

A szegedi Belgyógyászati klinika közleménye.  
(Igáztató: Ruzsnyák István ny. r. tanár.)

## A gyomorfekély spontán gyógyulása.

Írta: Hámori A., Korányi A. és Szenes T.

Az utóbbi időben mind nagyobb számban találkozunk olyan közleményekkel, amelyek a gyomorfekély gyógyítására irányuló újabb törekvéseket ismertetnek. Elég, ha megemlítjük a Bayer-féle belsőleges larocain-kezelést, a Korbsch- és Csépai-féle tüszőhormon-kezelést, Daikovskij és Tarnopolszkaja novocain-blockádját, a Mező-féle időszakos érzéstelenítés módszerét, a saját belsőleges novocain terápiánkat (Hámori, Szenes), valamint Köhler és Fleckenstein percorten-kezelését. Viszont aránylag ritkán találunk olyan közleményeket, amelyek a gyomorfekély spontán gyógyulásával foglalkoznának. Ezért elhatároztuk, hogy magunk is megvizsgáljuk, hogyan gyógyulnak a gyomorfekélyes betegek minden gyógyszeres kezelés nélkül, vagyis mit jelent a gyógyulás szempontjából a fektetés, a klinikai ápolás és általában a mindennapi életből való teljes kikapcsolódás, a pihenés.

Vizsgálatainkat a következőképpen végeztük. A klinikánkon jelentkező gyomorfekélyes betegek közül kiválasztottunk olyanokat, akiknél mély fekélyfészket mutatott a röntgenvizsgálat. Ezeket lefektettük és gyomorkímélő diétán tartottuk. A diéta tejből, tejesételekből, levesekből, főzelék- és húspüréből állott s az ételeket természetesen só- és fűszerszegényen készítettük el. Azután figyelemmel kísértük panaszaikat, az egész klinikai kép változását és röntgenvizsgálattal igyekeztünk választ kapni arra a kérdésre, hogy minden gyógyszeres beavatkozás nélkül, milyen arányban és mennyi idő alatt gyógyulnak a fekélyes betegek? A betegek megnyugtató látogatásukra naponta 1 cm<sup>3</sup> phys. sóoldatot adtunk bőr alá.

Általában azt tapasztaltuk, hogy a nagy fájdalmak a lefekvés után pár nap alatt megszűntek, azonban kisebb tompa fájdalmak, feszülések, puffadások, gyomorégés és bizonytalan kellemetlenségek, nyomásérzékenység még hosszú hetekig eltartottak. Ha ezeknek a betegeknek a körlefolysását összehasonlítjuk azokéval, akiket belső novocain-kezelésben részesítettünk, határozottan megállapíthatjuk, hogy sokkal később váltak tünet- és panaszmentessé. Míg a novocain-kezelésben részesült betegek már az első napok után olyan jól érezték magukat, hogy alig lehetett őket ágyban tartani és azt gondolták, hogy meggyógyultak; addig a gyógyszeres kezelésben nem részesült betegek még hetek múlva is nyugodtan feküdtek ágyukban és kisebb kellemetlenségekről állandóan panaszkodtak, sőt néhányszor

előfordult, hogy nem sikerült keresztülvinni azt az elhatározásunkat, hogy semmiféle gyógyszer sem alkalmazunk, mert a nagy fájdalmak fektetésre egyáltalán nem csökkentek. Ilyen esetekben kénytelenek voltunk novocaint adni, ami a beteg fájdalmait hamarosan megszüntette.

A fekély gyógyulásának folyamatát objektív módon röntgenvizsgálat alapján ítéltük meg. A betegeket általában 20 napi időközökben átvilágítottuk és minden alkalommal felvételt készítettünk. Az eredményeket a mellékelt táblázat tünteti fel. Amint ebből

