési rizikó mutatkozott több-, mint egygyökerű fogakon, ezzel konform módon nagyobb lett D számított értéke a 31—40 évesekhez viszonyítva. Ez feltehetően a 41—55 évesek egygyökerű fogain e korosztályban talált R-csökkenéssel analóg módon magyarázható.

4. Magyarázatként a genetikában újabban használatos „folyamatos veszélyeztetettség állandó küszöbértékkel” (continuous liability with a threshold) elv szolgálhat (3). Adott példánkban ez azt mondja, hogy nem következhet be gyökértörés, ha a klinikai gyökérfelszín kiterjedése bizonyos küszöbértéket nem ér el; e gyökérfelszín kiterjedése (s ezzel analóg módon a gyökeret befogó alveolus felszínéé is, nemkülönben a gyökérhártyarostok tömege is) a populáció adott nem—kor-csoportjaiban folyamatos (Gauss-féle) megoszlást mutat. A klinikum tapasztalatai szerint mindkét követelmény teljesül. Biztos, hogy a klinikai gyökérfelszín kiterjedésének van olyan határa, amelyen alul extractio közben nem következik be gyökértörés; az sem kétséges, hogy a klinikai gyökér felszíne a populáció kor és nem szerint különválasztott csoportjainak mindegyikében egyénenként különbözően nagy, s biológiai ismérvként a csoportban legalább nagyjából normális megoszlást mutat. Idősebb korcsoportban a populáció nagyobb hányadán marad a gyökérfelszín kiterjedése e küszöbérték alatt; egygyökerű fogon nyilván sokkalta gyakrabban mint többgyökerűn. Így azután érthető, hogy a 31—40 évtől a 41—55 évig a limbus fokozódó lebontásával párhuzamosan a többgyökerű fogak vésési rizikója nem az egygyökerűekével azonos ütemben, hanem annál kisebb mértékben csökken. Nyilván ugyanez az elv érvényesül R számított értékének a 41—55 éves korban férfiakon mutatózó csökkenésében, ill. nőkön látott változatlanóságában (vö. a 3,1,2. ponttal).

5. A klinikai gyökér hosszát illetően arányszámokat tételeztünk fel, s számítottunk ki R-t és D-t illetően is, nem pedig valós értékeket. A feltételezett és számításal nyert értékek egymás közti aránya azonban azt a valóságot tükrözi, amely a gyökértörések nem, kor és fogak szerinti különbségeiben klinikai tapasztalatok alapján mutatkozott. A három vizsgált tényező közül R számos, különböző irányban és mértékben hatékony, különböző jelentőségű komponens *eredője*. Jelen ismereteink sajnálatos módon elégtelenek az egyes összetevők további elemzésére; így ezek különválasztott becslését ugyanúgy nem kísérelhetjük meg, amint nem tudtuk a fentebb megbeszélt arányszámokat valós értékekké átalakítani.

Hogy mindennapos fogorvosi műtéti szövödmény gyakoriságának elemzése kapcsán bizonyos általános biológiai törvényszerűségek felderítése mutatkozik szükségesnek, melyeknek mennyiségi viszonyaira klinikai tapasztalatból következtetni tudtunk, annak bizonyosságául szolgálhat, hogy a klinikai orvostudomány egyes ágai — egyre messzebbmenő specializálódásuk ellenére is — szervesen az orvostudomány egészének, s ez úton a biológiai tudományoknak részei. Az ünnepezt, most 75 éves *Bugyi Istvántól* tanultam, mikor vezetése alatt dolgoztam, hogy a jó chirurgus sebészorvos. E gondolatot továbbépítve a választott példán kívántam megmutatni, hogy *orvos-biológus a fog- és szájbetegségek szakorvosa is*.

IRODALOM

1. Adler P. és Szabó Cs.: Orv. Hetil. 111: 1273—5, 1970.
2. Adler P., L. Horváth u. I. Orosz: Dtsch. zahnärztl. Z., in Druck.
3. Carter, C. O.: Brit. med. Bull. 25: 52—7, 1969.
4. McGregor, A. J.: Brit. J. Oral Surg. 7: 55—61, 1969.
5. Mathis, H.: Die sogenannte Parodontose. Urban u. Schwarzenberg, Wien, 1948, S. 204—8.
6. Schranz D. és Új J.: Fogorv. Szle. 58: 78—82, 1965.
7. Sicher, H. u. J. Tandler: Anatomie für Zahnärzte. Springer, Wien—Berlin, 1928, S. 283—4.
8. Tóth Á. u. O. Gyulavári: Dtsch. zahnärztl. Z. 24: 379—88, 1969.

A PANCREAS ULCEROGEN TUMORÁRÓL

Drexler Miklós dr.

Zollinger és Ellison 1955-ben közleményben foglalta össze az insulint nem termelő pancreas szigetadenoma ulcerogen hatását és annak klinikai megnyilvánulását. A szerzőkről elnevezett tünetcsoport (*Zollinger—Ellison-syndroma — Z. E. s.*) lényege: a gyomor supersecretioja, az extrém hyperaciditas, a fulminans ulcus diathesis és a pancreas nem béta sejtes szigetadenomájának együttes előfordulása. Azt tapasztalták, hogy az ilyen betegnek 12 órás éjszakai gyomornedv-elválasztása 2—3 liter is lehet és ebben 50—300 mAequ/liter szabad sósav található. Az ulcerogen szigetadenoma nem béta sejtes és insulint nem termel. A tumor előfordulhat a hasnyálmirigy bármely részében, magányosan vagy többszörösen. Nagysága babnyi sőt gyermekökölnyi is lehet. Egyharmad részben az adenoma solitaer és benignus, kétharmad részben multiplex és malignus. Áttétet ad a májba és a környező nyirokcsomókba, néha a tüdőbe is. A histológiai malignitas ellenére a daganat igen lassan nő, csak későn ad áttétet. Soha nem a tumor, hanem az agresszív, recidiváló ulcus vérzése vagy perforatioja sodorja a beteget életveszélybe. A recidiválásra hajlamos fekély — néha többszörösen — a nyombélben, a gyomorban, sőt a típusosan a jejunumban fordul elő.

Már *Zollinger és Ellison* említett közleménye előtt, majd ezt követőleg több olyan közlés jelent meg a szakirodalomban, melyek a pancreas-daganatok szokatlan kórélettani szerepével foglalkozik. Így *Erdheim* már 1903-ban endocrin eredetű adenomák többszörös előfordulásáról tett említést. 1938-ban *Laidkaw* a pancreas ductus sejtek nesidioblastjáról feltételezte, hogy acinus-képzés helyett adenomát hoz létre. 1948-ban *Poth és mtsai* kórok összefüggést találtak a hasnyálmirigy adenomája és a recidiváló peptikus ulcus között. *Werner* 1954-ben az ulcus betegséget — mely egy családon belül két generáció több tagjánál jelentkezett — dominans génhatásnak tulajdonította. 1955-ben közölte *Zollinger és Ellison* a bevezetőben említett syndromát. Ezt követően *Zollinger* annak a véleménynek adott kifejezést, hogy a pancreas-adenoma ulcerogen hatása humoralis. Más kutatók ezt a véleményt megerősítették, mert az eltávolított ulcerogen szigetadenomából gastrint, secretint és serotonint tudtak izolálni. *Werner és Morison* 1958-ban a hasnyálmirigy nem ulcerogen, hanem diarrhogen tumoráról tettek említést, mely egyidejűleg a parathyreoideákban is jelen lehet. E hypokalaemiával járó pancreatogen diarrhoeát a Z. E. s. variánsának tartották. *Matsumoto* 1966-ban e kórképet pancreatogen cholerának nevezte. *Sircus és mtsai* 1970-ben két esetben olyan pancreas szigetadenomát talált, mely gastrint, secretint és serotonint termelt egyidőben és ulcerogen valamint diarrhogen hatást fejtett ki egyszerre. Végül *Jeffeph és Zollinger* 1971-ben összefoglalta a Z. E. s. pathogenesisét. Feltételezték, hogy hibás genetikai kód hat a pancreas ductus sejtjeire, melyek gastrint, secretint és serotonint termelnek. A klinikai tüneteket a gyomor-béltractus nyálkahártyájának, valamint a parathyreoideának válaszreakciója okozza.

I. B. T. 32 éves férfibeteget 1957. május 19-én súlyos kivérzett állapotban vet-tük fel osztályunkra, csillapíthatatlan melaenával. Shocktalanító masszív transfusio adása mellett azonnali műtétet végeztünk. A felső median laparotomiánál az egész béltractust kékesen áttűnő véralvadék töltötte ki. A kissé megnagyobbodott máj látható felszínén számtalan lencsényi-kölesnyi sárgásszürke, tumoros metastasisnak imponáló tömött tapintatú elváltozást találtunk. A vérzés megszüntetése végett a pancreasfejbe penetráló ujjbegynyi ulcust gastroduodenalis megnyitásból feltárjuk és a vérző kis arteriát alálöltjük. Ezután subtotális radikális gyomorreseceiót vég-zünk Billroth II. szerint. A duodenumcsonkot nyitva látjuk el és a vizsgálatnál másik fekélyt, tumort nem találunk. A pancreast áttapintjuk, de az egyenletes tömötségen kívül csak az ulcus környéki rész hegesedését észleljük. Alapos exploratio ellenére az elsőleges tumor helyét megállapítani nem tudtuk. A megnagyobbodott környéki mogyorónyi nyirokcsomót vizsgálatra küldtünk, a májból kimetszett áttétes csomó-val együtt. Revisio után a hasfalat rétegesen primán zárjuk. A beteg keringése a műtét alatt már lényegesen javult. A vvt.-szám a műtét előtti 1 400 000-ről 4 600 000-re emelkedett. Zavartalan prima sebgyógyulást és a laboratóriumi leletek normalizáló-dását észleltük.

Kórszövettani leletek: A vizsgálatra küldött nyitott férfi tenyérnél nagyobb *resecált gyomor*rész nyálkahártyája rendkívül vaskos, durván redőzőtt. Redői egy-mástól feltűnően távol vannak. A duodenum hátsó kezdeti szakaszán tízfilléresnyi heges, penetráló ulcus látható. *Szövettani kórisme* ulcus callosum penetrans dou-deni, gastritis chronica.

A *nyirokcsomó* daganatos áttétet nem mutat.

A *máj kóros részéből* eltávolított szövetből készített metszetben a máj szöveti szerkezete jól felismerhető, benne daganatos rész található. A daganatsejtek viszony-lag kicsinyek, de festődésük alapján hámeredetű sejteknek felelnek meg. Atpusos elhelyezkedésük és a nagyszámban felismerhető magoszlások kétségtelenné teszik az elváltozás malignus természetét. Szövettani vizsgálat alapján azonban a primaer daganat helyére következtetni nem tudunk (dr. Kelemen).

A műtét után három hónappal végzett gyomor röntgenvizsgálat: Billroth II. szerint subtotálisan resecált gyomorcsonk hypotoniás, gyorsan, de adagolva ürül. A csonk, az anastomosis és a jejunum nyálkahártyája feltűnően durva, vaskos (gastritis, jejunitis). Negyedóra múlva a csonk teljesen kiürült (dr. Szlávik).

A beteg két év alatt csaknem 20 kg-ot hízott, belgyógyászati, szanatóriumi keze-lés mellett. További sorsáról jó ideig nem tudtunk.

1960-ban újabb melaenával a Szabolcs utcai kórház belgyógyászatára szállítot-ták. Felerősödése után végzett röntgen és gastroscopiás vizsgálat az anastomosis szélén és az elvezető kacsban több lencsényi fekélyt mutatott.

1962-ben gyomorvérzéssel újra beszállították a fenti kórházba. Transfusiora vérzése ismét megszűnt. Ekkor a fő panasz az éjjeli és hajnali gyomortáji fájdalom és gyomorégés volt. A később végzett röntgen- és gastroscopiás vizsgálat ulcus nél-küli csongastritist mutatott.

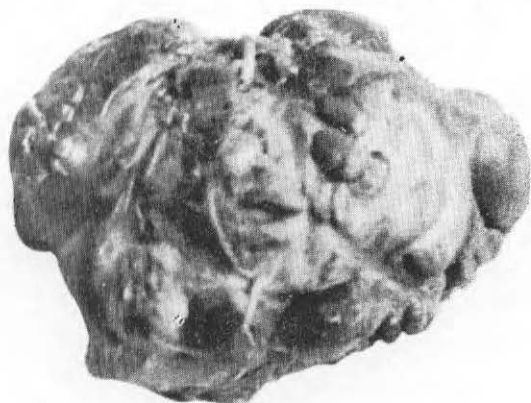
A belgyógyászati osztály vezetője *Magyar Imre dr.* elkérte tőlünk a beteg 1957-es kórtörténetét, műtési leírását és szövettani metszetét. Válaszleveléből közöljük azt a részt, mely a sok éves kórlefolyás után fényt derített a Z. E. s. fennállására: „A beteg jó kondícióban azóta is többször vérzett és superacid. Panaszai jelenleg is ulcus betegségnek felelnek meg. Kivizsgálásunk alapján insulint nem termelő sejtekből álló pancreas tumora van és ennek metastasisai voltak találhatóak a májon műtét alkalmával. A tumor következménye az extrem supersecretio és a kiújuló illetve

újra keletkező ulcusa. Az ilyen pancreastumorok, noha malignusak és metastatizálódhatnak, igen lassan fejlődnek és a beteg sorsát nem a primaer tumor, hanem a gyakran befolyásolhatatlan ulcus-betegség határozza meg.”

Gyógyszeres, diétás kezelés mellett több éves panaszmentes időszak következett. 1970-ben újra vérzett. A felerősödés utáni gyomor röntgen és endoscopia duodenalis ulcust mutatott, mely 3 hónap alatt teljesen szanálódott. Újabb gyomorműtété 1957 óta nem volt. Jelenleg panaszmentes és eredeti munkáját ellátja.

2. S. K. 27 éves nőt 1968. október 23-án vettük fel osztályunkra. Családi anamnesise negatív. Félév óta 7 kg-ot fogyott. Étkezéstől független, bizonytalan jellegű, görcsös gyomortáji fájdalma van. Rendkívül fáradékony, ingerlékeny, étvágytalan. Bejövetele előtt négy hónappal belgyógyászati osztályon *hyperacid gastritist és ulcus duodenit* állapítottak meg. Roborálás, szanatorizálás után az ellenőrző gyomor röntgenvizsgálat már ulcust nem mutatott. — Felvételnél a sovány, astheniás betegnél az epigastriumban a mélyben, nyomásérzékeny tyúktojisnyi rugalmas resistencia tapintható, mely a hasfallal nem függ össze és helyzetét nem változtatja. A kiterjedt laboratóriumi vizsgálat lényeges kóros eltérést nem mutat. Frakcionált próbareggeli normacid. Mellkas röntgen, EKG, cholecystographia, pyelographia negatív. *Gyomor röntgenvizsgálat*: akadálytalan nyelés, oesophagus, cardia ép. Tenyérral a crista alá érő csökkent tónusú, horog alakú gyomor, durva nyálkahártya redőzettel. Sima kontúrok, perisztaltika sekélyebb, végighalad. A kezdeti ürülés gyorsult, pylorus szabad, bulbus rendes nagyságú, szabályos alakú, nyomásérzékenységet nem jelez. Duodenum lefutása rendes. 2hpc.: egy ujjnyi maradék a gyomorban. 24 hpc.: a pép egy része a vékonybelekben, foltos telődés a transversum közepéig (dr. Géher).

A negatív gyomor röntgen, a normaciditas Z. E. s.-t nem tette valószínűvé és a feltételezett pancreas-tumor miatt 1968. október 30-án műtétet végeztünk. Felső median laparotómiából behatolás. A máj, gyomor, duodenum ép. A tyúktojisnyi tumor a pancreas fejében helyezkedik el, a hasnyálmirigy teste és farka része megtekintésre és áttapintásra épnek bizonyul. A tumor feletti kérgi rész hosszanti feltárása után a daganat tompán, könnyen eltávolítható, jelentős vérzés és nedvszivárgás nélkül. Revisio után külön nyílásból drain, réteges prima sebzárás.

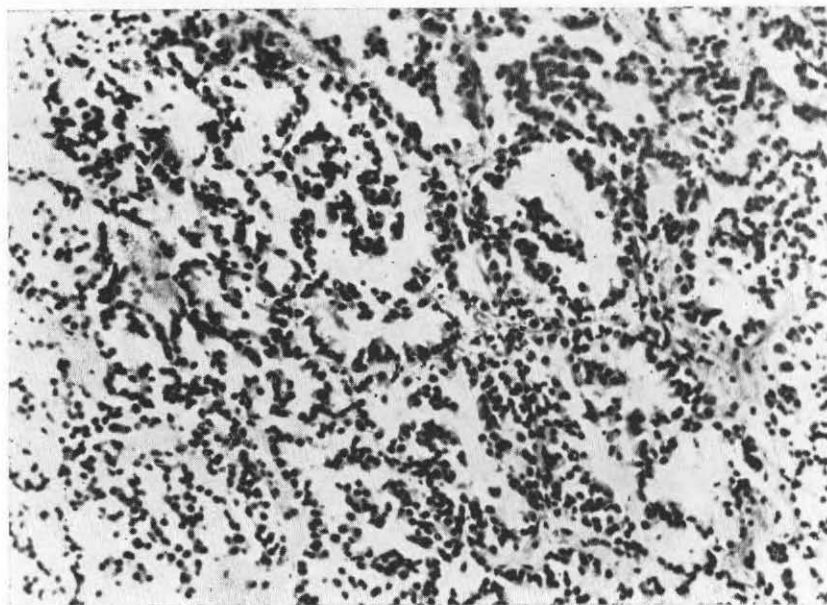


0 1 2 3 4 5 cm

1. ábra

A műtét utáni napon a vércukor 155 mg%, serum diastase 512 WE, vizelet diastase 2048 WE. Adequat kezelés mellett a nyolcadik napra a laboratóriumi leletek normalizálódnak, a pancreasnedv szivárgása megszűnik. A negyedik héten a beteg lényegesen javult állapotban, gyógyult sebbel távozik.

Szövetteni vizsgálat: Tyúktojásnyi nodularis szerkezetű, kötőszövetes tokkal körülvett szürkésárga szövetdarab. Mikroszkóp alatt a daganat széli részeiből készült metszetekben szokott szerkezetű pancreas-szövet látható, vékony rétegben. Ezen belül részben változó vastagságú kötőszövetes nyalábokkal határolt enyhén lebe-nyezett szerkezetű daganatszövet látszik. A daganat általában polygonalis, világos enyhén szemcsés plasmájú, kerek, közepes chromatin tartalmú magvakkal rendelkező sejtekből épül fel, melyek változó hosszúságú, hullámos, girlandos, néhol rosetta alakokban rendeződnek, valódi lument nem képeznek és benne secretum nem található. A daganatsejteket egymástól általában finom kötőszövetes rostok, másutt capillarisokat tartalmazó kötőszöveti nyalábok határolják, kisebb-nagyobb alveolusszerű halmazokat képezve. Ezen nyalábok helyenként kiszélesednek, sejmentesek, homogének és enyhe amyloidra jellemző festődést mutatnak. A daganat centrumában csak e daganatsejtek szerepelnek, a széli részeken egy-egy szokott szerkezetű, kissé tágabb ductus is megjelenik. Malignitas jelei nem látszanak. Dg.: Insuloma (dr. Hollósi).



