

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS

1857-ben

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR. * DARABOS PÁL DR. * FISCHER ANTAL DR. * HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR. * SÓS JÓZSEF DR. * SZANTÓ GYÖRGY DR.

Felölös szerkesztő: TRENCSENI TIBOR DR. * Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. * FORRAI JENŐ DR.

108. ÉVFOLYAM 43. SZÁM, 1967. OKTÓBER 22.

Pécsi Orvostudományi Egyetem, II. Belklinika (igazgató: Hámori Artúr dr.)

Haematemesis és/vagy melaena aktív diagnosztikája

Hámori Artúr dr., Nemes Tihamér dr., Bibor Zoltán dr., Rüll János dr. és Sinkó Ottó dr.

A tápcsatorna felső szakaszából származó súlyos vérzések helyes kezelése a legnehezebb orvosi feladatok közé tartozik. A ráérő belgyógyász és a siető sebész egyaránt hibát követhet el. A műtéti indicatio felállítását vitathatatlanul megkönnyíti a vérzések helyének és forrásának pontos ismerete. Ezért arra a következtetésre jutottunk, hogy minden lehetséges diagnosztikai eszközt igénybe kell venni a vérzés okának kiderítése érdekében. Első eredményeinkről a parádi gastroenterológiai konferencián számoltunk be 1959-ben. Lényegében hasonló felfogást képviselt Palmer és Scott (1955), Avery Jones (1959) és Krentz (1961).

Az ajánlott program nem talált kellő visszhangra. Az aktív diagnosztika képviselői többnyire csak egy-két módszer előnyeit ismerték fel, például a korai gastroscopiát vagy a korai röntgenvizsgálatát, és elég mereven tagadták a választotton kívül más módszerek jogosultságát. Sőt, Ungeheuer (18) arra a szélsőséges álláspontra helyezkedett, hogy súlyos gastrointestinalis vérzés esetén minden diagnosztikai törekvés feleslegesen terheli a beteget, időt rabló és ráadásul megtévesztő eredményeket szolgáltat. Az unitárius és nihilisztikus felfogással szemben ebben a munkában annak a nézetünknek kívánunk hangot adni, hogy minél nagyobb az elvérzés veszélye, annál nagyobb diagnosztikai aktivitásra van szükség.

Megfigyeléseink 126 betegre vonatkoznak, akiket 1958 óta szállítottak be a Pécsi II. sz. Belgyógyászati Klinikára haematemesis és/vagy melaena miatt. Alkalmazott módszereink:

1. Anamnesis és fizikális vizsgálat.
2. Vérzékenységre vonatkozó vizsgálatok.
3. Azonnali oesophoscopia.
4. Azonnali gastroscopia.
5. Korai és félkorai röntgenvizsgálat.

Mindenekelőtt megkísérleljük kidomborítani e módszerek előnyeit és hátrányait.

Anamnesis és fizikális vizsgálat

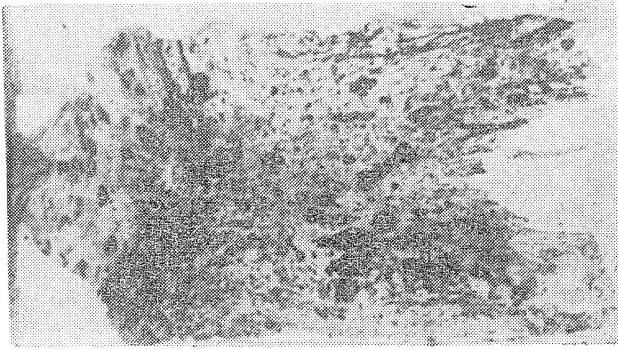
Az anamnesisből tudjuk meg, hogy a beteg vérzett, és a vérzés fokáról is némi következtetést vonhatunk le. Csapdák: „pseudohaematemesis” és „pseudomelaena”. Példa: a beteg sok vörös bort iszik és a kocsmá sötét W. C.-jében azt hiszi, hogy vért hány. Vagy: duodenalis fekélyből korábban ismételtén vérző beteg a disznótorban sok véres hurkát fogyaszt és utána rémülten hozza el az orvoshoz fekete székletének mintáját. De ennek fordítottja is előfordul. Indolens beteg nem nézi meg a székletét, és nem veszi észre a melaenát. Egyik betegünket, aki kizárólag szívdobogásról panaszkodott, myocarditis acuta miatt kezelték, és csak a szurokszék nyoma az alsónadrágon árulta el a kórfolyamat lényegét. Többször előfordult anyagunkban, hogy az okoskodó beteg feketekává fogyasztással magyarázta melaenáját.

