

1. *Bartha L.*: Az erkölcsi-politikai érzelmek neveléslélektani vizsgálatának elvei és módszerei. Pszichológiai problémák az iskolában. Tankönyvkiadó. 1961. Budapest. 173. — 2. *Borsodi J.*: Honvédségi Szemle, 1964. 15. 3. 29. — 3. *Csirszka J.*: Érettségizett tanulók beilleszkedési problémái az ipari pályákon. Pszichológiai Tanulmányok, III. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1961. 355. — 4. *Csorba A.*: Ideggyógyászati tanulmányok különös tekintettel a katonai orvosi szolgálatra. Katonai Kiadó, Budapest, 1955. — 5. *Djacsenko, I. M.*: Honvédségi Szemle, 1964. 15. 2. 55. — 6. *Djacsenko, I. M.*: Honvédségi Szemle, 1964. 15. 3. 54. — 7. *Hallgren, B., Sjögren T.*: Acta Psychiat. Secund. 35. 1961. Suppl. 140. 7. — 8. *Jung, R.*: Zbl. Psychiat. Neurol. 1961. 167—168. 100. — 9. *Brickenstein, R.*: Nervenarzt. 1963. 34. 537. — 10. *Kocsis B.*: Honvédségi Szemle, 1964. 15. 4. 28. — 11. *Lukov, G. D.*: A katonai tevékenység lélektani kérdései. Zrínyi Kiadó, Budapest, 1961. — 12. *Magyar I.*: Katonaorvosi Szemle, 1955. 7. 49. — 13. *Magyar I.*: Honvédorvos. 1961. 13. 173. — 14. *Magyar I., Ozsváth K. és mtsai*: A rendkívüli események psychopathologiai elemzése elmekórtani vonatkozásból. Előadás az V. Honvédorvosi Tudományos Értekezleten 1961. okt. 28. Melléklet a Honvédorvos 14. 1. számhoz. — 15. *Ozsváth K., Kémenczy I.*: Az értelmi fogyatékoság katonai orvosi megítélése. *Ugyanott.* — 16. *Ozsváth K., Kémenczy I.*: Tömegméretekben alkalmazható pszichológiai szűrővizsgálati módszer. Honvédorvos, 1961. 13. 303. — 17. *Ozsváth K.*: A katonai kiképzés néhány pszichológiai kérdése. Honvédelem, 1962. 1. — 18. *Nowogrodzki, T.*: Fejlődéslélektan. Tankönyvkiadó, Budapest, 1961. — 19. *Nagy G.*: Honvédségi Szemle, 1964. 15. 2. 45. — 20. *Nyirkos Á.*: Honvédségi Szemle, 1964. 15. 1. 65. — 21. *Nyirő Gy.*: Psychiatria. Medicina, 1961. Budapest. — 22. *Nyirő Gy.*: Morphol. és Igü. Orvosi Szemle, 1963. 3. 3. — 23. *Nyirő Gy.*: Psychopathia és beszámíthatóság. Előadás a Pavlov Ideg-Elme Szakcsoport 1964. ápr. 30-i ülésén. — 24. *Nelheibel J.*: Öngyilkosság az ideggondozás tükrében. Előadás ugyanott. — 25. *Liebermann és mtsai*: Fiatalkorú öngyilkosok. Pszichológiai Tanulmányok. V. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1963. 26. *Prihoda V.*: Bevezetés a pedagógiai pszichológiába. Tankönyvkiadó, Budapest, 1960. — 27. *Rózsa K.*: Honvédségi Szemle, 1964. 15. 2. 35. — 28. *Sárvári I.*: Honvédségi Szemle, 1964. 15. 4. 43. — 29. *Schachter M.*: Zbl. Psychiat Neurol. 1959. 152. 2. — 30. *Szabó E.*: Honvédségi Szemle, 1964. 15. 2. 110. — 31. *Volkov, A.*: Honvédségi Szemle, 1964. 15. 4. 39.