2. ábra

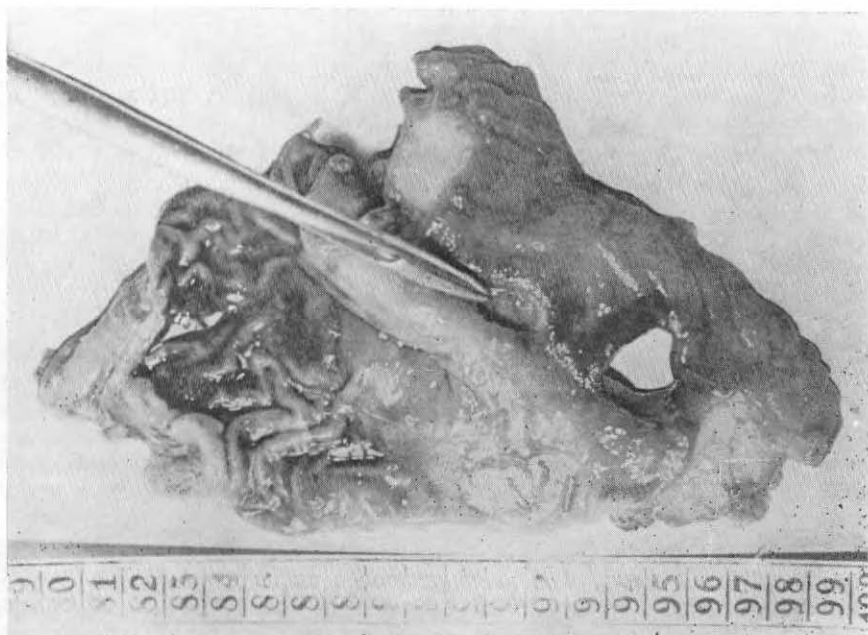
A műtét után félévenként ellenőrizzük. 1970-ben *anacid gastritissel* szanatóriumba küldik, ahol duodenalis ulcust találunk. A kórelőzményben szereplő pancreas-tumor műtét és a verifikált nyombélfekély miatt Z. E. s. gyanújával teljes kivizsgálást végeznek, de a feltevést bizonyítani nem tudják. A három hónap múlva végzett ellenőrző gyomor röntgen-vizsgálat ulcust nem mutat, a beteg állapota kielégítő.

1971. június 7-én typusos hyperacid ulcusos gyomorpanaszokkal vesszük fel. Kivizsgáláskor *extrem hyperaciditast*, éjszakai hypersecretiot találunk. A *gyomor röntgen-vizsgálat* durva, vaskos redőzetet, többtenyényi secretios réteget és a deformált bulbus kishajlati oldalán mogyorónál nagyobb telődési többletet találunk. *Radiológiai vélemény:* ulcus duodeni penetrans, gastritis, hypersecretio, periduodenalis adhaesio (dr. Géher).

Duodenoscopy: A pyloruson át a felismerhetetlenségig deformált duodenumba jutunk, melynek kishajlati részén szürkésfehér lepedékkel fedett nagy necrotikus ulcus látható. A fekély szinte az egész bulbusra kiterjed. A Vater-papilla kicsiny, feltűnően atrophias nyálkahártya veszi körül. Retrograd cholangiographia, pancreatographia telődést nem mutat. *Diagnosis:* Hatalmas necrotikus ulcus a duodenumon a pylorus alatt közvetlenül (dr. Sáfrány).

Előkészítés után 1971. július 13-án *műtét*. Felső median laparotomia. A masszív lapszerinti összenövések leválasztása után ascitest szívunk le. A máj tömött és a crista alá ér, az epehólyag vaskos, tág. A duodenum kiscöbületi, kezdeti szakaszán a májba penetrált, fedett perforált kétforintos nagyságú ulcust izoláljuk, leválasztjuk. Betapintáskor a fedett perforatio nyílással szemben a duodenum hátsó falán másik ujjbegynyi callosus ulcust találunk. A pancreasfej a régi adenoma eltávolításának megfelelően heges, tömött. Több babnyi újabb adenomát tapintunk a pancreas farki részében. Radikális subtotális gyomor-resectiót végzünk Billroth I. szerint. Mivel a beteg a műtétet rendkívül rosszul tűrte, a totalgastrectomiát vagy a parciális pancreatectomiát nem kíséreljük meg, bár a Z. E. s. fennállása bizonyított volt.

A műtétet követő két hónapig az intenzív therapiás osztályunkon kezelték, ahol heroikus küzdelem árán sikerült lényeges javulást elérni.



3. ábra

Három hónap után ismét felvettük ellenőrzésre, robolálásra, *hypacid gastritis* miatt. A gyomor röntgen-vizsgálat vaskos redős gastritist és lencsényi duodenalis ulcust mutatott, melyet a duodenoscopy is igazolt. A pancreatographia a deformált vezetőék miatt telítődést nem mutatott. Újabb exploratiót a familiaris negálás miatt nem végeztünk és a beteget javultan hazaengedtük.

1972. február 28-án a beteget az illetékes megyei kórházba szállították haematemesis, melaena miatt. A masszív transfúzióra a vérzés megállt és további kezelésre a közelmúlt napokban osztályunkra visszavettük. Felerősítés, előkészítés után parciális pancreatectomiát és totalgastectomiát tervezünk.

Megbeszélés

A Z. E. s. mind az irodalmi adatok alapján, mind saját tapasztalataink szerint részben diagnosztikai, részben therapiás problémákat vet fel.

Ami a diagnosztikai kérdéseket illeti, recidiváló ulcus esetén felmerül a Z. E. s. lehetősége. Cox 1971-ben rámutatott, hogy ha a gyomor röntgen-vizsgálat mély duodenalis vagy jejunalis fekélyt mutat, a gyomor vaskos redőjű gastritis áll fenn oedemával, a duodenum és a jejunum motilitása fokozott, az eset gyanús a Z. E. s.-ra. Jellemző tünet a basalis savtermelés nagysága. Ha ez meghaladja a 15 mAequ/óra értéket és a maximális histamin stimulációra az emelkedés kisebb mint 25%, ha az éjszakai 12 órás secretio 1 liternél több és a sav meghaladja a 100 mAequ/litert, úgy e jelek is gyanúként értékelhetők. Idézett szerző a legfontosabbnak tartja a vérben a gastrin és secretin szint folyamatos meghatározását, bioassay vagy radioimmunassay módszerrel. Megjegyzi, hogy sajnos csak néhány intézet képes ezen utóbbi vizsgálat elvégzésére. Fontos a serum-calcium és -kalium ismételt meghatározása és a parathyreoideák működésének vizsgálata. A gastroduodenoscopy, a retrograd pancreatographia, a selectiv coeliacographia is segítheti a helyes körismézést. A legkorszerűbb diagnosztikát biztosíthatja még a fagyasztott metszet, a hormonszint-vizsgálat és az eltávolított ulcerogen tumor gastrin és secretin vizsgálata.

Jelenleg sem a tumor keletkezését nem tudjuk megakadályozni, sem a kóros hormon-túlermelést gyógyszeresen nem gátolhatjuk meg. A Z. E. s. életveszélyes szövődménye gyakran azonnali műtétet igényel. A műtėti eljárás alkalmával a hasnyálmirigyet is alaposan át kell nézni és tapintani a gyomron és duodenumon kívül. Az irodalomban javasolt műtėti eljárások:

1. Ha a rtg és az endoscopy ulcust nem mutatott és műtét során sem találunk, a pancreasban solitaer tumor van, metastasis nélkül, úgy azt óvatosan eltávolítjuk. Ha a fagyasztott metszet malignitast nem mutat, akkor külön nyílásból drainezünk és a hasüreget primán zárjuk.

2. Ha a műtét előtt extrém hyperaciditas és supersecretio volt, úgy az előbbi pontban felsoroltakon kívül az előre levezetett szondán át folyamatos gyomornedvmennyiség és savérték vizsgálatot végzünk és azt az ulcerogen tumor eltávolítása után is folytatjuk. Ha ezt követően 1/4 óra alatt a vizsgálati értékek normalizálódnak, úgy egyes szerzők a műtét befejezését javasolják. Mások viszont a gastroduodenalis hosszanti megnyitást indokoltnak tartják az esetleges rejtett ulcus vagy ektopiás pancreas-sziget keresése végett. Ezek után pylorus plasticát és vagotomiát végeznek.

3. Ha ulcust találunk és a szigetadenoma multiplex, úgy a partialis pancreas-resectio, a subtotalis gastectomia és vagotomia a javasolt eljárás.

4. Wilson és Ellison 1966 óta részleges pancreas resectio mellett a teljes gastectomia elvégzését feltétlenül indokoltnak tartják, ha multiplex, malignus esetleg áttétes ulcerogen tumorról van szó. Feltevésük és tapasztalatuk az, hogy az észrevétlenül

visszamaradt tumor és az el nem távolított metastasis újabb fekélyt képez, ha a gyomor nyálkahártya legkisebb része is bentmarad.

5. *Friesen* 1967-ben két betegénél „second-look”-ot végzett négy évvel a teljes gyomorkiirtás és pancreas resectio után. Mindkét esetben az előző műtétnél talált és bennmaradt metastasisok eltűntek. Ebből arra következtetett, hogy a teljes gyomorkiirtás gátolja a tumor progressióját, sőt regressiót okozhat.

6. Pancreatogen diarrhoeában néha elég a solitaer adenoma eltávolítása, máskor a pancreatectomia sem elegendő. Ha a parathyreoidea hyperfunctiója műtét előtt bizonyítást nyert, úgy a hasi műtétet hamarosan nyaki explorációnak kell követnie. Végig kell nézni és tapintani az összes parathyreoideát, mert adenomája többszörös is lehet. Az eltávolított adenomákat fagyasztott metszeten azonnal megvizsgáltatjuk. Az ép glandulákat természetesen meghagyjuk. Az ilyen multiplex endocrin adenomatosis esetek végleges gyógyítása a többszörös heroikus műtét ellenére is igen ritka.

Eseteink tanulsága

*Első betegünk*nél a csillapíthatatlanul vérző, penetráló duodenalis ulcus miatt azonnali subtotalis resectiót végeztünk. Malignus, multiplex májjáttétet találtunk, de a tumor kiindulási helyét igazolni nem lehetett. Pancreashyperplasián kívül izolált adenomát nem láttunk. Az elvégzett műtét nem volt elég az ulcus recidiva és az ismétlődő vérzés megelőzésére. Ennek ellenére 15 éve él, jelenleg munkaképes és újabb gyomor-műtete nem volt. Ez is bizonyítja, hogy a Z. E. s. egyes esetekben igen lassú, elhúzódó lefolyású és a vérzéses szövődmények között több éves spontán remissiók lehetnek.

*Második betegünk*nél a tyúktojásnyi solitaer benignus tumor eltávolítása, a hypaciditas és az ulcus hiánya ellenére sem jelentett védelmet az évek múlva felépő hyperaciditas és penetráló ulcus ellen. A később elvégzett subtotalis gyomorsectio nem akadályozta meg az ulcus recidivát. Ha a beteg állapota engedi, úgy el kell végezni a pancreatectomiát, vagotomiát vagy méginkább a totalgastectomiát. Mindkét esetünk adalék a Z. E. s. sokféle megjelenési formájának bizonyításához.

A Z. E. s. számtalan variáns alakot is magába foglaló széles klinikai spektrum-szindrómának fogható fel. A klinikai megnyilvánulási formák attól függenek, hogy a pancreas szigetadenoma vagy hyperplasia daganatsejtjei hormonálisan milyen aktívak. Ezen hypothesis még sok további vizsgálatra, bizonyításra szorul (genetikai, hormonológiai és klinikai kutatások). Ma még arra sincs pontos adat, hogy a ritka Z. E. s. milyen arányban fordul elő a műtetre kerülő gastro-intestinalis ulcus-betegség számához viszonyítva. A sikeres és végleges gyógyítást adó gyógyszeres kezelés alkalmazása a jövő feladata. Addig is az ulcerogen tumor szövődményeinek elhárítása a sebészeti feladatok közé tartozik.

Összefoglalás

Szerző ismerteti a Zollinger—Ellison syndroma cardinalis tüneteit, pathogenezisét, diagnosztikai és terápiás nehézségeit. Két esetet mutat be. Hangsúlyozza, hogy a pancreas ulcerogen tumora és annak életveszélyes szövődménye jelenleg csak sebészileg gyógyítható.

IRODALOM

1. Bugyi I.: Gyakorlati sebészet 1961. Medicina, Budapest.
2. Cox, A. G.: Modern Trends in Surgery 3. 46. 1971.
3. Drexler M., Rátkai I.: Balassa János kórház orvosi közl. 5. 75. 1962.
4. Drexler M., Perjés O., Drexler M. jun.: Balassa János kórház orvosi közl. 12. 75. 1969.
5. Erdheim, I.: Beitr. Path. Anat. 33. 158. 1963.
6. Friesen, S. R.: Surgery 62. 609. 1967.
7. Gesztesi T., Wallacher L.: O. H. 105. 1132. 1962.
8. Jeeph, I. E., Zollinger, R. M.: Modern Trends in Surgery 3. 150. 1971.
9. Laidlaw, G. F.: Am. J. Path. 14. 125. 1938.
10. Lehoczky D., Balázs M., Kardos É., Prekopp L.: O. H. 102. 2520. 1961.
11. Littman I.: Sebészeti műtéttan, 1968. Medicina, Budapest.
12. Magyar I.: Személyes közlés, 1962.
13. Matsumoto, K. K. et al.: Gastroenterology 50. 231. 1966.
14. Poth, E. J., Manhoff, L. I., Dolrech, A. W.: Surgery 24. 62. 1948.
15. Sicus, W. et al.: Gut 11. 197. 1970.
16. Wermer, P.: Am. J. Med. 16. 363. 1954.
17. Werner, J. V., Morisson, A. B.: Am. J. Med. 25. 374. 1958.
18. Wilson, J. D., Ellison, E. H.: Am. J. Surg. 111. 787. 1966.
19. Zollinger, R. M., Croig, T. V.: Ann. I. Med. 21. 761. 1960.
20. Zollinger, R. M., Ellison, E. H.: Ann. Surg. 142. 709. 1955.

KÖLDÖKSÉRVEK MŰTÉTE

Zsoldos Ferenc dr.

*„A sérv par excellence sebészi betegség;
orvoslása teljesen a sebészet körébe vág.”
Bugyi*

A köldökgyűrű — anulus umbilicalis — a köldökszínór átbocsátására alakult ki. A linea alba rombus alakú kapuja melyet körkörös járású rostok kerekítenek le. A szülés után a köldökszínór elhal, a gyűrű lassan szűkül, a bőr kötőszövetéből kialakult dugó elzárja és a fascia transversa még meg is erősíti. Ennek ellenére a köldök tája a hasfal egyik locus minoris resistentiae-ja. Gyakran keletkeznek itt sérvek. Gyermekkorban, ha a lezáródás tökéletlen a has belső nyomása máris megtalálja a „kis kaput”, sérvet alakít ki. Az élet későbbi során a köldökgyűrű a has feszítésének ellenáll, míg terhességek, elhízás stb. meglazítják a rostokat és a gyűrűn át megjelenik a sérv.

A köldöksérvek operálása nem hálás feladat. Gyakori a kiújulás. Osztályunk régebbi kimutatásaiban a recidivák száma 30% körüli volt, 80% ismét felkeresi az osztályt újabb műtét céljából, s remélik, hogy az operáció véglegesen elzárja panaszaik forrását. A műtét tehát nagy felelősséggel jár. A műtét típusának megválasztása körültekintést igényel.

Azt már tudjuk, hogy az anatómiai helyzet pontos visszaállításával nem érünk mindig célt és igazat adunk *Strupplernak*, aki azt állítja, hogy a recidiv sérvek környezetében a szövetek már nem állnak ellent jól a húzásnak, nyomásnak. A varratok mellett beszakadnak, megnyúlnak és helyet készítenek az újabb sérvnek. Gyakran látjuk az öltések megcsomózásakor, hogy a fonal mellett kis repedések keletkeznek, ezeken később kis sérvek nyomulnak elő és a hasfalat újra szétfeszítik. Az újabb elvarrás a helyzetet csak rontja. Más utat kell keresni.

Talán a köldöksérvek megoldásai tükrözik legjobban osztályunk állandó út-keresését az egyre jobb megoldások felé. Nem nyugodtunk bele a nagy kiújulási számba. Mérlegeltük lehetőségeinket, kipróbáltuk a jónak ígérkező műtéti típusokat, kidolgoztuk követendő elveinket, pl.: a sérvtömlőt kiirtjuk, de meghagyunk belőle annyit, hogy elvarrható legyen, bebuktatva pelottát képezzen, az öltésekre ügyelünk, hogy ne feszüljenek túlságosan, különben átvágnak, a hasfalat az elvarrt sérvkapu felett, ha szükséges megerősítjük, megakadályozzuk a seroma kialakulását.

Régebben localban, ma intratrachealis narcosisban, relaxált betegeken végezzük a műtéteket.

Varróanyag: catgut, cérna, drót volt. Ez egyben a minőségi sorrend is. A sérvkapu elvarrásában a varróanyagoknak nagy szerepe van, mert nemcsak egyeztetni kell vele, de tartson ki addig, míg a szövetek összeforranak. A leggyengébb eredményt a catgut adja, mert nem tűri a feszítést, megduzzad, fellazul, elveszti tartását. Lényegesen jobb a nem túl vastag (40-es), nagy szakítási szilárdságú lencérna. Kiváló a hajlékony, rozsdamentes drót, amely jól csomózható, nem inbibalódik, erős, de sajnos nagyon drága és nehezen beszerezhető. Egy időben nylon-cérnával is varrtunk, de elhagytuk — később látjuk majd miért — nem használjuk belső öltésekre.

A sebet drainezzük és ha nagyobb seromára számítunk, a csövet enyhe szívásra vesszük.

A köldöksérvek megoldására az utóbbi két évtizedben a következő eljárásokat próbáltuk ki: 1. herniotomia secundum *Spitz*y, 2. herniotomia simplex, 3. herniotomia sec. *Mayo*, 4. herniotomia simplex, megerősítés tantál-hálóval, 5. herniotomia simplex, megerősítés nylon-hálóval, 6. herniotomia simplex és megerősítés fascia-lemezzel, 7. herniotomia simplex, megerősítés porc beültetéssel, 8. herniotomia simplex, megerősítés írha-lebennyel, 9. „elfordított *Mayo*-plastika. — A megoldás sokfélesége azt bizonyítja, hogy igazán jó megoldás ma sincsen és az útkeresés folyik.

1. *Herniotomia sec. Spitz*y-t főleg kis gyermekek és felnőttek nagyon kicsiny köldöksérveinek megoldására tartjuk fent. Félkör alakú metszés a köldök körül, a tömlőt eltávolítjuk, úgy, hogy csonkja elköthető legyen, buktatjuk és fölötte a linea albát összevarrjuk. Előnye, hogy a köldök megtartásával a has szépsége nem változik. Lényegében nem teszünk többet, mint amit a természet elmulasztott: a köldökgyűrűt elzárjuk.

Vélemény: igen jó műtéti eljárás, de csak gyermekeken, válogatott esetekben felnőtteken alkalmazható.

2. *Herniotomia simplex*. Rámetszés, a tömlőt gondosan kikészítjük és kiirtjuk, de úgy, hogy a peritoneum varrható legyen, majd a fasciát hozzuk össze, legtöbbször harántul. Csak akkor van létjogosultsága, ha a varratok nem feszülnek túlságosan, mert a szétfeszített fascia-szövetvény nyílásain újabb hernia képződés indul meg. Olyankor alkalmazzuk, amikor a beteg általános állapota nagyobb beavatkozást nem engedélyez, vagy a sérv hosszabb ideje kizáródott már.

Végezzük olyankor is, ha többszörös kiújulás esetén a sérvkapu fasciája már olyan vaskos, hogy öltésekkel nem kell átszúrni, hanem a szélét ferdén át lehet öltetni és így a praeperitonealis zsír nem tud áttüremkedni.

Egy ízben öt alkalommal varrtuk el kövér, subdecompensált betegünk kiújuló sérvét ezzel a módszerrel, míg végül a sérvkapu véglegesen záródott.

Vélemény: válogatott esetekben jó eredményt nyújthat.

3. *Herniotomia sec. Mayo*. Régebben az esetek 50%-ában ezt az eljárást végeztük, bár sokszor keletkezett utána recidiva. A sérvkapuból képzett lebenyeket a harántban egymásfőle húzzuk és ezzel a kettőzettel igyekszünk a sérvkaput megerősíteni. A recidivák nem is a sérvkapu helyén keletkeznek, hanem a széli öltések feszítése nyomán létrejött kis réseken, a kettőzet perem-területén. Ma már ritkán alkalmazzuk a klasszikus leírás szerint.

Vélemény: bizonytalan eljárás, utána gyakori a recidiva.

4. *Sérvkapu megerősítése tantál-hálóval*. Hat esetben a nagy sérvkapu elvarrása után a fascia fölé tantál-hálót feszítettünk. Azt már tudtuk, hogy a *Witzel*-féle drótháló nem alkalmas erre a célra, viszont a tantál-hálót *Koontz* és *Kubányi* is annyira jónak találta, hogy a beszerzési nehézségek ellenére megszereztük.

