

Подполковник мед. службы д-р *И. Никодемус*, д-р *Дь. Варга*, капитан мед. службы д-р *Ш. Кадар*, ст. лейт. мед. службы д-р *Б. Шенъеи*, ст. лейт. мед. службы д-р *Л. Олах*:

СЛУЧАИ ПСИХОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЙСКОВОЙ ЧАСТИ

В процессе изучения массовых психогенных неврозов, возникших в одной специальной части, исследовались обстоятельства ситуации. В связи с этим возникает возможность ориентировочного изучения неврозов военного времени.

Dr. *J. Nikodemusz*, Oberstlt. d. Med. D., Dr. *Gy. Varga*, Dr. *S. Kádár*, Hauptm. d. Med. D., Dr. *B. Sennyei*, Oberlt. d. Med. D., Dr. *L. Oláh*, Oberlt. d. Md. D.:

PSYCHOGENE INFEKTIONEN BEI EINER TRUPPENEINHEIT

Bei einer Truppeneinheit mit speziellem Aufgabenkreis kamen gehäufte Fälle von Neurosen psychogenen Ursprungs vor. Im Zusammenhang damit wurden die situative Umstände bei der Einheit geprüft und konnte man entdecken, dass die Fälle wegen etlicher plötzlicher Todesfälle an Herzthrombose aufgetreten waren. Eine übliche Beruhigungstherapie genügte um der Infektion Grenzen zu setzen. Bei dieser Gelegenheit heben Verfasser die Analogie zu möglichen Kriegsneurosen hervor und weisen darauf hin, dass es sich dadurch eine Möglichkeit gibt, jene Neurosen hinsichtlich ihren Entstehungsmechanismus näher studieren zu können.

A postoperatív szak nem mechanikus eredetű icterusa*

Írta: **Langer Gyula dr.** orvosezredes és **Horváth Attila dr.** orvosőrnagy

A mai sebészi irodalmat a műtét utáni szak szövődményeiről szóló tanulmányok nagy száma jellemzi. A sebészet eredményeinek megjavításában nyilvánvalóan nagy szerepet játszik a szövődmények számának csökkentése. Ha ismerjük és nyíltan feltárjuk a hibákat, a buktatókat, sikertelenségeink ritkábbak lesznek.

A műtét utáni icterus a sebész számára mindig komoly gondot okoz. Ennek következtében három kérdés merülhet fel:

a) Saját hibájának következménye-e? Indicatiós tévedés, vagy technikai hiba?

b) Milyen eredetű és milyen mechanizmus alapján lépett fel az icterus?

c) Mi a tennivaló, hogy előfordulását csökkentsük? Kell-e vagy sem therápiásan beavatkozni?

Közleményünk azokra az icterusokra korlátozódik, melyek a műtétet követően legfeljebb 14 napon belül lépnek fel. Ez az önkényes határvonal elengedhetetlen ennek a fontos műtét utáni fejezetnek tárgyalásakor. Valóban, a műtét

* Az 1964. évi Sebész Nagygyűlésen elhangzott előadás alapján.

utáni első két hét magában foglalja az összes akut gyulladáshoz tartozó tüneteket, de kizárja a hegesezés evolúciós folyamatait és ugyanakkor kizárja a műtéttel egyidejű inooulatiós vírushepatitist.

A közvetlen postoperatív időszak icterusait két nagy csoportba sorolhatjuk:

1. Elzáródásos icterus, mely a sebészi beavatkozás problémáját veti fel.
2. Nem elzáródásos, vagyis belgyógyászati icterus.

Az első csoportba tartoznak az epeutak, a gyomor, a pancreas területén történő műtétek szövödményei, esetleg technikai hibák következményei. Ennek áttekintését számtalan monographiában megtaláljuk. Legújabban *Poilleux* monographiája mintegy 30 általános klinikai syndromát sorol fel az icterusok keletkezési mechanizmusa szerint és tárgyalja a kivédésükre szolgáló elővigyázatossági rendszabályokat. Éppen a fentiek alapján ezek az icterusok nem képezik közleményünk tárgyát.