Az anamnesis felvételekor derülnek ki a praecipitáló tényezők: stress-helyzet, alkohol-abusus, ulcerogen gyógyszerek (salicylatok, reserpin, butazolidin, corticoidok, egyes antibioticumféleségek). Különösen értékes az anamnesis, ha előzetesen kimutatott fekélyről vagy még inkább, ha gyomorperforációról hallunk. Tapintható daganat a hasban vagy együttesen tapintható máj és lép nem sok diagnosztikus kétséget hagy.

Tapasztalataink szerint az anamnesis az eseteknek kerekén felében üres, kétértelmű vagy félrevezető. A fizikális vizsgálat az eseteknek több mint háromnegyed részében negatív.

Vérzékenységre vonatkozó vizsgálatok

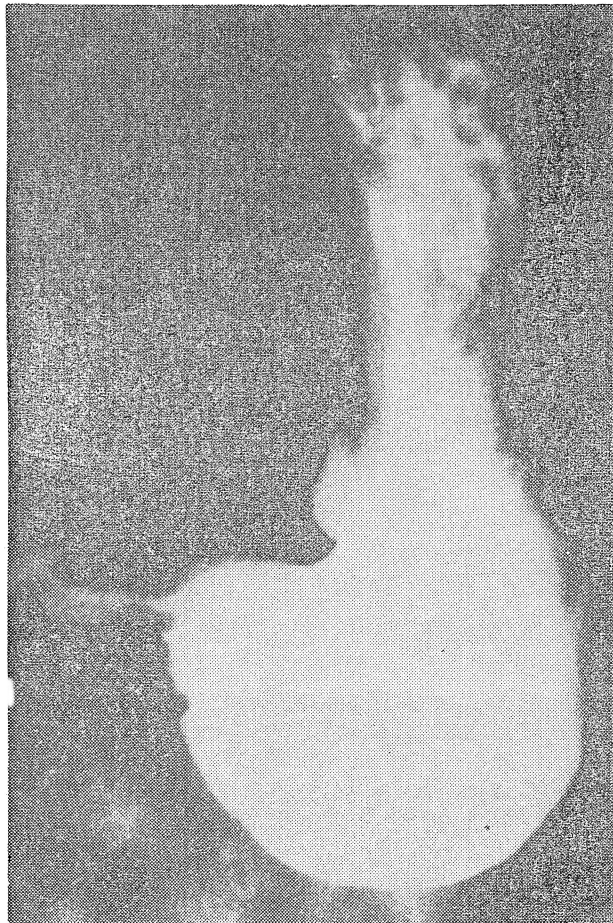
Amikor a vérző beteget beszállítják klinikánkra, a laboratóriumot alarmirozzuk. Meghatározzuk a vérzési időt, az alvadási időt, a thrombocytaszámot, a vérlepleny retractióját, a Quick-időt és a teljes coagulogramot Gerendás szerint. Elvégezzük



1. ábra. G. L., 45 éves ♀. Thrombocytopeniás vérzé-
kenység megnyilvánulása a gyomorban. Chronikus mye-
loid leukaemia.

a capillaris próbákat (Borbély, Göthlin, Rumpel—
Leede) és a májfunctiók próbákat (thymol turbidi-
tás, arany-sol flocculatio, alkalikus phosphatase).
Végül meghatározzuk a MN-t, és vért veszünk le
influenza komplementkötési reakcióra.

Megállapítottuk, hogy az egyszerű klinikai
próbák elegendők a vérzékenység felismerésére, de
a kórfolyamat minden részletét csak a teljes coa-
gulogramm világítja meg. Így derült ki pl. egyik
esetünkben, hogy a B-típusú haemophilia szerepel



2. ábra. V. I., 66 éves ♀. Gyomorfekély, korai
röntgenvizsgálat.

okként. A haemophilia és a thrombopathiás vérzé-
kenység minden műszeres beavatkozást contraindi-
cál. Kezelése is csak konzervatív lehet. Az 1. ábra
egy thrombocytopeniás vérzékenység következté-
ben meghalt krónikus myeloid leukaemiás bete-
günk gyomrát mutatja. Nem kétséges, hogy min-
den további vizsgálat ártott volna a betegnek.

Különleges figyelmet érdemel a vér prothrom-
bin szintje. Az eredmények értékelése nehéz. A
prothrombin szint bizonyos mértékben ingadozik
súlyos vérzéskor. Végül is felmerül a kérdés: mi az
a prothrombin szint, amely felelőssé tehető a vér-
zésért? 20%-os érték biztosan, de megfigyelésünk
szerint már 50—60%-nál is keletkezhet gyomorvér-
zés, ha májcirrhosis van a háttérben. A portalis
pangás bizonyára vérzésre hajlamosító tényező
a gyomorban. Viszont a prothrombin aktivitás 0 is
lehet, mint egyik betegünk esetében, de a vérhá-
nyás oka nem vérzékenység, hanem varixrepedés
volt. A cirrhosisos beteg sok okból vérezhet: ala-
acsony prothrombin szint, varixrepedés, kifelélyese-
dett tumor, hepatogen ulcus egyaránt szerepelhet a
vérzés forrásaként. Következésképpen a vizsgálá-
tokat, bármily alacsony legyen is a prothrombin
szint, folytatnunk kell.