Подполк. м/с. Карол Ожват.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА В АРМИИ

Dr. K. Ozsváth, Oberstl. d. Med. D.:

MEDIZINISCH-PSYCHOLOGISCHE UND PSYCHOPATHOLOGISCHE PROBLEME
DER JUGENDZEIT IN DER ARMEE

Fedett typhusos bélperforáció esete

Írta: **Pintér Zoltán** dr. orvosalezredes, **Keleti Béla** dr. orvosalezredes,
Hermann István dr. orvosalezredes

A typhus abdominalis-megbetegedések, amelyek a II. világháború előtt hazánkban komoly közegészségügyi problémát okoztak, ma már ritkán fordulnak elő. A profilaktikus intézkedések az évi esetek számát az 1932. évi 22 000-ről 1943-ban 4600-ra, a letalitást 12,2⁰/₀-ról 7,6⁰/₀-ra szállították le. A felszabadulás után 1946-ban a 3900 beteg közül meghalt 10,9⁰/₀, 1960-ban pedig az összesen észlelt 513 beteg közül 1,6⁰/₀, azaz 7 fő. (1)

A letalitás nagymértékű csökkenése — 1952. óta 5⁰/₀-ról 1,6-ra — elsősorban az oltások és a chloramphenicol javára írható.

A hadseregben a typhus abdominalis előfordulása ma már szintén ritkaság, 1961 óta mindössze két typhusos megbetegedés volt. A fertőződés veszélye azonban még ma is fennáll, mert az országban kb. 2000 nyilvántartott bacilusgazdán és ürítőn kívül kb. ugyanennyire becsülik a fel nem ismert bacilusgazdák számát.

F. N. 20 éves katona betegsége 1963. október 8-án hidegrázással, lázzal és főfájással kezdődött. Október 14.-én — 6 nap múlva — jelentkezett orvosnál, aki influenzát feltételezve, lázcsillapítót rendelt. Ennek hatástalansága miatt október 21.-én — betegsége 13. napján — került a honvéd rendelő intézetbe vizsgálatra és onnan osztályunkra megfigyelésre.

Felvételét megelőző két évben typhus-védőoltást nem kapott.

Felvételekor láza: 39,0 C°, általános állapot jó. Torka mérsékelten belövellt, nyelve bevont. Pulsus: 96/min. — 116/min. Lépe tapintható, puha.

Typhus abdominalis gyanúja miatt haemoculturára, Widalra és székletvizsgálatra anyagot küldtünk, majd Chlorocid terápiát kezdtünk (napi 2 gr). A typhus abdominalis diagnózisát a 2. haemocultura, a 3. széklet, valamint az 1. Widal („O” titer 1:400, később 1:800) reactio positivitása bizonyította.

A beteg lázmenete, amely magas continua volt, a 6. napon — október 26.-án, a betegség 19. napján — intermittáló—remittáló formát öltött. A következő napon a has baloldalában alul fájdalmat érzett, hétszer ürített híg székletet, két ízben hányt, anuriássá és elesetté vált, nyelve száraz lett. A has továbbra is puha maradt, localis izomvédekezést nem észleltünk. Fvs-szám 5,200. A Chlorocid-terápiát folytattuk, infúsiót, Kombetin-injekciót adtunk. Annak ellenére, hogy a fájdalom a has baloldalában jelentkezett, bélperforációra gondoltunk. Mint-hogy azonban állapota az infusio után javult, vizeletürítése spontán megindult, a fvs-szám változatlan maradt és hasi resistentia sem alakult ki — csak meteorisztikus és érzékeny hasa volt — további szoros observációra határoztuk el magunkat. Másnapra a fvs-szám 9,900-ra, v. sü.: 75 mm/1 h-ra emelkedett. A lázmenet továbbra is intermittáló jellegű maradt. Üres hasi rtg-felvétel légsarlót nem mutatott.

Három nap múlva újabb hasmenés lépett fel. Végül is látva, hogy a Chlorocid a lázmenetet nem befolyásolja, az antibiogramm eredményére támaszkodva, Neomycin adására tértünk át. Állapotában azonban ez sem hozott változást.

November 4.-én a has alsó baloldalában, az eddigi érzékenység mellett, resistentiát is tapintottunk és a november 2.-i fvs-szám (9,200) 19,000-re nőtt. Ugyanezen a napon sebész-consilium (dr. Szilágyi és dr. Hermann) történt, amely a következő statust állapította meg: A beteg relatíve jó általános állapotban van, nyelve nedves, tensiója normális, tachycard, hasa alig elődomborodó, nem aszimmetriás, betapintható, a bal alhasfélben relatív izomvédekezés észlelhető. Rectalisan a Douglas bedomborodott, infiltrált, a középtől, kissé balra kb. mutatóujjhegynék megfelelően felpuhult. Vélemény: fedett typhusos bélperforatio.