A második csoportba tartozó nem elzáródásos icterusnak viszonylag kevés irodalma van.

Nehéz meghatározni a különböző műtétek után, vagy a postoperatív szak kezelésének következtében fellépő icterus gyakoriságát. Nehéz azért, mert rendszeresen nem vizsgáltuk, továbbá az icterus fokának meghatározásánál széles határok lehetnek. Általában az első néhány közlemény csak a kifejezett icterusos eseteket tárgyalja, 6—8 mg% serumbilirubin-érték fölött. Ugyanakkor úgy látszik, hogy az icterusok, subicterusok (hyperbilirubinaemiák) nem kis számban találhatóak a sebészeti osztályokon.

A postoperatív szak nem obstructiós icterusait a következő csoportokba sorolhatjuk:

1. *Incompatibilis konzervvér adása következtében fellépő haemolyticus icterus.*

2. *Coincidentaló vírushepatitis.*

3. *Toxicus hepatitis, gyógyszer-icterus.*

4. *Hepato-renalís syndromában fellépő icterus.*

5. *Cirrhosis talaján fellépő icterus.*

6. *Pleiochrom nem haemolyticus icterus.*

Úgy gondoljuk, hogy a különböző csoportok részletes tárgyalása nagyon kiterjesztené közleményünket. Ezek egyike-másika belgyógyászati tankönyvekben is megtalálható, vagy monographiákból alapjaiban ismert elváltozások. Csúpan a teljesség miatt röviden foglalkozunk az egyes csoportokkal. A 6. csoportot részletesen tárgyaljuk, mert kevésbé ismert.

1. *Incompatibilis konzervvér adása következtében fellépő icterus.*

Helyesebb talán ezeket posttransfusiós anuriáknak nevezni, mert az icterus csak másodlagos jelenség mind diagnosztikai, mind prognosztikai szempontból.

Aetiológia:

1. A transfúsióval összefüggő direkt veszélyek. A—B—0-csoporttévésztes. RH-csoport-antigen.

2. Indirekt veszélyek akkor következnek be, ha a véradó agglutinínjei a kapó vörösvérsejtjeit roncsolják. 0-vér masszív transfúsiója következtében.

3. Bakteriális fertőzés okozta veszélyek. A konzervvér bakteriális fertőződése következtében is felléphet icterus.

2. *Coincidentaló hepatitis.*

Caroli szerint eléggé ritkák ezek az esetek. Általában inooulatiós vírushepatitisek, melyek a műtét előtti időszakban történő fertőzés következtében, a postoperatív szakban lépnek fel. A sebészi gyakorlatban többször operálunk olyan betegeket, kik előzőleg hosszú hetekig vagy hónapokig parenteralis kezelésben részesültek. A hosszú hospitalisatio, vagy transfúsiók adása következtében felmerül a veszély lehetősége. Felmerül az a kérdés, hogy a műtéti beavatkozásnak nincs-e kiobbantó szerepe, illetve nem praedisponáló tényező-e. Sajnos, a prodromális syndromák fellépte annyira bizonytalan, hogy a praeventio igen nehéz. Pedig a betegre nézve nem közömbös, hogy esetleg a hepatitis prodromás időszakában operálunk.

3. *Toxicus hepatitis, gyógyszeres icterus.*

Bár ritkán, mégis előfordulhat a postoperatív szakban mérgező anyagok hatása következtében, így chlorpromazin-származékok alkalmazása után többen közöltek icterust. Nemrégiben *Fonó* (5) közölt a Fluothan-narcosisnak tulajdonított icterusos szövödményt.

Ismeretes a különböző fertőző megbetegedésekben fellépő icterus. Tüdőgyulladás kísérő icterust már tapasztalt, régi klinikusok is leírtak, ilyenkor valószínűleg a toxicus komponens játszik szerepet. Nem ismeretlen a sepsist kísérő sárgaság sem (*Herberger*).