Azonnali oesophagoscopia

A merev, egyenes cső levezetése nehéz elhatá-
rozás, ha a beteg vérzik. Amikor először megtettük,
valósággal dogmát törtünk át, legalábbis Magyar-
országon. Ma is elég kevés helyen gyakorolják szer-
te a világon. Katz és mtársai (14) hajlítható oeso-
phagoscopot, Desneux (7) intubációs narcosist ajánl
a technikai nehézségek könnyítésére. Mi egyenes
csövet használunk és a műszert helyi érzéstelenítés
után vezetjük le egy-két óra múlva a beteg beszál-
lítása után. Paradoxonként hangzik, hogy haemor-
rhagiás shockban könnyebb a csövet levezetni, mint
különben. A shockban levő beteg közömbös a sor-
sával szemben. A kor nem akadály. Ismét egy pa-
radoxon: magasabb korban könnyebb a beavatko-
zás. Időskorban csökken a reflexérzékenység. A
vizsgálatokat az endoscopos laboratóriumban vé-
gezzük műtetre készen és transfusio védelmében.

Az oesophagoscopia értéke a varix diagnosztika-
kában felbecsülhetetlen. Sok más módszert ajánlot-
tak erre a célra. Mindenekelőtt a röntgenvizsgálá-
tot, majd a splenoportographiát, léppulpa-mano-
metriát, fluorescein-fonálpróbát, a vér ammónia-
koncentrációjának meghatározását, de az indirekt
adatok nem versenyezhetnek a közvetlen vizuális
élménnyel. Kitűnően látszanak a varixok, a tágult
vénák hossza, száma, lefutása. A vérző, de felületes
nyelőcsőfekélyek, mint két esetünk is mutatja, csak
oesophagoscopiával ismerhetők fel. Még a negatív
lelet is nagyon értékes. Jelenti, hogy a vérzés for-
rását egész biztosan a cardia alatt kell keresnünk.

A tévedés forrása lehet, hogy a gastrooesopha-
gealis varixok többnyire a gyomorban repednek
meg. Mind a hat betegünk megrepedt gyomor-va-
rixból vérzett. Ennek megfelelően a varixokat lát-
tuk, de a vérző pontot nem figyelhettük meg. Kö-

vetkezésképpen a varixvérzés többnyire logikai diagnózis, érthető, hogy két esetben tévedtünk. Az oesophagoscopia alapján varix-rupturára gondoltunk, de egyik esetben a gyomorfunduson elhelyezkedő daganat, a másik esetben gyomorfekély volt a vérzés oka.

Azonnali gastroscopia

A gastroscopia nem veszélytelen eljárás. *Avery Jones és mtsai* (2) 49 000 esetet gyűjtöttek össze a világirodalomból, ebből 50 oesophagus-perforatio és 9 gyomorperforatio fordult elő, és még más bajokat is leírtak. A Wolf—Schindler-féle hajlékony gastroscop lényegesen csökkenti a veszélyt. Ezzel többen végeztek korai gastroscopiát, pl. Magyarországon *Benkő és mtsai* (4, 5, 6) a súlyos vérzést követő első, második héten. Mi lehetségesnek tartottuk a beavatkozást az első órákban a vérző beteg beszállítása után, a haemorrhagiás shock elleni küzdelem közben. Ma már elég nagy anyag igazolja aktív álláspontunkat.

Mit nyújt a vizsgálat? Látjuk a nyálkahártya diffúz elváltozásait. Kitűnően megfigyelhetjük a multiplex vérző erosiókat, megítélhetjük a fekély benignus vagy malignus jellegét. Látjuk, hogy véralvadék borítja-e már a laesiót, vagy vérzik. Egy esetben szív működéssel synchron pulzáló vérzést láttunk.