A beteget a sebészeti osztályra helyeztük át, ahol november 5.-én a Douglast az előzőekben említett felpuhulásnak megfelelően megpungáltuk és gnyeyt kaptunk. Ezután a Douglast feltártuk és 300 ml bűzös, coli-szagú gnyeyt bocsátottunk le, a tályogüregbe vastag drainsövet helyeztünk. A következő napokban a beteg láztalanodott, tachycardiája és hasi fájdalma megszűnt. A drainsövet 6 nap múlva távolítottuk el. A leszívott gnyey coli-positívnek bizonyult, typhusbacilus nem tenyésztett ki.

A feltárást után 4 héttel irrigoscopiás vizsgálatot, majd később vékonybél-vizsgálatot végeztünk, mindkettő normális bélviszonyokat mutatott. A beteget 58 napos kórházi ápolás után gyógyultan bocsátottuk ki.

Megbeszélés. Typhus abdominalis esetén a beteg életét elsősorban a bélvérzés és a bélperforatio fenyegeti. A Chlorocid-terápia mindkettő kivédésében jelentős szerepet játszik, ha az anatómiai laesio (bélfekély) kifejlődése előtt legalább a második hét elején kap a beteg chloramphenicolt. Ennek feltevése az, hogy a beteg idejében kerüljön orvoshoz és a diagnosist minél korábban felállítsák.

Osztályunkon 1951. és 1956. között 31, nagyrészt polgári typhusos beteget ápoltunk és azok chloramphenicol-therápiás eredményeiről egyikünk 1956-ban számolt be (2). Abban a betegcsoportban is szerepelt egy beteg, aki a betegsége 18. napján került osztályunkra és akinél a chloramphenicol-kezelés 4. napján fájdalommentesség mellett meteorismus és tachycardia fellépése utalt perforatióra. A műtétnél a coecum feletti 1 méteres vékonybél-szakaszon több perforatiót találtak — ott, ahol irodalmi adatok alapján is leggyakoribb a perforatio —, ezért az egész bélszakaszt resecáltak. A beteg átmeneti ileus, majd a később kialakult hasúri tályog megoldása után meggyógyult. Már ekkor az volt a véleményünk, hogy a chloramphenicol-kezelés a typhusos bélperforatio további sorsára jótékony hatással volt.

Jelenleg ismertetett betegünk betegségének 13. napján került kórházba, amikor már a bélfekélyek fennállottak. Typhus-védőoltást nem kapott, mert alakulatától egy budapesti katonai intézethez vezényelték, régi alakulatánál még nem került sorra, új alakulatánál már befejezték a védőoltásokat. Ismerve a typhus elleni vaccinatio védőhatását, nagyon valószínű, hogy a katona nem betegedett volna meg, ha idejében beoltják. Valószínű, hogy az első vizsgáló orvost — aki a betegnél influenzát tételezett fel, annak tünetei nélkül — éppen az befolyásolta a diagnózis felállításában, hogy a beteg olyan katona, akinél a typhus-védőoltás megtörtént, és ezért nem gondolt typhus lehetőségére.

Ami magát a typhust illeti, diagnosztikailag problémánk nem volt. Klinikailag a kéthetes lázat, a tapintható lépet, alig fokozott véresejtsüllyedést, a leukopeniát és a typhusoltás hiányát értékeltük. A bélkomplikáció a Chlorocid-kezelés 4. napján következett be, az említett betegünkhöz hasonlóan. A többnapos continua láz utáni lázesések amphibol stadium látszatát keltették, azonban a hasi fájdalom, a nyomásérzékenység és hasmenés, mint új tünetek, a perforatio felé terelték gyanúnkat. Nem voltak kifejezett perforatiós tünetek. Az anuriát, amely infusiók hatására megszűnt, a nagy hasmenésnek tulajdonítottuk, a fvs-szám is normális maradt, ezért döntöttünk a szoros observatio mellett. Együttal látva a Chlorocid hatástalanságát a lázmenetre, Neomycinre tértünk át.

A perforatio, amely a hasi tünetek idején jött létre, fedett maradt és csak 7 nap múlva jelentkezett a has körülírt feszessége, a gennyedésre utaló 19 000-s fvs-szám, valamint a Douglas bedomborodás, amely a műtėti megoldást elkerülhetetlenné tette. A beteg így lényegesen kisebb műtéten esett át, mintha egy héttel előbb laparotomiát indicáltunk volna.