Sor-szám	Fekély jellege	Fekélyfészkek* nagys. cm-ben				Fekt. ideje napokban
		fektetés előtt		fektetés után		
		mély	széles	mély	széles	
1.	acut	0.7	1.0	0	0	17
2.	acut	0.8	1.2	0	0	20
3.	chron.	0.6	1.2	0	0	31
4.	chron.	0.7	1.5	0	0	19
5.	chron.	0.8	1.2	0	0	39
6.	chron.	0.8	2.5	0	0	38
7.	chron.	0.4	0.7	0	0	21
8.	call.	0.6	0.9	0	0	31
9.	call.	0.8	1.2	0.6	0.5	80
10.	penetr.	1.4	2.3	0	0	38
11.	penetr.	1.1	2.3	0	0	40
12.	penetr.	1.4	2.5	0	0	61
13.	penetr.	1.1	1.8	0	0	70
14.	penetr.	1.1	2.2	0	0	43
15.	penetr.	2.1	3.8	0	0	60
16.	penetr.	1.5	2.8	0.6	0.9	43
17.	penetr.	1.2	3.5	0.8	1.2	75
18.	penetr.	2.0	3.0	0	0	89
19.	penetr.	1.5	3.0	0	0	35
20.	penetr.	1.6	2.0	0	0	82

látható, a fekélyeket nagyságuk és jellegük szerint négy csoportba osztottuk: acut, chronikus, callosus és penetráló fekélyek csoportjába. A fekély jellegét a körleözmény és a röntgenlelet együttes értékelése alapján ítéltük meg. Acut fekélynek azt a kifejezett fészket vettük, amely nagysága után ítélve, nem hatolt át a gyomorfallon, körülötte sem callosusra utaló sáncképződés, sem hegesedésre jellemző sugárirányú nyálkahártyaredőzet nem volt észlelhető és a betegnek csak párhetes panaszai voltak. Chronikus ulcuson értettük azt a mélyebb fekélyt, amely nem hatolt át teljesen a gyomorfallon, körülötte callosus sánc nem volt, de sugárirányú nyálkahártyaredőzet vette körül. Callosus fekélynek az olyan fekélyt tekintettük, amelyben a fészket tömeges callosus sánc övezte, ha ez később a reactiv nyálkahártyaduzzanat lezajlása után is kimutatható volt. Penetráló fekélynek az igen mély, nagy kiterjedésű fekélyeket ítéltük, amelyeknek nagyságuknál fogva következőképpen át kellett hatolniuk a gyomorfallon és compressio alatt a környezethez fixáltságuk vagy kihúzódásuk, megnyúlásuk volt megfigyelhető.

Megfigyeléseink összesen 20 esetre vonatkoznak, amelyek között 2 acut, 5 chronikus,

2 callosus és 11 penetráló fekély szerepel. Meg kell jegyezni, hogy a penetráló fekélyek egyúttal többé-kevésbé callosusok is voltak. A fekélyek nagyságát mélység és szélesség szerint tüntettük fel; amint látható, a fekélyfészkek mélysége  $\frac{1}{2}$ –2 cm között, szélessége  $\frac{1}{2}$ – $3\frac{1}{2}$  cm között váltakozik. 20 gyomorfekélyfészkek közül eltűnt 17 és lényegesen kisebbedett 3, vagyis a gyógyulás 85%-ában következett be. A nem gyógyult fekélyek erősen callosusak voltak.

A gyógyulási időtartamra vonatkozólag általában azt állapíthatjuk meg, hogy az a fekély jellegével hozható összefüggésbe. Leggyorsabban gyógyultak az acut fekélyek, még-

pedig 20 napon belül; a chronikus fekély gyógyulási ideje elhúzódóbb, 20–40 nap volt; a penetráló fekély gyógyulása leglassabban történt, általában annál később, minél nagyobb volt a fekélyfészkek. A penetráló fekélyek gyógyulási ideje 40 és 90 nap között váltakozott.

Mellékelten bemutatjuk 2 esetünk felvételét kezelés előtt és kezelés után. Az első eset azt mutatja, hogy elég nagy fekély 20 napon belül meggyógyulhat minden gyógyszeres kezelés nélkül. A másik eset pedig annak a bizonyosságára szolgál, hogy milyen óriási fekély képes magától meggyógyulni. A gyógyulási időtartam 60 nap volt.