A módszer korlátai:

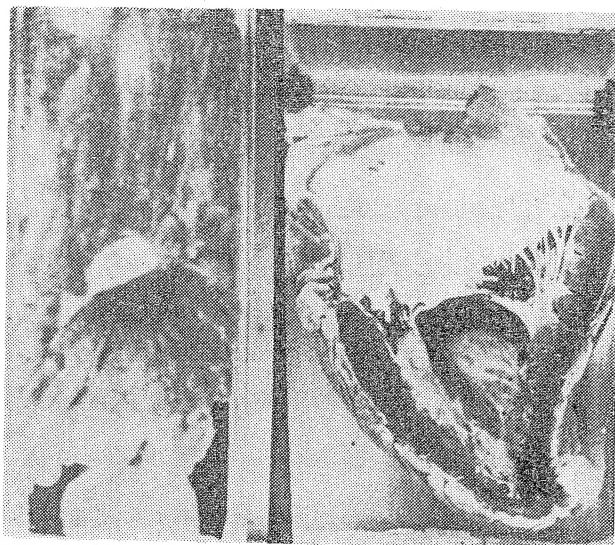
1. Nyák vagy vér fedi el az optikát.
2. Levegő intolerantia.
3. Az eszköz túlhajlik.
4. A gyomornak a Wolf—Schindler-féle gastroscoppal láthatatlan területei.
5. Vér borítja a nyálkahártyát.

Legnagyobb baj, hogy a cardia körüli tájék nem tanulmányozható, tehát éppen az a terület, ahol a halálos vérzéssel fenyegető gyomorvarixok és acut ulcusok helyezkednek el; e nehézségek leküzdésére hivatott a fiberscop. Végül a duodenum elváltozásaira csak következtethetünk. A pyloruson át regurgitáló vér ugyan nagy valószínűséggel duodenalis fekélyt jelent, de a gyanú igazolását csak a röntgenvizsgálattól várhatjuk.

Egy esetben tévedtünk. Az exulceratiót borító véralvadék miatt a malignus ulcust benignusnak véltük. Lényegesen javítja a látásviszonyokat, ha a gyomrot előzetesen jéghideg folyadékkal óvatosan kimossuk. *Palmer és Scott* (16) jéghideg vizet, mi jéghideg physiol. NaCl oldatot ajánlunk erre a célra.

Korai és félkorai röntgenvizsgálat

A röntgenvizsgálatot első időben a vérzés utáni tizedik napon kíséreltük meg, de a felállított betegek legtöbbször összerogytak. Ezért elkedvetlenedtünk. Maga *Schinz* (17) is azt írja a tankönyvében, hogy csak kivételesen van helye a korai röntgenvizsgálatnak a gastrointestinalis vérzések diagnosztikájában. *Hampton* (13) szerint horizontális helyzetben elvégezhető a vérzés megszűnte után, de a



3. ábra. A 2. ábrán látható gyomorfekély kórbonctani képe (baloldalt), gomblyuk stenosis (jobbaldalt).

hasra kompressziót nem szabad gyakorolni. Magyarországon *Erdélyi* (8) csak a 14. napon ajánlja. *Figus és Iványi* (9) valamivel aktívabb álláspontot képvisel. Mi rutinszerűen végezzük a vérző betegek beszállítása után 24 órán belül. Több liter vérrel feltöltjük a vérpályát folyamatos csepp-transzfúzióval, míg a vörösvérsejtszám megközelíti a 4 milliót. Ekkor ferde helyzetben (45 fokos döntésben), és ha kell, végül állva is vizsgálunk, de kompressziót nem alkalmazunk.

A röntgenvizsgálat mutatja a gyomor, de különösen a duodenum körülírt elváltozásait. Két babonát kell eloszlatnunk: 1. a véralvadék többnyire nem tömi el a fekélyt; 2. a vizsgálat nem provokálja a vérzést.

8	kideríthetetlen
9	vérzékenység
3	multiplex vérző erosio a gyomorban
6	varix-ruptura
4	tumor ventriculi
2	erosiones oesophagi
6	ulcus jejuni
29	ulcus ventriculi
58	ulcus duodeni
1	duodenalis polyposis

4. ábra. A tápcsatorna felső szakaszából származó súlyos vérzés okai. 126 eset.

A 2. ábrán látható kisgörbületi gyomorfekélyt korai röntgenvizsgálattal mutattuk ki. A beteg 66 éves asszony súlyos mitralis stenosisal nem volt alkalmas műtetre, és keringési elégtelenség miatt másnap meghalt. A 3. ábra mutatja a boncoláskor talált eltéréseket. Összehasonlításakor kitűnik, hogy a röntgenvizsgálat híven ábrázolta a fekélyt, és nem bántalmazta a gyomornyálkahártyát.

Mivel distinctort nem szabad használni, a vizsgálatot negatív esetekben 10—15 nap múlva meg kell ismételni. Ez a félkorai röntgenvizsgálat. Három esetben tévedtünk:

1. eset. Duodenalis fekélyre gondoltunk indirect bizonyítékok alapján, de a vérzés forrása két kis fundusfekély volt a sectio szerint.

2. eset. Duodenalis tumorra következtítettünk a passage-zavarok alapján, de később kiderült, hogy postbulbaris ulcus okozta a vérzést és a nagyfokú bélszűzést.