A hat közül három beteg igen hamar — alig egy év múlva kiújult sérvvel jelentkezett. Az egyik esetében a hálót takarékoságból kicsire szabtuk és mellette keletkezett az új sérv. A másik két esetben a háló eltörött a köldök magasságában, ahol a hasfal legtöbbet gyűrődik. Ez a csalódás és a magas ár a további alkalmazástól elkedvetlenített.

Vélemény: drága, nem megbízható eljárás.

5. *Sérvkapu megerősítése nylon-hálóval*. 42 esetben használtunk nylon-hálót, főleg

az 50-es évek második felében, az alloplasticus módszerek közül a legszimpatikusabbnak látszót.

Már 1944-ben *Acquaviva* és *Couture* ajánlották a superpolyamid hálót, gyári nevén: Nylon, Perlon, Orlon, Silon, Seblon stb. — a herniotomiák megerősítésére. Alkalmazása mellett döntöttünk, mikor olvastuk *Rappert*, *Nusselt*, *Kratochwill* jó tapasztalatairól, s ezt később *Sipos*, *Hollósy* és *Kubányi* is megerősítették.

A hatvanas években már alig használjuk. Oka, hogy öt esetben a nylon-háló makacs gennyesedést váltott ki, és a sipolyok nem gyógyultak addig, míg a hálót el nem távolítottuk. Nyolc esetben hosszú kezelést igénylő seromát kaptunk (drainézis ellenére), és hét beteg jelentkezett sérvkiújulással. Reoperatiókor láttuk, hogy a hálót vaskos kötőszövet vette körül, de a feszüléseknek kitett helyeken, az erővonalak találkozási pontjaiban megnyúlt, elvékonyodott és itt a sérv újra előtörhetett.

Egy esetben erős allergiás reactiot észleltünk, amely arra késztetett, hogy a hálót kivesszük. Kiderült, hogy a beteg még nylon-harisnyát sem képes viselni, mert bőrgyulladást kap tőle. Sajnos ezt a tényt műtét előtt nem ismertük.

Ez a tapasztalat érlelte meg bennünk az elhatározást, hogy belső varratnak ne alkalmazzunk nyilont. Később *Kós—Zoltán*, *Oppenheimer*, *Heinze* közlései eljlesztettek a műanyag további használatától azzal a megállapításukkal, hogy carcinogén anyag lehet, seromát, suppuratiót provokál és túlérzékennyé tesz.

Vélemény: a nyilont nem találtuk beültetésre megfelelő anyagnak.

6. *Sérvkapu megerősítése fascia-lemezzel.* Négy eset szerepel a műtőnaplónkban. Ezt a rokonszenves autoplasicus eljárást már a század elején ajánlja *Kirschner*.

Sajnos már az első esetben csalódtunk az eljárásban. Mikor a sérvkapura akartuk feszíteni a fascia-lemezt, a varratok felrostozták, tartása már a műtét befejezésekor meggyengült. Amikor más lehetőség nem volt csak akkor fordultunk ehhez a megoldáshoz. Logikus megfontolás: a fascia életképtelensége, hajlama emiatt elgennyedésre, kilökődésre, gyenge ellenállása feszítéssel szemben, nyeléséhez újabb metszés kell — késztetett az eljárás elhagyására.

Vélemény: a fascia nem alkalmas hasfal megerősítésére.

7. *Sérvkapu megerősítése porclemézzel.* *Zoltán János* referálja 1962-ben az Orvosi Hetilapban *Erdélyi* cikkét: „A felaprított porc alkalmazása a plasztikai sebészetben.” Javasolja hasfali sérvек esetében bőnye pótlásra, mert a beültetett, feldarabolt porc, amelyet az elvarrott sérvkapura helyeznek, a vérömlenyben ruganyos lemezzé alakul át és megerősíti a hasfalat.

Mi, a porcot a bordavégből nyertük, úgy, hogy a porc felső széléből lécut hasítottunk ki, hogy a folyamatosságot ne szakítsuk meg. Kis fatálcán felapróztuk és így került a fasciára.

Tíz esetben erősítettük meg a hasfalat ezzel a módszerrel. Két betegünket kellett újra operálni, recidiva miatt. Feltáráskor nem tapasztaltuk a leírt porczapóródást, és nem találtuk a ruganyos lemezt sem, sőt mintha a porcdarabkák eltűntek volna. Ez a két eset került közvetlen megtekintésre. Négy operáltunkat többször ellenőriztük; sérvük nem újult ki, hasfaluk erős. Négy betegünk sorsa ismeretlen.

Vélemény: nehézkes, nehezen járható út.

8. *Sérvkapu megerősítése írha-lebennnyel.* Néhány év múlva újra *Zoltán* volt az, aki figyelmünket az írha-lebennnyelre terelte. Bár tudtuk, hogy az első világháború táján *Loewe* és *Rhen* alkalmazta a bőr mélybe sülyesztését inak, ízületek megerősítésére és sérvkapu zárására. *Mair* teljes vastagságú bőrt ültetett be és ezzel erősítette meg a sérvkaput. A teljes bőrt nem lehet megbízhatóan csirtalanítani,

a beültetést sokszor gennyesedés, kilöködés követi, írja *Marsden*. Ezért éveken keresztül elkerülte érdeklődésünket ez a nagyszerű eljárás.

Az írhat a sérvet borító bőrből lehet kimetszeni — újabb metszés nem szükséges — az epitheliától megfosztott corium beültetve hamarosan vascularisálódik, s a kis részben visszamaradó bőr járulékos részek elsorvadnak (*Uihlein, Cannady*) és az inplantatum megtapad.

Mi, a beültetésre szánt bőrt deszkára feszítjük, lejódozzuk és éles késsel hámozzuk le róla az epitheliumot. A jódozott bőrfelület teljes eltűnése mutatja, hogy a hámot már elégségesen eltávolítottuk. Természetesen a bőrt a zsír minden részecskéjétől is megtisztítjuk. Az így előkészített corium lemezt az összevarrott sérvkapu fölé feszítjük úgy, hogy minden irányba 3–4 cm-rel túlérjen. A befogadó területet is megtisztítjuk, hogy csak a pusztá aponeurosis legyen az alap.

Műtét után enyhe szívtást alkalmazunk, hogy a transplantatum letapadását elősegítsük és a seromát — a leggyakoribb szövödményt — elkerüljük.

Ezzel a módszerrel 1966 óta 32 köldöksérvet gyógyítottunk. (34 esetben más tájék heg sérvét.) Tapasztalatunk az eljárással éppen úgy jó, mint *Kós, Zoltán, Cse-rey—Pechány, Hercegh, Mikola, Pongrácz*-nak, hogy csak a hazai szerzők véleményét említssem.

Műtét után egy esetben haematoma keletkezett, két ízben makacs seroma alakult ki, egy beteg szervezete kilökte a transplantatumot és két transplantatum epithel-cystává alakult.

Vélemény: az idő még rövid, hogy végleges következtetést vonhassunk le, de az utánvizsgálatok máris jó eredménnyel kecsegtetnek: eddig mindössze egy köldöksérv recidivát találtunk.

9. „*Elfordított Mayo-plastika*”-nak neveztük el mi azt az eljárást — jobb híján —, mikor a sérvkaput a rectus-hüvelyek egymásrahúzásával fedjük.

Szerzőnevet eddig nem találtunk. Figyelmünket erre az eljárásra *Botos Árpád* főorvos hívta fel, aki már több éve alkalmazza, s jó tapasztalatai vannak.

Mi, főleg laza hasfalú betegeken végezzük, mert lényege az, hogy a tömlő kiirtása és a peritoneum zárása után a hashártyát a hasfalról letolva bőségesen lehessen a két rectus-hüvelyet egymás felett keresztezni nagy „U” öltésekkel, a linea alba kellő behasítása után. Lényegében olyan mint a Mayo-plastika, csak a keresztezés nem a harántban, hanem a függélyesben történik. Megbízható, erős zárást lehet elérni, mert a varratok a rectus izmon haladnak át és így nincsen lehetősége arra, hogy a vaskos, ruganyos többszörös réteg beszakadjon és nyomában újabb sérv keletkezhesen. A műtét csak akkor sikerül jól, ha a hasfal laza, a rectusokat nagy felületen sikerül egymás fölé húzni. Érdemesnek látszik ennek elérése érdekében a beteget műtét előtt fogyókúrára fogni.

Eddig több mint 30 beteget operáltunk meg így és csak egy esetben észleltünk recidivát. Ez a műtét az elsők közé tartozott, amikor még nem ismertük minden fogását alaposan. Az „U” varratokat nem raktuk be elég sűrűn és az öltések között kibújt újra a sérv. Ismételten ezzel az eljárással operáltuk (1970) és még nem recidivált.

Vélemény: laza hasfalú betegeken jó eredménnyel alkalmazható, megbízható műtétnek ismertük meg.

Abban a reményben zárom soraimat, hogy sikerült bepillantást nyújtani egy vidéki kórház sebészeti-osztályának igyekezetéről, hogy betegeit minél megbízhatóbb és jobb eljárással gyógyíthassa.

IRODALOM

1. *Cserey—Pechány*: Magy. Seb. 1959. 2. 119.
2. *Erdélyi*: Acta Chir. Orthop. Traumat. 1960. 27. 521. (ref. *Zoltán*)
3. *Herczegh*: Magy. Seb. 1959. 6. 371.
4. *Hollósy*: Kat. Orv. Szemle 1955. VII. 12. 1193.
5. *Kirschner*: Beitr. z. Klin. Chir. 1913. 86. 137.
6. *Kós—Zoltán*: Orv. Hetil. 1958. 99. 1675.
7. *Kratochwill*: Zbl. Chir. 1954. 79. 711.
8. *Kubányi és Gouth*: Orv. Hetil. 1956. 33. 904.
9. *Loeve*: Münch. med. Wsch. 1913. 24.
10. *Mair*: Brit. Jour. Surg. 145. 32. 381.
11. *Marsden*: Brit. Jour. Surg. 1948. 140. 390.
12. *Mikola*: Ladányi emlékkönyv. Debrecen, 1961.
13. *Oppenheimer*: zit. Magy. Seb. 1959. 12. 119.
14. *Pongrácz*: Orv. Hetil. 1967. 108. 70.
15. *Rehn*: Műch. med. Wsch. 1914. 2. 61. 118.
16. *Sipos*: Magy. Seb. 1956. 9. 228.
17. *Struppler*: Med. Klin. 1953. 35. 1282.
18. *Tóth és mtsai*: Magy. Seb. 1971. 5. 287.
19. *Bugyi*: Gyakorlati sebészet. 1961. Medicina.
20. *Bier—Braun—Kümmel*: Chirurgische Operationslehre. 1957. Barth.
21. *Littmann*: Sebészeti műtéttan. 1968. Medicina.
22. *Sonntag*: Grundriss der Gesamten Chirurgie. 1949. Springer.

SEBÉSZETI FELADATOK ACUT PANCREATITISBEN

Horváth Mihály dr.

*„Az acut pancreatitis diagnózisa egyben
műtéti ellenjavallatot is jelent”*

Doubilet, 1956

A jelenből bírálónak ítélni a múltat, keresni az igazat a jövőben, még a következtetések felsorolásával sem mutatkozik hálás orvosi feladatnak. Az acut pancreatitis sebészi kezelésének elemzésére mégis ez a módszer látszik alkalmasnak.

Kudarok sorozata kísérte ennek a súlyos betegségnek a sebészi beavatkozásait. A nagy erőfeszítéseket nem koronázta siker és a kérdés ma is a hasi sebészet „forró pont”-ja maradt. A mirigy vérzéses elhalása napjainkban is életveszélyes megbetegedés és gyógyításáért folyó küzdelemben a század első felében a sebészet már vereséget szenvedett.

1938-ban a berlini sebészkongresszuson NORDMANN meghirdette a sebészi tartózkodás tanát és ezzel lezárta az első korszakot, melyet a sebészi beavatkozások elrettentő statisztikái kísértek. 1928-ban SCHMIEDEN és SEBENING 100 sebészeti osztály 1728 acut pancreatitis miatt operált beteg adatait átvizsgálva 51,2%-os halálozást talált. Ugyanakkor BROcq 78%-os halálozásról számolt be, 1929-ben pedig WALTZEL 86%-os mortalitást közöl a heveny szakban végzett műtétek után.

A megnyugvás időszaka átmeneti volt és több mint két évtizedig tartott. 1960 után egyre gyakrabban került ismét napirendre a különböző tudományos üléseken az acut pancreatitis kezelése, rendszerint a megoldatlan feladatok sorában. Ilyen előzmények után tűzte ki fő témának a Francia Sebész Társaság, 1970-es kongresszusán Párizsban, az acut pancreatitis kezelésének kérdését. RETTORI és GRENIER beszámolója 1600, részben hazai, részben külföldi, igazolt acut pancreatitis beteg adatait tárgyalta. A következtetés meglepő volt, az acut necrotico-haemorrhagiás esetekben a halálozás nem volt sokkal kisebb mint 1938-ban. Az igaz, hogy nem az első napokban, hanem később, a szövődményekben haltak meg a betegek. Más szóval, a változó dogmák és elméletek ellenére, súlyos esetekben a mortalitás maradt. Érdemes megemlíteni, hogy a „csak konzervatív” kezelés létjogosultságát már 1955. philadelphiai sebész-kongresszuson, majd az 1963. Francia Sebészeti Akadémia egyik ülésén is vitatták. Ezzel tulajdonképpen lezárult a második korszak, hogy helyt adjon napjaink kezelési elveinek, melyek szerint a belgyógyász és a sebész közösen felelősek az acut pancreatitis beteg sorsáért.

A változás szükségességét magyarázza, hogy a konzervatív kezelés arzenálja oly mértékben bővült gyógyszerekben és lehetőségekben (intenzív kezelés stb.), hogy a heveny időszak korai halálozását lényegesen csökkenteni lehetett. Így a betegek egy részét sikerült subacut vagy idült szövődményes szakba átmenteni. Más szóval a kezelés hatására új alakot öltött az acut pancreatitis kórlefolyása és ennek gyógyításában már szerepet kapott a sebészet is.

Nincsen arról szó, hogy az acut pancreatitis műtéti javallatot képezzen, a ma még ismeretlen eredetű betegség gyógyítása nem sebészi feladat. Tulajdonképpen nem a heveny pancreatitis műtéti kezeléséről kellene beszélnünk, hanem a szövődmények, illetve a betegség már ismert egyik kiváltó okának, az epeúrendszer köves

megbetegedésének a sebészi gyógyítása az, amivel a beteg segítségére lehetünk. Óvatosan szabad fogalmaznunk, ugyanis a bizonytalan pathogenesis adatai közt kell keresgelnünk s olyan eljárásokat mérlegelnünk, melyek ideiglenesen sikerrel kecsegtetnek, de a későbbi bírálatok és eredmények nyomán értéktelenné válhatnak. A bizonytalanságot csak akkor tudnánk kiiktatni, ha egyforma beteganyagot lehetne összehasonlítani, erre azonban még kevés lehetőségünk van. Az anatómiai sajátosságokon kívül a mirigyben elhelyezkedő pusztító folyamatok helyét és nagyságát osztályozni reménytelen feladat. Főkérdés annak eldöntése, hogy egyáltalán szükséges-e beavatkozni vagy sem, majd a műtét időpontjának és a sebészi tennivalóknak a helyes megválasztása a feladat.

Előfordul, hogy bizonytalan diagnózis esetén acut hasi katasztrófa miatt kényszerülünk operálni. Ilyenkor csak a peritoneum megnyitását követően derül ki, hogy acut pancreatitissal állunk szemben. A hasat zárjuk és a beteget a konzervatív kezelés szabályai szerint gyógyítjuk tovább. Említést érdemel, hogy a francia sebészek egy része ilyenkor epeút tehermentesítést végez (cholecystostomia, vagy KEHR-drainage) és draint helyez a hasüregbe az enzym toxaemia kivédése céljából.

A saecundaer sebészi beavatkozások szükségességét (tályog feltárás, necroticus részek eltávolítása stb.) az a megfigyelés tette aktuálissá, hogy az acut szakot követő periódusban a betegek jó része a közben kialakult szövődmények miatt halt meg. Rendszerint a sepsis és a toxicosis áldozatai lettek.

A heveny szakban végzett radikális sebészi beavatkozásokról az utóbbi tíz év szakirodalmában is ritkán olvashatunk. 1945-ben DARGENT végzi az első pancreas resectiot heveny gyulladás miatt, balról jobbra haladva, splenectomiával egybekötve. 1959-ben CHAU és BARTOK számolnak be hasonló eljárásokról. Őket követi 1960-ban SERGA a Szovjetunióból 3 acut szakban végzett subtotalis pancreatectomiával. Három év múlva, 1963-ban, WATTS angol sebész az első aki acut pancreas-necrosis miatt sikeresen végzett duodeno-pancreatectomiát. Azóta több követője akadt, főleg a szovjet és a francia sebészek táborában. Az irodalomban közzölt tucatnyi eset kevés ahhoz, hogy a heveny szakban végzett ezen hősiess beavatkozások létjogosultságát mérlegelni lehessen. Abban általában megegyeznek a vélemények, hogy sikeres resectiot csak az acut szak első napjaiban lehet végezni. 5–6 nap múlva már csak saecundaer palliatív beavatkozások jöhetnek szóba. A gyulladt oedemás ágyából ezen időszak után már csak súlyos kockázat árán mozdítható ki a hasnyálmirigy, a vérzést uralni rendkívül nehéz. Ritka javallata a korai műtétnek csak a konzervatív, szakszerű kezelésre nem javuló, vagy rosszabbodó esetekben lehet. 1963-ban POILLEUX hangsúlyozta először, hogy a kezelésnek ellenálló esetek megmentésének egyedüli reménye a sebészi beavatkozás. Azóta is kevés sebész vállalkozott erre a kockázatos műtetre. Úgy véljük HARDOUIN 1968-as kijelentésével inkább egyet lehet érteni: „mivel ma sem tudjuk mi okozza az acut pancreatitist, fontos, hogy az empiriás belgyógyászati kezeléshez folyamodjunk”.

Egyébként a konzervatív kezelés alapelvei ma is változatlanok: shocktalanítás, a pancreas secretio csökkentése, a fájdalomcsillapítás és az infectio elleni küzdelem.

A konzervatív kezeléshez tartozik és itt érdemel említést az 1970. Strasbourgi Colloquium amely fordulópontot jelentett az anti-enzym kezelésben. Itt volt először többségben a TRASYLOL-ellenes tábor s összevont statisztikai kimutatásokkal (kettős vak próba) igazolták, hogy nincsen különbség a TRASYLOL-lal kezelt és nem kezelt csoportok mortalitása közt. Hasonló következtetésekre jutottak az 1970. párizsi sebész nagygyűlésen is. Külön választották a necroticoheamorrhagiás eseteket és a TRASYLOL-lal kezelt, illetve nem kezelt csoportok halálozása között egy

százalék különbséget észleltek a kezelték javára. Amennyiben a halál bekövetkezésének időpontját figyelték, kiderült, hogy a TRASYLOL kezelés alatt állók később haltak meg mint a kontrol csoport betegei. Mindebből arra a következtetésre jutottak, hogy a TRASYLOL nem képes ugyan befolyásolni a pancreas necrosist, de shockellenes hatása érvényesül az acut pancreatitisben is. Ilyen alapon van helye a betegség kezelésében.

Visszatérve a sebészi kérdésekhez, vizsgáljuk meg, hogy a laboratórium milyen segítséget tud nyújtani a pancreatitis kezelésében. Sajnos a laboratóriumi vizsgálatok a sebészi beavatkozás szükségességét csak kismértékben és bizonytalanul tudják támogatni. A fél évszázados serum- és vizelet-diastase aktivitás fokozódás nem ad felvilágosítást a folyamat kiterjedésére és súlyossági fokára. Egyesek szerint a kiterjedt pancreas-necrosisban nem is mutat kilengést, máskor az oedemás gyulladás szakában észlelünk magasabb serum-diastase értékeket. Nagy statisztikák tanulmányozása során azt találhatjuk, hogy az acut pancreatitisek 1/3-ában a serum-diastase nem mutat kóros eltérést. Félrevezető az is, hogy éppen azokban a betegségekben is magasabb, amelyekről tulajdonképpen el kellene különíteni az acut pancreatitist (pl.: heveny cholecystitis, gyomorperforatio, mesenterialis thrombosis és ileus). Osztályunkon operált három pancreas-necrosisos beteg esetében sem észleltünk serum-diastase aktivitás fokozódást. Nem szabad azonban lebecsülnünk a laboratóriumi vizsgálatok prognosztikai jelentőségét, ilyen alapon van szerepük a műtéti indicatióban is. Természetesen nem önállóan kell értékelnünk a laboratóriumi adatokat, hanem mindig a klinikai képpel együtt. A tartósan magas, vagy fokozódó fehérvérsejtszám (gyakran 20 ezer körüli), lázzal együtt a tályogosodás jele. Az állandó jellegű, magas serum- és vizelet-diastase, hyperglykaemiával, hypocalcaemiával, azotaemiával és oliguriával a legrosszabb együttes, rendszerint igen súlyos esetet jelentenek. Amennyiben a laboratóriumi leletek, átmeneti javulás után ismét fokozódnak, úgy újabb necrosis fellépésére, recidivára, utalnak.