*Táblázatban 1. eset.*



*Táblázatban 15. eset.*

Ha a gyomorfekély e spontán gyógyulását összehasonlítjuk a belsőleges novocain kezelés eredményeivel, akkor meg kell állapítanunk, hogy ez utóbbi nem sietteteti a gyógyulást és a gyógyulási arányszámot sem javítja meg. Bár eseteink száma nem nagy, azonban a következtetést mégis levonhatjuk, mert a kétféle betegség lényegében véve megegyezik. Novocainnal ugyanis összesen 23 gyomorfekélyes beteget kezeltünk. Ezek közül acut fekély volt 3, chronikus 6, callosus 2 és penetráló 12, a fekélyek nagysága pedig  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  cm mélység és  $\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$  cm szélesség között váltakozott éppen úgy, mint a fektetéssel és diaetával kezelt csoportban, tehát a két csoport összehasonlításra alkalmas.

A novocainnal kezelt 23 beteg közül meggyógyult 19, tehát 83%, a spontán gyógyulás arányszáma lényegében ugyanaz. A novocainos betegek gyógyulási időtartama középértékben 45 nap, a fektetéssel és diaetával kezelt betegeké 43 nap. Az átlagos gyógyulási időtartam szempontjából mindkét csoportban figyelembe kell venni, hogy anyagunkat főleg penetráló fekélyek képezték.

Ennek alapján tehát kimondhatjuk, hogy a novocain csak érzéstelenít, de nem gyógyít; mindazonáltal az értékes tüneti therapiák sorába tartozik. Erről leginkább azokban az esetekben győződünk meg, amelyekben a betegek óriási fájdalmaí fektetésre nem enyhültek, úgy hogy kénytelenek voltunk gyógyszeresen beavatkozni. A belsőleg adagolt novocainra a nagy fájdalmak hamarosan megszűntek. Ilyenkor a fekély kezelését a szokott módon végeztük: a beteg minden reggel éhgyomorra, teljesen vízszintes hanyattfekvő helyzetben kortyonként  $\frac{1}{2}$  óra leforgása alatt megivott 100 cm<sup>3</sup> 1%-os cocainum novum hydrochlorikum oldatot, utána még  $\frac{1}{2}$  óráig hanyattfekve maradt, s csak azután reggelizhetett. Természetesen ezek a ritka esetek — összesen csak kettő —, mikor a kezelést egyszerű fektetéssel kezdtük, de novocainnal voltunk kénytelenek befejezni, nem szerepelnek a táblázatban.

Eredményeinket igyekeztünk összehasonlítani más érzéstelenítő eljárások eredményeivel. Bayer a belsőleges larocain\* therapiával azt találta, hogy az acut gyomorfekélyek átlag 13 napi és a chronikus gyomorfekélyek átlag 20.5 napi érzéstelenítő kezelés után gyógyultak meg. A penetráló fekélyek gyógyulási időtartamáról nem nyilatkozik, csak azt említi meg, hogy ilyen fekélyek is meggyógyulhatnak hosszú idő alatt, a callosus fekélyek azonban nem változtak. Minthogy Bayer az acut fekélyeket is legalább 20 napig fektette, bár a gyógyszert rövidebb ideig adta, a penetráló fekélyek gyógyításával rendszeresen nem foglalkozott és a callosus fekélyeket ő sem tudta meggyógyítani, okunk van feltételezni, hogy a

larocain therapia sem tartozik az aethiologiai kezelése sorába.

Wilberz larocain itatással éppen olyan eredményeket ért el, mint Bayer.

Daikovskij és Tarnopolskaja 60 fekélyes betegnek 100 cm<sup>3</sup>  $\frac{1}{2}$ %-os novocainoldatot adtak paravertebralisán a lumbalis tájon a sympathicus határfonatba. A novocain blockadot a körülményekhez képest megegyezően megismételték. Ilyen kezelésre a fekélyfészek eltűnt 22 esetben, javult 25 esetben és változatlan maradt 13 esetben. 14—16 nap múlva a blockad után »Reizmagen«-nak megfelelő jelenségeket találtak. Néha még vér is megjelent a székletben. A »Reizmagen« stádiumán keresztül történt szerintük a fekély végleges gyógyulása. Amint a közölt szám adatok mutatják, Daikovskij és Tarnopolskaja eredményei sem jobbák a miénknél, akár a peroralis novocainnal, akár a fektetéssel kezelt csoportot vesszük figyelembe.