3. eset. Duodenalis fekélyt állapítottunk meg a duodenum deformitása alapján, de műtétkor kiderült, hogy duodenalis polyposis okozta a vérzést.

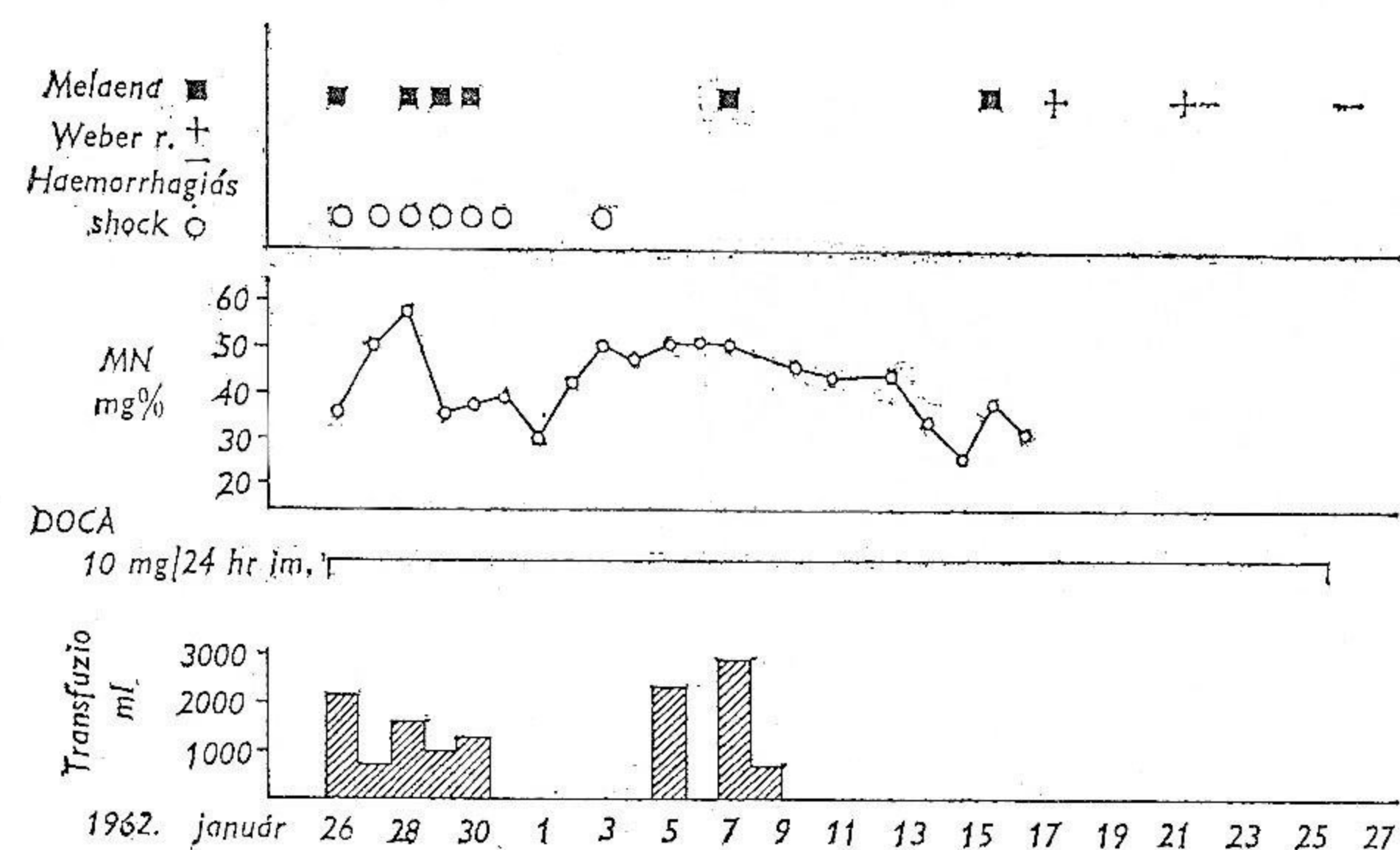
Eredmények

Eredményeinket az 1. táblázat összegezi. Az ajánlott módszerek nem pótolják, hanem kiegészítik egymást. Egyik esetben a műszeres vizsgálatok, másik esetben a röntgenvizsgálat hozza meg a diagnosztikai sikert. Oesophagoscopiával a varixokat, gastroscopiával a gyomornyálkahártya diffus elváltozásait, röntgennel a gócos sérüléseket, mindenekelőtt a duodenalis és gyomorfekélyeket tanulmányozhatjuk legjobban.

Az oszlopdiaagramm mutatja eseteink megoszlását kórformák szerint.