Mindezek után igen nehéz választ adni arra, mi legyen a sebész feladata betegség mellett acut pancreatitisben. Minden esetben individuálisan kell dönten, sokféle szempont egyidejű figyelembevételével. Ezért inkább általános irányelvek mint szabályok felsorolásáról lehet szó. Ezek közül fontosabbak:

1. legyen biztos a sebész a diagnózisában s akkor ragaszkodjon a legszigorúbb klasszikus konzervatív kezeléshez, bízva betegét a belgyógyászra,

2. ahol a klinikai és a laboratóriumi összkép súlyos necrosisra utal, a beteget intensiv osztályon kell kezelni.

3. bizonytalan diagnózis esetén marad a régi szabály: laparotomia. A cholecystostomia létjogosultságán lehetne vitatkozni, úgyszintén a pancreasközi drain elhelyezése is nyílt kérdés maradhat. Az első a fertőzött epe elvezetésében, a másik a mérgező enzimekben dús, exsudatum lebecsátásával járulhat a kórkép javulásához. GRENIER és mtsai (1967) szerint a toxemia az enzimek peritoneumon keresztül, illetve nyirok utakon történő felszívódása útján jön létre.

4. akritikus beteganyagot azok az esetek képezik, ahol a szakszerű belgyógyászati intenzív kezelésre sem következik be javulás, vagy éppen súlyosbodik a beteg állapota, esetleg ismétlődő recidivák teszik reménytelenné a körlefolyást. A heveny szakban végzett műtéteknek nagy a mortalitása, ultima ratio elve alapján jöhetnek szóba. Fontos, hogy jól felszerelt intézetben, tapasztalt sebész végezze a műtétet, mely után igen gondos intenzív kezelés szükséges. Még ilyen körülmények mellett sem biztatóak az eredmények, pancreatectomia után 75%, resectiók után pedig 40% a mortalitás. Nem szabad megelégednünk arról, hogy a konzervatív kezelés még akkor is eredményes lehet, ha a mirigy nagy része elpusztult. Láthatunk

műtét közben olyan súlyos necrosist amelyről biztosra vettük, hogy a beteg nem fogja átvészelni; konzervatív kezelésre mégis meggyógyult. Máskor sections asztalon láttunk tojáshíj necroticus gócot amely a beteg halálához vezetett. Figyelmeztetés ez a sebész számára: az ismeretlen pathogenesishez, ismeretlen pathophysiologia tartozik, az oki tényezők tehát nem közelíthetők meg sebészi úton. Marad a következmények, illetve a szövődmények sebészi kezelésének a lehetősége.

5. Közismert tény, hogy az acut pancreas-necrosist gyakran kísérik szövődmények, egyes statisztikák szerint az esetek felében. Mint már említettem az acut pancreatitis modern kezelése létrehozta a betegség atypusos klinikai képét. Az életet veszélyeztető shock leküzdése után a necrosis elhatárolódhat. Jut idő az álcysták és a tályogok kialakulására, mindkettő mint egy sírkamra zárja magába a kisebb nagyobb pancreas sequestereket. A detoxicatio után kezd javulni a beteg állapota és néhány hét múlva jól tapintható feszes elődomborodás jelenik meg az epigastrium-ban, vagy valamelyik bordaív alatt. Amennyiben az általános állapot kielégítő s a javulási tendencia kifejezett, úgy a sebészi beavatkozásnak nincsen helye. Az esetek egy részében a szervezet képes eltakarítani a betegség roncsait, a betegek műtét nélkül gyógyulhatnak. Nem szabad arról sem megfeledkeznünk, hogy kezdetben a tályogok egy része steril s csak később, másodlagosan fertőződik felül. Az álcystáktól és a tályogoktól eltekintve a heveny szak lezajlása után meg kell győződnünk az epeutrendszer épségéről. Amennyiben a cholecystographia nemtelődő epehólyagot vagy pozitív kőárnyékot jelez, úgy a sebész feladata az „à froid” cholecystectomy és az epeutak revíziója (cholangiografia és manometria). Más a helyzet ott, ahol a szakszerű kezelés ellenére nem következik be javulás. Elég gyakran előfordul, hogy a szövődmények nem mutatnak regressziót, a tályogok septicus, toxicus állapothoz vezetnek, az álcysták növekedésnek indulnak. Ilyenkor minden esetben egyéni elbírálás szükséges, de a sebészi beavatkozással nem szabad túlságosan késni. Mivel az acut szak lezajlása után rendszerint a második hónapban operálunk, nem jöhet szóba sem a pancreas resectio, sem a subtotal pancreatectomia. Mindig palliatív megoldást végzünk, az álcysta falát elhelyezkedésétől függően úgy nyitjuk meg, hogy a folyadék leszívása után, széles, 6—7 cm-es szájadék készülhessen a gyomorral vagy valamelyik, Roux szerint, izolált jejunum kaccsal. Érdemes szét-nézni a cysta alján, a tiszta folyadék leszívása után esetleg eltávolíthatjuk a sequestert. Sz. I. 39 éves nőbeteg műtétjekor a két és fél liternyi ürtartalmú álcysta gyomorba való szájadztatása alkalmával minden nehézség nélkül emeltük ki a pancreas distalis felét kitevő 8 cm-es elhalt mirigyreszt. A műtét az acut pancreatitis kezdetétől számított 5-ik héten történt. Egyidejűleg elvégeztük a cholecystectomyt is, a gyulladt falú epehólyagban több száz apró cholesterinkövet találtunk. A beteg az eseménytelen postoperatív szak után a 10-ik napon távozott, fél évvel a műtét után jól van, nem diétázik és dolgozik.

A tályogok sebészi kezelése már sokkal bonyolultabb feladat. Az irodalomban a pancreatitis abscedens mortalitása a necrotico-haemorrhagiás esetekével azonos, százaz nagyságrendű statisztikai kimutatásokban 60% körül mozog. Különösen akkor emelkedik meg a halálozás, ha a drainezés után vérzés lép fel. A tályogok a pancreas-sequesterek elgennyedéséből keletkeznek és a konzervatív kezelésre nem mindig reagálnak jól. Kezeléssel dacoló esetekben a műtét indikált még a septicus szak kialakulása előtt. A prognózt illetően megoszlanak a vélemények, a beteganyag nem egységes és mivel a beavatkozás ideje és módja is változatos a kiértékelés is bizonytalan. FARRINGTON és mtsai (1966) sebészeti beavatkozás után 86%-os gyógyulásról, műtét nélkül 100% halálozásról számolnak be. Amennyiben a beavatkozás későn történik, úgy a pancreas-tályogos betegek meghalhatnak a sepsist

kísérő toxicosisban és cachexiában. Előfordul spontán gyógyulás is, ha a tályog a tápcsatorna valamelyik szakaszába perforál és kiürül, máskor pontosan ezért keletkeznek újabb újabb szövődmények: vérzés, vagy a colonba való perforatiókor masszív superinfectio. Kellemetlen szövődménye a tályogoknak a drainage után fentmaradó makacs sipoly, melyek gyógyításához savanyú pH oldatokat használunk (híg sósav, vagy tejsav). Fontos, hogy a tályogok feltárása kiadós legyen, tampont és drainezést úgy kell alkalmazni, hogy a postoperatív szakban az állandó ventil szívás biztosítva legyen. A draineket végleg csak akkor szabad eltávolítani, ha a gennyesedés teljesen megszűnt és a beteg láztalan.

Osztályunkon operált két pancreas-tályogos kórlefolyása is igazolja a fenti problémákat. Mindkét beteg elhalt pancreas részeit csecsemőfejnyi, gyógyulni nem akaró tályog övezte. A feltárást, a sequesterek eltávolítását és a drainezést már nem olyan egyszerű postoperatív szak követte mint a pseudocystás betegünk esetében. Több hetes sipolyos szak után gyógyult az egyik kétszeri reoperatio és 3 hetes jejunostomiás táplálás után. A másik még mindig osztályunkon fekszik, nyolc héttel a műtét után bőven gennyedző sipolyával. Mindkét tályog a műtétkor sterilnek bizonyult s az álcystás betegünkhöz hasonlóan itt is megtaláltuk a köves epehólyagot, amelyet a feltárással egy időben távolítottunk el.

6. Külön sebészi indicatio területet képeznek azok az akut pancreatitis következtében előállott szövődmények, melyek folytán a szomszédos szervek működésében létrejött zavart kell kiküszöbölnünk. Lényegében palliatív műtétekről van szó, melyek rendszerint a tápcsatorna valamelyik szakaszának elzáródása miatt válnak szükségessé. Gyakori a fejben lejátszódó necroticus folyamatok miatt a duodenum-compressio. Ilyenkor átmeneti segítséget nyújt a gastrostomia és a jejunostomia, choledochus elzáródáskor pedig a cholecystostomia, vagy KEHR-drainage. A gastro-entero-anastomosis és a choledochoduodenostomia elvégzése csak akkor lehetséges, ha a heveny szakot kísérő oedema is elmúlt és a varratokat biztonságosan lehet elhelyezni.

7. Az akut pancreatitis sebészi gyógyításának lehetőségeit felsorolva nem hagyhatjuk ki a sphincterotomiát. Egyetlen indicatioja van: a papillába beékelte kő eltávolítása. Kevés sebész vállalkozik a betegség első hetében erre a műtetre; a legügyesebben elhelyezett varratok sorsa is bizonytalan marad a gyulladásos vízenyős környezetben. Ritkán végzett, kockázatos műtétnek számít az akut szakban.

8. Az akut pancreas-necrosis kezelésében találkozunk az irodalomban olyan eljárásokkal, amelyek jogosságát elméletileg lehet bizonyítani, de a kevés beteganyag gyakorlati következtetések levonására még nem ad lehetőséget. Ilyen: a peritonealis dialysis, a ductus thoracicus drainage, a pancreas hűtés és a Wirsung drainage. A kiegészítő kezelések közül a Heparin adását, illetve a Rheo-macrodex próbálkozásokat valamint a pancreas Röntgen besugárzását szükséges megemlíteni.

Egy fejlődésben levő kérdést elemezve nem lehet végleges következtetéseket levonnunk. Mindenesetre el kell ismernünk, hogy az akut pancreatitis kezelésében napjainkban ismét szerepet kapott a sebészet, indicatio területe azonban szűk és főleg a szövődmények felszámolása a feladata.

Sajnos a sebésznek ott kell közreműködnie ahol a szervezetet már alaposan megviselte az életveszélyes betegség s beavatkozásával egy újabb megterhelést ró az egyébként is súlyos állapotban levő betegre. Úgy gondolom a jövő fogja eldönteni, hogy az újabb sebészi kezdeményezéseknek lesz-e tartós sikere az akut pancreatitis kezelésében vagy sem.

IRODALOM

1. *Association Francaise de Chirurgie*: 72. Congrès Français de Chirurgie (1970. IX. 28—X. 1) — Informations et Rapports. Paris, 1970.
2. *Buligescu, L.*: Pancreasul exocrin. Editura Medicala; Bucuresti, 1971.
3. *Ritter, U.*: Erkrankungen des exkretorischen Pankreas. — Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971.

„MINDEN KEZDET NEHÉZ” AVAGY ADALÉKOK A SZENTESI BALESETI OSZTÁLY SZÜLETÉSÉHEZ

Dragon Károly dr.

Az egyik nap délutánján egy készülő színes film nyersanyagát vetítettük, melynek címe „AO compressió osteosynthesis”. A felvétel színhelye a szentesi kórház balesetsebészeti osztálya. A film pergett, bemutatva a legmodernebb, legkorszerűbb műtéti eljárást a csonttörés kezelésében. Örömmel néztem azokat a finom eszközöket, műszereket, a légsűrítéssel fűtő működését, a minden irányban mozgatható baleseti műtőasztalt, a magabiztosan dolgozó anaesthesiologust, aki a kezében levő ballonnal „asszisztál” a beteg légzéséhez, önkéntelenül egy másik film kezd előttem peregni...

1957 októberében Szegeden voltam sebészetből szakvizsgázni. Adjunktusomtól Zsoldos dr.-tól levelet kaptam, amelyben írja „... értesítelek, hogy M. S.-né betegünk, akinek — tudod — bal oldali combnyaktörése van, műtetre startra készen áll... kérnénk, hogy gyere és ácsold össze a törött csontokat.” Örömmel tettem eleget a kérésnek, mert ez új fejezetet nyitott sebészeti osztályunkon a combnyaktörés korszerű kezelésében.

Egy évet még vissza kell menni a történetben, ugyanis 1956 őszén Bugyi tanár úr javaslatára dr. Székely Alfréd kórházigazgató engem küldött el Budapestre traumatológiai tanfolyamra az Országos Traumatológiai Intézetbe. Tanár úr kérése az volt, hogy tanuljam meg jól a combnyakszögezés technikáját. Ez a tanfolyam azonban nem csak erre volt jó, hanem elindította azt a folyamatot, amelyből a baleseti osztály gondolata kifejlődött.

Az első combnyakszögezés körülményeiről meg kell emlékezni, hogy annál jobban tudjuk a mai helyzetet értékelni. Traumatológiai műtőasztalunk nem volt, egy gipszelő asztalt használtunk erre a célra, melyen fából csináltunk egy medencetartó részt, ahol a filmkazettát el lehetett helyezni. Hordozható röntgenünk csak egy volt, és ennek a helyzetét műtét közben változtatni kellett. A filmek előhívása a műtőtől távolosodó, ideiglenes sötétkamrában történt, természetesen röntgenasszisztens nélkül. Anaesthesiologus sem állt még akkor rendelkezésünkre. A műtét ideje négy óra volt. És jelenleg...

1956 és 1960 között három irányban történt a traumatologia fejlesztése: a sebészeti osztályon minél korszerűbb baleseti ellátás, törekvés az osztály bővítésére és baleseti állomás felállítására, valamint a baleseti szakrendelés létrehozása.

1960. jún. 29-i szentesi városi tanácsülésről a következőket írja a Hírlap: „... szóba kerül a kórház sebészeti osztályának bővítése ... a beszámoló a baleseti osztály létesítését is javasolta... Dr. Dragon Károly a baleseti osztály létrehozása mellett szolt”.

1960. szept. 28-án napi egy óra traumatológiai szakrendeléssel bíznak meg, amit decemberben másfél órára emelnek.

1960. szept. 24-én Bugyi tanár úr levelet ír dr. Hönig Vilmosnak az Országos Traumatológiai Intézet igazgató helyettesének „... a sebészeti osztály a traumatológ-

giai esetek ellátásában nagy nehézségekkel küzd... a fekvőbetegek mintegy 25%-át is meghaladja a traumatologiai esetek száma. Az ambulancián ellátott betegek több mint 25%-a szintén a traumatologia körébe vág... feltétlenül szükséges lenne traumatologiai állomás felállítása... kérjük az Országos Traumatologiai Intézet szakmai véleményezését és tanácsát". A válasz hamarosan megérkezett „... fentiek alapján intézetünk a szentesi sebészeti osztály mellett létesítendő traumatologiai állomás felállítását feltétlenül helyesnek és szükségesnek tartja” (ui. a traumatologiai állomás átmenetet képez az önálló baleseti osztályhoz, a sebészethez szervesen kapcsolódó baleseti kiszolgálást végző helyiségekből áll: műtő, kezelő, gipszelő stb.) Ez a levélváltás volt a jövőendő traumatologiai osztálynak az alapidokumentuma.

1961. április 8-án megyei jellegű balesetvédelmi ankétot tartottunk a Tóth József színházteremben „Könnyebb a balesetet megelőzni, mint a sérültet meggyógyítani” címmel, ahol az előadók a legkülönbözőbb balesetek megelőzéséről beszéltek. Ugyanitt Dr. Hönig Vilmos a balesetek nemzetgazdasági jelentőségét méltatta. Ez az ankét felhívta Szentes város figyelmét a balesetek megelőzésére és a jelenlegi sérült ellátás nehézségeire.

Kedves és egyben nagyjelentőségű levelet kaptunk 1961. ápr. 19-én Dr. Ravasz Jánostól az Országos Traumatologiai Intézet docensétől, amelyben értesít, hogy „... az Intézetből a szokásos félévi ún. konzultációs kiküldetésem kapcsán f. hó 28-án meglátogatlak”. Ez azt jelentette, hogy bár még nincs önálló baleseti osztály, de szakmai működésünket méltányolják és elismerik.

1961 novemberében lehetővé tették, hogy a balesetsebészetből szakvizsgát tegyek. Ettől kezdve még több alappal rendelkezünk, hogy önálló osztály kialakítását szorgalmazzuk. Közben évek alatt sikerült több olyan felszerelést összegyűjteni, amely nélkülözhetetlen volt egy új osztály beindulásához (átvilágítható műtőasztal, képerősítő-televíziós röntgen, nagyobb teljesítményű hordozható röntgen, lélegeztetőgép stb.). A sebészeti osztály gipszelőjében munka közben az általunk „Rudinak” becézett Vida Sz. János asszisztensem sokszor feltette a kérdést: „Lesz-e egyáltalán valami az álmunkból?” — ugyanis ő is azok közé tartozott, akik legjobban lelkesedtek a baleseti osztály gondolatáért.

Kedvező hír jelent meg a Hírlapban 1965. jan. 27-én az országgyűlési képviselők Csongrád megyei csoportjának üléséről „... valamelyik kórházban baleseti sebészeti osztályt szükséges mielőbb létrehozni”. Megindult a „hidegháború”, melyik legyen ez a kórház, Makó, Szeged, Vásárhely és Szentes szerepeltek egyenlő eséllyel.

Végül 1965. márc. 17-én örömmel olvashattuk a Hírlap tudósítását: „... határozott arról is a V. B., hogy a szentesi megyei kórház csont tbc-s osztályát meg kell szüntetni, helyette balesetsebészeti osztályt szerveznek”.

1966. márc. 29-cel kineveztek a balesetsebészeti osztály főorvosává. Ekkor kezdődött a munka második része. A régi csont tbc osztályból a követelményeknek megfelelő baleseti osztályt kellett kialakítani. Orvosokat csak fél év múlva, ősszel kaptam és az osztály átalakításának befejezése is erre az időpontra tehető. 45 ágyas korszerűnek mondható baleseti osztály állt készen a betegek befogadására, ahol egy öt ágyas subintenzív kórterem is helyet kapott (központi oxigén-szívó, magasnyomású oxigén, lélegeztető készülék stb.).

Orvosaim, akik az egyetemről mindjárt hozzám kerültek — dr. Hulin István, dr. Koncz Béla, dr. Sipos István — hamarosan bebizonyították jó képességeiket, nem csak manuális, hanem tudományos téren is. Már az első években előadásokat tartottak és tudományos dolgozatokban szerepeltek.

Nem zárhatom le a visszaemlékezés filmjét anélkül, hogy tanítóm Bugyi tanár úr mellett, érdemekben ki ne emelném Dr. Hönig Vilmost, aki nem csak helyzeténél

és hivatásánál fogva állt a baleseti osztály megvalósítása mellett, hanem baráti tanácsaival és útmutatásaival örökre beírta nevét a szentesi balesetsebészeti osztály emlékkönyvébe.

Sajnos, a visszaemlékezés filmje 1969. május 31-gyel elszakadt...

És most, hogy nézem ezt a színes filmet, amely az osztály jelenlegi helyzetét mutatja, azt mondom gondolatban magamnak — megérte! S a film pereg tovább...

ENZYM-VIZSGÁLATOK („ENZYM-BIOPSIA”) KOPONYATRAUMÁKBAN*

Dragon Károly dr.