4. *Hepato-renalís syndromában fellépő icterus.*

A körkép egyáltalában nem tisztázott, nemcsak epeműtétekkel kapcsolatban jön létre. Ha egészséges veséjű beteg kerül műtetre és állapota rosszabbodása következtében olyguria, vagy anuria lép fel, RN-emelkedéssel, subicterussal vagy icterussal, hepato-renalís syndromáról beszélünk. A hepato-renalís syndromás esetekben igen szoros az összefüggés a vesefunctio és a rossz keringési állapot között. A vese elváltozása a legtöbb esetben látszólag functionális eredetű és csak a praemortalis fázisban jönnek létre organicus elváltozások. Speciális vesekárosító, májeredetű toxint nem tudtak kimutatni.

5. *Cirrhosis talaján fellépő icterus.*

A sebész többször kényszerül cirrhosisos beteget operálni a portalis hypertensio betegek műtétein kívül is. Ilyen esetben nem ritkán lép fel icterus, mely a végzetes kimenetel előjele. Természetesen a májfunctiók zavarok súlyosbodnak, ascites, vérzések kísérik a körlefolyást.

6. *Pleiochrom nem haemolyticus icterus.*

Részletesebben kívánunk foglalkozni a pleiochrom nem haemolyticus icterusokkal, előrebocsátva, hogy ezeket nem mindig lehet elkülöníteni pl. a coincidáló hepatitistól, vagy toxicus hepatitistól stb., stb.

Úgynevezett pleiochrom icterust *Caroli* és munkatársai 1950-ben 12 esettel kapcsolatban írtak le. *Switt* 1958-ban visszatért erre a problémára 16 baleset és égési sérülttel kapcsolatban. *Pichlmayer* és munkatársai 1963-ban hét hónap alatt 41 esetet észleltek és mint új kórformát, az ún. biliostatikus icterust írják le. *Bergmann* 1964-ben 120 műtét során konzervvér adása után 19 esetben talált hyperbilirubinaemiát. A leközölt esetekben mindig végeztek transfúsiót is.

Poilleaux és *Kapandji* a nem haemolyticus icterus fellépéséhez két aetiologiai tényező egyidejű jelenlétét tartja szükségesnek.

1. Csoportazonos és RH. konzervvér transfúsiója.

2. Sebészi beavatkozás, általában nagyobb és hosszantartó műtét.

Scott és munkatársai szerint egyetlen izolált transfusio után is lehetséges hyperbilirubinaemia.

Switt statisztikájában olyan eseteket említ, ahol a trauma vagy az égés a műtéti beavatkozással egyenértékű szerepet játszhat.

Ezzel ellentétben az irodalomban nem találni adatot arra, hogy a műtéti beavatkozás egymagában is kiválthat hyperbilirubinaemiát.

Három év alatt osztályunkon hat olyan beteget észlelünk, kiken a műtét utáni napokban nagyfokú sárgaság lépett fel: 7 mg⁰/₀-tól 28 mg⁰/₀-ig terjedő serumbilirubin-értékkel, anélkül, hogy mechanikus elzáródásra gondolni lehetett volna. Egy esetben akut osteomyelitis után, 1 splenectomia után, 2 gyomorresectio után, 1 struma műtéte után, 1 lumbalis sympathektomia után. A strumás és egyik gyomorresecált betegünk nem kapott transfúsiót, azonban a strumásnál a narcosis alatt kétizben percekig tartó hypotensio következett be. A gyomorresecálnál pedig nagy kiterjedésű, a mellkasfalra is ráterjedő phlegmone alakult ki a műtét utáni 3—4. napon.