A complex diagnosztikai eljárás segítségével 89%-ban jutottunk correct diagnosishoz. Megjegyezzük, hogy az indirect duodenalis ulcusjeleket is értékeltük. 126 eset közül 6 esetben tévedtünk, és 8 esetben semmiképp sem tudtuk kideríteni a vérzés okát.

A 8 rejtélyes eredetű vérzést alkoholos gastritisszel magyaráztuk. *Benedict* (3) óta tudjuk, de általánosságban nem ismert, hogy az alkoholisták gyakran vért hánynak, és a korai gastroscopiával



5. ábra. S. I., 22 éves ♂. Duodenalis fekély. Ismétlődő vérzés. A korai diagnosis konzervatív terapiára biztaltott. Gyógyult.

csak gastritisre utaló elváltozások láthatók. Az anamnesis elemzésekor kitűnt, hogy kérdéses betegek „influenza” miatt bőven fogyasztottak alkoholos italokat, a néphit szerint gyógyulásuk érdekében. Gastroscoppal feltűnően vérbő és durva nyálkahártya-redőzetet láttunk. Feltételezhető, hogy ezek a negatív esetek anyagunkban enyhe alkoholos gastritis talaján véreztek.

Végül megemlítjük, hogy az influenza és a haematemesis és/vagy melaena között nem találtunk szoros összefüggést, 70 vizsgálat közül csak egy esetben volt pozitív az influenza komplementkötési próba.

A complex diagnosztikai eljárásnak semmiféle káros következménye nem volt.

Ajánlott program

Ma már elegendő tapasztalat áll rendelkezésünkre, hogy a következő diagnosztikus programot ajánljuk. Vérzékenységre vonatkozó vizsgálatok, azonnali oesophagoscopia, azonnali gastroscopia, és transfúziós előkészítés után korai gyomorröntgenvizsgálat.

Lehetne először röntgenvizsgálatot végezni és a gastroscopiát csak akkor, ha a röntgen kellő felvilágosítást nem nyújt. E módszer előnye, hogy mentesíti a beteget a felesleges endoscopiától; hátránya, hogy késünk az aetiológiai diagnózis megállapításával. A diagnosztikai bizonytalanság és az ebből eredő idővesztés sok esetben megpecsételi a beteg sorsát. Ezért legalább akkor, ha a beteg piros vért hány, és így előtérben áll a varixruptura gyanúja, késedelem nélkül oesophagoscopiával induljunk.

Az endoscopos vizsgálat contraindicáiói: 1. haemophilia vagy thrombocytopathia; 2. a beteg nem collaborál; 3. mellkasdeformitás; 4. csillapíthatatlan köhögés; 5. szívgyengeség; 6. nyelőcsőszűkület; 7. a hasi aorta aneurysmája.

A korai gyomorröntgen-vizsgálatnak nincs semmiféle contraindicáiója, ha *Hampton* (13) vagy a mi technikánkkal történik. Ámde minden dia-

1. táblázat
A vizsgálatok eredményei

	A vizsgálatok száma			
	összesen	pozitív	negatív	téves*
Coagulogramm	76	11	65	
Azonnali oesophagoscopia	88	8	78	2
Azonnali gastroscopia	78	19	58	1
Korai röntgenvizsgálat	79	59	17	3
Félkorai röntgenvizsgálat	27	22	5	
Influenza complementkötési reakció	70	1	69	

* A végleges diagnosis a vérzéskor nyert értesüléseken, a klinikai lefolyáson és az esetleges műtéti vagy boncolási leleteken alapult.

Sebész: *Karlinger G. Tihamér* professor.
Kórboncnok: *Romhányi György* professor.

gnosztikai erőfeszítés értelmetlen, ha a műtét gondolatát eleve feladjuk. Például, ha a beteg májcirrhosis következtében soporosus vagy comás. 90 év felett műtétet nem indicálunk.

