

обычно может лечиться консервативно и из лапаротомии нетрудно оперировать диафрагмальное ранение. Торакотомия производится лишь в 5% случаев или реже, исключительно по поводу ограниченных показаний. При этом невозможно надежная ревизия брюшной полости. Совместное обнажение нефизиологический, опасный метод, поэтому его следует избегать. Если все-таки возникает необходимость в обнажении двух полостей, то вмешательства производятся отдельно. Смертность во второй мировой войне равнялась 27,3%, в Корейской войне — 19,5%.

Dr. P. Kurimay, Major d. Med. D.:

ÜBER THORAKOABDOMINALE SCHUSSVERLETZUNGEN

Die thorakoabdominalen Verletzungen kommen unter den zur Versorgung bestimmten abdominalen Schussverletzungen (in einem Prozent von 10—15 vor.) Der überwiegende Anteil der Verletzten bleibt am Schlachtfeld. Als Hauptaufgabe des Abtransportes gelten die Schockvorbeugung während eines raschen Rücktransportes und das Erhalten des Gleichgewichtes kardiorespiratorischen Systems. Bei der Diagnose bildet die Feststellung des Vorhandenseins einer Bauchverletzung oft eine schwierige Aufgabe. Während der Vorbereitung zur Operation wird das Gewicht darauf gelegt, dass der allgemeine Zustand der Verletzten bestmöglich wiederhergestellt sei, wobei man ausser der Schockvorbeugung hauptsächlich die Herstellung der thorakalen Verhältnisse benutzt. Die Blutung ist meist abdominaler Herkunft, sie bedarf sogar im Schockzustand eines sofortigen operativen Eingriffs. Nach der Wiederherstellung des kardiorespiratorischen Systems besteht die empfohlene operative Taktik aus der Eröffnung einer Höhle, möglichst der Bauchhöhle, da die thorakale Verletzung meist konservativ behandelt werden kann und die Versorgung der diaphragmatischen Verletzung bedeutet in der Anwesenheit einer Laparotomie keine besondere Schwierigkeit. Eine Thorakotomie wird nur im 5% der Fälle, oder sogar auch seltener, im Falle der schon geschilderter Indikationen angefertigt. Hieraus ist bekanntlich eine ausgiebige abdominale Revision unmöglich. Die Eröffnung beider Höhlen ist unphysiologisch, man soll also davon verzichten. Falls eine zweihöhlige Eröffnung doch unvermeidlich ist, muss der Eingriff getrennt durchgeführt werden. Im zweiten Weltkrieg betrug die Letalität auf 27,3%, im koreanischen Krieg auf noch 19,5%.

A tibia fáradásos töréseinek differenciáldiagnosztikai problémáiról

Írta: Forrai Jenő dr. és Novák János dr. orvosőrnagy

A tibia fáradásos törésének klinikai és röntgen-képe több mint három évtizede ismert (1, 2). Az első közlemények óta számos dolgozat jelent meg, amely e tárgykörrel foglalkozik. Az első nagyobb anyagot Asal (3) szolgáltatta, aki 1937-ben a német hadseregben szerzett tapasztalatait tette közzé. Összesen 590 fáradásos törésről („militärische Dauerbrüche”) számolt be, ezeknek 11%-a fordult elő a sípcsonton. Az elváltozást a nagyobb kézükönyvek (4, 5, 6) részletesen ismertetik, így a rávonatkozó észlelések túlnyomó része tankönyvi adatnak tekinthető.

Fentiek ellenére a szakirodalom, amely lényegében napirendre tért a fáradásos törések problematikája fölött általában, minduntalan visszatér a tibia fáradásos törése kapcsán felmerülő kérdésekre (7, 8, 9).

Ennek oka elsősorban az, hogy az e kórformával összefüggő differenciáldiagnosztikai feladatok megoldatlanok. Ehalt (10) a következőket írja: „Gya-

korlatilag fontos, hogy a fáradásos törést sokszor tévesen, vagy osteomyelitisnek, vagy — ami tragikussá válhat — malignus tumornak diagnosztizálják.” *Salzer* (11) a tibia fáradásos törésének három esetét közli, amelyet tévesen tumornak fogtak fel. *Brailsford* (12) kitűnő kézikönyvében megjegyzi, hogy a fáradásos törés „nem tévesztendő össze sarcomával”. *Asal* (13) már 1936-ban ismertetett három esetet, melynél tumor gyanúja miatt próbaexcísiót végeztek. Az azóta megjelent számos ilyen irányú klinikai tanulmány és esetközlés (14, 15, 16), tankönyvi ismertetés stb., lényegében nem jutott tovább a feladat kijelölésénél. *Nemkin és Zdorovják* 1958-ban megjelent igen alapos tanulmányukban (17) gondosan felsorolják a differenciáldiagnosztikai lehetőségeket (törés, infractio, egyéb eredetű periostitis, osteomyelitis, tbc., lues, Ewing sarcoma, osteogen sarcoma), az elkülönítés módjára azonban ők sem tudnak eléggé megbízható vezérfonalat adni.