Ezen megfigyelések alapján 50 nagyobb műtéten átesett betegen végeztünk sorozatban se. bi.-vizsgálatot. Minden egyes műtét lényegében hasonló előkészítés után, intratrachealis O₂—N₂O-Fluothane-narcosisban történt. Az esetek 14⁰/₀-ában (7 esetben) 1,5—3 mg⁰/₀-ig terjedő se. bi.-emelkedést észleltünk. A 7 esetből kettő nem kapott transfúsiót. Vizsgáltuk a transfusio és a narcosis

szerepét. Több esetben végeztünk serum-transaminase vizsgálatot és figyeltük az intravascularis haemolysisre utaló tüneteket. A májfunctiók próbák a műtét előttihez képest nem mutattak elváltozást. A serum transaminase-értéke a műtét előttihez képest emelkedett volt, olyan esetekben is, ahol nem észleltünk hyperbilirubinaemiát. Intravasalis haemolysisre utaló tünetek egyik esetben sem mutatkoztak.

A hyperbilirubinaemia leginkább a műtét utáni első napon lépett fel és maximális értékét a második, harmadik napon érte el. Átlagosan 4—8 napig tartott. Az általános állapotot nemigen befolyásolta. Pruritus nem volt. A széklet sosem volt acholiás. A vizelet többé-kevésbé sárgás-barna színű volt. A laboratóriumi vizsgálatok többsége direkt hyperbilirubinaemiát mutatott.

Az ilyen sárgaság prognosisa jó, spontán oldódik. A kivételesen előforduló kedvezőtlen kimenetel nem az icterusnak, hanem valamilyen közbejött szövődménynek tulajdonítható.

Eddigi vizsgálataink alapján a különböző érzéstelenítő eljárások és az icterus fellépése között nem találtunk összefüggést. Az említett 50 eseten kívül az előzőleg local anaesthesiában végzett műtét után is előfordult icterus.

A műtét után fellépő pleiochrom sárgaságot nem kizárólag a transfúzió, illetve a műtét, hanem több más tényező együttesen és külön-külön is kiváltja. Erre utal, hogy voltak olyan betegeink, kiknél nem történt transfúzió, mégis hyperbilirubinaemiát észleltünk rajtuk.

Szerepet játszhat a sárgaság létrejöttében természetesen a transfusio is.

Larcan és *Vert* foglalkozik részletesen a műtéttel kapcsolatban fellépő másodlagos májanoxiával. Ez akár cardialis, akár hormonalis zavar következménye lehet, annak ellenére, hogy a se. bi.-szint emelkedése nem a legérzékenyebb mutatója a májlaesiónak. A műtét közben fellépő vérnyomásesés, eredetétől függetlenül májanoxiát okoz, mivel a vérvolumen csökkenése következtében a máj keringése is beszűkül. A májanoxia pedig intrahepaticus és epeútszűkítést is előidézhet.

Ganglionbénító gyógyszerek hasonló elváltozást hoznak létre.

Bálint és *Várkonyi* hívták fel a figyelmet az akut appendicitist kísérő subicterusra, mely talán nem utal kizárólag az appendix és a máj kölcsönös összefüggésére. Talán nem specificus reactio, hanem esetleg peritonealis izgalom következménye. (Toxicus hepatitis?)

Ismeretesek a functionalis hyperbilirubinaemiák (*Beck* és *Kühn*). Konstitucionalis tényezők is szerepet játszhatnak. Vegetatív labilitásra hajlamos személyeknél is előfordulhat. (Fokozott haemolysis, fokozott parahaematicus bilirubinképzés, bilirubinkiválasztási zavar stb.)

Az icterus pleiochrom jellege és a praedomináló direkt bilirubin-értékek mind a saját, mind a leközölt esetekben kimutathatók voltak. Ennek magyarázatára az epefesték—anyagcsere modern elméletei valamelyest magyarázatot adnak, de bonyolult mechanizmusuk még nem teljesen tisztázott.

ÖSSZEFOGLALÁS

A postoperatív szakban fellépő icterus nemcsak az epeutak, a pancreas, esetleg a gyomor műtete közben történő technikai hibák, gyulladások következményei.