Technikai részletek. A beteg beszállítása után capillaris próbák és vérvétel a vérzékenység felderítése érdekében. Bekötjük a csepptransfuziót. Egy ampulla Domatrin forte vagy 2 cg morphin + 1 mg atropin sc., körülbelül 1 óra múlva oesophagoscopia, miután a garatot 0,5%-os pantocain spray-vel elérezstelenítettük. Ha varixot látunk, a vizsgálatot befejezzük és műtétet indicálunk. Műtét a vérző vena és a vena coronaria gastrica lekötése. Nem shunt műtét! Ha nincs varix, rutin bal oldali helyzetben levezetjük az Ewald—Boas-sondát, és a gyomrot óvatosan addig öblögetjük jéghideg physiol. sós vízzel, míg a mosófolyadék elég tisztán jön vissza. Egy-egy alkalommal kb. 200 ml oldatot juttatunk a gyomorba a sondán át, annak a ballonnak a segítségével, amelyet a gyomortartalom kiemelésére szokás használni. Gastroscopia. Ha a vérzés okát még mindig nem találtuk meg, akkor 2—3 liter vért transfundálunk a betegnek, amíg a vvt.-szám kerekén eléri a 4 milliót. A vvt.-számot közben állandóan ellenőrizzük, hogy a beteg túltransfundálását megakadályozzuk. A beteg beszállítása után másnap reggel gyomorröntgenvizsgálat, de nem horizontálisan, mint Hampton (13) ajánlotta, hanem 45 fokos döntésben. Kellő transfúziós előkészítés után a beteg még fel is állítható rövid időre, ha szükséges. Palpálás tilos! Ha a vizsgálat eredménytelen, 10—15 nap múlva megismételjük. Ekkor már compressiót is gyakorolhatunk. Mi distinctor helyett legtöbbször a compressió tubust használjuk.

Therapiás következmények

A haematemesis és/vagy melaena korai aetiológiai diagnózisra lehetővé teszi az aetiológiai terápiát. Felfogásunk szerint a varix-rupturát minél gyorsabban el kell sebészileg látni, ha megvan a legkisebb remény arra, hogy a beteg életben marad; a vérző fekélybetegét lehetőleg nem kell megoperálni; a vérzékenység legjobb terapiája a transfúzió és a lokális thrombin kezelés, indikált esetben thrombocytamassza vagy antihaemophiliás globulin iv.

A műtėti indikáció felállításának nem lehet alapja az elégtelen belgyógyászati kezelés. Ennek következménye kényszerműtét későn, sokszor nagyon későn. Viszont a válogatás nélküli gyomorresectio feleslegesen szaporítja az iatrogén gyomorrokkantak számát. Vak resectio megengedhetetlen.

Az azonnali endoscopyából és a korai röntgenvizsgálatból a következő betegeknek van különös haszna: 1. az erosióból vérző betegeknek. Az acut laesiók gyorsan gyógyulnak, és ezekben az esetekben sürgős endoscopya nélkül a kórfolyamat lényegesen rejtve marad. Gastritis haemorrhagica miatt feleslegesen műtétre kerülhet a sor, ha nincs korai diagnózis; 2. a varixból vérző betegeknek; 3. a tumoros betegeknek és 4. azoknak a fekélyes betegeknek, akiknek esetében a második haemorrhagiás

shock után sem indikálunk műtétet, ha az elváltozás helye és jellege erre bátorít. Illusztratív példa:

22 éves férfibeteget súlyos felső gastrointestinalis vérzéssel szállítják klinikánkra. Sápadt, verejtékezik, pulsusa szapora, vvt. 2 800 000. Coagulogramm norm. Azonnali endoscopya: néhány pontszerű vérzés az antrum nyálkahártyáján. Korai röntgenvizsgálat: duodenum deformitás ex ulcere. A laesio helye és jellege, valamint a beteg fiatal kora miatt konzervatív kezelésre határozzuk el magunkat. A melaena hatszor ismétlődött meg, ami miatt összesen 12,3 liter vért transfundáltunk. A kezelés menetét az 5. ábra tünteti fel. Kontroll röntgenvizsgálat 1962. III. 2.: a nyálkahártyaredők a bulbus basisában csillag alakban összefutnak, és kifordított helyzetben a hátsó falon kis telődési többlet is conturba hozható. Újabb kontroll röntgenvizsgálat 1962. III. 27-én: jelentéktelen duodenum deformitás.

A Lancet 1966. február 26-i szerkesztőségi cikke szerint többen állították, hogy a duodenalis fekélyek kevésbé fenyegetnek az elvérzés veszélyével, mint a gyomorfekélyek, de a bizonyítás nehéz. Viszont a korai diagnózis vitathatatlanul segíti a műtėti megoldást, mert a sebész, ismerve a vérzés helyét, nem veszít időt gastrotomiával és az acut laesio keresgélésével.

Végül megemlíti, hogy a korai diagnózis lehetővé teszi a vérző peptikus fekély korai DOCA kezelését. Hámori és mtsai (11, 12) kutyán megállapították, hogy a DOCA teljesen megakadályozza az atophanfekély keletkezését a duodenumban, és lényegesen gátolja a gyomorban.

A korai complex diagnosztikai módszerrel megközelíthető az ideális cél: egyetlen beteg se kerüljön feleslegesen műtőasztalra, és egyetlen beteg se vérezzen el a túlzott konzervatív álláspont következtében.