Mi sem bizonyítja eklatánsabban a differenciáldiagnosztikai fegyvertár elégtelenségét, mint a Mayo klinika 1962-ben közölt két esete, melyet a klinikai és röntgenkép alapján sarcomának fogtak fel, és csak a próba excisio terelte helyes irányba a diagnózist („Unrecognised fractures of long Bones, suggesting primary Bone tumors”, 18.).

A sajtószzerű nehézség fő oka az, hogy a csont-sarcomáknak és az osteomyelitisnek ugyancsak egyik leggyakoribb lokalizációja a tibia.

Az elkülönítő kórismezés fontosságát az adja meg, hogy a felmerülő különböző esetekben a prognózis és a kezelés teljesen eltérő. A súlyos prognózisú tumor, az intenzíven kezelendő osteomyelitis, és a fektetésre gyógyuló marsfraktúra mielőbbi elkülönítésének szükségessége nyilvánvaló.

Mivel az elmúlt évek folyamán több ízben volt magunknak is alkalmunk rá, hogy szembenézzünk az elkülönítő kórisme nehézségeivel, célszerűnek találtuk, hogy a rendelkezésünkre álló anyagot feldolgozzuk, s törekedjünk olyan tünetek és szabályszerűségek felismerésére, amelyek a későbbiekben elkülönítés tekintetében hasznosnak bizonyulhatnak.

Beteganyag és tapasztalatok

Az elmúlt öt év beteganyagában a tibia fáradásos törésének tizenegy esetét találtuk fel. E tizenegy esetből hét eset teljes dokumentációja rendelkezésünkre állott, a további négy esetben — biztos diagnózis birtokában — csupán a röntgenképeket használtuk fel, morfológiai elemzés céljára.

Úgy véljük, hogy eseteink egyenkénti bemutatása helyett instruktívabb, ha adatainkat a feldolgozás főbb szempontjai szerint csoportosítva ismertetjük. A feldolgozásban a szokott táblázatos módszert alkalmaztuk, magát a táblázatot azonban, mivel az ismertetendő adatok szemléltetést nem igényelnek, mellőzzük.

1. Fáradásos törésre utaló kórelőzmény. Megállapíthattuk, hogy egyetlen beteg sem hozta önként összefüggésbe a panaszokat az orvos számára jellegzetes anamnézissel, ez minden esetben csak rákérdezéssel volt tisztázható. Ilyen körülmények közt négy esetben derült fény a megfelelő kórelőzményre (járőrverseny, ejtőernyős kiképzés, harcászati gyakorlat, menetgyakorlat). A további három esetben az átlagost meghaladó megterhelés nem tűnt ki.

2. Direkt trauma az anamnézisben. Három beteg számolt be ütésről, és ezeket követően. Jellemző, hogy egyik betegünknek már egy hónapja voltak fájdalmai, bejövetelekor azokat mégis az egy hete történt ütéssel hozta kapcsolatba.

3. Panaszok kezdete és kórházi felvétel közt eltelt idő: kivétel nélkül egy hónapon túl és kettő hónapon belül.

4. Beküldési diagnózis: öt esetben diagnózis nélkül, két esetben kinti röntgenlelet birtokában mint periostitis ossificans.

5. Panaszok. A hét esetből ötnél igen kifejezett volt az, hogy a fájdalom igénybevételre jelentkezik, nyugalomban szűnik. A további két esetben a kórlapon csak enyhe fájdalom szerepel, utólag nem rekonstruálható, hogy történt-e rákérdezés az igénybevételre.

6. Fizikális vizsgálat: lokális nyomásérzékenység kivétel nélkül. Két esetben lokális lágyrészduzzanat szerepel a leírásban, egy esetben periost. megvastagodás volt tapintható.



1. ábra: A részletesen ismertetett 1. eset: D. L. h.