A Mező-féle időszakos érzéstelenítés módszerével elért eredményeket, sajnos, nem tudjuk összehasonlítani eredményeinkkel, mert a mi eseteink hasonlíthatatlanul súlyosabbak. Mező első közleményében 11 betegről számolt be; ezek közül a legsúlyosabb eset mogyorónyi fekélyfészekkel járt, de emellett nem volt minden esetében pozitív röntgenárnyék. A második közleményében azt írja, hogy jó eredményeket látott ugyan egy óriási fekély esetében is, azonban az ellenőrző röntgenvizsgálatot csak egy év múlva volt módjában megejteni. Ezenkívül az újabb 34 beteg gyógyulását csak a panaszok megszűnéséből ítéli meg, amely szerint túlnyomórésztben 14 nap alatt lettek panaszmentesek a betegek, 2 azonban csak a kezelés 4-ik, 1 a 6-ik, 1 pedig csak a 12-ik hetében lett panaszmentes. Hogy ez a panaszmentesség valóban gyógyulást jelentett-e, azt nem tudjuk, mert hiányzik az ellenőrző röntgenvizsgálat ismertetése. Mindenesetre alig képzelhető el, hogy az időszakos érzéstelenítéssel olyan eredményesen lehessen kikapcsolni a gyógyulást gátló ideghatásokat, mint a naponta egyszer vagy akár kétszer belsőleg adagolt érzéstelenítő szerrel.

Böszörményi-Nagy utána vizsgálta a Mező-féle laterovertebralis anaesthesia eredményeit 24 eset kapcsán. Betegeit állandóan fektette és fűszerszegény hache-puree étrenden tartotta. Megállapíthatta, hogy a subjectív tünetek, fájdalom, görcsök, hányások frappáns módon, gyakran már az első pantocain injectio után megszűntek, azonban a kedvező subjectív eredményekkel szemben az objectív elváltozás visszafejlődése már nem tartott lépést. 10 esetben a fekélyfészek eltűnt (mennyi idő alatt?), a többi esetben a röntgenlelet változatlan maradt. A fekélyek jellegéről és nagyságáról részletesen nem nyilatkozott.

Mindezek alapján nagy valószínűséggel mondhatjuk, hogy az érzéstelenítéssel végzett kezelések

\* Tutocain-pantocain csoportba tartozó érzéstelenítő, nálunk nem kapható.

*valamennyien a tüneti terapiák sorába tartoznak és nem nyúlnak be lényegesen a gyomorfekély kórfolyamatába, illetve a gyógyulás menetébe.*

Munkánkából következik, hogy a gyomorfekély gyógyítására irányuló valamilyen eljárás értékelése igen nehéz feladat. Az irodalomban szereplő eljárások szerzői nagyon gyakran elmulasztják eredményeiknek megfelelő kontrollokkal való összehasonlítását. Mint vizsgálatainkból látjuk, ilyen kontrollészlelések elengedhetetlenül szükségesek. Mind a therapiás, mind a controlsorozatban csak röntgen pozitív esetek szerepeljenek és lehetőleg a fekélyek nagysága és jellege mindkét csoportban hasonló legyen. Olyan terapia megítélésekor, amely egyúttal fektetéssel és diatával van összekötve, a controlsorozat betegeit ugyanolyan hosszú ideig kell fektetni és diatás kezelésben részesíteni, mint a therapiás csoportét. Természetesen ha ambulans kezeléstről van szó, akkor a kontrollbetegeket sem szabad fektetni, hanem szuggesztív befolyások kiegyenlítésére valamilyen látszat terapiát (phys. konyhasóoldatot, stb.) kell alkalmazni. A kérdést a gyógyulási idő és a gyógyulási arányszám dönti el. A gyógyulást egyedül a subjectív panaszok megszűnése alapján nem szabad megítélnünk, hanem röntgen- vagy gastroszkopos vizsgálatokkal kell bizonyítanunk a fekélyfészek eltűnését. Ilyen eljárással megállapíthattuk, hogy pl. a peroralis novocain terapia nem nyújt a fekély gyógyítását illetőleg többet, mint a fektetés és diata, azonban mint tüneti kezelés, a fájdalom megszüntetésére igen jól beválik és ezért ilyen célra ajánlatos.