Összefoglalás. A szerzők 126 esetben kísérelték meg a tápcsatorna felső szakaszából származó súlyos vérzések korai aetiológiai diagnózisát. A coagulogramm, az azonnali oesophagoscopia, az azonnali gastroscopia és a korai vagy félkorai röntgenvizsgálat segítségével az esetek 89%-ában helyes diagnózishoz jutottak. Hat esetben tévedtek. Nyolc esetben semmiképpen nem sikerült kideríteni a vérzés okát. Ezekben az esetekben csak feltűnően vérbő, durva nyálkahártyaredőzetet találtak. Feltételezik, hogy enyhe alkoholos gastritis vérzett, de a vizsgálat időpontjában már meggyógyult. Az influenza complementkötési reactio csak egy esetben volt positiv; az influenza nem praecipitáló tényező.

A korai complex diagnosztikai eljárásnak semmiféle káros következménye nem volt. Contraindicatio a szokásos. Haemorrhagiás shock, magas kor nem jelent ellenjavallatot.

A haematemesis és/vagy melaena korai aetiológiai diagnózisra lehetővé teszi az aetiológiai terápiát. Ennek eredményeképpen csökken a vérzés miatt indikált gyomorresectiók száma és gastrooesophagealis varixok esetén az elvérzéses halál veszélye.

Hálás köszönetünket fejezzük ki Dömök István dr.-nak az influenza complementkötési reakciók szíves elvégzéséért.

IRODALOM: 1. *Avery Jones, F.*: Haematemesis and melaena. A commentary on diagnosis. *Balneologia et balneotherapiea*. Karlovy Vary. 1959, p. 163. — 2. *Avery Jones, F., Doll, R., Fletcher, C., Rodgers, H. W.*: *Lancet*. 1951, 1, 647. — 3. *Benedict, E. B.*: *Amer. J. Roentgenol.* 1942, 47, 254. — 4. *Benkő Gy., Szakács D.*: *Orv. Hetil.* 1955, 96, 1024. — 5. *Benkő Gy., Szakács D.*: *Orv. Hetil.* 1958, 99, 850. — 6. *Benkő Gy., Tényi J.*: *Z. klin. Med.* 1960, 156, 396. — 7. *Desneux, J.-J.*: *Arch. Mal. Appar. dig.* 1959, 48, 53. — 8. *Erdélyi J.*: *Orv. Hetil.* 1952, 93, 635. — 9. *Figus A., Iványi J.*: *Orv. Hetil.* 1959, 100, 356. — 10. *Hámori A., Nemes T., Bibor Z., Rüll J.*: A haematemesis, illetve melaena differenciáldiagnósis.

Gastroenterologiai Orvosgyűlés, Parádfürdő. 1959, p. 17. — 11. *Hámori A., Nemes T., Illyés T.*: *Excerpta Med. Int. Congr. Ser.* 1962, 51, 259. — 12. *Hámori A., Nemes T., Illyés T.*: *Magy. Belorv. Arch.* 1964, 17, 370. — 13. *Hampton, A. O.*: *Amer. J. Roentgenol.* 1937, 38, 565. — 14. *Katz, D., Friedman, E., Selesnick, S.*: *Amer. J. dig. Dis. N. S.* 1958, 3, 734. — 15. *Krentz, K.*: *Münch. med. Wschr.* 1960, 102, 572. — 16. *Palmer, E. D., Scott, N. M. jr.*: *Connecticut Med. J.* 1955, 19, 368. — 17. *Schinz, H. R., Baensch, W. E., Friedl, E., Uehlinger, E.*: *Lehrbuch der Röntgendiagnostik*. 7. Lief. Thieme. Stuttgart 1952. — 18. *Ungeheuer, E.*: *Chirurg.* 1957, 28, 111.

CHLOROCID-H kenőcs

0,75% hydrocortison + 1% chloramphenic., vaselin típusú alapanyagban.

A chloramphenicol bakteriosztatikus hatását kedvezően egyesíti a hydrocortison gyulladáscsillapító és antiallergiás tulajdonságával.

JAVALLAT:

Szemészet: keratitis, égési sérülés, marási sérülés, szemhéj dermatitis, blepharitis chr., iritis iridocyclitis, postoperatív uveitis.

Bőrgyógyászat: contact dermatitis, folliculitis, impetigo, seborrhoeás ekzema, anorectalis, genitális ekzema, intertrigo, dyshidrosis, otitis externa.

ELLENJAVALLAT:

szaruhártya-hiány, trachoma, ulcus serp., herpes zooster corneae, hypopyon
keratitis és iritis, keratitis dendritica.

SZAKRENDELÉSEK SZABADON, EGYÉB ESETBEN SZAKRENDELÉS JAVASLATÁRA
RENDELHETŐ

1 tubus (5 g) 22,20 Ft

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett
az **ORVOSI HETILAP-ot**

Posta Központi Hírlap Iroda Budapest, V., József nádor tér 1. Telefon: 180-850