1. a) és 1. b) ábra. 1960. II. 25-i kétirányú summációs felvétel (controll). Típusos helyen, a tibia proximalis és középső harmadának határán a dorsalis és medialis contúron 6–8 cm hosszúságban 1–8 mm széles periostosis. Oldalnézetben az elváltozás maximumán a kompakta contúrja nem vehető ki biztosan

7. Kórházi felvételt megelőző kezelés. Három gyengélkedőn feküdt, egyikük RH kezelésben részesült. A negyedik „rheumás” panaszai miatt szakrendelőbe járt mikrohullám kezelésre (!).

8. A rutin laboratóriumi leletek (süllyedés, vérkép, WaR., vizelet) negatívak voltak.

9. Röntgenvélemény: három esetben egyértelműen fáradásos törés. Három esetben merült fel tumor gyanúja, két esetben osteomyelitis, két esetben „perios-

titis ossificans”, egy esetben subperiostealis haematoma, egy esetben primaer sclerotisáló osteomyelitis (Garré), egy esetben osteoid osteoma. Több esetben csak hetekig tartó gondos klinikai és radiológiai ellenőrzés során a tomografiát is igénybevéve volt lehetséges eljutni a helyes diagnózishoz.

10. Therapiaként öt esetben nyolc hét járógipsz, két esetben csak fektetés szerepelt. A kezelés tartama alatt az elváltozás konzolidálódott, számottevő panasz nem maradt vissza.

Röntgentünetek. A diagnózis felállításában a röntgenvizsgálatnak döntő szerep jut. Tapasztalataink szerint a már legalább egy hónapja fennálló panaszok esetén a röntgenfelvételen már látható elváltozás. Kilenc esetben az elváltozás a típusos helyen, a diaphysis proximalis és középső harmadának határán, két esetben distalisabban mutatkozott. Típusos lokalizáció esetén a periostosis először a dorsalis conturon tűnik fel, majd a medialis, ezután terjed rá a lateralisra. A sorrend egyébként a mérték különbözőségét is jelzi. Az elülső conturon egyetlen esetben láttunk minimális elváltozást, amikor a törési vonal a csont medialis felén, sagittalis irányban, hátulról előre felé végighaladt és elérte az elülső corticalist. A kép bármely stádiumban megállhat. A periostosis lehet vattaszerű, réteges vagy kompakt. A periostosis szerkezetének fejlődési iránya konzolidáció esetén a kompakttá válás. Törési vonal általában csak hat hét után észlelhető. Lefutási irányát illetően törvényszerűséget nem találtunk. A 11 esetből hétnél láttunk törési vonalat. Kettő a hátsó conturról le, kettő felfelé irányult, kettő horizontálisan haladt, egy pedig, ahol a törés distalisabban helyezkedett el, a belső conturról indult lefelé. Egy esetben szabályos hajlításhoz éket találtunk a hátsó kompaktn. Ha a törési vonal vagy vonalak, bármilyen irányból érkeztek is, elérik a spongiosát, a törési vonal vízszintessé válik, felülte a tankönyvi formát.

Háromzben észleltük a következő, differenciáldiagnosztikai szempontból figyelemre méltó jelenséget. A folyamat kialakulása során kezdetben, mint ismeretes, csak periostosis látható, törési vonal nélkül. A 6—8. héten a periostosis maximumának megfelelően — mindig dorsalisán! — a corticalis $\frac{1}{2}$ —1 cm hosszúságban elmosódik, eltűnik, szomszédságában a kompakta állománya fellazul. Ez az a stádium, amikor Ewing sarcoma, de osteomyelitis és osteoid osteoma gondolata is felmerül. Ha ebben a stádiumban elvégezzük a réteg vizsgálatot, a rétegfelvétel már világosan mutatja a törési vonalat és így eldönti a diagnózist.

A differenciáldiagnosztikai problémák röntgenológiai vonatkozásainak ilusztrálására bemutatunk két esetet.

I. D. L. honv. 1960. I. 19-én jelentkezik röntgenvizsgálatra. Előadja, hogy négy napja megütötte sípcsontját. Az alábbiakban szó szerint közöljük az ellenőrzés során kiadott röntgenleleteket, a közel másfél hónappal később rétegvizsgálattal biztosított diagnózisig.

I. 19. A tibia felső harmadában a dorsalis conturon 4—5 cm hosszúságban keskeny, finom periostealis felrakódás látható. Egyéb eltérés nem észlelhető. A körelőzménnyel egybevetve, az elváltozás posztraumás periostitis ossificansnak felel meg. Két hét múlva kontroll javasolt.