A nem occlusiós icterusok elkülönítése nem könnyű feladatot jelent a sebész számára. Eltekintve az igen súlyos állapotoktól, felvetődhet a coincidáló hepatitis, a gyógyszer-icterus, a sepsis stb. eredet lehetősége. Nem tisztázott a

transfusio szerepe. A műtét és anaesthesia májkárosító hatásának is szerepe lehet. A transfusio, a májanoxia, esetleg constitutionalis tényezők egyenként és együttesen is létrehozhatnak hyperbilirubinaemiát.

Néhány saját esetünkkel kívántuk dokumentálni a különböző tényezőket, melyek szerepet játszhatnak az icterus létrejöttének pathomechanizmusában.

IRODALOM

1. *Bálint Gy., Várkonyi A.*: Katonaorvosi Szemle 1956. V. 367. — 2. *Beck K., Kühn H. A.*: Z. klin. Med. 155: 5. 1959. — 3. *Bergmann H.*: W. Klin. Wschr. 76: 12. 1964. — 4. *Caroli J., Paraf A., Champeau M., De Srignes M.*: Arch. Mal. App. dig. 39: 11. 1950. — 5. *Fonó R.*: Orvosi Hetilap 105. 12. 557. — 6. *Herberger W.*: Med. Klin. — 7. *Larcán A., Vert P.*: Münch. Med. Wschr. 105: 1. 1963. — 8. *Ludewig H., Hirsch H. H.*: Münch. Med. Wschr. 104: 13. 1962. — 9. *Pichlmayer I., Stich W.*: Klin. Wschr. 40. 1962. — 10. *Poilleaux F., Kapandji A.*: Les ictères post-opératoires. *Expansuen Scientifique Française* Paris, 1961. — 11. *Scott*: — 12. *Sewitt S.*: Brit. J. Surg.: 46. 1958. — 13. *Siede W.*: Der Internist, 3: 8. 1962.

Полковник мед. службы д-р Дь. Лангер, д-р А. Хорват:

ЖЕЛТУХА НЕМЕХАНИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Желтуха послеоперационного периода возникает не только вследствие воспалений, технических ошибок во время операции желчных путей, поджелудочной железы или желудка.

Дифференциальная диагностика необструкционной желтухи является сложным вопросом для хирурга. За исключением весьма тяжелых состояний следует учитывать возможность сопутствующего гепатита, лекарственной желтухи, сепсиса и т.п. в качестве этиологического фактора. Не выяснена еще роль трансфузии. Повреждающее действие операции и обезболивания на печень также может иметь значение. Переливание крови, кислородное голодание печени и конституциональные факторы в отдельности и совместно могут вызвать гипербилирубинемия.

Авторам хотелось иллюстрировать собственными наблюдениями различные факторы, которые могут иметь значение в патомеханизме развития желтухи.

Dr. Gy. Langer, Oberst d. Med. D., Dr. A. Horváth:

ÜBER NICHT MECHANISCHE IKTEREN DER POSTOPERATIVEN PERIODE

Während einer postoperativen Periode können Ikterusfälle nicht nur als Folge technischer Fehler oder Entzündungen, die infolge Operationen an Gallenwegen, Pankreas, eventuell am Magen durchgeführt wurden, auftreten. Hinsichtlich ihrer Differenzierung stellen die nicht okklusiven Ikteren dem Chirurg ein schwieriges Problem vor. Mit der Ausnahme der schwersten Fälle bietet sich die Möglichkeit, dass sowohl eine koinzidente Hepatitis, als auch ein Arzneimittelikterus oder Sepsis usw. vorhanden sein kann. Die Rolle der Bluttransfusion ist in dieser Beziehung noch nicht vollständig geklärt. Einer hepatotoxischen Nachwirkung der Operation, sowie der Anästhesie vermag auch eine wesentliche Rolle zugeschrieben werden. Daneben kann eine Hyperbilirubinämie durch Transfusionen, Leberanoxie, bisweilen auch durch konstitutionelle Faktoren ausgelöst werden, die allein oder gemeinsam einwirken vermögen.

Auf Grund etlicher eigener Fälle erwähnen Verfasser sämtliche verschiedene Faktoren, die im Pathomechanismus der Ikterusfälle ätiologisch mitwirken können.