1956-ban egyikünk (2) a typhus abdominalis akkori műtėti megoldásáról azt írta, hogy a legkisebb gyanú esetén a korai és maximalisan kímélő műtét penicillin, streptomycin, transfusio adása mellett, a betegek korábbi, 100%-os letalitását jelentősen csökkenti. Azóta a korán elkezdett chloramphenicol-kezelés döntően csökkentette a perforatio gyakoriságát, de még a későn kezelésbe vett és perforált betegek gyógyulási esélyei is nagyobbak. Úgy látszik, hogy a chloramphenicol a perforatiós coli-peritonitis diffussá válását gátolja meg, a colira gyakorolt bacteriostaticus hatásával. Betegünk esetében a perforatiós nyílás kicsi lehetett, környezete letapadt és így csak egy körülírt tályog alakult ki.

Természetesen előfordulhatnak chloramphenicollal kezelt olyan typhusos bélperforatiók is, amelyeket diffus peritonitis követ. Azért hangoztatjuk, hogy napokig tartó observatio csak akkor lehetséges, ha kétségtelenül meggyőződünk a folyamat elhatárolt, letokolt voltáról és olyan kórházi körülmények állnak fenn, amelyek azonnali hasműtėti megoldást is lehetővé tesznek. Eljárásunkat

Kalocsay (3) véleménye is megerősíti, aki perforatio gyanúja esetén az azonnali műtéti megoldást ma már szintén nem tartja indokoltnak.

A magyar irodalomban az utolsó tíz év alatt a fedett typhusos bélperforatióról szóló közlést nem találtunk, ezért tartjuk érdemesnek esetünk ismertetését.

Összefoglalás: Typhus abdominalis ellen védőoltásban nem részesült 22 éves férfibeteg — aki a betegség kezdete utáni 15. naptól kapott Chlorocidot — betegsége 19. napján perforált; a perforatiót letokolt, körülírt gyulladás követte, amelynek következményét, a Douglas-tályogot, műtétileg nyitották meg. A bélperforatio maradvány nélkül gyógyult. A szerzők esetükkel kapcsolatban ismeretük véleményüket a typhusos bélperforatio műtéti megoldását illetően.

IRODALOM

1. Petrilla Aladár dr.: Részletes járványtan. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1961. 2. Keleti Béla dr.: Katonaorvosi Szemle 1956. 8: 745—758. 3. *Kalocsay Kálmán* dr.: Heveny fertőző betegségek. A gyakorló orvos könyvtára. Medicina Könyvkiadó Budapest, 1962.

Подполк. м/с. Золтан Пинтер, подполк. м/с. Бела Келети, подполк. м/с. Иштван Герман:

СЛУЧАЙ СКРЫТОГО ПРОБОДЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

Больной 22-х лет, не получивший прививку против брюшного тифа, получал хлорид с 15-го дня болезни. На 19-й день болезни у него наблюдалось прободения, за которым последовало ограниченное, осумкованное воспаление. Последствием последнего явился дуэласовый абсцесс, который был вскрыт оперативным путём. Перфорации кишечника ликвидировалась благополучно, не оставляя никаких следов. В связи с этим случаем, авторы знакомят со своей концепцией по поводу хирургического вмешательства при тифозном прободении кишечника.

Dr. Z. Pintér, Oberstl. d. Med. D., Dr. B. Keleti, Oberstl. d. Med. D., Dr. I. Hermann, Oberstl. d. Med. D.:

EIN FALL VON BEDECKTER TYPHÖSER DARMPERFORATION

Es wird über einen Typhusfall berichtet, wobei ein 22 jähriger Mann ohne vorherige prophylaktische Typhusvakzine erkrankte und nachdem er ab dem 15. Tag seiner Krankheit als Behandlung Chloramphenicol erhalten hatte, am 19. Krankheitstag perforierte. Der Perforation folgte eine abgekapselte, umgeschriebene Entzündung nach und deren Folge, ein Douglasscher Abszess, operativ eröffnet wurde. Die Darmperforation hat ohne Überrest geheilt. Im Zusammenhang mit diesem Fall veröffentlichen die Verfasser ihre Ansicht betreffs der operativen Lösung der typhösen Darmperforationen.