II. 5. Jelen kontrollvizsgálat alkalmával a jan. hó 19-i felvétellel összehasonlítva az akkor jelzett periostosis sokkal kifejezettebbé vált, a tibia felső harmadában a dorsalis conturon jelenleg 7 cm hosszúságban követhető, ugyanakkor vastagabb is, igen nagy mértékben megjelent a medialis és kissé a lateralis conturon is. Az igen kifejezett periostitis ossificans további szoros ellenőrzést igényel, egy hét múlva kontroll javasolt.

II. 25. A tibia felső harmadában 1960. I. 19. óta észlelt periostosis szélességben és hosszúságban egyaránt további jelentős progressiót mutat. Az elváltozás centrumában a compacta kissé fellazultnak tűnik. Bár az elváltozás jellege jelenleg is traumás periostitis ossificans-nak megfelelő, az állandó erős progressio miatt szükséges felvetni

a tu. suspitiumát. Ilyen irányú, teljes kivizsgálás és gondos ellenőrzés céljából kórházi felvételt javasolunk. Részünkről a beteget tomographiára előjegyeztük.

II. 29. Sagittalis síkú rétegvizsgálat. Az 1960. febr. 25-i kétirányú summatioás felvétel kiegészítésére végzett rétegvizsgálat felvételein a leírt periostosis punctum maximumán dorsalisán felülről rézsút le- és előrefelé haladó, kb. két cm hosszú, kissé scleroticusan övezett, vonalszerű felritkulás látható a tibia állományában. Az egész elváltozás ennek megfelelően fáradásos törésnek bizonyul, igen nagy fokú periostealis callusképződéssel.

A beteg a diagnózis felállításáig fizioterápiás kezelésben részesült. Ezután 8 hétre járógipszet kapott, majd felülvizsgálattal leszerelt.

A minden szépités, változtatás nélkül ideiktatott röntgenleletek, egyebek mellett, jól mutatják a bizonytalanság mellett a növekvő aggályt, ami az ellenőrzést kísérte.

2. B. J. honv. bal tibiáján a dorsomedialis conturon 6—8 cm hosszúságban réteges szerkezetű periostealis felrakódás látható, a kompakta kifejezett fellazulásával. A kép tumor kifejezett gyanúját kelti. A betegnek féltéve hasonló panaszai voltak a jobb lábszárán, akkor néhány hétig gyengélkedően feküdt. A röntgenfelvételt egyértelműen gyógyult fáradásos törést mutat. A diagnózist a körlefolys igazolta.

Megbeszélés

Tapasztalatainkat az ismertetés sorrendjében beszéljük meg, amennyiben az hasznosnak látszik.

Az az észrevételünk, mely szerint a betegek nem hozzák kapcsolatba panaszait a voltaképpeni okkal, sőt, nem ritkán félrevezető, akut traumás anamnézissel szolgálnak, úgy véljük, nem hagyható figyelmen kívül. A „típusos anamnézis” csak az orvos számára típusos, ha gondol rá.

A panaszok 4—8 hetes tartama a kórházi felvétel időpontjában meglepően szigorú törvényszerűségnek bizonyult. Minimális értéke talán az osteomyelitistől való elkülönítésben lehet.

A fájdalom azon sajátosságának, hogy igen szorosan összefügg az igénybevétellel, úgy gondoljuk, jelentős differenciáldiagnosztikai értéke van. A fájdalom fokozódása igénybevétel kapcsán előfordulhat osteomyelitissel és tumornál is, de nem jellemző, nem szükségszerű. E tünet fáradásos törés esetén könnyen értelmezhető, hiszen a funkció éppen az a mechanizmus, amely a károsodást létrehozta.

A lokális nyomásérzékenység általános, de mivel egyáltalán nem jellemző, úgyszólván értéktelen tünet.