Az utóbbi időben számos közlemény jelent meg a Serum-Glutaminsav-Oxalacettsav-Transaminase (SGOT) vizsgálatok diagnosztikai használhatóságáról, főleg belgyógyászati vonatkozásban.

Közleményünkben commotio és contusio cerebri kórállapotokban végzett SGOT vizsgálatok eredményéről számolunk be.

A GOT-enzym több-kevesebb mennyiségben minden szövetben megtalálható. Koncentrációja, illetve aktivitása legnagyobb a szívizomban, majd a vázizomzatban, az agyban, májban, tüdőben, lépben és a pancreasban.

Bizonyos körülmények között, amelyek még eléggé vitatottak (szövetelhalás, megzavart excretio, fokozott enzymválasztás) az intracellularis enzym kikerül a serumba, liquorba, vagy az exsudatumokba és így azok GOT tartalma emelkedik.

A GOT meghatározást Dubach colorimetrias módszerével végeztük Tényi módosításával.

Vizsgálataink során arra óhajtottunk feleletet kapni, vajon koponyatraumák (commotio, contusio) után észlelhető-e GOT aktivitás a savóban és ebből differenciáldiagnostikai következtetés levonható-e.

Állatkísérletek

Vizsgálatainkhoz ivarérett, hím tengerimalacot használtunk. Kontrollként 10 egészséges tengerimalac SGOT értékét határoztuk meg. A legkisebb érték 48 E, a legnagyobb érték 63 E, középérték 49 E volt.

Újabb 12 tengerimalacon agyi contusiót létesítettünk és hasonló időközökben vizsgáltuk a GOT értékváltozást. A legkisebb érték 88 E, a legnagyobb 168 E, a középérték 150 E volt.

Ezekből a vizsgálatokból látható, hogy *commotiókor nem találunk SGOT emelkedést, contusio esetén viszont az értéknövekedés szembetűnő.*

Az állatkísérletek után a koponya megnyitásával ellenőriztük, hogy valóban commotiót, vagy contusiót létesítettünk-e, mert ellenkező esetben a kapott értékek nem vehetők figyelembe.

Wroblewski biochemiai biopsiáról beszél, a morfológiai biopsia analógiájára, mikor a testnedvekben felszaporodó enzymek mennyiségi változását kutatja.

Betegeken történő megfigyelés: 135 koponyasérültön (akik közül 120 tiszta commotiós, és 15 contusió volt), sorozatos GOT meghatározást végeztünk a savóból.

Egészséges egyének SGOT meghatározása alapján a 40 E-t tekintjük normál értéknek, a 100 E felettit diagnosztikus értékűnek tartjuk.

120 commotiós betegen, akiken egyéb mellésérülés nem volt, sorozatos GOT meghatározást végeztünk a baleset napján és az azt követő két napban. A legkisebb érték 40 E, a legnagyobb 98 E, a középérték 58 E volt.

* Megjelent: Orv. Hetil. 1962, 103, 29, 1358—1359.

1. táblázat

Állatkísérlet	Legkisebb é.	Legnagyobb é.	Közép é.
Commotio cerebri	29	63	49
Contusio cerebri	88	168	150
Normál érték	48	63	60,5

20 commotiós sérült esetében a liquorból is végeztünk GOT meghatározást. A legkisebb érték 25 E, a legnagyobb 40 E, a középérték 30 E volt.

15 agycontusio esetén hasonló időközökben végeztünk vizsgálatokat. A legkisebb érték 88 E, a legnagyobb 463 E, középérték 180 E volt (három halállal végződött esetben a boncolás is igazolta a contusiót).

Ezek az eredmények azt mutatják, hogy a commotiós állapotokban sem a serum, sem a liquor GOT értéke nem emelkedik, contusiókor viszont határozott az emelkedés (2. táblázat).

2. táblázat

Beteganyag	Legkisebb é.	Legnagyobb é.	Közép é.
Commotio cerebri	40	98	58
Contusio cerebri	88	463	180
Normál érték	40	75	50

Összegezve vizsgálatainkat megállapíthatjuk, hogy *commotios és contusiós kór-állapotokban végzett GOT meghatározásokból differenciál-diagnostikai következtetések vonhatók le*. A hibahatárok figyelembevételével normális serum és liquor GOT szint nagy valószínűséggel commotio mellett szól. Emelkedett SGOT érték esetén a commotiónál már súlyosabb agysérülés (contusio, intracerebralis haemorrhagia) állhat fenn.

IRODALOM

1. Dubach U. C.: Schweiz. Med. Woch. 1957. 87: 185.
2. Tényi Mária: Orv. Hetil. 1958. 1207.
3. Halász Tamás: Orv. Hetil. 1958. 1305.
4. La Due J. S., Wroblewski F., Karmen A.: Science 1954. 120: 497.
5. Cohen: J. of Bioch. 1941. 140: 711.
6. Szabó L., Szabados T. és H. Eck Erna: Orv. Hetil. 1960. 87.
7. Braum P., Horváth I.: Orv. Hetil. 1958. 1210.
8. Halász T., Tausz E., Szemere P.: Orv. Hetil. 1958. 38: 1305.

A HEVENY GYOMORÁTFÚRÓDÁS ORVOSLÁSA*

Morva László dr.

Húsz évvel ezelőtt, 1942-ben számolt be osztályunk az Orv. Hetil. és a Chirurg hasábjain (2—4) a heveny gyomorátfúródás conservatív műtétéről. Akkor 91 akut gyomorperforatio műtéti eredményeit elemeztük és végső megállapításainkat — pro és contra hozzászólások után — a következőkben összegeztük (3):

1. A heveny gyomorátfúródás legtermészetesebb műtete az elvarrás: kilyukadt a gyomor — bevarrjuk.

2. A resectio ma (1942!) heveny gyomorátfúródás esetén teljesen elfogadott műtét. Azt azonban senki sem állíthatja, hogy az operációs megterhelést illetően egyenértékű az elvarrással.

3. Nem valószínű, hogy a sebésznek olyan nyugtalanító mellék gondolata lett volna, ha egyszerű elvarrással operált betege meghalt, „hátha resectióval megmaradt volna...?” Viszont resectio után felteheti önmagának a kérdést: talán egyszerű elvarrással nem halt volna meg.

4. Kevés sebész követelné saját gyomorperforációja esetén, életveszélyes állapotának tudatában a resectiót azzal, hogy ha már „nyitva a has”, egy ülésben nagyobb kockázat árán is „makkegészségessé” operálják.

Mikor 1919-ben Haberer (7) elvégezte az első primer resectiót heveny gyomorátfúródás esetében, sok követőre talált. Azonban lassanként csökkent a radikálisok tábora, mert a halálozás arányszáma kedvezőtlenül alakult, nyilván a nagyobb műtéti beavatkozással járó shock-hatás következtében.

A resectio, annak ellenére, hogy némely szerző (6—7—9) halálozási statisztikája meglepően jó (nyilván jól meg tudják válogatni a primer resectióra alkalmas eseteket) — jóval kockázatosabb beavatkozás, mint a pár percet igénylő elvarrás. Kellő tapasztalattal, sebészi routine-nal nem rendelkező sebész számára pedig feltétlenül ez utóbbi a követendő eljárás.

Nyilvánvaló, hogy régen, mikor még többnyire fel sem ismerték a kórképet, nemhogy operálták volna a gyomorátfúródást, akkor sem halt meg valamennyi gyomorperforált. Több esetben magától is meggyógyult úgy, hogy a lyukra tapadt cseplesz és a környező szervek rostonyás rátapadása elzárta a perforációs nyílást. Ezt a tapasztalati tényt felhasználva, újabban enyhébb tünetekkel járó „mikroperforatio” vagy körülhatárolt „fedett perforatio” esetén a beteg állapotának állandó ellenőrzésével conservatív, belgyógyászati kezelés is alkalmazható (1). Ennek lényege, hogy a szigorú ágynyugalomban tartott, „null-diétára” fogott beteg gyomrát állandó szívással „szárazon tartva” parenteralisan bevitt orvosszerekkel gondoskodunk a só- és vízháztartás egyensúlyban tartásáról, érbe adott teljes vérrel vagy vérplasmával táplálásáról. Ezzel időt adunk ahhoz, hogy a cseplesz és gyulladás termelte fibrin betapassza a kis perforációs nyílást. Ezt a nagyon megbízhatatlan folyamatot te-

* Megjelent: Orv. Hetil. 1963, 104, 12, 548—550.

hetjük biztossá a szervezetet alig megterhelő fekély-átöltéssel és cseplesz-plombage-zsal.

Bármely orvoslási eljárás vagy sebészi művelet üdvös voltát csupán annak időállósága igazolhatja. Csak bizonyos idő elteltével mérhető le heveny gyomorperforációk esetében is az alkalmazott eljárás helyénvalósága.

Első közleményünk óta hús esztendő telt el. A sebészet a vérátömlesztés korlátlan lehetőségével, majd az antibiotikumok felfedezésével új korszakba lépett. A két fegyver, a vér és a bacteriostaticumok birtokában heveny gyomorátfúródásban is eredményesen vehető fel a küzdelem mind a shock, mind a fertőzés ellen. Az elsődleges resectio sokkal biztosabb alapokon végezhető.

Ennek ellenére sem változtattunk régi álláspontunkon; heveny gyomorperforációkor ma is egyszerű elvarrást végzünk, illetve a később esetleg kifejlődő stenosis elkerülése végett „cseplesz-plombage”-t (Graham műtét), mely lényegében azonos az elvarrással (az átfúródott fekélyen áthatoló két-három átöltő varratba cseplest csomózunk a lyuk fölé). Ezzel a néhány perces beavatkozással a betegek több mint 90%-a biztosan megmenthető.

Miben pusztulnak el az operált betegek? Több okból halhatnak meg: 1. későn kerülnek műtetre (a hashártyagyulladás irreversibilis), 2. túl nagy a perforációs nyílás (nagy tömegű gyomortartalom árasztotta el a hasüreget), 3. többnyire idős betegek esetében késői szövődmények (rekesz alatti vagy hasüregi maradék-tályogok, tüdőgyulladás) következtében. Ezekkel a halálokokkal mindig számolhatunk.

Lényeges és egyben döntő kérdés: mi lesz az elvarrással operált, felépült betegek későbbi sorsa? Megmarad-e a fekély a velejáró panaszokkal, késői szövődmények, stenosis, vérzés miatt szükségessé válik-e újabb műtét? Erre vonatkozó közvetlen tapasztalataink igen kedvezőek: az elvarrással operált fekélyek jórésze „klinikailag” meggyógyul, reoperációra aránylag ritkán kerül sor (l. grafikon).

Osztályunkon az elmúlt öt esztendőben 88 heveny gyomor-, illetve nyombél-fekély átfúródást operáltunk helyi vagy általános érzéstelenítésben.

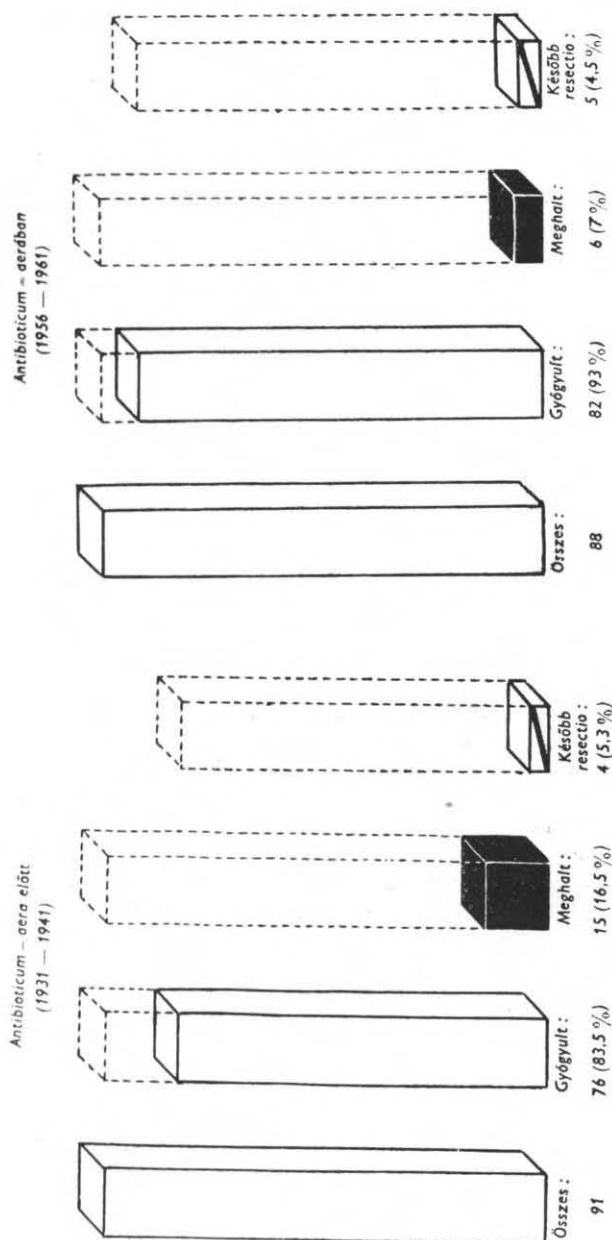
A 88 operált kor szerinti megoszlása

20—40	40—60	60 éven túl
41	38	9
(46,5%)	(43,1%)	(10,2%)
(Intézeti halálozás)		
1	3	2
(2,4%)	(7,8%)	(22,2%)

Műtetre (elvarrás) került 88 beteg

6 órán belül	24 órán belül (6 órán túl)	24 órán túl
9	47	32
(10,2%)	(53,5%)	(36,3%)
(Intézeti halálozás)		
0	1	5
—	(2,1%)	(15,3%)

Egymás mellé állítva az antibioticum-aera előtti és a mai, az antibioticumok korszakában végzett heveny gyomorátfúródások conservatív-műtétének eredményeit (l. grafikon), lényegesebb változás csak a kedvezőbb halálozási arányszámban mu-



1. ábra. Conservatív műtétrel egyszerű elharrdssal operált betegek összehasonlító grafikonja

tatkozik. Ez azonban nemcsak az eredményes shock-kezelés és az antibioticumok javára írható, hanem inkább annak a következménye, hogy jóval korábban kapjuk a betegeket, részben a körzeti orvosok sokat fejlődött diagnostikai készsége, részben a mentőszolgálat kiterjesztése és jobb szervezése következtében.

Az összehasonlító grafikon legértékesebb pontja a reoperatio kérdése. Ez igen kedvező mind a régi, mind az új statisztikai értékelésben. Bizonyítja, hogy az átfúródott fekély jórésze meggyógyul feltételezhetőleg a heveny perforációval járó, a szervezetet áthangoló shockhatásra, a hashártyagyulladásra, illetve a velejáró sok más, a szervezetben lejátszódó folyamatra, valamint az idült fekélynek átöltő varratokkal történt megbolygatására. Ez utóbbi jelenség jól ismert a renyhén, vagy gyógyulni nem akaró fekélyek terápiájából, mikor ezek felújítva, megkaparva vagy körülmetszve meglepő gyorsasággal gyógyulásnak indulnak.

A gyógyulás megítélése mindig kényes kérdés. A sajátos neuro-vegetatív betegség sem nem tuberculosis, sem nem rák, ahol önkényes időhatárokat szokás felállítani a gyógyulást illetően. Azzal, hogy radikális műtéttel a fekélyképződés praedilectio területét, a kiscsőbület distalis kétharmadát és a nyombél bulbusát a pylorus-gyűrűvel együtt eltávolítjuk, a „fekélybetegség”-et nem oldottuk meg véglegesen, azt nem tudjuk kioperálni. Resectio után is számolhatunk recidívával mindaddig, míg a betegség központi, idegrendszeri tényezői bent fészkelnek a szervezetben.

Feltétlenül külön kell választanunk a *klinikai* és *körbonctani* gyógyulást. Ha az operáltak semmi panasza nincs, súlyban gyarapodott és a régi munkakörében dolgozik, azt klinikailag gyógyultnak kell elkönyvelnünk, annak ellenére, ha talán a rtg.-vizsgálat még jelez a perforatio helyén elváltozást.

Elvarrással operált betegeinket hat hét, három, majd hat hónap múlva rendljük vissza ellenőrző vizsgálatra. Ha semmi panasz nincs, három hónapon belül nem küldjük rtg.-vizsgálatra, egyrészt mert valószínű, hogy panasztalanság ellenére fekélye még kimutatható, másrészt a rtg.-vizsgálattal a betegség tudatát tápláljuk benne és pozitív rtg.-lelet birtokában nem fog munkába állni, noha panasza nincsen. A hatodik hónapban azonban a felülvizsgálatra berendelteteket kivétel nélkül rtg.-vizsgálatnak vetettük alá.

Gastroszkópos vizsgálatot az ellenőrzések alkalmával nem végeztünk. Felelegesen terhelnénk vele az operáltakat mikor a gyomor rtg.-vizsgálata teljes felvilágosítást nyújt. Különben is a heveny átfúródás csaknem törvényszerűen (az esetek 80—90%-ában) a nyombél bulbusán következik be, azon a ponton, mely kívül esik a gastroszkop látóterén.

A 88, egyszerű elvarrással operált közül 77 jelent meg ellenőrző vizsgálatra. (Az elmaradt operáltról feltételezhető, hogy nincsenek különösebb panaszai, különben nem maradt volna el a kontroll-vizsgálatról.) A felülvizsgálatok eredménye kiértékelő:

Panasz nincs	Panasz van	Panasz van
rtg. fekélytünet nincs	rtg. fekélytünet nincs	rtg. fekélytünet van
46 (59,7%)	22 (28,6%)	9 (11,7%)

Amennyiben a fél éves felülvizsgálat még jelez fekélyt, ez még nem jelent feltétlenül műtéti javallatot. Ezek a betegek további, fél, egy évi belgyógyászati kezelésre, „ulcus gondozásra” szorulnak és csak ennek eredménytelensége, illetve a panaszok állandósulása esetén kerülhet sor reoperációra, radikális megoldásra, gyomorresectióra.

Természetesen bizonyos esetekben szóba jöhet heveny átfúródáskor az elsődleges resectio. Ennek azonban ma már kialakult *feltételei* és *javallatai* vannak.

Feltételei:

1. a beteg 6 órán belül kerüljön műtetre
2. a jó általános állapot (keringés, légzés)
3. ne legyen diffúz peritonitis, ne legyen a gyomor és nyombél oedemásan átvódva

Javallatai:

- a) ha a perforatiót súlyosabb vérzés (haematemesis, melaena) kíséri
- b) ismételt perforatio (ritka!)
- c) ha valószínűleg rákos fekély perforált.

A resectio hívei gyakran érvelnek az elvárás ellen azzal, hogy a bentmaradt fekély később vérezhet, gyógyulása folyamán stenosis fejlődhet ki, sőt rákosan is elváltozhat. Kétségtelen, hogy a fekély később vérezhet, elvértve szűkületet okozhat; azonban akár vérzés, akár szűkület vagy belorvosi kezeléssel nem befolyásolható panaszok miatt később mégis szükségessé válik a műtét, a beteg egészen más körülmények között, szabályszerűen előkészítve, sokkal kedvezőbb bonctani viszonyok (gyulladásos vizenyő, hashártyagyulladás nélkül) kerülhet a műtőasztalra, összehasonlíthatatlanul jobb műtéti kilátásokkal. A rákos elváltozás viszont alig jöhet számításba, minthogy a fekély-perforatiók túlnyomó százaléka a nyombélen következik be („a gyomorfekély penetrál — a nyombélfekély perforál!”), és tapasztalati tény, hogy a nyombélfekély úgyszólván soha nem rákosodik el, ha mégis megtörténik, közlésre való „irodalmi raritás”.

Összefoglalás.

A közlemény 1956—1961. évben, heveny gyomor-, ill. nyombélfekély átfúródás miatt egyszerű elvarrással, „cseplesz-plombage”-zal operált 88 betegen szerzett tapasztalatokat vázolja. A halálozás mindössze 7% volt és csak 4,5%-ban vált szükségessé később második műtét, gyomorcsonkolás. Az eredmények a húsz évvel ezelőtt, ugyancsak conservatív műtéttel operált 91 heveny perforatio adataival összevetve azt mutatják, hogy ma, a korszerűbb érzéstelenítés, eredményes shock-kezelés és antibioticumok birtokában sem szükséges a kockázatosabb primer resectióra törekedni, mert a szabad hasüregbe perforált fekélyek jó része a conservatív műtét után meggyógyul, legalábbis panaszmentessé válnak az operáltak. Ha pedig bizonyos idő elteltével mégis szükségessé válik a gyomor csonkolása, az sokkal kedvezőbb viszonyok között, lényegesen csekélyebb kockázattal végezhető el.