**Összefoglalás.** 43 gyomorfekélyes beteg észlelése alapján megállapítottuk, hogy a fektetés és diatás kezelés a gyógyulási arányszám és a gyógyulás ideje szempontjából ugyanannyira eredményes, mint a belsőleges novocain kezelés. Mindazonáltal a belsőleg adagolt novocain, fájdalomcsillapítás révén az értékes tüneti terapiák sorába tartozik.

A budapesti I. számú Sebészeti Klinika közleménye. (Igazgató: Matolay György ny. r. tanár.)

## Uj eljárások a vérzéscsillapításban, a thrombinoldat helyi alkalmazása

Irta: Verebélj Tibor dr. egyetemi magántanár.

A bőséges hajszálér-rendszerrel ellátott törékeny és kényes szerveken végzett sebészi beavatkozások során egyik legnehezebb feladat a szövet állományából diffuse történő ú. n. parenchymás vérzés leküzdése. A feladat azért nehéz, mert a hajszálteres vérzést a sebészi vérzéscsillapítás módszereivel, az érlekötéssel, a körülötéssel, ezüstkapcsokkal nem lehet megállítani, minthogy nem nagy, szemmel látható

ér a vérzés forrása, hanem számtalan apró hajszálér. Az egyébként leghatásosabb diathermiás, elektrocoagulációs vérzéscsillapítás pedig veszedelmes, mert a coagulációs hatás mélység-határa kiszámíthatatlan és esetleg a kérdéses vérző szerv (pl. vese, máj, agyvelő) életfontosságú működését nagy mértékben vagy teljesen bénítja, sőt nagykiterjedésű elhalást is okozhat. Ezzel szemben igen nagy segítséget jelent a parenchymás vérzések megállításában a szervezet hatalmas védekező képessége a vérvesztéssel szemben: a véralvadás. A mindennapi sebészi beavatkozások során a véralvadás teljesen kielégítően szünteti meg a hajszálteres vérzést, úgyhogy annak csillapítása nem okoz gondot. Az említett, bőségesebben hajszálerezett és ezért nagyon vérzékeny és kényes szervek, amilyen az agyvelő, a gerinevelő, a lép, a máj, a hasnyálmirigy, a vese stb. azonban műtét során olyan mértékben vérezhetnek, hogy az egyébként rendes lefolyású véralvadás a vérzést egyáltalában nem vagy csak igen hosszú idő múlva képes csökkenteni. Kóros viszonyok között pedig, amilyen a haemophilia, a haemorrhagiás diathesisek, a sárgaság stb., annyira csökkenhet a véralvadás, hogy az ilyenkor is szükséges beavatkozások közben nem jelent segítséget a parenchymás vérzés csillapításában. A véralvadás siettetése parenteralisan bevitt gyógyszerrel vagy általános hatású beavatkozással, pl. a lép röntgen besugárzásával, nem látszik tanácsosnak, a nagyobb beavatkozásokkal együttjáró, amúgyis is fokozott thrombosis- és embolia-veszély miatt. A feladat megoldása nem látszott végbevihetőnek másképpen, mint a véralvadás idejének lehető csökkentésében azon a helyen, ahol a beavatkozás történik; más szóval a véralvadás helyi meggyorsításában.

A véralvadás helyi meggyorsítására a lehetőségét a véralvadás mechanizmusának megismeréséből levont tanulságok adják meg.

A véralvadás mai tudásunk szerint chemiailag a vérben oldott fibrinogennek fibrinné alakulása és kicsapódása. A fibrinogen azért csapódik ki, mert az érpályát elhagyó vérben thrombin nevű enzima keletkezik, melyet a fibrinogen adsorbeál. A thrombin, mint proteoklastikus enzima, az oldott fibrinogent két részre hasítja: egy oldódó globulin-fractióra és a nem oldódó fibrinre. A thrombin a keringő vérben hatástalan előalakja, a prothrombin formájában van jelen. Ennek a prothrombinnak az a tulajdonsága, hogy természeténél fogva is thrombinná alakul, ha vizes oldatban áll, de csak igen lassan, úgyhogy élettani körülmények között az átalakulás gyorsítására a folyamatot katalyzálni kell. Ezt a katalysist egy másik enzima, a thrombokniase végzi, amely azonban csak ionisált calcium jelenlétében fejti ki hatását. A thrombokinasét a keringő vér nem tartalmazza, de tartalmazza a szervezet