A röntgenvizsgálatok kapcsán, úgy véljük, néhány hasznos tünetet, ill. jelenséget volt alkalmunk megfigyelni. Mindenekelőtt a periostosis megjelenésének pontosabb lokalizációjára és dinamikájára gondolunk. Tudott, hogy a típusos magasság kb. a proximális és középső harmad határa. Az sem új felismerés, hogy az elváltozás maximuma dorsalisán található. Figyelemre méltónak gondoljuk azt a saját észlelésünket, hogy a periostosis a dorsalis conturról a medialisra, majd a lateralisra terjed, az elülsőt csak igen előrehaladott, elhanyagolt esetben érinti, s hogy a periostosis mértéke is a fenti sorrendet követi. A tibia típusos magasságában az elülső és lateralis conturon feltűnő periostosis egészen más megítélés alá fog esni gyakorlatunkban, mint a dorsomedialis. Vagy: a dorsalisán fellépő periostosisot kontrollálva, ha az lateralfelé terjed, más megítélés alá esik, mint a medialisra terjedő. Az a felismerés, hogy a törési vonal le, fel és horizontálisan is haladhat, megkönnyítheti a felismerést. Értékesnek gondoljuk a corticalis elmosódásával kapcsolatban leírtakat, annál is inkább, mivel radiológiailag ez a legriasztóbb stádium, a legkönnyebben vehet a diagnózis téves irányt, és pedig elsősorban az Ewing sarcoma felé, de beolvadó osteomyelitis lehetősége is igen nyomatékosan felmerül. Ugyancsak értékes tapasztalatnak

véljük, hogy e stádiumban a rétegvizsgálat felfedi a törési vonalat, vagy legalábbis megerősíti, ill. igazolja gyanúját.

Ha ezeketán mintegy „összefényképezzük” a rendelkezésre álló irodalmi adatokat és saját tapasztalatainkat abból a célból, hogy a kórképre jellegzetes, közös sajátságokat kiemeljük, és az egyéni, esetleges vonásokat elmoassuk, a következő „típus” alakul ki.

Elsőéves sorállományú honvéd. (Minden esetünk ebbe a kategóriába tartozott, de az irodalmi adatokkal való teljes egyezés miatt nem emeltük ki külön.) Egy-két hónapja egyik alszárának felső harmadában fájdalmat érez, főként igénybevétel alkalmával. Nyugalomban a fájdalom szűnik. 1—2 hete elszenvedett ütésről, esésről tehet említést. Beküldési diagnózis nincs. Fizikális vizsgálat localis nyomásérzékenység. Láza nincs. Labor. leletek normálisak. Rtg.: kb. a felső és középső harmad határán, legkifejezettebben a dorsalis, majd a medialis, majd a lateralis, csak kivételesen az elülső conturon, a kontrollók folyamán igénybevétel esetén növekvő mértékű periostosis látható. E kép kezdetben egyszerű periostitis ossificansnak felel meg. A periostosis fokozódásakor a felrakódás pamacszerű vagy réteges — felmerül az osteomyelitis gondolata. Később a periostosis maximumán dorsalisán a corticalis conturja elmosódik, a kompakta fellazul, osteomyelitis további gyanúja mellett elsősorban Ewing-ra gondol a vizsgáló. A törési vonal megjelenése, ill. rétegvizsgálattal történő korábbi kimutatása eldönti a kérdést: fáradásos töréssel állunk szemben. Két hónapos rögzítésre a folyamat gyógyul, érdemleges panaszok nem maradnak vissza, a röntgen kép csupán megvastagodott kompakta mutat az előrement periostosisnak, ill. callusnak megfelelően.

Gyakorlati konklúziók

A tibia marsfaktúrája az irodalmi adatok és saját tapasztalataink alapján az elsőéves sorállomány jellegzetes katonai munkaártalmának tekintendő.

A kezelés tartama, a gyógyulás időpontja, illetőleg magának a folyamatnak kiterjedése a kórismézés időpontjának függvénye lévén, megfelelő kórelőzmény és 3—4 hete fennálló jellegzetes panaszok esetén röntgenvizsgálat végzendő. Ha a jellegzetes helyen már csekély periostosis sejthető, haladéktalan rögzítés alkalmazandó. Ez esetben remélhető, hogy a folyamat már a gyógyulás felé halad akkor, amikor egyébként tumorra gyanús röntgenváltozást mutatna. Tapasztalataink, úgy véljük, szerény mértékben hozzájárulnak ahhoz, hogy a diagnózis felállításának időpontját a kétes esetekben is némileg előbbre hozzuk.

ÖSSZEFOGLALÁS

Tizenegy eset tapasztalatainak feldolgozása alapján néhány újabb észlelettel járul hozzá e jellegzetes katonai munkaártalom kórisméjének korai felállításához.

Köszönetnyilvánítás. Dr. Diner Ottó o. ezds. elvtársnak és dr. Udvari Pál o. örgy. elvtársnak munkánkban nyújtott sokoldalú segítségükért köszönetünket fejezzük ki. Waczlavik Antal rtg. technikus elvtársnak a vizsgálatok elvégzésében és a képmások elkészítésében nyújtott segítségéért tartozunk köszönettel.