IRODALOM

1. E. W. Bedford—Turner: Brit. Med. J. 1945. 1: 457.
2. Bugyi: Orv. Hetil. 1942. 86: 357.
3. Bugyi: Orv. Hetil. 1942. 86: 459.
4. Bugyi: Der Chirurg. 1942. 14: 664.
5. Friedrich: Orv. Hetil. 1951. 92: 1518.
6. Klimkó: Orv. Hetil. 1959. 100: 531.
7. Metzl—Somogyi: Orv. Hetil. 1958. 99: 959.
8. Sztrucsokov: Hirurgija 1953. 7: 3.
9. Tóth: Loessl-émlékülésre 1958. 125.
10. A. H. Visick: Brit. Med. J. 1946. 2: 941.
11. Szécsény—Siklós: A gyomorperforatio gyógyításáról 1955. 8: 361.

CLAVUS INTERDIGITALIS

Tari Gábor dr.

„Témád fontossága nem pótolhatja gondolataid eredetiségét”

Selye

Ki ne ismerné a sebészi rendelők gyakori betegét, aki megkínzott arccal, papucsban sántikálva arra kéri orvosát, hogy vágja le lábujját, csak hogy tyúkszemétől megszabadulhasson.

Anamnesise valóságos kálvária. Stációi: kimetszett, kikapart, kiegészített, minduntalan kiújuló, intertrigosusan fertőzött, ekzémás vagy phlegmonosus, esetleg tyúkszemirtók kimarta környezetű lábujjközi clavus. Többször a IV—V. lábujj redője mélyén fészkel a therapia számára nehezen hozzáférhető helyen, sokszor párosával, egymással szemben, nevezhetnénk „kissing clavus”-nak a „kissing ulcer” mintájára (1. ábra). A cipő összeszorította, orsószerűen megvastagodott kisízületek bőrre gyakorolt állandó nyomása, irritációja hatására keletkeznek és minthogy ízületközben vannak, a kis ízület másodlagos, állandó fájdalommal járó gyulladását is okozhatják. Kiújulási hajlamuk érthető, hiszen egyszerű kiirtásuk nem oki gyógy mód.

Összetevői: cipő—csontfejecsek—bőr.

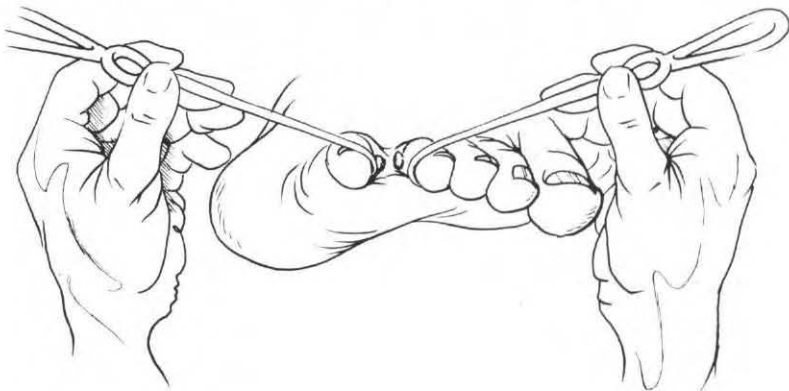
A triász harmadik tagja látszik kiiktathatónak. Ahol nincs hámelem, ott nem keletkezhet többé hámeredetű elváltozás sem. Kinek nem keletkezhet interdigitalis clavusa? A syndaktyliás egyének, akinek nincs interdigitalis spatiuma. Ez a kóros állapot máris kezünkbe adja a műtéti megoldás kulcsát, noha az első hallásra ellenérzést válthat ki az interdigitalis clavus művi syndaktyliával történő orvoslása.

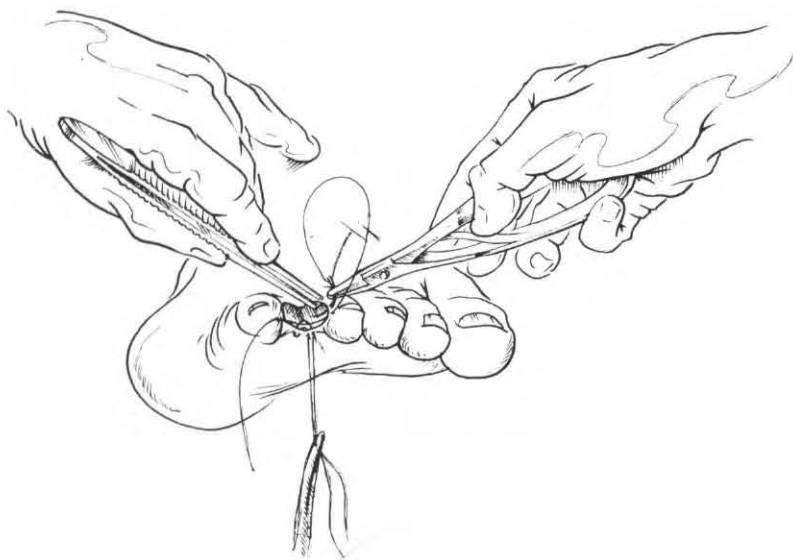
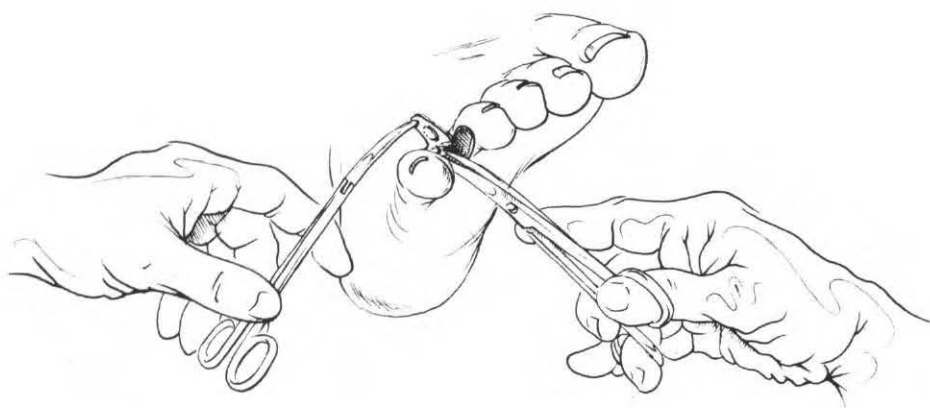
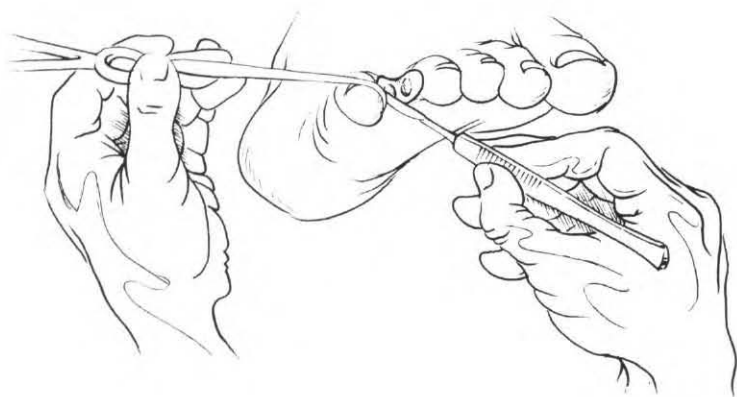
Az ellenérv lehet: 1. esztétikai, 2. functionalis.

ad 1) Melyik a szebb? Két felpállott lábujjközi tyúkszem, vagy egy kis úszóhártya, nem is beszélve a fájdalmakról, járásról.

ad 2) A IV—V. lábujj az emberreválás során már rég elvesztette különmozgását. Ennek ugyan hátrányát nem érezzük, annál inkább a fájdalmas clavusét, amely az egész végtag funkcióját gátolja. Ha mindehhez hozzátesszük, hogy a beteg már a lábujj amputációját kéri, a műtét, a fél-conservatív megoldás máris jogos.

A műtét egyes fázisait lerajzoltam, kevés magyarázat kell hozzá.







Gondos bőrelőkészítés után helyi érzéstelenítésben bőven az éppen szikével körüljárva a clavusokat, „lovaglónadrágbetét” formájú lágyrészt vágunk ki (2., 3. ábra). A keletkezett sebészeti néhány silon U-varrattal teljesen zárjuk, félig összevarrva az ujjközti redőt (4., 5. ábra). Azt tapasztaltuk, hogy előnyös a nem beivódó „szövetbarát” silon használata az amúgy is felázásra, fertőzésre hajlamos területen, amelyet később még Plastubol-spray-vel is óvhatunk. A seb szétválásra hajlamos, ezért a varratokat két hétig is benthagyjuk.

Valamennyi műtéti megoldást a vele elérhető eredmény fémjelez. Eredményeink igen jók, a beteg véglegesen megszabadul fájdalmaitól.

Ezzel a műtéttel, az „arteficiális semi-syndaktyliával” az irodalomban nem találkoztam. Oka lehet, hogy a téma a sebészorvoslás már lenézett perifériájára esik, vagy túlságosan kézenfekvő a megoldás. Mindenesetre elgondolkoztató, hogy az emberreválás évmilliós hosszú útján kialakult lábujjakat visszaalakítjuk úszóhártyássá, és ez lenne a „modern” terapia. Ám ha a Fallot-tetralógia sebészi orvoslásában polgárjogot nyert, hogy a négy fejlődési rendellenességet egy ötödik készítésével gyógyítsuk, akkor megengedhető, hogy interdigitalis clavus esetén visszanyúlva az embryonális életbe, művi syndaktyliát létesítsünk.

ZÁRT COMBCSONT- ÉS MEDENCETÖRÖTTEK REJTETT VÉRVESZTÉSE

Badó Zoltán dr.

A vérvesztés *nyílt* sérülések esetén nyilvánvaló, vagy az anamnesisből tisztázható. Testüregek *zárt* sérülésekor (mellkas, has, koponya) elsősorban a specifikus tünetek hívják fel a figyelmet a vérzésre: mellkasi folyadékgyülem („tompulat”), hasi izomvédekezés, agyi nyomásfokozódás tünetei. *Zárt combcsont- és medencetörötteknél* sem látható vérzés, sem kifejezett specifikus tünetek nincsenek: *a vérzés rejtett*. A combkörüfogat megnövekedése, a csípőtányérban néha bizonytalanul tapintható terimenagyobbodás könnyen elkerülheti a vizsgáló orvos figyelmét (14). Érthető tehát, hogy még tapasztalt traumatológusok is a sérülést gyakran követő vérzéses shock kialakulása esetén mellkasi vagy hasi társsérülések után nyomoznak és csak kétkedve fogadják el a zárt combcsonttörést vagy zárt medencetörést a vérvesztés egyedüli okának.

Jelen munka célja exakt vértérfogatmérésekkel bizonyítani, hogy *a zárt combcsont- és medencetörések önmagukban is a keringő vértérfogat felének elvesztését, súlyos vérzéses shockot okozhatnak*.

1965 óta a szentesi Megyei Kórház Izotóp Laboratóriumában rendszeresen végzünk vértérfogat meghatározásokat heveny és idült hypovolaemiás sérültekben és betegekben. Többfajta vizsgálmódszert használunk: 1. „gyors” plasmavolumetriát ^{131}J -human serum albuminnal, 2. ^{51}Cr -mal in vitro jelzett saját vörösvértestekkel vvt.-volumetriát, 3. „duplajelzésű” izotóp térfogatmeghatározást (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10). Izotóp laboratórium hiányában a klinikai gyakorlatban jól bevált vértérfogatmérésre a festék-dilútiós módszer is Evans-kék: T-1824, Cardiogreen: indocyanin zöld (8, 11, 12, 15).

Esetismertetések

1. *B. I. 44 éves férfi.* 1966-ban autóbaleset következtében a bal combcsont zárt, darabos kettős törése. Másfél órával a baleset után, praeshockos állapotban került osztályunkra (RR: 100/70, P: 120/min). Azonnal beállított Rheomakrodex infusio ellenére keringése összeomlott, radiális pulzus nem volt tapintható, vérnyomása mérhetetlenné vált. A sérült comb átmérője másfélszerese volt az époldalinak. Csak 1200 ml teljes vér transfúziója után normalizálódott keringése (RR: 120/80, P: 96/min). A zárt combcsonttörésen kívül egyéb társsérülése nem volt. (Ennél a sérült-nél merült fel bennünk a rejtett vérvesztés pontos felmérésének és célzott pótlásának gondolata!)

2. *Sz. J.-né 70 éves.* Otthonában elesett. Egyetlen sérülése zárt haránttörés a femur-diaphysis proximalis harmadán. Felvételnél P: 100/min, RR: 130/100, Ht: 38%, Hb: 13,8 g%, plasma fehérje: 6,4 g%. A sérült comb körfogata 33 cm, ép oldalé 30 cm. Fájdalomcsillapítás, tuberositas tibiae-n extensio.

Nyolc órával később a hypovolaemiás shock típusos képe alakul ki RR: 90/50, P: 130, filiformis, centrális vénás nyomás (CVP): 1 vízcm, vizeletmennyiség:

0,3 ml/perc. Egy liter Rheomakrodex és egy liter sóoldat infúziója után a haematokrit 26%. A sérült comb körfogata 39 cm, 6 cm-t növekedett. *Vértérfogatmérés* (^{51}Cr -vvt volumetria): összvérmenyiség (BV): 2362 ml (volumendeficit: 838 ml), vörösvértestösszmenyiség (CV): 539 ml (50% deficit), plasmavolumen (PV): 1823 ml (300 ml deficit). *Célzott vérpótlás*: 900 ml 60%-os haematokritu vvt-suspensio infundálása után a shock megszűnik. RR: 120/90, P: 88/min, CVP: 8 vízcsm, vizeletmenyiség: 2,5 ml/perc. Vértérfogatmérés: BV: 2990 ml, CV: 1080 ml, PV: 1910 ml. A vérhiány gyakorlatilag megszűnt.

Epikrizis: a zárt combcsonttörés néhány óra alatt a keringő vértérfogat felének (másfél liter vér!) elvesztését okozta. A koncentrációs paraméterek és a klinikai jelek kezdetben normálisak voltak, a kompenzáció kimerülésekor hirtelen súlyos vérzéses shock alakult ki. A shock adequat kezelése, a célzott vérpótlás vértérfogatméréssel vált lehetővé.

A vérvesztés valódi nagyságát nem a mért BV jelzi, hiszen a kompenzatorikus szövetközt folyadékbeáramlás csökkenti az intravasalis volumenhiányt. Az extravasalódott teljes vérmenyiséget a CV deficit mutatja!

3. B. É. 18 éves leány. Autóbaleset, zárt ficamos medencetörés (fractura rami sup. et inf. ossis pubis l. d., luxatio articulationis sacroiliacalis l. s.). A medencetörésen kívül csak a bal tibia alsó harmadán keletkezett dislocatio nélküli harántrepedés. Beszállításkor: P: 100/min, RR: 110/80, Ht: 40%, Hb: 13 g%. Fájdalomcsillapítás, gipszsin a bal alsó végtagra, extensio a femurcondylusokon.

16 órával később súlyos vérzéses shock: RR: 75/30, P: nem tapintható. Hideg verejtékezés, „cadaver”-bőrszín. Has puha, jól betapintható, izomvédekezés nem észlelhető. Mellkas rtg. negatív. *Vértérfogatmérés*: BV: 2576 ml (1624 ml vérhiány), CV: 542 ml (60%-os deficit!), PV: 2034 ml, Ht: 23%. *Célzott vérpótlás*: 960 ml teljes vér és 560 ml vvt—suspensio (62% haematokritu) transfúziója után normovolaemiássá vált, a shock megszűnt. Néhány nap múlva a bal csípőtányérban lapos, homályos resistentia vált tapinthatóvá, feltehetőleg a szervülő haematoma.

4. H. M. 25 éves leány. Autóbaleset, zárt luxatiós medencetörés. Felvételnél enyhe shockban van, ezért 500 ml Rheomakrodexet, 480 ml teljes vért és 500 ml Isodexet kap. RR: 110/70, P: 90/min. Infúziós pyelographia negatív. Fájdalomcsillapítás, extensio a bal femur-condylusokon.

Két nap múlva jó általános állapota és keringése ellenére a Ht: 28%, vértérfogatméréssel (a vvt-össztérfogat csökkenése alapján) 45%-os vérvesztést állapítunk meg! BV: 3103 ml (volumendeficit: 500 ml), CV: 869 ml (45%-os deficit!), PV: 2234 ml (+369 ml). 960 ml 55%-os haematokritu vvt—suspensio infundálása után megközelítőleg normovolaemiássá válik. BV: 3400 ml, CV: 1580 ml, Ht: 47,8%.

5—6—7. K. J. 42 éves, Sz. J. 18 éves, S. Á. 18 éves férfisérültek motorbalesetből eredő zárt femurtöréseinél a keringő vértérfogat 46, 50, ill. 32%-os rejtett elvesztését észleltük. Mindhárom esetben sikerült a kialakuló vérzéses shockot idejében célzott vérpótlással megszüntetnünk. Mivel decursusuk az előző négy sérülthez hasonló, a részletezéstől eltekintünk.

Megbeszélés. Vizsgálataink egyértelműen bizonyítják, hogy az izolált zárt combcsont- és medencetörések önmagukban, társsérülés nélkül is súlyos hypovolaemiás shockot kiváltó vérvesztést okozhatnak.

A nagyobb csöves csontok törésekor vagy a törést követő órákban, ha a törtevégek a közelükben futó ereket sértik, jelentékeny tömegű haematoma képződhet. A vérömleny nagyságának a lágyrészek közötti tér, ill. a környező lágyrészek vastagsága szab határt. A kialakuló vérömleny bizonyos nagyságot elérve tamponálja önmagát, megszünteti a vérzést. Arteria sérülés esetén döntő, hogy a végtag fő-

arteriája vagy más kisebb arteria sérült-e. A karon, alkaron, lábszáron zárt törés következtében kialakuló haematoma természetesen nem okozhat vérvesztéses shockot. Combtörés, ill. medencetörés viszont jelentős vérvesztéssel járhat.

A rejtett vérvesztés „nem specifikus” tünetei félrevezetőek. A halvány, „anaemiás” bőr és nyálkahártyák, a pulzus-szám, az arteriás vérnyomás viselkedése a számtalan kompenzáló mechanizmus működésbe lépése következtében nem megbízható jel. A vérnyomás például még egy liter vér gyors elvesztése esetén sem csökken szűkszerűen, az ellensúlyozó érszűkület, a perifériás ellenállás növekedése következtében sokáig normális maradhat és csak további vérvesztés után, a kompenzációs mechanizmusok kimerülésekor esik le hirtelen, katasztrofálisan (16).

Stone és Stahl (17) véreztetési kísérletében 14 egészséges fiatal férfi középnyomása átlagban ugyan 80 Hgmm-ről 62-re esett, az egyéni különbségek óriásiak voltak. Volt közöttük olyan, kinél a vértérfogat 20%-ának gyors lebecsajtása ismételt kísérletben sem okozta az arteriás vérnyomás legkisebb csökkenését sem!

A vérvesztés nagyságának megítélésére általában használt *koncentrációt jelölő laboratóriumi paraméterek (vvt-szám, Ht%, serum protein g%, Hb g%) a hiányzó vérmennyiség megállapítására teljesen alkalmatlanok, sőt félrevezetőek.* Ezek ugyanis csak arányszámok, a vér alkotórészeinek egymáshoz való viszonyát tükrözik és a vértérfogat csökkenésének nagyságáról semminemű felvilágosítást nem adnak (6, 7, 13, 18).

Ha valaki például hirtelen elveszít 5 liter vérből 2 litert, a maradék 3 liter vérben a Ht %, Hb g%, vvt-szám még órákon át alig változik és csak 8—10 óra múlva csökken jelentősebben értékük az interstitialis folyadék kompenzatorikus beáramlása, a vér felhígulása következtében.

Stone és Stahl (17) kísérletükben bizonyították: a vértérfogat 22%-ának (több mint egy liter vér!) gyors elvesztése után 1 órával a Ht csak 2%-kal csökken, ami 1,5 ml testsúlykg plasmaszaporulatot jelent, tehát alig egy deciliter szövetközi folyadék áramlik be a vérpályába.

Végzetes tévedés tehát heveny vérzéskor az említett laboratóriumi paraméterek csökkenéséből következtetni a kivérzettség súlyosságára. *Akut vérvesztés esetén közvetlenül a vérzés után öt milliós vvt-szám, 45%-os haematokrit, 15g %-os haemoglobin értékek mellett is hiányozhat a keringő vértérfogatnak akár fele is.*

Az akut vérhiány nagyságának megítélésére a *vizelet mennyiségének és összetételének*, valamint a *centrális vénás nyomás (CVP) változásának* folyamatos regisztrálása (12) mellett a *keringő vérmennyiség ismételt meghatározása* a megfelelő mérőmódszer. A festék- vagy izotóp dilúciós módszerek lehetővé teszik a sokszor jelentős vérhiányok pontos felmérését és időbeni, adequat pótlását, így a hypovolaemiás shock kialakulásának megelőzését. Ezért indokoltnak tartjuk a vértérfogatmérési módszerek rutinhasználatát balesetsebészeti osztályokon elsősorban a rejtett, akut vérhiányok tisztázására.

Összefoglalás. A szerző izotópos vértérfogatmérésekkel bizonyítja, hogy a zárt combcsont- és medencetörések önmagukban is a keringő vértérfogat felének elvesztését, súlyos vérzéses shockot okozhatnak. A vérvesztés rejtett, sem látható vérzés, sem kifejezett specifikus tünetek nincsenek. A vérvesztés nagyságának megítélésére a nem specifikus klinikai jelek és a koncentrációt jelölő laboratóriumi paraméterek (vvt-szám, haematokrit, haemoglobin g%, serum-fehérje g%) alkalmatlanok, sőt félrevezetőek. A vizeletmennyiség és a centrális vénás nyomás változásának folyamatos regisztrálása mellett a vérhiány nagyságát a keringő vértérfogat ismételt meghatározásával lehet csak pontosan megállapítani. A szerző e módszer bevezetését ajánlja traumatológiai osztályokon rejtett akut vérhiányok felfedezésére.

IRODALOM

1. *Badó, Z., Tóth, Cs.: Orv. Hetil. 38, 1800, 1967.*
2. *Badó, Z.: M. S. 6, 337, 1967.*
3. *Badó, Z., Tóth, Cs.: Orv. Hetil. 16, 889, 1969.*
4. *Badó, Z.: M. S. 6, 365, 1969.*
5. *Badó, Z.: Zbl. Chir. 9, 281, 1970.*
6. *Berlin, N. I. és mtsai.: Cancer 8, 4, 1955.*
7. *Clark, J. H. és mtsai.: Ann. Surg. 125, 618, 1947.*
8. *Csengődy, J. és mtsai.: Sebész Nagygyűlés, Bpest. 1966.*
9. *Dragon, K., Badó, Z.: Mentőorvos továbbképzés. 9, Bpest, 1968.*
10. *Emrich, D.: Nuklearmedizin Funktionsdiagnostik. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. 1971.*
11. *Gaál, J. és mtsai.: Orv. Hetil. 30, 1633, 1968.*
12. *Gaál, J. és mtsai.: Orv. Hetil. 48, 2671, 1968.*
13. *Heim, W. és mtsai.: Radioaktive Isotope in der Chirurgie. Walter de Gruyter et Co. Berlin. 1961.*
14. *Hulin, I. és mtsai.: Mentőorvos továbbképzés. 9. Bpest. 1968.*
15. *Marik, F. és mtsai.: M. S. 268. 1969.*
16. *Petri, G., Kovács, G.: A műtéti előkészítés és a műtét utáni kezelés anyagszerevonatkozásai. A gyakorló orvos könyvtára. Bpest. 1964.*
17. *Stone, A. M., Stahl, W. M.: Ann. Surg. 172, 825, 1970.*
18. *Veall, N., Vetter, H.: Radioisotope Techniques in Clinical Research and Diagnosis. Butterworth and Co. LTP. London. 1958.*

A SHOCK ELKÜLÖNÍTŐ KÓRJELZÉSE*

Mencser András dr.

Kórházunkban már több alkalommal hangzott el a kórélettan és a klinikum egyik legizgalmasabb fejezetéről, a *shock kérdésről* előadás. Abban a szerencsés és megtisztelő helyzetben voltam, hogy hasonló összejöveteleken beszélhettem a *shock pathomechanizmusáról*, külön kiemelve a *shock hormon terapiáját* és az ezzel kapcsolatos *irreversibilitás morfológiai* kérdéseit. Kisebb referátumok formájában ugyancsak szó volt már a *shockos sav—bázis egyensúly zavarairól* és ezek *gyógykezeléséről*. Tulajdonképpen az elhangzott előadássorozatba lehetne beilleszteni a mai témakört is, mely a fontosabb shock-folyamatok csoportosításával és ezek differenciál diagnosztikájával kíván foglalkozni. Annál is inkább megérdemel a téma néhány percet, mert tankönyveink még mindig mostohán bánnak a kérdéssel. Sok esetben szöges ellentmondásokat olvashatunk, összefoglaló jelleggel pedig nem tárgyalta irodalmunk.

Tudjuk, hogy igen sokféle ok szerepel a shock folyamatának megindításában, melynek centrumában mindig a *perctérfogat csökkenése és a következményes szöveti hypoxia áll. A végső kimenetel közös: a szövetek O₂-ellátása elégtelenné válik.*

Fontos a shockot okozó *alapfolyamat lényegének felismerése*, mert adequat terapiát csak így végezhetünk.

Az *alapfolyamatot* tekintve, a több ok létrehozta shockos folyamatokat *négy nagyobb csoportba lehet osztani:*

I. Hypovolaemiás shock

Fő jellemzője kórtanilag a *keringő vérmennyiség csökkenése*. Három formában jöhet létre és ennek megfelelően három alcsoportját is különböztetünk meg.

1. *Haemorrhagiás shock*. Heveny vagy idült vérvesztés következménye lehet. Ide sorolhatjuk a hypovolaemiás shocknak azt a formáját is, melyet *latens*, vagy *chronikus shock* néven ismerünk. Ez utóbbi főleg idült vagy hosszantartó betegségekben, malignus folyamatokban szokott kialakulni. Nagy jelentősége van a műtétre kerülő beteg eseteiben, mert ha a műtét előtti kivizsgálás nem deríti fel ezt az állapotot és nem történik meg a homeostasis rendezése, műtét közben vagy műtét után súlyos, acut shock alakulhat ki, amely nagyon könnyen, minden gyógykezelés ellenére irreversibilissé válhat.

Itt is érvényesül az örök érvényű mondás, melyet Petri professzortól hallottam egyik nemzetközi shock-kongresszuson: „*könnyebb a shockot megelőzni, mint gyógyítani*”.

A hypovolaemiás shock létrejöttének másik formája a dehydration.

2. *Dehydratiós shock*: dehydration következtében kisebb vagy nagyobb mértékben *beszűkül az extracellularis tér*. Beszűkülésének oka folyadék vagy elektrolýt veszteség. A következmény itt is egyértelmű: *csökken a keringő vérmennyiség, csök-*

* Kórházunk 1971. októberi szakülésén elhangzott előadás.

ken a perctérfogat, és ez szöveti hypoxiát okoz. A dehydrationnak három formáját különböztetjük meg:

a) *Hypertoniás dehydration*: tisztán vizet veszít a szervezet, volumen regulatio eredményeképpen fokozott aldosteron termelés van. Ez nátriumot tart vissza, amely fokozza az ozmoregulációs központ ingerlékenységét, ennek eredménye az ADH fokozott termelődése. A regulációban még részt vesz az intracelluláris tér is: az extracelluláris térbe folyadékot bocsát ki. A pathomechanizmus alapján egyértelmű a gyógykezelés: folyadék bevitel a szervezetbe.

b) *Isotoniás dehydration*: túl nagy jelentősége nincs, mert rendszerint átmeneti állapot.

c) *Hypotoniás dehydration*: az egyik legsúlyosabb hypovolaemiás állapot, amely nagyfokú sóvesztés után alakul ki. Súlyosságát a következményes intracelluláris tér megnövekedése, azaz intracelluláris oedema jelenti. Gyógykezelése: megfelelő só bevitel.

3. A hypovolaemiás shock harmadik nagy csoportja *plasma vesztés* révén jöhet létre. Ide elsősorban az égési betegség shock stadiuma tartozik, ahol a plasma vesztés a domináns.

NB: a nagy mennyiségű plasma vesztés mellett jelentős lehet a folyadék, elektrolit vesztés is, sőt egyes esetekben azonnali vvt pusztulással is számolnunk kell!

Az égési shock differenciál diagnosztikai szempontból nem okoz problémát, A shock másik nagy csoportja:

II. *Centralis shock*.

Lényege: a szív nem tudja átdobni a vért a vénás oldalról az arteriás oldalra. A keringő vérmennyiség normális vagy nagyobb. Létrejöttének okát három alcsoportba sorolhatjuk:

1. *Pericardinális szív-tamponade*: a pericardiumban levő folyadék comprimálja a szívet, rossz a telődés, s ennek következtében kevés a verőtérfogat.

2. *Cardiogen shock* (amelyen általában *myocardialis infarctus* értünk): a szívizom nem tud kellő erővel összehúzódni. A telődés jó, de csökken a kamrák kiürülése, tehát *csökken a perctérfogat*.

3. *Acut szívelégtelenség*, mely nagyfokú tachycardia (vagy pl.: pulmonális embolia) következtében jöhet létre. Tehát a szív valamilyen hirtelen ráháruló megterhelés miatt nem tudja feladatát ellátni.

Szeretném hangsúlyozni, hogy shockos folyamatban ha a primer ok nem is centrális eredetű, bizonyos idő eltelte után a keringés centruma, a szív is ártalmat szenved. A szívizomban hypoxiás jelenségek jönnek létre, relatív coronaria elégtelenség a fokozott O_2 igény miatt.

Hangsúlyozandó továbbá, hogy a mai felfogás szerint a shock definícióját nem elég a régi klasszikus értelemben használni, mely szerint „perifériás keringési elégtelenség”, amely az érpallya befogadóképessége és a benne keringő vérmennyiség aránytalansága következtében jön létre. Ez a meghatározás csak részben helytálló és kiegészítésre szorul. *Mai értelemben: valamennyi kóros folyamatot, amely perctérfogat csökkenésével és következményes szöveti hypoxiával jár, majd ezzel párhuzamban kóros anyagcsere és kóros idegrendszeri folyamatok jönnek létre, shockos folyamatnak nevezünk.*

Ilyen értelemben az orvoslás régi arany szabályai is módosultak, amely szerint a vér és folyadék bevitel lenne a shockos beteg legfőbb, csaknem souverain gyógyszer. Teljesen elhibázott lenne, ha például a régi szabályokhoz igazodva a centralis shockot nagymennyiségű vér, vagy folyadék bevitellel próbálnánk orvosolni.

III. *Septikus shock.*

Súlyos toxikus állapot következménye. Főleg az amerikai irodalomban találkozhatunk ide vonatkozó közlésekkel. A magyar szakirodalom ezt a shock fajtát sokáig nem különítette el.

Oki tényezőként elsősorban a Gram-negatív baktériumok endotoxinjai szerepeltethetők, melyek általános vasoparalysist okoznak. A *keringő vérmennyiség* alig csökken, vagy normális is lehet, azonban a kitágult érpálya befogadóképességéhez viszonyítva — ha relatív értelemben is — a perctérfogat itt is csökken. Abszolút értelemben is beszélhetünk a perctérfogat csökkenéséről, mert a tónustalan, paralytikus erekben pangás van, a vénás visszafolyás csökken, a szív telődése nem elégitő, és így nem lehet megfelelő a kellő mennyiségű ürítés sem. Természetesen a szív felfokozott működéssel (tachycardiával) igyekszik corrigálni a kórállapotot, de ez a compensatorikus folyamat is véges.

A kórélettani jellemzőkből következik, hogy a pressor és depressor therapiának egyaránt létjogosultsága van az oki kezelés mellett.

IV. *Reflektorikus vagy neuro-humoralis shock.*

Idegi vagy humoralis behatásra létrejött vasoparalysis áll a folyamat centrumában. Az így kialakult perifériás keringési elégtelenség relative csökkenti a perctérfogatot és következményes szöveti hypoxiát okoz. A reflektorikus shock hirtelen jön és meggyakrabban spinalis érzéstelenítéskor vagy anaphylaxiás shock létrejötténél találkozunk vele. Kórélettani jellemzőiből következik, hogy orvoslásában első és legfontosabb a pressor típusú gyógykezelés.

A fentiekben vázoltam a shockos állapotok felosztását, legfontosabb kórtani jellemzőit. A gyógyítás vezérfonalára is utaltam.

Végezetül röviden tekintsük át az egyes csoportok klinikai jellemzőit az elkülönítő kórjelzés szempontjából.

Legegyszerűbben a *reflektorikus shock*-kal végezhetünk. Itt ugyanis az anamnestikus adagok annyira jellemzőek, hogy a shock klasszikus tünetei mellett egyértelműen határozzák meg annak fajtáját és a szükséges teendőket.

Septikus shock esetében már az anamnesis nem mindig irányadó, sok esetben a gyulladásos, fertőzőes góc után kutatnunk kell. A klinikai képből kiemelendő egy ritka érdekesség, mellyel más shockban nem találkozunk: a *beteg arca vörös, piros-pozsgás*, hűvös tapintatú, erről a jellemzőjéről az angolszász irodalom „vörös shock”-nak is nevezi. Gyógykezelésében különösen fontosak a Steroidok.

A *centralis és hypovolaemiás shock*ot egymással párhuzamosan kell tárgyalnunk, mert a legtöbb félreértésre adhat okot és az ebből származó téves kezelés végzetes lehet.

Hangsúlyozandó, mint általában minden kórképnél az anamnestikus adatok felvétele, ill. értékelése, ha erre egyáltalán van mód és idő. *Klinikai tünetek:*

	<i>hypovolaemiás shock</i>	<i>centralis shock</i>
<i>vényomás:</i>	alacsony	alacsony
<i>pulsus:</i>	filiformis, könnyen elnyomható	hasznó, de sokszor ar- rhythmiás jellegű
<i>perif. vénák:</i>	üresek	teltek
<i>centr. v. nyom.:</i>	alacsony	magas
<i>bőrszín:</i>	sápadt, halvány	sokszor cyanotikus
<i>szív nagys. (rtg.)</i>	kicsi	nagy

Hypovolaemiás shock alfajainak elkülönítése:

	<i>haemorrhagiás</i>	<i>dehydratiós</i>
haematokrit	norm. v. alacsony	magas
hgb	norm. v. alacsony	magas
vvt.-szám	norm. v. alacsony	magas
se. feh.	norm. v. alacsony	magas
bőr	sápadt, sima, nedves	ráncos, rossz turger

Végül megjegyzendő, hogy a shockos folyamatok nem mindig különülnek el élesen egymástól, sőt az esetek legnagyobb részében egymással összefonódnak, kombinálódnak. Ilyenkor az elsődleges és a domináns kórfolyamat felderítése, majd ennek megfelelő helyes gyógykezelés a legfontosabb teendő. Ezt követi az egyéb kiegészítő therápia.

A PROSTATÁ ADENOMA MŰTÉTE OSZTÁLYUNKON

Tóth Csaba dr.

„Ritkán kerül valaki abba a kiváltságos helyzetbe, hogy egy igazi mester mellett dolgozhassék; a sors nekem megadta ezt.”

Fleming

Az átlagos életkor fokozatos emelkedése miatt mind többen érik el a „prostatás kort”. Egyre több férfinak lesznek vizeleti panaszai a gyakori vizeleti ingertől a teljes vizeleti képtelenségig. Ilyen esetekben az állandó katheterezés — fertőzési veszélye és kellemetlensége miatt — nem ideális eljárás az akadály áthidalására. Ez az eljárás csak olyan esetekben jöhet szóba, amikor a beteg műtétre alkalmatlan (súlyos szívizomfajulás, a veseműködés irreversibilis megromlása, kachexia...). Az ún. prostatohypertrophia végleges gyógyítása ez idő szerint csak műtéttel lehetséges: el kell távolítani a vizeleti akadályt okozó adenomát.

A prostata adenoma eltávolítására többféle műtéti megoldás ismeretes:

1. A gát felől perineálisan (sectio profunda)
2. A symphysis feletti suprapubicus behatolásból (sectio alta):
 - a) transvesicalisan, a hólyag megnyitásával (Fuller—Freyer)
 - b) retropubicusan, a hólyag megnyitása nélkül (Lidszkij—Millin).
3. Transurethralisan, endourethralis resectióval (MacCarthy).

A különböző feltárások nem egyformán terhelik meg a beteget, a műtéti és postoperatív szövődmények és a tartós eredmény szempontjából is különböznek egymástól. Általános követelmény, hogy a prostatektomia minimális műtéti megterhelést és veszélyeztetést jelentsen (vérzés!), az utókezelés rövid legyen (elsődleges zárás), és biztosítsa a tökéletes vizeletürítést, a hólyagnyak zavartalan funkcióját (ne fejlődjön szűkület, ne keletkezzék incontinentia) (14, 15).

A *perinealis prostatektomiát* osztályunkon nem honosítottuk meg. Kétségtelen, hogy a gát felől végzett műtét kevésbé viseli meg a beteget, de kellemetlen szövődésményei miatt (makacs vizeletsipoly, esetleg végleges incontinentia, impotentia) nem végezzük.

Az *endourethralis prostata-resectio* javallata egészen szűk területre korlátozott. Feltétlenül javallt például sphincter-sklerosis esetén, különben inkább csak palliatív beavatkozás, elsősorban inoperabilis prostata rákban (7).

Napjainkban a legtöbb urologus *suprapubicus transvesicalis prostatektomiát* végez (2, 4, 10, 14, 15, 16). A Fuller (1895) és Freyer (1902) kidolgozta műtétet sokan és sokféle módosításban alkalmazzák (1, 9, 11, 12, 13, 17). E műtét *előnye* — művelői szerint — az egyszerű hasfali feltárás: a hólyag jól áttekinthető; a prostatektomiával együtt diverticulum, tumor vagy kő eltávolítása könnyen elvégezhető; az adenoma eltávolítása ebből a behatolásból a legkönnyebb (16); nem zavarja a hólyagnyak működését; ritkán követi incrustatio, tartósult fertőzés vagy hólyagnyak-hegesedés, illetve incontinentia (15). *Hátránya*: a hólyagot nem is egyszer, hanem kétszer kell átvágnunk azért, hogy hozzájussunk a prostatához: egyszer fent, egyszer lent. Másik „szépséghibája” a műtétnek, hogy vaktában, teljesen „érzésre” dolgozunk ujjunkkal az adenomás gób kifejtésekor. Legnagyobb teherterele azonban a műtétnek a tökéletlen vérzéscsillapítás. Többnyire a prostata ágy megbízhatatlan tamponálá-

sára vagyunk utalva (6). A hólyagnyakban és a prostata-ágban varratok maradnak vissza, ami rendszerint másodlagos kőképződést okoz (16); tamponálás esetén a tampon gátolja a hólyagnyak contractióját, kóros ingereket vált ki és a fertőzést elősegíti; a visszamaradó üreg (loge) vérzése nem gátolható teljes biztonsággal; az eredeti módszer szerint végzett műtét befejeztével nem zárható elsődlegesen a hólyag (15).

E hátrányok miatt az a törekvés, hogy elérhető legyen a hólyag elsődleges zárása és a biztos vérzéscsillapítás. Ez azonban még 70 év után sincs megnyugtatóan megoldva (14). Osztályunkon 1931-től 1948-ig csaknem kizárólag ezt a suprapubicus műtétet végeztük. Ma már csak ritkán távolítjuk el ezzel a módszerrel a prostata-adenomát, a „loge”-ba tampon helyett ballonkathetert helyezünk, és a hólyag sebtét teljesen zárjuk.