IRODALOM

1. *Ollonkriszt*, cit. *Nemkin* (17). — 2. *Nyepopuknoj*, cit. *Nemkin* (17). — 3. *Asal*: Über Entstehung und Verhütung der Spontanfraktur an der unteren Extremitäten. Veröff. aus dem Geb. d. Heeres—Sanitätswesens. Herausgeg. v. d. Heeres—Sani-

tätsinspektion d. Reichskriegsministerium. Heft 104, 1937. 132 s. — 4. *Schinz*: Lehrbuch d. Rtgdiagn. Thieme, Stuttgart, 1950. — 5. *Köhler—Zimmer*: Grenzen... usw. Thieme, Stuttgart, 1956. — 6. *Oberdahlhoff—Vieten—Karcher*: Klin. Rtgdiagn. Chir. Erkrank. Springer, Berlin, 1959. — 7. *Boncs—Oszmolovszkij, Treiszter, Tolsztüj*: V. M. Zs. 1958. 1. füzet 90. oldal. — 8. *Glazürin, Nuriev*: V. M. Zs. 1959. 10 f. 69. old. — 9. *Gotlib*: V. M. Zs. 1959. 10. f. 68. old. — 10. *Ehalt*: Unfallchir. im Rtgbild. Maudrich, Wien, 1950. — 11. *Salzer*: Chirurg. 1943. 15. — 12. *Brailsford*: The Radiology of Bones and Joints. Churchill, London, 1948. — 13. *Asal*: Arch. klin. Chir. 1936. 186. 511. — 14. *Krause, Thompson*: Radiology 1943. 41. 580. — 15. *Cyran*: D. Dtsche Militärarzt 1941. 6. 332. — 16. *Eck*: Zur Rtgdiagnose der Marschfraktur. Heeres—Sanitätswesen, 1938. — 17. *Nemkin, Zdorovják*: V. M. Zs. 1958. 1. f. 35. old. — 18. *Linscheid, Coventry*: Proc. Mayo Clin. 1962. 37. 599.

Д-р *И. Форрай* — майор мед. службы д-р *Я. Новак*:

О ВОПРОСАХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШОЙ БЕРЦОВОЙ КОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ УТОМЛЕНИЯ

На основании разработки данных 11 случаев авторы сообщают о некоторых новых наблюдениях с целью облегчения раннего постановления диагноза этого типичного заболевания, возникающего в армии под физической нагрузкой.

Dr. J. Forrai, Dr. J. Novák, Major d. Med. D.:

ÜBER DIE DIFFERENTIALDIAGNOSTISCHEN PROBLEME DER MARSCHFRAKTUREN DER TIBIA

Auf Grund der Bearbeitung von Erfahrungen mit 11 Fällen werden einige eigenen Beobachtungen zur Diagnose dieser charakteristischen militärischen Arbeitsschaden zugefügt.

Hasi műöttek belgyógyászati ellátása

Írta: **Rényi Kázmér dr.**

Ha választ keresünk a kérdésre, milyen segítséget nyújthat a belgyógyász az operáló sebésznek a műtetre kerülő betegek prae- és postoperatív ellátásában, nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a fejlődést, amelyen a belgyógyászati konzilium fogalma az elmúlt két évtized alatt átesett.

Trencsényi 1946-ban megjelent cikkében elsőként vázolta a műtési szakok belgyógyászának feladat körét. Nagy súlyt helyezett *Petrovskij* professzor is a sebési betegek jó minőségű belgyógyászati ellátására. Figyelemre méltó az amerikai anaesthesiológusok társasága elnökének, *Collins*nak véleménye az amerikai anaesthesiológusok munkaköréről. Az anaesthesiológus jól képzett, széles látókörű, jó diagnosztikai képességű belgyógyász, aki egyben altat is, ismeri a műtétek menetét és jó manualitása van. A betegágnál állandó hathatós segítséget nyújt az operáló sebésznek és lehetővé teszi számára, hogy a műtési technika kérdéseire jobban összpontosítsa figyelmét.

Véleményünk szerint, a műtéteknél való részvétel és az altatás lebonyolítása azonban annyi energiát igényel, hogy nem maradhat elég idő a betegekkel való kórtermi foglalkozásra. Ezért a budapesti klinikákon és kórházakban az