A *retropubic prostatektomia* Lidszkij (1922) javaslata idejében, az antibiotikumok korszaka előtt nem terjedhetett el, mert a zsírszövettel kitöltött, gyűjtőeres hálózattal dúsan átszőtt elméleti rés, (a spatium Retzii) a fertőzés veszélye miatt „tabu” volt a sebészek számára. Ma az antibioticum-aerában már tudjuk, hogy fertőzhetőség szempontjából a spatium Retzii semmivel sem veszélyesebb, mint bármely más szövetközi rés. Így lehetőség volt arra, hogy Millin újból foglalkozzék Lidszkij javaslatával és kidolgozza a retropubicus prostatektomia technikáját (1946). A módszer lényege: behatolás a symphysis, illetve az os pubis mögé (az ún. cavum Retzii-be) és a hólyagfal megnyitása nélkül, a hólyagnyak alatt közvetlenül rá-metszünk a prostata „sebészi tok”-jára és jórészt a szem ellenőrzése mellett fejtjük ki az adenomát.

Osztályunkon negyedszázaddal ezelőtt (1948-ban) honosítottuk meg Lidszkij—Millin-műtét néven a retropubicus prostatektomiát. Az eredeti műtési technikán több kisebb módosítást végeztünk és jelenleg is ezt a műtési típust alkalmazzuk legtöbbször a prostata-adenoma eltávolítására. A műtét sarkalatos pontjai a következők:

- nagyon megkönnyíti a spatium Retzii-ben való praeparálást és a hólyagnyak szabaddá tételét a megelőző „hydrodynamikus praeparatio”: 40—50 ml Novocain + Penicillin + Tonogen oldat befecskendezése a retropubicus térbe

- alsó-középső hasfalmetzés (fontos követelmény a kifogástalan feltárás, amit úgy érhetünk el, hogy az egyenes hasizom inas részét mindkét oldalon 1 cm-nyire harántul átvágjuk a symphysis fölött, és Gosset-automata-feltárat helyezünk be)

- a spatium Retzii-be hatolás, a hólyagnyak leválasztása kíméletesen, óvatosan történjék, nehogy nehezen csillapítható vérzést kapjunk a szeméremcsont mögötti gyűjtőeres hálózathoz. A végbél felől kiemeltetjük a prostatát, jó látótérbe hozzuk. Mielőtt behasítanánk a prostata „sebészi tok”-ját, átöltő varratokat helyezünk be a tervezett bemetszés vonala alatt és felett. Ezzel a tok behasításakor keletkező igen kellemetlen vérzést megelőzzük. A végbél felől kiemelt prostata megfeszült tokjára harántul rá-metszünk míg eléink nem tűnik az adenofibromyomás szövet. Ekkor helyes rétegben haladva ollóval — esetleg ujjal — tompán kifejtjük és eltávolítjuk.

- vérzéscsillapítás a szem ellenőrzésével

- betapintunk a hólyagba: a mutatóujjnak könnyedén be kell jutni a hólyag-üregbe. Ha a hólyagnyak nyílását szűknek érezzük, akkor a mellső labiumból egy kis éket kivágunk. Ezzel megelőzzük a hólyagnyak szűkület kialakulását. — Ha követ találunk a hólyagban, eltávolítjuk

- vastag, puha (Ch 24) gumikathetert vezetünk a húgycsőön keresztül a húgyhólyagba, ill. a prostataágyba.

— végül a leglényegesebb manipuláció: a prostataágy tökéletes elvarrása catgut öltésekkel. Ezzel az enucleatio után visszamaradt üreget megszüntetjük. Tökéletes végrehajtásához Reverdin-tű szükséges. Ez a legfontosabb és talán a legnehezebb része a műtétnek. Ha jól varrjuk össze a prostataágy falait, üreg nem marad, a gyógyulás meggyorsul, a beteg 7—13 nap múlva elsődlegesen gyógyult sebbel hazabocsátható

— a hasfal sebzarása előtt próba-töltés a hólyagba helyezett katheteren át: van-e szivárgás a varratok között?

— a hasfal sebét a spatium Retzii-be helyezett draincső nyílásig zárjuk

— kezdetben lumbalis anaesthesiában, majd 1966-tól intratrachealis narcosisban végezzük a műtétet.

Utókezelés:

— a műtét után 300—500 ml „kis-transfusio”-t kap a beteg (fibrinolysis megelőzés) (18); ügyelünk, nehogy a katheter véralvadékkal eltömeszelődjék; a kathertert a műtét utáni 5—8. napon, a hasfali draint az 5—6. napon távolítjuk el.

A műtét előnyei:

1. Közvetlen sebészi megközelítés.

2. Szem ellenőrzése mellett végezhető enucleatio.

3. A vérzéscsillapítás szemkontrollal lehetséges, nem tamponálással, hanem varratokkal.

4. A keletkezett prostataágyat nem tágitjuk tamponnal, vagy ballonkatheterrel, hanem ellenkezőleg: szűkítjük, elvarrjuk.

5. A prostatatokat jól varrható; vizeletszivárgás ritka, viszont gyakori az elsődleges sebgyógyulás, húgysipoly nélkül.

6. Korai, késői szövődmények, (utóvérzés, pyelonephritis, vizelési incontinentia, vizeletsipoly) nagyon ritkák.

7. Még későbbi szövődmény (kőképződés, strictura) nem gyakoribb, mint a transvesicalis műtét után.

8. A sexualis activitás megtartott.

9. Az átlagos gyógyulási időtartam (7—14 nap) lényegesen rövidebb, mint Freyer műtét után.

10. Csekély műtéti halálozás.

Döntő súllyal esik latba a betegek műtét előtti alapos kivizsgálása, (szív, tüdő, máj, vese) és műtetre való előkészítése, homeostasisának rendezése.

A prostatektomia előtt a kivizsgálás közben elvégezzük a kétoldali vasektomiát az epididymitis-orchitis kifejlődésének megakadályozása végett.

Osztályunkon 1948 óta végzünk Lidszkij—Millin műtétet. Az 1948—1958 között végzett 252 eset tanulságairól már beszámoltunk (8). 1959—1971 között 159 prostatektomiát végeztünk, ebből 152 esetben a fenti technikával, míg Freyer műtétet 7 alkalommal. Eredményeinket az alábbi táblázat szemlélteti.

A prostatektomia ma már az alig kockázatos typus-műtétek közé sorolható feltéve, hogy a beteget gondosan kivizsgáltuk, előkészítettük a műtetre. Hogy milyen technikával történjek a bonctanilag rejtett helyen, kissé körülményesen megközelíthető de végeredményben jóindulatú daganat eltávolítása, arra röviden válaszolhatunk: lényegében mindegy. Akár transvesicalisan, akár retropubicusan távolítja el az operateur az életet veszélyeztető adenomás göböt, egyetlen követelmény: azzal a módszerrel dolgozzék, amelyikben teljesen otthonos és legjobban begyakorolta magát.

1959—1971 között végzett 152 prostatektomia Lidszkij—Millin szerint

Átlagos életkor	Szövettan		Átl. ápolási napok száma	Halálozás	
	adenoma	carc*.		adenoma	carc.
69,5 év (49—84 év)	141 (92,7%)	11 (7,3%)	14 nap legrövidebb 7 nap	2 (1,3%)	3 (1,9%)
				5 (3,2%)	

* Műtét utáni diagnózis szövettani vizsgálattal. Ha műtét előtt állapítjuk meg a carcinoma prostatae-t, akkor nem operálunk, hanem orchiectomiát végzünk és hormon-kezelést inaurálunk.

IRODALOM

1. Baán L.: Magy. Seb., 15, 191, 1962.
2. Babics A., Magasi P.: Orv. Hetil. 10, 265, 1956.
3. Balogh F.: A gyakorló orvos urológiája, Medicina 1967.
4. Balogh F., Váry L., Kelemen Zs.: Magy. Seb., 23, 127, 1970.
5. Boeminghaus H.: Urológia, Werk-Verlag, 1960.
6. Bugyi I.: Magy. Seb. 2, 19, 1949.
7. Bugyi I.: Gyakorlati Sebészet, Medicina, 1960.
8. Bugyi I., Dragon K.: Der Chir. 33, 6, 271, 1962.
9. Hencz L.: Z. Urol. 47, 706, 1954.
10. Miklós F.: Magy. Seb. 20, 204, 1967.
11. Noszkay A.: Magy. Seb., 4, 271, 1951.
12. Noszkay A., Wabrosch G.: Orvoképzés, 44, 243, 1969.
13. Posta B.: Magy. Seb. 10, 367, 1957.
14. Szendrői Z.: Orv. Hetil. 110, 44, 2569, 1969.
15. Szendrői Z.: Az orvostudomány aktuális problémái 3, 97, 1970.
16. Wabrosch G.: Orv. Hetil. 111, 10, 594, 1970.
17. Wabrosch G., Guba.: Der Urologie, 5, 134, 1966.
18. Wölfer E., Mihalecz K., Karátson A., Nagy I.: Orv. Hetil. 109, 20, 1083, 1967.

AZ EMLŐRÁK*

Elek László dr.

Az emlőrák a nők veszedelmes daganatos betegsége. Meglepő, hogy az utolsó négy évtizedben a sebészet óriási fejlődése mellett az emlőrák halálozási száma nem mutat csökkenő tendenciát. Magára hagyva az emlőrák feltétlenül halálos kórfolyamat. A beteg élete általában 2—5 év. Az USA-ban Cutler és Heiser 1943-tól 43 000 operált beteget követtek figyelemmel és megállapították, hogy a műtét után 20 évet csak a betegek 12%-a érte meg. Ez a szomorú statisztika is azt bizonyítja, hogy milyen nehéz olyan betegség ellen küzdeni, amely ismeretlen aetiológiájú. Az emlő daganatot 90%-ban véletlenül fedezik fel. A beteggel való kontaktus első lépcsőfokán az anamnesis felvétele közben tájékozódni kell arról:

1. hogyan nőtt a daganat,
2. valószínű-e az emlő,
3. családi anamnesisben daganatos megbetegedések szerepelnek-e,
4. hormonkezelés alatt áll-e a beteg.

Nem megbízható a tapintási lelet menses előtt, alatt és utána 5 napig.

Ha a beteg arról tesz említést, hogy hetek, hónapok óta észleli a csomót, az carcinoma gyanús, ha évek óta, akkor inkább fibroadenoma.

A beteg vizsgálatakor inspecióval tájékozódunk az emlő helyéről, nagyságáról, magasságáról, az emlő bőrének színéről, felszínéről. Ha a tumor sejtek a nyirokerekkel elzárják, jelentkezik a narancshéj tünet. A capillarisek tumorsejtekkel való eltöméselődése esetén mastitis ca-tosa képével találkozunk. Tájékozódunk továbbá az emlőbimbó állásáról, behúzódtóságáról.

Tapintás a legfontosabb vizsgálati módszer. Az orvos ujjainak szinte mélybe kell látnia. Ennél a vizsgálatnál döntő tényező a sebész tapasztalata. Tapintással tájékozódunk a tumor:

1. helyéről (hol feszkel, az emlő melyik quadransában),
2. resistenciájáról (porckemény, feszes, rugalmas),
3. nagyságáról (a daganat átmérőjét adjuk meg),
4. felszínének állapotáról (sima, göbös, egyenetlen),
5. környezethez való viszonyáról (körülírt, környezetéhez kötött, környezetével összekapaszkodott és felette a bőr nem ráncolható).

Az emlőrák legnagyobb veszélye a ráksejteknek a nyirokutakon való tovaterjedése a nyirokcsomókba. Leggyakrabban a hónalji nyirokcsomók fertőződnek, ezért mindig át kell tapintani a hónaljárkot. Ilyenkor a beteget emelt karral vizsgáljuk.

Az emlőtumorok fizikális vizsgálattal végzett felismerését korlátozza az emlők nagysága, a zsírpárnák vastagsága, a tumor elhelyezkedése. A menopausa korba

* Kórházunk 1971. decemberi szakülésén elhangzott előadás.

lépő nők 20%-án észlelhető szövetszaporulattal járó, nem malignus természetű emlőbetegség. Az emlő carcinoma gyógyításának eredményessége nem is annyira a korai kórjelzéstől, mint inkább a beteg életkorától függ.

Bizonytalan tapintású lelet tisztázását segíti a mammographiás vizsgálat. Különösen a nagy, tapintással szinte ellenőrizhetetlen mammák esetén nyújt nagy segítséget. Ha a mammographia pozitív, minden esetben javallt a műtét, ha negatív, de a tapintási lelet alapján nem zárható ki a carcinoma, akkor is műtétet végzünk. Véleményünk szerint a tapintható tumorok tisztázásának tévedésmentes módja a tumor teljes kimetszése az ébren vezetett metszéssel és a szövettani vizsgálat.

Az emlő váladékozása esetén javasolt a galactographia elvégzése. Ezzel a vizsgáló módszerrel localizálható a tejutak kórállapota és a folyamat kiterjedése.

A therapia az elváltozás természetétől függ. Vérző emlő esetén mindig tumorra kell gondolni. Fiatal nőbetegek vikariáló jellegű vérzése esetén ha más klinikai eltérést nem észlelünk, főleg ha mindkét mellből észlelhető a vérzés, ártatlan jelenségnek tartjuk.

Az ilyen beteget ellenőrzés alatt kell tartanunk. Vérző emlőben tapintott tumor esetén az emlő eltávolítása javallt.

Mastopathia cystica esetén egyik vagy mindkét emlőben apró, kemény göbök tapinthatók, melyek jól mozgathatók, nem kapaszkodnak össze a környezettel, olykor az emlőből sárgás váladék nyomható ki, a hónaljban pedig érzékeny nyirokcsomók tapinthatók. Az állapot praecarcinosisnak tekinthető. Mastopathia esetén az elfajult részt mélyen az ébren vezetett metszéssel eltávolítjuk. Az ilyen beteget állandó felügyelet alatt tartjuk.

Minden, az emlőben tapintható csomó, göb, tömörülés carcinoma gyanús, ezért eltávolítjuk. Jóindulatú daganat esetén excisiót végzünk, az ébren történő metszésvezetéssel. Az emlő carcinoma excisióját (mélyen az ébren történő kimetszéssel) csak akkor végezzük, ha a beteg nem egyezik bele a radikális megoldásba (amputatio v. extirpatio mammae). Veszélyes eljárás, mert a nem adaequat műtét daganatsejt cyaemiát okoz és fokozza az áttétképződés veszélyét.

A ma rendelkezésünkre álló eszközökkel, csak az emlő carcinoma mortalitását tudjuk befolyásolni, a morbiditást nem. A mortalitás csökkenésének egyik tényezője a sebészi beavatkozás.

Az emlő carcinoma legkezetibb stadiumában, amikor a tumor egy-két cm átmérőjű, környezetéhez nem kötött, egyszerű emlő ablatiót végzünk. Nagyobb, három-öt cm átmérőjű tumor esetén, amikor bőr tünetek láthatóak, az emlő körvonala megváltozott, a tumor a környezetéhez kötött, hónalji nyirokcsomók tapinthatók, radikális műtétet, extirpatiót végzünk a hónalji nyirokcsomó block-dissectiójával. Ha nem tapintható hónalji nyirokcsomó, a nyirokláncot nem bántjuk, akkor is csak egyszerű ablatiót végzünk. A nem tapintható hónalji nyirokcsomók nem jelentik azt, hogy ezek carcinomásan nem fertőzöttek. Ám ha a nyirokcsomót rákos fertőzés nem tette tönkre (szöveti szerkezetét) akkor feltételezhető, hogy maradt annyi antiblastikus ereje, hogy hosszú évekig bezárva tartja a ráksejteket.

A tumor eltávolításával a sebészi therapia megtette kötelességét: felszabadította a szervezet védekező erejét.

Osztályunkon régebben emlőrák esetén klasszikus extirpatiót végeztünk. Ma többnyire megelégszünk az ablatióval: „ahol a kicsi nem elég, ott a sok is kevés!” — azaz ahol nem elég az egyszerű ablatió, ott a radikális műtéttel sem tudunk végleges gyógyulást biztosítani.

Elhanyagolt, metastasisokat képző tumor esetén is egyszerű amputatiót végzünk. Megelégszünk az „anya-tumor” eltávolításával, hogy további szóródásoknak elejét

vegyük. Nincs ma sem tisztázva, hogy a szervezet és a daganat viszonyában az immunrendszer milyen szerepet játszik. Elméletileg feltehető, ha a legfőbb antigen termelő szervet kiirtjuk, jelentős mennyiségű ellenanyag szabadul fel az áttétek sakkban tartására.

Simultán fejlődött kétoldali carcinoma esetén mindkét emlőt eltávolítjuk, a beteg általános állapotától függően egy vagy két ülésben.

A férfiak emlőcarcinómája ritka. Arány kb. 1:100-hoz. Mastitis carcinomatosa esetén műtetet nem végzünk, csak rtg.-sugárzást alkalmazunk cystostaticum adásával. A ritka ca-erysipeloides esetén csak masszív rtg.-sugárzásban részesítjük a beteget. A sebészi kezelés támogatója a rtg.-sugárzás. A sugárzó energia molecularis támadáspontú, így sokkal mélyebbre hatolhat mint a sebész kése.

Rtg.-sugárzást végezhetünk prae- és postoperatív szakban, bár erről ma is vita folyik. Praeoperatív sugárzást akkor alkalmazunk, ha a daganat átmérője 2 cm-nél nagyobb, környezetével összekapaszkodott és hónalji nyirokcsomók tapinthatók.

A daganat sebészi eltávolításával nem szűnt meg a küzdelem a szervezet és a visszamaradt daganatsejtek között. Ebben a küzdelemben avatkozunk bele a postoperatív rtg.-sugárzással. Ha nem volt tapintható hónalji áttétképződés, akkor az axillaris regio sugárzását mellőzzük, azon megfontolás alapján, hogy a sugárzó energiával a nyirokcsomók antiblasticus erejét gyengítjük.

Az emlő-carcinoma kezelésének eredményességét növelni próbáljuk a cytostaticus chemoterápiával. A cytostaticumokat (Endoxan, Cyclophosphan) nagy dózisban (1000 mg) intraoperative is alkalmazzuk.

A postoperatív szakban több napon át infúsióban kapja a beteg. Öt nap alatt kétezer mg-ot adunk, közben rendszeres laboratóriumi kontroll-vizsgálatokat végzünk (fvs; vvt; kvalitatív vérkép).

A daganatok fejlődésük bizonyos szakaszában hormondependensek. A hormonhatás mechanizmusa: shock-szerűen hormon-egyensúly zavart kelt, a daganatsejtek osztódási dinamizmusában.

Sokáig érthetetlen volt az a probléma, hogy a paradox hormon-therapia ellenére, némely carcinoma inkább progrediált. A kérdést Barr oldotta meg, az úgynevezett sexchromatin vizsgálattal. A vizsgálat azon alapszik, hogy a női szervezet sejtmagjai kb. 80%-ban, a sejtmaghártyához tapadó chromatin-rögöt tartalmaznak.

A vizsgálatot emlőrák esetén Klinger—Ludwig festési eljárással végzik. 500 daganatsejtet számolnak meg; a sexchromatint vizsgálva, 20% felett Barr-pozitív, 5% alatt Barr-negatív a carcinoma. Ha férfi típusú a tumor, tilos az ovariectomia: oestrogen származékokat adunk. Női típusú tumor esetén az ovariectomia javallt és androgeneket adunk.

A tumorok természetére a 17 ketosteroid ürítés ellenőrzése is felhasználható. Ha 17 ketosteroid ürítés magas, akkor férfi, ha alacsony, akkor női természetű a tumor. Ez általában összhangban van a sexchromatin képpel.

Osztályunkon mellékvesekéreg kiirtást rák esetén nem végzünk.

Az emlőrák kezelésében a sebészi vonalon tovább nem mehetünk, therapias fegyvertárát kimerítette. A carcinoma kérdését nem a sebész, hanem valószínűleg a molekuláris biológia kutatói fogják megoldani, hiszen a pathológiás történések molecularis szinten játszódnak le. Lehetséges, hogy néhány évtized múlva az orvosok éppen olyan borzadva fognak gondolni a mai műtéti megoldásokra, mint mi gondolunk a letűnt századok sebészei munkájára, akik a sepsistől való jogos félelmükben valamennyi nyílt törés esetén azonnal amputatiót végeztek.

Készült 1100 példányban, monó szedéssel,
íves magasnyomással, 10,5 (A/5) ív terjedelemben
az MSZ 5601-59 és 5602-55 szabványok szerint
72-1905 — Szegedi Nyomda